

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**ОРГАНІЗАЦІЯ ДИСПЕТЧЕРСЬКОЇ СЛУЖБИ
ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСТАНОВА**

2016

Склад робочої групи

Мороз Євген Денисович	директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»;
Близнюк Микола Дмитрович	заступник директора Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»;
Гур'єв Сергій Омелянович	заступник директора з наукової роботи Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор;
Гуселетова Наталія Володимирівна	вчений секретар державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н., ст.н.сп.;
Зозуля Іван Савович	проректор з наукової роботи, завідувач кафедри медицини невідкладних станів, професор, Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д.мед.н.;
Крилюк Віталій Омелянович	завідувач відділу Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н.;
Сацик Сергій Петрович	завідувач відділу Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н., ст.н.сп.;
Печиборщ В'ячеслав Петрович	завідувач відділу Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н., доцент;
Танасієнко Павло Васильович	провідний науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., ст.н.сп.;
Трофімова Каріна Павлівна	науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»;
Шоломова Марина Михайлівна	представник технічного розробника Національного проекту «Вчасна допомога»;
Юрченко Володимир Дмитрович	голова наглядової ради Асоціації невідкладної медичної допомоги, головний редактор журналу «Екстрена медицина: від науки до практики»

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н., ст.н.сп.;
------------------------------	--

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Державний експертний центр МОЗ України є членом

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



ADAPTE (Франція)
(Міжнародний проект з адаптації клінічних
настанов)



Рецензенти:

Гудима А.А.	завідувач кафедри медицини катастроф та військової підготовки Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, д.мед.н., професор;
Хобзей М.К.	професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил України Української військово-медичної академії, д.мед.н., професор, Заслужений лікар України.

Перегляд адаптованої клінічної настанови заплановано на 2019 рік

Перелік скорочень

АІДС ШМД	Автоматизована інформаційно-диспетчерська служба «Швидка медична допомога
ГІМ	Гострий інфаркт міокарда
ГПМК	Гостре порушення мозкового кровообігу
ДСНС України	Державна служба України з надзвичайних ситуацій
ДСП	Державна служба порятунку
ДТП	Дорожньо-транспортна пригода
ЕД	Екстрена диспетчеризація
ЕМД	Екстрена медична допомога
Е(Ш)МД	Екстрена (швидка) медична допомога
КМУ	Кабінет Міністрів України
МВС України	Міністерство внутрішніх справ України
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
ОДС	Оперативно-диспетчерська служба
ПНМД	Пункт невідкладної медичної допомоги
ЦЕМД та МК	Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
ШМД	Швидка медична допомога
ALS	Розширена підтримка функцій організму
BLS	Базова підтримка функцій організму

Передмова

Закон України «Про екстрену медичну допомогу» визначив організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків і засади створення, функціонування та розвитку системи екстреної медичної допомоги України.

Статтею 8 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» визначено, що оперативно-диспетчерська служба є структурним підрозділом центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Оперативно-диспетчерська служба з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів забезпечує у цілодобовому режимі в першу чергу:

- прийняття викликів екстреної медичної допомоги;
- формування, оброблення та передачу інформації про виклики екстреної медичної допомоги;
- інформаційну підтримку та координацію дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги і закладів охорони здоров'я з надання ЕМД.

Виконання зазначених функцій забезпечує організацію та надання екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Оперативно-диспетчерська служба центру забезпечує екстрену медичну диспетчеризацію шляхом систематизованих заходів з прийому, обробки викликів та визначення пріоритетів для своєчасного відправлення на місце події необхідних сил та засобів.

В основу організації диспетчерської служби екстреної медичної допомоги покладена «головна скарга» як інструмент спілкування абонента з диспетчером виклику. На підставі проведеного аналізу скарг у 2013 р. на території України визначено 33 головні скарги, які лягли в основу протоколів екстреної медичної диспетчеризації. Програмний продукт, розроблений проектом «Вчасна допомога», створив можливість для включення в продукт протоколу диспетчеризації, що дало можливість кодування головної скарги та визначення режиму та ресурсу реагування на виклик. Використовуючи чинну нормативно-правову базу, визначено режими реагування, згідно з якими режим «Cito» передбачає використання в якості ознак головної скарги наявність дихання та свідомості. Основною вимогою до дій диспетчера з прийому виклику є оперативне прийняття рішення щодо визначення режиму та ресурсу реагування в обмежених часових показниках, які визначаються територіями. Протоколом екстреної медичної диспетчеризації передбачена після відправки ресурсу післядиспетчерська підтримка пацієнта та надання йому консультативної допомоги.

Диспетчер напрямку відповідає за своєчасну організацію забезпечення виклику до його завершення в межах нормативу доїзду.

Диспетчер екстреної медичної допомоги за фахом є фельдшером невідкладних станів з прийому-передачі викликів повинен пройти відповідні тренінги та освоїти курс з екстреної медичної диспетчеризації.

Основні поняття та скорочення

Основні поняття, які використовуються у настанові, пов'язані з професійною діяльністю диспетчерів оперативно-диспетчерських служб центрів ЕМД та МК.

Екстрена медична диспетчеризація (відправка) (ЕД) – систематизовані заходи з прийому, обробки викликів та визначення пріоритетів реагування для своєчасного направлення на місце події необхідних сил та засобів екстреної медичної допомоги.

Диспетчер екстреної медичної допомоги (диспетчер ЕМД) – фахівець із середньою медичною освітою за спеціальністю «Фельдшер невідкладних станів з прийому/передачі викликів».

Протокол екстреної медичної диспетчеризації Системи медичного пріоритету надсилання екстреної медичної допомоги (протокол ЕД) – послідовність дій диспетчерів

направлений на своєчасний прийом, обробку викликів ЕМД, верифікацію головної скарги, залучення необхідного ресурсу та подальшого інформаційного супроводу для своєчасної, якісної та у повному обсязі надання ЕМД.

Інструкції до прибуття допомоги – перелік рекомендацій організаційного та медичного характеру, наданих диспетчером ОДС особі, яка здійснює виклик.

Режим реагування – спосіб управління системою заходів, правил, запроваджених для досягнення певної мети.

Ресурс ЕМД – сили і засоби, які направляються для своєчасного надання ЕМД у відповідності до режиму реагування.

Абонент – особа, яка здійснює виклик ЕМД.

Історія виникнення екстреної медичної диспетчеризації та приклади її становлення у країнах світу

Розвиток «911» як загального номера служби екстреної допомоги розпочався у Вінніпезі (провінція Манітоба, Канада) у 1959 році. Концепція єдиної точки відповіді на телефонні дзвінки про допомогу в різні екстрені служби набула швидкого розповсюдження. У США вирішили використовувати такий же номер з міркувань зручності запам'ятовування і простоти набору. У 1967 році був створений номер 911 в якості національного номера служби екстреної допомоги США. Під час дзвінку на 911 сигнал одночасно поступає до поліції, пожежної служби і швидкої медичної допомоги через систему загальної відповіді громадської безпеки (PSAP). Розвиток цієї технології продовжується, завдяки чому розширюються можливості служби 911 переключати телефонні лінії на екстрені, запобігати випадковому відключенню, а також працювати з автоматичним ідентифікатором номера/автоматичним визначенням місця знаходження (ANI/ALI), що дозволяє диспетчеру перевірити номер, з якого надійшов виклик (відсіювання потенційних помилкових викликів), визначити місце знаходження особи, яка телефонує, підтримувати абонента/пацієнта на лінії та інше. Один з перших прикладів проведення сортування викликів ЕМД відбувся в 1975 році, коли у Феніксі (штат Арізона, США) пожежний департамент призначав у диспетчерський центр окремих працівників (парамедиків) для опитування абонентів і надання пріоритетів викликам. З 1976 до 1979 років у Солт Лейк Сіті (штат Юта, США) доктор Джефф Клаусон (Jeff J. Clawson) розробив ряд ключових питань з інструкціями для постраждалих до прибуття рятувальників та пріоритети ЕД для опрацювання викликів. У кінцевому рахунку з цих розробок було створено Систему пріоритетів медичної диспетчеризації, інструкції до прибуття допомоги і тотальну комп'ютерну відповідь за участю автоматизованої системи обробки викликів. Спочатку автоматизована система була технологічно примітивною і виглядала як «файл рецептів» диспетчерів ЕМД. Лікарі продовжили вивчати новий потенціал у рятуванні життя пацієнтів за допомогою простих сценаріїв телефонних інструкцій від диспетчера, і таким чином народилася концепція передачі по телефону інструкцій з підтримки життєвих функцій постраждалого. Диспетчери почали надавати комплексну інформацію та інструкції для абонентів і навіть рекомендації щодо виконання процедур з проведення серцево-легеневої реанімації пацієнту до прибуття професійної допомоги. Концепція стала галуззю в медичних дослідженнях з обговоренням кращого підходу до цих функцій в ЕД.

Нормативно-правові акти України, що регулюють діяльність оперативно-диспетчерської служби системи екстреної медичної допомоги

Нормативно-правовими документами України визначені права громадян на екстрену медичну допомогу, основні поняття екстреної медичної допомоги, відповідальність за порушення законодавства у сфері надання екстреної медичної допомоги, порядок інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх спрямування на місце події, норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події, критерії розподілу звернень громадян залежно від стану

пацієнта на екстрені та не екстрені, порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади та органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків, структура, склад, основні функції та завдання оперативно-диспетчерського управління (служби) центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЦЕМД та МК), введено в дію примірне положення про оперативно-диспетчерську службу ЦЕМД та МК.

Згідно з Законом України «Про екстрену медичну допомогу» статтею 8 визначено такі положення:

1. Оперативно-диспетчерська служба (ОДС) центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є структурним підрозділом ЦЕМД та МК, який з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів забезпечує в цілодобовому режимі:

- прийняття, формування та передання інформації про виклики екстреної медичної допомоги;

- інформаційну підтримку та координацію дій бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та закладів охорони здоров'я щодо надання екстреної медичної допомоги.

2. Оперативно-диспетчерська служба центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф зобов'язана:

- прийняти виклик екстреної медичної допомоги, забезпечити його оброблення та оперативне реагування на такий виклик;

- під час оброблення виклику екстреної медичної допомоги сформувати інформацію про місце події, характер і особливості невідкладного стану людини, вид допомоги, необхідний для усунення негативних наслідків такого стану для здоров'я людини, та повідомити про це абонента, який здійснив виклик екстреної медичної допомоги;

- передати станції екстреної (швидкої) медичної допомоги та відповідній бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги інформацію про виклик екстреної медичної допомоги, характер і особливості невідкладного стану людини;

- визначити заклад охорони здоров'я, до якого бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюватиме перевезення пацієнта в невідкладному стані, передати цю інформацію бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги та такому закладу;

- здійснювати інформаційний супровід надання екстреної медичної допомоги та прийняти інформацію про результат її надання на місці події під час перевезення та прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я;

- здійснювати оперативну інформаційно-консультативну підтримку звернень населення за медичною допомогою;

- оперативно забезпечувати виїзну консультативну медичну допомогу за зверненнями закладів охорони здоров'я.

3. Використання, збирання, оброблення, накопичення, зберігання, передання, поширення, знищення, надання доступу до інформації про виклики екстреної медичної допомоги здійснюються в порядку, встановленому законом.

4. Інформація про виклик екстреної медичної допомоги абонента, який його здійснив, і аудіозапис такого виклику та реагування на нього оперативно-диспетчерською службою підлягають зберіганню протягом трьох років. Знищення такої інформації здійснюється відповідно до закону.

5. Маршрутизація викликів екстреної медичної допомоги здійснюється в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері зв'язку за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

6. Нормативи навантаження та кваліфікаційні вимоги до диспетчерів оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, а також

табелі оснащення оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

7. Порядок інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та порядок їх спрямування на місце події визначаються Кабінетом Міністрів України з урахуванням вимог Закону про захист персональних даних [1].

Згідно з Законом України «Про екстрену медичну допомогу» статтею 3 передбачено такі положення:

1. На території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону.

Іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, а також фізичні особи, які взяті під варту або яким призначено покарання у вигляді позбавлення волі, забезпечуються екстреною медичною допомогою в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

2. На території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право:

- здійснити виклик екстреної медичної допомоги;
- звернутися за отриманням екстреної медичної допомоги до найближчого відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, який може забезпечити надання такої допомоги;
- повідомити лікаря або працівників найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування про свій невідкладний стан або про невідкладний стан іншої людини.

3. У разі виявлення людини в невідкладному стані, яка не може особисто звернутися за наданням ЕМД, і за відсутності медичних працівників на місці події громадянин України або будь-яка інша особа, які виявили таку людину, зобов'язані:

- негайно здійснити виклик ЕМД або повідомити про виявлену людину в невідкладному стані та про місце події працівників найближчого закладу охорони здоров'я чи будь-яку особу, яка зобов'язана надавати домедичну допомогу та знаходиться поблизу місця події;
- за можливості надати виявленій людині в невідкладному стані необхідну допомогу, в тому числі шляхом перевезення такої людини до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, в якому може бути забезпечено надання необхідної медичної допомоги.

4. Кожен громадянин України або інша особа, які виявили людину в невідкладному стані, мають право звернутися до підприємств, установ і організацій з проханням надати транспортний засіб для перевезення такої людини до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, в якому може бути забезпечено надання необхідної медичної допомоги. Підприємства, установи, організації незалежно від форми власності та підпорядкування, фізичні особи – підприємці, а також водії зобов'язані забезпечити безоплатне перевезення наявним у їх розпорядженні транспортом людини, яка перебуває в невідкладному стані, до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, в якому може бути забезпечено надання необхідної медичної допомоги.

5. Якщо під час перевезення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги пацієнта, який перебуває в невідкладному стані, в його стані виникли раптові ускладнення, які не можуть бути усунуті медичними працівниками цієї бригади, такий пацієнт доставляється до найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, де йому може бути надано необхідну медичну допомогу відповідно до його стану. Відмова в наданні медичної допомоги такому пацієнту або створення перешкод у

її наданні не допускається та тягне за собою для осіб, які її допустили чи здійснили без поважних причин, відповідальність, визначену законом.

6. Медичні працівники відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги зобов'язані надати екстрену медичну допомогу пацієнту, який її потребує, з моменту прибуття такого пацієнта до цього відділення незалежно від того, чи супроводжує його бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги або інші особи. Відмова в прийнятті пацієнта, який потребує екстреної медичної допомоги, або несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги пацієнту, який її потребує, не допускається та тягне за собою для осіб, які її допустили чи здійснили без поважних причин, відповідальність, визначену законом.

7. Надання екстреної медичної допомоги людині в невідкладному стані на місці події, під час перевезення та в закладі охорони здоров'я здійснюється відповідно до медичних показань на основі клінічних протоколів і стандартів екстреної медичної допомоги, які затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я [2].

Здійснення громадянами виклику екстреної медичної допомоги передбачено Законом України «Про екстрену медичну допомогу» статтею 4:

1. Виклик екстреної медичної допомоги здійснюється за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги «103», іншими доступними видами зв'язку або за єдиним телефонним номером виклику екстреної допомоги «112».

2. Виклик екстреної медичної допомоги здійснюється безоплатно.

3. Відмова в можливості здійснення передання та прийняття викликів екстреної медичної допомоги забороняється та тягне для осіб, які її допустили чи здійснили, відповідальність, визначену законом.

4. Порядок передання викликів екстреної медичної допомоги визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері зв'язку, за поданням центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

5. Прийняття викликів екстреної медичної допомоги та надання екстреної медичної допомоги забезпечуються системою екстреної медичної допомоги, яка створюється та функціонує відповідно до цього Закону [3].

Відповідальність за порушення законодавства у сфері надання екстреної медичної допомоги передбачена Законом України «Про екстрену медичну допомогу» статтею 15:

1. Особи, винні в порушенні положень цього Закону, в порядку, встановленому законом, несуть дисциплінарну, адміністративну, кримінальну або цивільно-правову відповідальність за:

– ненадання без поважних причин на місці події домедичної допомоги або необґрунтовану відмову в її наданні;

– ненадання без поважних причин на місці події необхідної медичної допомоги або необґрунтовану відмову в її наданні;

– ненадання без поважних причин наявного транспортного засобу для безоплатного перевезення людини, яка перебуває в невідкладному стані, до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги або необґрунтовану відмову в здійсненні такого перевезення;

– несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги або створення перешкод у її наданні;

– невиконання без поважних причин розпоряджень оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф або бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги щодо надання необхідної невідкладної медичної допомоги пацієнту, який перебуває в невідкладному стані, що загрожує життю такого пацієнта;

– необґрунтовану відмову в переданні та прийнятті викликів екстреної медичної допомоги.

2. Відшкодування моральної та матеріальної шкоди, заподіяної внаслідок ненадання відповідної допомоги або неналежного виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками чи іншими особами здійснюється згідно з чинним законодавством [4].

Порядок інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх спрямування на місце події визначений постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1118:

1. Цей Порядок встановлює вимоги щодо інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (далі – бригада) про виклик екстреної медичної допомоги (далі – виклик) та їх спрямування на місце події з метою забезпечення своєчасного надання екстреної медичної допомоги людині, яка перебуває в невідкладному стані, недопущення випадків неприбуття або несвоєчасного прибуття бригад на місце події.

2. Інформація про необхідність надання екстреної медичної допомоги від будь-якої особи, яка звернулася за її наданням, або оператора системи екстреної допомоги населенню за єдиним номером «112» надходить до оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – диспетчерська служба центру) для опрацювання та передання бригадам.

3. Оператори телекомунікації здійснюють маршрутизацію дзвінків за єдиним телефонним номером екстреної медичної допомоги «103» від осіб, які перебувають у межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці (Автономна Республіка Крим, області, міста Київ і Севастополь), або повідомлень від операторів системи екстреної допомоги населенню за єдиним номером «112» до диспетчерської служби центру відповідної адміністративно-територіальної одиниці в порядку, визначеному Адміністрацією Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації.

4. З метою забезпечення контролю за своєчасністю отримання викликів і реагування на них програмно-апаратним комплексом «103» здійснюється електронна фіксація часу надходження виклику та запис голосу, який зберігається протягом встановленого терміну.

5. Для отримання інформації про виклики у складі диспетчерської служби центру визначаються диспетчери з приймання викликів, які здійснюють:

- приймання виклику;
- заповнення первинної медичної документації в електронному вигляді;
- передання інформації в електронному вигляді диспетчеру напрямку.

6. Диспетчери з приймання викликів перебувають в єдиному приміщенні диспетчерської служби центру. Робочі місця диспетчерів напрямків можуть розташовуватися в єдиному приміщенні диспетчерської служби центру або на базі станції екстреної (швидкої) медичної допомоги (далі – станція) та її структурних підрозділів. На станції або в її структурному підрозділі повинні одночасно працювати не менш як два диспетчерських пости.

7. Диспетчери напрямків забезпечують:

- приймання інформації (електронної картки) від диспетчера з приймання викликів;
- передання інформації (електронної або паперової картки) керівникові бригади;
- отримання від бригади підтвердження щодо надходження інформації про виклик;
- інформаційний супровід на всіх етапах надання екстреної медичної допомоги за викликом;
- передання до стаціонарних закладів охорони здоров'я інформації щодо необхідності госпіталізації пацієнтів за викликами;
- отримання повідомлення про обсяг екстреної медичної допомоги, наданої за викликом;
- передання інформації про завершення бригадою надання зазначеної допомоги за викликом до диспетчерської служби центру;
- залучення додаткових бригад до надання екстреної медичної допомоги за наявності великої кількості постраждалих на місці події.

8. Розпорядження диспетчерів напрямку є обов'язковими до виконання бригадами.

9. Бригади розташовуються в приміщеннях станцій, підстанцій, відділень, пунктів постійного або тимчасового базування. Рішення про місце розташування бригади приймається керівником центру з урахуванням необхідності виконання нормативу прибуття бригад на місце події. Працівники бригади діють відповідно до Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги та посадових інструкцій.

10. Бригада забезпечує:

- приймання від диспетчера напрямку медичної інформації про виклик у електронній формі;
- перенесення медичної інформації про виклик з електронної форми до медичної статистичної документації на паперовому носії;
- здійснення заходів щодо надання екстреної медичної допомоги з урахуванням встановлених нормативів;
- інформування диспетчера напрямку про етапи надання екстреної медичної допомоги за викликом та про завершення надання такої допомоги;
- передавання диспетчеру напрямку інформації про велику кількість постраждалих для залучення додаткових бригад [5].

Постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1119 затверджено «Норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події».

Відповідно до статті 6 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» Кабінет Міністрів України постановляє такі положення:

1. Установити, що:

1) звернення стосовно надання екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером екстреної медичної допомоги «103» або за єдиним телефонним номером системи екстреної допомоги населенню «112» залежно від стану пацієнта поділяються на екстрені та неекстрені згідно з додатком;

2) нормативи прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події за зверненнями, що належать до категорії екстрених, становлять у містах – 10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хвилин [6].

«Критерії розподілу звернень залежно від стану пацієнта на екстрені та неекстрені» викладені в додатку до постанови КМУ від 21.11.2012 р. № 1119:

1. До категорії екстрених належать звернення стосовно пацієнта, який перебуває в невідкладному стані, що:

1) супроводжується:

- знепритомленням;
- судомами;
- раптовим розладом дихання;
- раптовим болем у ділянці серця;
- блювотою кров'ю;
- гострим болем у черевній порожнині;
- зовнішньою кровотечею;
- ознаками гострих інфекційних захворювань;
- гострими психічними розладами, що загрожують життю та здоров'ю пацієнта та/або інших осіб;

2) зумовлений:

- усіма видами травм (поранення, переломи, вивихи, опіки, важкі забої, травми голови);

- ураженням електричним струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи);

- ушкодженнями різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо);

- отруєннями, укусами тварин, змій, павуків і комах тощо;

- порушенням нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо).

До категорії екстрених належать також звернення медичних працівників щодо транспортування пацієнтів, які перебувають у стані, що потребує обов'язкового медичного супроводження та термінової госпіталізації до стаціонарних закладів охорони здоров'я.

2. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф спрямовує до пацієнта бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги невідкладно після отримання звернення, що належить до категорії екстрених.

3. До категорії неекстрених належать звернення стосовно пацієнта, стан якого не є невідкладним і:

1) супроводжується:

- раптовим підвищенням температури тіла з кашлем, нежиттю, болем у горлі;

- головним болем, запамороченням, слабкістю;

- болем у попереку, суглобах (радикуліт, остеохондроз, артрит, артроз тощо);

- підвищенням артеріального тиску;

- больовим синдромом у онкологічних хворих;

- алкогольним, наркотичним, токсичним абстинентним синдромом;

2) зумовлений загостренням хронічних захворювань у пацієнтів, які перебувають під наглядом сімейного або дільничного лікаря з приводу гіпертонічної хвороби, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічного запалення печінки, жовчного міхура, кишківника, хвороби нирок, суглобів тощо.

4. Диспетчер оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф перенаправляє звернення, що належить до категорії неекстрених, до відповідного закладу охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги в порядку, затвердженому МОЗ України, а за відсутності такої можливості – спрямовує до пацієнта бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, що не виконує екстрені виклики, протягом 1 години з моменту отримання звернення [7].

Відповідно до вимог Закону України «Про екстрену медичну допомогу» абзацу дванадцятого частини першої статті 6 Кабінет Міністрів України постановою № 1121 від 21.11.2012 р. затвердив порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади та органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків:

1. Цей Порядок визначає механізм взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виконання спільних завдань з ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

2. Метою взаємодії є забезпечення ефективного використання наявних бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, спеціалізованого санітарного транспорту, виробів медичного призначення, лікарських засобів для рятування життя та збереження здоров'я людей під час ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

3. Обмін інформацією про надзвичайні ситуації між закладами охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації їх наслідків здійснюється за визначеними законодавством телефонними номерами оперативно-

диспетчерських служб («101», «102», «103» тощо) відповідно до нормативно-правових актів, затверджених спільними наказами МОЗ України та інших центральних органів виконавчої влади, у складі яких діють аварійно-рятувальні служби, а також із залученням програмно-апаратних комплексів системи екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером «112», яка діє в установленому порядку.

4. Заклади охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці, що входять до системи екстреної медичної допомоги, отримують і подають оперативну інформацію Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій і відповідним реагуванням на надзвичайні ситуації, які пов'язані з інфекційними хворобами, отруєннями людей та іншими медико-санітарними наслідками.

5. Реагування закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, на надзвичайні ситуації здійснюється відповідно до нормативно-правових актів, які регламентують порядок реагування на надзвичайну ситуацію або загрозу її виникнення (державні та територіальні плани реагування, затверджені в установленому законодавством порядку).

6. Порядок дії бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на випадок надзвичайної ситуації визначає МОЗ України за погодженням з ДСНС [8].

7. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2012 р. № 1018 «Про затвердження примірних штатних нормативів центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» затверджені примірні штатні нормативи Оперативно-диспетчерського управління (служби) ЦЕМД та МК [9].

Оперативно-диспетчерське управління (служба) є складовою частиною ЦЕМД та МК і в своєму складі має: центральну оперативну диспетчерську, вузол територіальної підсистеми в межах Урядової аналітично-інформаційної системи з питань надзвичайних ситуацій (УАІС НС), відділ обліку вільних ліжок і госпіталізації (для м. Києва).

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2012 р. № 1020 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.08.2008 р. № 500 Додатком 1/49 затверджено «Примірне положення про оперативно-диспетчерську службу Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» [10].

1. Загальні положення:

1.1. Оперативно-диспетчерська служба (далі – ОДС) є структурним підрозділом центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі – Центр).

1.2. ОДС Центру з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів у цілодобовому режимі забезпечує інформаційний супровід надання екстреної медичної допомоги в повсякденному режимі, під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації та під час дії особливого періоду.

1.3. ОДС у своїй роботі керується законодавством України, у тому числі нормативно-правовими актами центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, рішеннями та розпорядженнями відповідних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, наказами Керівника Центру, цим Положенням.

1.4. ОДС Центру приймає виклики екстреної медичної допомоги, що здійснюються за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги «103», або від операторів системи надання екстреної допомоги населенню за телефонним номером «112».

1.5. Для ефективного виконання своїх завдань у структурі ОДС розмежовуються диспетчери з прийняття викликів і диспетчери напрямків, можуть утворюватись цілодобові диспетчерські пости, які розміщуються на базі станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, її структурних підрозділів або на базі відокремлених підрозділів центру.

1.6. ОДС підпорядковується керівнику центру.

1.7. Розпорядження ОДС є обов'язковими для виконання бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги (далі – Бригади).

2. Завдання:

2.1. ОДС відповідно до своїх завдань зобов'язана:

- прийняти виклик екстреної медичної допомоги, забезпечити його оброблення та оперативне реагування на такий виклик;
- під час оброблення виклику екстреної медичної допомоги сформувати інформацію про місце події, характер і особливості невідкладного стану людини, вид допомоги, необхідний для такого стану, та повідомити про це абонента, який зробив виклик екстреної медичної допомоги;
- передати інформацію про виклик екстреної медичної допомоги, характер та особливості невідкладного стану людини Бригаді, а також за необхідності підрозділам аварійно-рятувальних, аварійних служб, правоохоронних органів;
- визначити заклад охорони здоров'я державної форми власності (далі – заклад охорони здоров'я), до якого Бригада повинна здійснити перевезення пацієнта в невідкладному стані, передати цю інформацію Бригаді та відповідному закладу охорони здоров'я;
- здійснювати інформаційний супровід надання екстреної медичної допомоги та прийняти інформацію про результат її надання на місці події, під час перевезення та прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я;
- здійснювати оперативну інформаційно-консультативну підтримку звернень населення за медичною допомогою;
- оперативно забезпечувати виїзну консультативну медичну допомогу за зверненнями закладів охорони здоров'я;
- передавати інформацію про виникнення надзвичайної ситуації підрозділам аварійно-рятувальних, аварійних служб, правоохоронних органів;
- зберігати протягом трьох років інформацію про виклик екстреної медичної допомоги, зафіксовану за допомогою аудіозапису або іншого носія.

3. Функції:

ОДС виконує такі функції.

- 3.1. Забезпечення заповнення первинної медичної документації у вигляді електронної картки виклику.
- 3.2. Автоматичне визначення місця знаходження абонента та номера його телефону.
- 3.3. Автоматична реєстрація мовної інформації (переговорів) абонента з диспетчером.
- 3.4. Передання виклику й електронної картки виклику Бригадам.
- 3.5. Контроль за роботою Бригад.
- 3.6. Координація роботи Бригад і закладів охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці під час надання екстреної медичної допомоги пацієнтам.
- 3.7. Оперативне реагування на надзвичайні ситуації, координація роботи Бригад під час ліквідації їх медико-санітарних наслідків.
- 3.8. Прийняття інформації про необхідність надання виїзної консультативної допомоги закладам охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці.
- 3.9. Формування банку інформаційних даних про виклики екстреної медичної допомоги та медичної статистики.
- 3.10. Надання довідок медико-інформаційного характеру населенню.

4. Права та обов'язки:

4.1. ОДС має право:

- отримувати від абонента точні відповіді на запитання диспетчера (підстави до виклику, точну адресу виклику, телефон на місці виклику, прізвище пацієнта, маршрут під'їзду, орієнтири адреси виклику);
- перенаправляти виклики, які не підлягають виконанню, до інших закладів охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці або оперативних служб відповідно до їх компетенції;
- відмовляти у визначеному порядку у виконанні виклику за відсутності підстав для здійснення виклику бригадою.

4.2. ОДС зобов'язана:

- у разі відмови у здійсненні виклику надавати інформацію особі, що звернулась за екстреною медичною допомогою, про телефон і адресу закладу охорони здоров'я, до якого вона може звернутися;
- з метою рятування життя пацієнта оперативно вирішувати питання щодо вибору найближчого закладу охорони здоров'я для його госпіталізації;
- реєструвати заяви громадян, які звернулись за екстреною медичною допомогою;
- розробляти та надавати пропозиції керівнику центру щодо вдосконалення та покращення організації надання екстреної медичної допомоги.

5. Відповідальність:

5.1. Відповідальність за своєчасність і якість виконання завдань і функцій ОДС, визначених цим Положенням, покладається на керівника ОДС Центру.

5.2. Відповідальність працівників ОДС визначається їх посадовими інструкціями, затвердженими в установленому порядку керівником Центру.

Для впровадження в роботу системи екстреної медичної допомоги України єдиних оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф було започатковано відповідний національний проект щодо утворення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб з використанням сучасних GPS-технологій. Головним його завданням визначено покращення рівня медичного обслуговування, контроль виконання нормативів щодо часу прибуття на виклик та централізація диспетчерської служби прийому та обробки викликів на рівні обласних центрів з можливістю координації між ними.

Стратегічною метою розробленого проекту є поєднання програмного, технологічного та людського ресурсу для функціонування екстреної медичної диспетчеризації як складової системи екстреної медичної допомоги.

Впровадження розроблених протоколів екстреної медичної диспетчеризації у програмний продукт має стати обов'язковим алгоритмом дії диспетчера при виконанні своїх функціональних обов'язків.

Пріоритети екстреної медичної диспетчеризації (відправки) та роль диспетчера екстреної медичної допомоги в провідних країнах світу

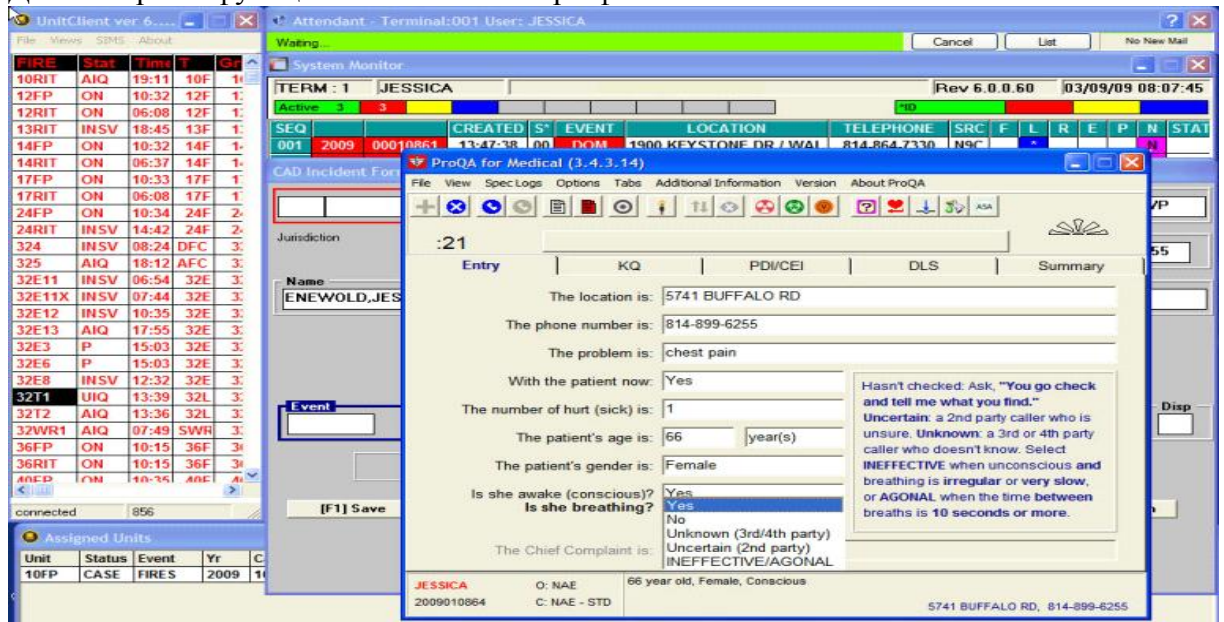
Багаторічним досвідом диспетчерських служб екстреної допомоги в економічно розвинутих країнах доведено необхідність визначення та застосування пріоритетності у відправці мобільних підрозділів реагування (зокрема бригад швидкої медичної допомоги) на виклики ЕМД. На сьогодні пріоритети ЕД є медично-схваленою системою заходів на догоспітальному етапі ЕМД, що використовується диспетчерською службою для направлення потрібної допомоги в найкоротший термін на місце екстреного медичного випадку.

Як початок, Система Медичного Пріоритету Відправки (MDPS) була розроблена Джеффом Клаусоном протягом трьох років (1976-1979 рр.) у вигляді ряду стандартизованих протоколів медичного сортування пацієнтів по телефону під час виклику ЕМД, щоб таким чином покращити систему екстреного реагування рятувальних служб. Основна мета, за словами її розробника – «відправити правильну річ правильній людині правильним способом у правильний час». У сучасному диспетчерському центрі служби 911 робота характеризується такими вимогами: виклики повинні мати реагування диспетчера ЕМД у випадках «пацієнт не дихає» протягом 30 секунд, і в інших випадках не перевищувати 60 секунд. Після отримання виклику передача диспетчером ЕМД інформації про виклик до підрозділу екстреної допомоги на реагування повинна бути завершена протягом 60 секунд.

Пріоритети ЕД повинні відображати рівень необхідної ЕМД, що забезпечує персонал підрозділу реагування, конфігурацію автомобіля екстреної (швидкої) медичної допомоги, режим реагування транспортного засобу.

Оскільки телефон залишається практично найголовнішою точкою доступу для виклику ЕМД, диспетчер ЕМД забезпечує виконання важливих функцій з дотриманням пріоритетів ЕД.

Диспетчерські функції в основі мають три фази.



Малюнок 1. Приклад комп'ютерної програми ЕД (США)

Фаза 1 – прийом виклику

- Диспетчер ЕМД приймає вхідні дзвінки.
- Проводить з абонентом початкове опитування в послідовності:
 - Де?
 - Що?
 - Яким чином?
 - Хто?
 - Коли?

Потім діє відповідно до протоколу ЕД для отримання додаткової інформації.

Фаза 2 – відправка ресурсу та визначення режиму реагування

- Диспетчер ЕМД діє відповідно до протоколу ЕД.
- Протоколи визначають відповідний режим і ресурс реагування.

Фаза 3 – післядиспетчерська підтримка

- Диспетчер ЕМД готує абонента до прибуття персоналу реагування.
- Диспетчер ЕМД надає медичні інструкції до-прибуття згідно з протоколом ЕД.

Пріоритетність ЕД визначає кожну функцію диспетчера ЕМД.

Визначення основної інформації по телефону, в тому числі місце розташування пацієнта, загальний характер проблеми і особливі обставини.

Опитування абонента проводиться для визначення ймовірної тяжкості захворювання/травми пацієнта та спрямування адекватних ресурсів допомоги. Процес опитування може бути значно ускладнений панікою того, хто телефонує. Диспетчер ЕМД повинен використовувати навички міжособистісного і кризового управління, щоб розібратися у відволікаючих чинниках, взявши під свій контроль діалог, заспокоюючи абонента, й отримувати необхідну інформацію. Опитування починається з вкрай важливих питань "Чи у свідомості пацієнт?" і "Чи дихає пацієнт?". З моменту, коли диспетчер ЕМД отримав дані, що ідентифікують потенційно небезпечний стан для життя пацієнта (без свідомості та не дихає), найближчий ресурс допомоги (бригаду швидкої медичної допомоги) потрібно вже повідомити про випадок і направляти до місця виклику, а у цей період диспетчер ЕМД продовжуватиме збирати необхідну інформацію, що може додатково вплинути на швидкість допомоги і тип обладнання для пацієнта. У багатьох випадках

допомога просто відправляється, коли зібрані основні необхідні дані. Спосіб опитування має регулюватися протоколами, але також потребує рішення диспетчера ЕМД при обробці викликів.

Направлення бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги від найближчого місця розташування залежить від характеру проблеми та забезпечення бригади оснащенням. У багатьох випадках диспетчер ЕМД несе відповідальність за кілька ресурсів реагування одночасно, і вони можуть включати рівень підготовки персоналу з надання ЕМД (BLS, ALS або навички більшого рівня), конфігурацію автомобіля швидкої допомоги та інших видів допомоги, що направляються. Робота диспетчера ЕМД полягає в аналізі інформації та переконанні, що відправлені потрібні ресурси до пацієнта в найкоротший час. Це вимагає постійного рівня обізнаності про місцезнаходження і стан підрозділів реагування, щоб найближчий доступний і відповідний підрозділ міг бути спрямований на виклик ЕМД.

Допомога абоненту/пацієнту інструкціями до прибуття допомоги (після відправки бригади реагування) є найкращою з використанням стандартизованих протоколів. Інструкції до-прибуття можуть складатися з простих порад, щоб зберегти пацієнту спокій, або мати на меті зібрати додаткову інформацію для термінових дій медичного персоналу. Інструкції можуть бути більш складними, наприклад, забезпечувати телефонні вказівки для виконання прийомів серцево-легеневої реанімації, оскільки звичайна людина, яка телефонує про допомогу іншій людині, рідко має досвід надання домедичної допомоги.

Забезпечення інформаційної підтримки підрозділів реагування включає: зворотній дзвінок до абонента, щоб уточнити інформацію про місце знаходження пацієнта; направлення на запит бригади швидкої медичної допомоги, що вже на місці випадку, інших ресурсів (додаткові автомобілі швидкої медичної допомоги, аварійно-рятувальне обладнання, інше). Диспетчер ЕМД відіграє важливу роль у безпеці медичного персоналу підрозділу реагування. Він, по можливості, оцінює ситуацію, щодо якої відправляється персонал бригади реагування, підтримує контакт з персоналом на місці події, забезпечує виклик підрозділу правопорядку для "підстраховки" медиків у разі загрози або ситуації насильства. Від імені бригади реагування, що не може зателефонувати, диспетчер ЕМД забезпечує проведення консультації з лікарнею шляхом ретрансляції фахівцям повідомлень про стан пацієнта в дорозі.

Дотримання встановленого порядку збору інформації при кожному виклику ЕМД, оскільки переважна більшість записів радіо і телефонних переговорів диспетчера ЕМД вважаються юридичними документами. Ці записи часто є предметом інтересу в ході судового розгляду, зокрема, що стосується початково отриманої інформації від абонента, передачі даних про виклик бригаді реагування та часу її виїзду на місце екстреного випадку. Будь-які дані можуть бути запитані судовими органами. Термін зберігання такої інформації встановлюється в кожній країні. Тому вимоги щодо послідовного та професійного збору всієї телефонної інформації під час чергування є обов'язковими для диспетчера ЕМД.

Роль диспетчера ЕМД в наданні телефонних інструкцій

Диспетчер ЕМД – критична ланка у виживанні пацієнта, тому що він:

- 1) перший медичний контакт, який має абонент;
- 2) перебуває в кращому становищі, щоб визначити найперші потреби пацієнта і забезпечити відповідними інструкціями;
- 3) здатний ініціювати телефонну серцево-легеневу реанімацію протягом перших 2-х хвилин.

Навички комунікації при наданні медичних інструкцій. При правильному спілкуванні телефонні інструкції є більш ніж просто читання інструкцій абоненту. Загалом є шість навичок або прийомів, які можна використовувати диспетчеру ЕМД для покращення спілкування:

- 1) бути спокійним і заспокоювати абонента;
- 2) бути точним;
- 3) бути чітким (говорити повільно, виразно та правильно);

- 4) слідувати сценарію послідовності телефонних інструкцій;
- 5) повторювати інструкції тільки тоді, коли абонент не розуміє інструкцію або не надає потрібну інформацію;
- 6) уважно слухати.

Диспетчер ЕМД має справу з щоденними ситуаціями, пов'язаними з життям і смертю. Тому слід звернути увагу на те, що особливо в умовах великих міст психічні потреби і рівень стресу диспетчера ЕМД можуть бути порівняні з авіадиспетчером, і рівень "вигорання" працівника є високим.

Наукове обґрунтування функціонування (створення) екстреної медичної диспетчеризації як складової системи екстреної медичної допомоги.

У процесі формування єдиної системи надання екстреної медичної допомоги важливим та актуальним є питання створення диспетчерської служби. Слід зазначити, що саме диспетчерська служба є «нервовою системою» служби, що задає їй ритм роботи та визначає синхронність і злагодженість усіх її складових.

Безумовно, диспетчерська служба існує в усіх системах, де передбачається контроль, облік за діями: МВС України, ДСНС України та інші.

Поняття диспетчеризації є об'єктом наукових досліджень. Відповідно до одного з визначень, диспетчеризація (англ. dispatch – «швидко виконувати») – це процес відправки ресурсу, централізованого оперативного контролю та дистанційного керування з використанням оперативного передання інформації між об'єктами диспетчеризації та пунктом управління [12].

Диспетчеризація являє собою заключний етап оперативного управління виробництвом. Відповідно до головної мети диспетчеризація охоплює такі види робіт: безперервний облік і збір інформації про хід виконання розроблених і прийнятих до виконання завдань; виявлення відхилень від встановлених планових завдань та аналіз їх причин; прийняття оперативних заходів щодо усунення та подальшого запобігання відхилень від графіка; координація поточних робіт взаємопов'язаних виробничих підрозділів для забезпечення рівного ритму виробництва. Диспетчеризація здійснюється за допомогою спеціальних технічних засобів зв'язку. У роботі диспетчерських служб широко застосовуються різні прилади та апарати як дротяних, так і бездротяних засобів зв'язку, телевізійні установки, світлові табло, блоки автоматичного рахунку й обліку випуску виробів, апаратура магнітного запису, звукопідсилювальні станції та ін.

На підставі даних оперативного обліку та контролю ходу виробництва здійснюється оперативне управління всією виробничо-господарською діяльністю підприємства. До контуру оперативного управління підприємством належать завдання, безпосередньо пов'язані з реалізацією виробничих планів підприємства [13, 14].

Як уже зазначалося, комплексна функція диспетчеризації, що охоплює облік, контроль, аналіз, регулювання, реалізується відповідними структурними підрозділами підприємства, що входять у інтегральне поняття «диспетчерська служба» [15].

З медичної точки зору мету диспетчеризації можна сформулювати таким чином: спланувати черговість виконання завдань, визначити для них час і ресурси найбільш оптимальним чином з урахуванням критеріїв, пріоритетів і обмежень. Відповідно, дисципліна диспетчеризації – це правила формування черги готових до виконання завдань, відповідно до яких формується ця черга (список). Для медичної диспетчеризації найбільш доцільно використовувати дві теорії функціонування служби:

- 1) безпріоритетне обслуговування – вибір завдань проводиться в деякому заздалегідь встановленому порядку без урахування їх відносної важливості та часу обслуговування;
- 2) пріоритетне обслуговування – окремим завданням надається переважне право потрапити в стан виконання.

Основними дисциплінами диспетчеризації є [12, 15]:

- 1) FCFS (First Come First Served – «першим прийшов, першим обслужений») – припускає, що завдання обслуговуються «в порядку черги», тобто в порядку їх появи;

2) SJN (Shortest Job Next) – наступним виконується найважливіше завдання та вимагає, щоб для нього була визначена оцінка в потребах;

3) SRT (Shortest Remaining Time) – наступним буде виконуватися завдання, якому залишилося найменше виконуватися на процесорі;

4) RR – припускає, що кожне завдання отримує процесорний час порціями або, як кажуть, квантами часу (time slice).

Повертаючись до медичної диспетчеризації, найбільш доцільно розглядати 1 та 2 пункти.

Таким чином, відповідно до вищевказаного об'єктами диспетчеризації в системі екстреної медичної допомоги є: абонент (хворий/постраждалий), диспетчер з прийому викликів, диспетчер напрямку та бригада екстреної медичної допомоги (малюнок 2).



Малюнок 2. Об'єкти диспетчеризації

Диспетчерська функція реалізується шляхом послідовного виконання таких кроків: прийом виклику, визначення бригади ЕМД (диспетчеризація) та післядиспетчерська підтримка (постдиспетчеризація) (малюнок 3).



Малюнок 3. Етапи реалізації диспетчерської функції

У загальному розумінні функціями диспетчерської служби є:

а) оперативна координація виробничої діяльності господарських підрозділів; організація та участь у розробці оперативних планів, доведення до виконавців розпоряджень керівників і головних спеціалістів; розробка рішень з поточних господарських питань, надання бригадам працівників організаційної та технічної допомоги, забезпечення швидкого зв'язку керівництва господарства з виробничими підрозділами, керівництво роботою всіх транспортних і технічних засобів обслуговування та постачання, маневрування матеріально-технічними ресурсами та робочою силою;

б) контрольно-облікова робота: оперативний контроль виконання розпоряджень, облік виконання робіт, стану та завантаження машинного парку;

в) організація внутрішньогосподарської виробничої інформації: збір, обробка, узагальнення та накопичення первинних зведень, аналіз і оцінка ситуації, повідомлення керівникам і головним спеціалістам про стан виробництва, передання необхідної інформації господарським підрозділам, організація диспетчерських нарад.

Для диспетчера з прийому викликів функції під час диспетчеризації можна сформувати таким чином (малюнок 4):

- 1) прийом викликів;
- 2) визначення головної скарги;
- 3) кодування скарги;
- 4) післядиспетчерська підтримка.



Малюнок 4. Функції диспетчера з прийому викликів

Відповідно, функції диспетчера напрямку можна сформувати таким чином (малюнок 5):

- 1) прийом коду головної скарги;
- 2) визначення ресурсу (відповідної бригади ЕМД);
- 3) передання інформації бригаді ЕМД;
- 4) післядиспетчерська підтримка бригади ЕМД.



Малюнок 5. Функції диспетчера напрямку

Відповідним чином етапи реалізації диспетчерської функції можна логічно співставити з уніфікованим алгоритмом диспетчеризації. Логічна схема цього процесу зображена на малюнку 6.



Малюнок 6. Логічна схема співвідношення універсального алгоритму з етапами реалізації диспетчерської функції

Підсумовуючи вищевказане та аналізуючи поняття диспетчеризації з наукової точки зору, слід вважати, що функціонування систем автоматизації та диспетчеризації забезпечує: швидку й адекватну реакцію на аварійні ситуації; можливість видання аварійних повідомлень на екран монітора, принтер, віддалений комп'ютер, пейджер, мобільний

телефон; реєстрацію всіх системних подій, що дозволяє в багатьох випадках встановити причину аварійної ситуації, її винуватця, а також запобігти її появі в подальшому; швидку та точну реакцію на зміну умов зовнішнього середовища; підрахунок часу напрацювання устаткування та попередження про необхідність проведення профілактичних і регламентних робіт і за рахунок цього продовження терміну служби інженерних систем; ширші можливості щодо управління системами при скороченні штату обслуговуючого персоналу; можливість збору статистичної інформації та прогнозування; можливість отримувати об'єктивну інформацію про роботу та стан всіх систем, своєчасно повідомляти диспетчерам про необхідність виклику сервісних фахівців у разі відхилення параметрів від штатних показників; контролюючи максимально можливе число параметрів обладнання та показників завантаженості систем, перерозподіляти енергоресурси між системами, забезпечуючи їх ефективне використання та економію; вводити оптимальний режим управління інженерним обладнанням з метою скорочення витрат на використання ресурсів; забезпечувати централізований контроль і управління при позаштатних ситуаціях; здійснювати своєчасну локалізацію аварійних ситуацій; оперативно приймати рішення при аварійних, позаштатних ситуаціях; вести об'єктивний аналіз роботи устаткування, дій інженерних служб при нештатних ситуаціях на основі інформації автоматизованих баз даних, що документують усі прийняті рішення та багато іншого, використовуючи відкриті протоколи обміну даними між різними системами. Безперечно, більшість цих положень можна інтерполювати на медичну диспетчеризацію.

Аналіз скарг від абонентів (пацієнтів), отриманих оперативно-диспетчерською службою територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Згідно з даними аналізу діяльності системи екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) у 2013 р., 81,6% від загальної кількості виїздів на виклики складали екстрені виїзди бригад Е(Ш)МД на нещасні випадки та раптові захворювання. І тільки 18,4% складали всі інші – неекстрені виїзди цих бригад. Водночас, якщо врахувати виїзди бригад Е(Ш)МД до хронічних хворих, непрофільні виїзди та позалікарняні пологи та патологічну вагітність, то цей показник складає 89,1%.

При розгляді викликів громадян за екстреною медичною допомогою звертає на себе увагу те, що тільки 86,74% викликів за перший квартал 2014 р. прийняті до виконання бригадами Е(Ш)МД як виклики, що підлягають реагуванню. Поряд з цим майже 4,0% викликів були передані на виконання пунктам невідкладної медичної допомоги. У Волинській області цей показник складає 10,3%, у Сумській – 5,6%, це при тому, що в Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Миколаївській, Тернопільській, Харківській і Хмельницькій областях означені пункти не існують. Госпіталізовано до лікарень – 22,0%, з них 13,1% складає первинна госпіталізація та 2,1% госпіталізовано за направленнями. Найвищі показники госпіталізації пацієнтів зареєстровано в Харківській області, де показник сягає 29,7%, Житомирській – 27,6%, Дніпропетровській – 26,0%, Вінницькій – 21,3%, Донецькій – 20,6% і Хмельницькій – 20,3%. Найнижчі показники в Кіровоградській – 12,7%, Чернігівській – 14,3% і Волинській – 14,4%.

Звернення громадян за екстреною медичною допомогою за телефонним номером 103 у загальній структурі розподіляються таким чином: травми – 10,8%, ГРВІ – 7,5%, вуличні виклики – 3,5%, виклики до хронічних хворих – 2,8%, безрезультатні виклики – 2,5%, виклики до хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу – 1,4%, виклики бригад Е(Ш)МД на кримінальні випадки – 1,4%, трупи – 1,3%, спецтравми (витверезник) – 0,8%, отруєння – 0,4%, виклики до хворих у коматозному стані – 0,35%, дорожньо-транспортні пригоди – 0,3%, гострий інфаркт міокарда – 0,3%, виклики на суїциди – 0,1%.

У 3,36% випадків викликів громадян, які звернулися за екстреною (швидкою) медичною допомогою, надані рекомендації. Водночас 1,8% складають порожні дзвінки, 1,1% абонентів звернулись з питанням, як зателефонувати дільничному лікарю (у поліклініку, лікарню), щоб звернутись за медичною допомогою, 0,8% – телефонні хулігани, 0,8% – помилкові дзвінки та 0,3% – з'єднання з іншим абонентом (таблиця 1).

Таблиця 1.

Аналіз звернень громадян за медичною допомогою за номером 103 за 2013 рік (перша частина)

Області	Зареєстровано	Рекомендовано	Передано на ПНМД	Виконано ПНМД	Госпіталізовано	З них первинна госпіталізація	З них є/направлення	ГПМК	Травми	Отруєння	ДТП
Вінницька	88336	4784	5189	81422	18855	14672	1990	821	5624	197	200
%	–	–	–	–	21,3	16,6	2,3	0,9	6,4	0,2	0,2
Волинська	55042	755	5651	48636	7900	7376	524	850	2916	239	120
%	–	1,4	10,3	88,4	14,4	13,4	1	1,5	5,3	0,4	0,2
Дніпропетровська	–	–	–	234420	61043	–	–	–	–	–	455
%	–	–	–	–	26,0	–	–	–	–	–	0,2
Донецька	284708	8723	5071	270914	58979	53214	5765	4832	126690	1458	734
%	–	3,1	1,8	95,2	20,7	18,7	2	1,7	5,9	0,5	0,3
Житомирська	79761	–	–	74406	22020	19190	1718	864	122	–	185
%	–	–	–	93,3	27,6	24,1	2,2	1,1	0,15	–	0,2
Закарпатська	59472	1332	54470	54470	9137	7168	2257	677	3758	255	136
%	–	2,2	91,2	–	15,4	12,1	3,8	1,1	6,3	0,4	0,2
Запорізька	–	37017	–	123410	24663	24031	632	2827	7879	532	352
%	–	22,5	–	74,6	15	14,6	0,4	1,7	4,8	0,3	0,2
Кіровоградська	83378	–	3261	62074	10555	9732	823	1128	2680	349	109
%	–	–	3,9	74,4	12,7	11,7	1	1,4	3,2	0,4	0,13
Луганська	221913	13069	8632	180146	40916	27041	8191	3587	11373	791	945
%	–	5,9	3,9	81,2	18,4	12,2	3,7	1,6	5,1	0,36	0,43
Миколаївська	91289	–	–	88270	16021	16021	2888	473	4147	190	107
%	–	–	–	–	17,5	17,5	3,16	0,5	4,5	0,2	0,11
Одеська	127192	14062	3660	123642	23502	22884	1228	2128	9555	319	477
%	–	11,1	2,9	97,2	18,5	18	1	1,7	7,5	0,25	0,38
Полтавська	195012	2852	498	90112	19059	16200	800	1712	12723	396	209
%	–	1,5	0,25	46,2	9,8	8,3	0,4	0,9	6,5	0,2	0,1
Рівненська	98235	161	1482	76525	13367	11799	1568	1201	4850	298	139
%	–	0,16	1,5	77,9	13,6	12	1,6	1,2	4,9	0,3	0,14
Сумська	67562	1851	3781	60689	13110	11803	1307	911	3350	185	120
%	–	2,7	5,6	89,7	19,4	17,4	1,9	1,3	5	0,3	0,18
Тернопільська	65873	–	0	53861	10376	9338	1038	1369	2002	257	78
%	–	–	–	18,8	15,8	4,2	1,6	2,1	3	0,4	0,1
Харківська	198554	215	12	197658	58934	447	6900	3226	9274	936	589
%	–	0,1	0,006	99,5	29,7	0,2	3,5	1,6	4,7	0,47	0,3

Області	Зареєстровано	Рекомендовано	Передано на ПНМД	Виконано ПНМД	Госпіталізовано	З них первинна госпіталізація	З них є/направлення	ГПМК	Трави	Отруєння	ДТП
Херсонська	–	4651	172	57167	12116	10582	1534	1116	3704	301	145
%	–	6,7	0,25	82,7	17,5	15,3	2,2	1,6	5,4	0,43	0,2
Хмельницька	73953	–	–	73374	15010	4262	4006	498	4155	1437	163
%	–	–	–	99,2	20,3	5,7	5,4	0,67	5,6	1,9	0,2
Чернігівська	74759	866	–	73602	10843	–	–	751	2948	–	161
%	–	1,1	–	97,3	14,3	–	–	1	3,9	–	0,2
Усього	2334341	90338	91879	2024798	446406	265760	43169	28971	217750	8140	5424
%	–	3,87	3,94	86,74	22,00	13,10	2,10	1,40	10,80	0,40	0,30

Аналіз звернень громадян за медичною допомогою за номером 103 за 2013 рік (друга частина)

Області	Кримінал	Вуличні виклики	Спецтравма/ витверезник	ГІМ	Коми	Суїциди	Трупи	Падіння з висоти	ГРВІ	Безрезультатні	Чергування на ПТБ *****	Хронічні хворі, залишені на місці
Вінницька	38	343	67	308	62	133	1362	23	192	1629	63	2634
%	0,04	0,4	0,07	0,3	0,07	0,2	1,5	0,03	0,2	1,8	0,07	3
Волинська	35	1582	1715	181	115	67	833	29	5675	659	64	810
%	0,1	2,9	3,1	0,3	0,2	0,1	1,5	0,05	10,3	1,2	0,1	1,5
Дніпропетровська	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9538	–	–
%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	-	–	–
Донецька	2635	12129	–	1428	425	300	3237	71	3178	275	275	12987
%	0,9	4,3	–	0,5	0,15	0,1	1,1	0,02	1,1	3,1	0,1	4,6
Житомирська	22	–	48	182	–	–	1009	–	10040	2451	–	1109
%	0	–	0,06	0,2	–	–	1,3	–	12,6	3,1	–	1,4
Закарпатська	94	1366	13	129	213	32	1035	57	4950	1604	178	3648
%	0,15	2,3	0,02	0,2	0,4	0,05	1,7	0,1	8,3	2,7	0,3	6,1
Запорізька	673	2157	3296	129	2707	120	2146	2	15152	4501	–	2982
%	0,4	1,3	2	0,08	1,6	0,07	1,3	0,001	9,2	2,7	–	1,8
Кіровоградська	320	3238	–	720	205	99	742	25	7253	1492	–	975

Області	Кримінал	Вуличні виклики	Спецправо/ витверзник	ГІМ	Коми	Суїциди	Трупи	Падіння з висоти	ГРВІ	Безрезультатні	Чергування на ПТБ *****	Хронічні хворі, залишені на місці
%	0,4	3,9	–	0,86	0,24	0,01	0,9	0,03	8,7	1,8	–	1,2
Луганська	1649	4946	582	1125	900	301	2281	51	14769	6502	232	7361
%	0,74	2,2	0,26	0,5	0,4	0,14	1,03	0,02	6,65	2,9	0,1	3,3
Миколаївська	394	2429	23	118	534	125	1284	118	11716	2761	1889	3499
%	0,4	2,7	0,03	0,13	0,6	0,14	1,4	0,13	12,8	3	2,07	0,54
Одеська	3031	3372	1135	315	263	182	2243	36	17535	1262	706	822
%	2,4	2,7	0,9	0,25	0,2	0,14	1,8	0,03	13,8	1	0,56	0,64
Полтавська	15255	13879	6413	353	27	90	1150	9	13427	1944	620	6141
%	7,8	7,1	3,3/0,6	0,18	0,01	0,05	0,6	0,05	6,9	1	0,3	3,1
Рівненська	395	3919	945	199	239	106	607	50	8053	1031	–	6119
%	0,4	4	1	0,2	0,24	0,1	0,6	0,05	8,2	1	–	6,2
Сумська	330	2754	94	169	219	78	570	22	6902	1581	0	2317
%	0,5	4,1	0,14	0,25	0,3	0,1	0,8	0,03	10,2	2,3	–	3,4
Тернопільська	245	1127	297	46	235	52	595	26	3994	964	–	1822
%	0,4	1,7	0,45	0,07	0,35	0,08	0,9	0,04	6,1	1,5	–	–
Харківська	1428	12091	729	863	564	98	4695	71	12957	6828	24024	99
%	0,7	6,1	0,4	0,43	0,3	0,05	2,4	0,04	6,5	3,4	12,1	0,05
Херсонська	488	3417	–	172	308	118	1303	35	5727	1344	192	878
%	0,7	4,9	–	0,25	0,4	0,17	1,9	0,05	8,3	1,9	0,3	1,3
Хмельницька	216	429	–	81	104	29	528	–	9493	3200	–	2967
%	0,3	0,6	–	0,1	0,14	0,4	0,7	–	12,8	4,3	–	4
Чернігівська	481	2146	–	151	–	–	1649	–	–	1012	32	186
%	0,6	2,8	–	0,2	–	–	2,2	–	–	1,3	0,04	0,25
Усього	27729	71324	15357	6669	7120	1930	27269	625	151013	50578	28275	57356
%	1,40	3,50	0,80	0,30	0,35	0,10	1,30	0,03	7,50	2,50	1,40	2,80

Таблиця 2. Аналіз скарг від пацієнтів (хворих, постраждалих), отриманих оперативно-диспетчерською службою територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф України за 1 квартал 2014 року

[illegible]

Області	Зареєстровано звернень	З них рекомендовано	Передано на виконання ПНМД	Виконано ШМД	З них травми	З них вуличні	Біль у голові	Біль у животі	Біль у серці	Біль у горлі	Температура	Запитання «Як подзвонити?»	Запитання «Куди звернутись?»	Біль у спині	Телефонні хулігани	Порожні дзвінки	З'єднання з іншим абонентом	Помилкові дзвінки
Луганська	22191 3	1585 8	8632	18014 6	1283 0	3130	3432 2	1227 7	2008 6	6644	14630	8134	5506	5462	4820	6320	171	5054
%	–	7,1	3,9	81,2	5,8	1,4	15,5	5,5	9,1	3	6,6	3,7	2,5	2,5	2,2	2,8	0,08	2,3
Миколаїв- ська	91289	–	–	88270	5349	1258	7157	4701	8944	609	9235	1589	1478	1342	2814	2070	–	1300
%	–	–	–	96,7	5,9	1,4	7,8	5,1	9,8	0,66	10,1	1,7	1,6	1,47	3,1	2,3	–	1,4
Одеська	12719 2	–	4050	12364 2	9688	3393	3112 5	1045 1	2974 5	3302	17448	2220	1504	2726	960	1677	563	443
%	–	–	3,2	97,1	7,6	2,7	24,5	8,2	23,4	2,6	13,7	1,7	1,2	2,1	0,75	1,3	0,44	0,35
Полтавська	19501 2	2852	498	90112	1072 3	1490 3	1451	6259	1007 3	454	12518	2986	1361	635	237	1122	15	733
%	–	1,5	0,25	46,2	13,1	7,6	0,74	3,2	5,2	0,23	6,41	1,5	0,7	0,3	0,12	0,58	0,008	0,38
Рівненська	98235	161	1482	76525	4850	1669	1535 8	6497	1312 4	1210	9320	856	967	2103	609	925	247	600
%	–	0,16	1,5	77,9	4,9	1,7	15,6	6,6	13,4	1,2	9,5	0,8	1	2,1	0,6	0,94	0,25	0,61
Сумська	67562	1476	3781	60689	3350	1130	1476 6	5751	9803	385	7223	766	656	1494	1114	453	133	240
%	–	2,1	5,6	89,7	5	1,7	21,8	8,5	14,5	0,6	10,7	1,1	1	2,2	1,6	0,67	0,2	0,35
Тернопіль- ська	65873	–	0	53861	2002	573	3494	7541	9401	524	4080	786	572	1036	326	280	76	299
%	–	–	–	81,8	3	0,9	5,3	11,4	14,3	0,8	6,2	1,2	0,9	1,6	0,5	0,4	0,1	0,45
Харківська	19855 4	–	12	19765 8	9274	1209 1	–	1303 5	3703 1	–	21000	136	584	–	264	18381	528	4739
%	–	–	0,00 6	99,5	10,8	6,1	–	6,6	18,7	–	10,6	0,07	0,3	–	0,13	9,3	0,27	2,4

Області	Зареєстровано звернень	З них рекомендовано	Передано на виконання ПНМД	Виконано ШМД	З них травми	З них вуличні	Біль у голові	Біль у животі	Біль у серці	Біль у горлі	Температура	Запитання «Як подзвонити?»	Запитання «Куди звернутись?»	Біль у спині	Телефонні хулігани	Порожні дзвінки	З'єднання з іншим абонентом	Помилкові дзвінки
Херсонська	–	4651	172	57167	3704	1161	4852	5099	9482	1073	7611	1226	1263	1037	1487	1705	365	1123
%	–	6,7	0,25	82,7	3,4	1,7	7	7,4	13,7	1,6	11	1,8	1,8	1,5	2,2	2,5	0,5	1,6
Хмельницька	73953	–	–	73374	4155	929	12140	2635	3081	450	9943	3660	3895	739	131	–	2984	135
%	–	–	–	99,2	5,6	1,3	16,4	3,6	4,2	0,6	13,4	4,9	5,3	1	0,18	–	4	0,18
Чернігівська	74759	866	–	73602	3903	721	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
%	–	1,1	–	97,3	5,2	0,95	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Усього	2334341	78475	37799	2024798	136276	60939	178274	94405	212000	24173	139964	22765	18480	23897	15628	36901	6379	15828
%	100,0	3,36	1,62	86,73	6,7	3,0	8,8	4,7	10,5	1,2	6,9	1,1	0,9	1,1	0,8	1,8	0,3	0,8

При проведенні аналізу в розподілі всіх викликів за перший квартал 2014 р., що були опрацьовані бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги в площині скарг, виявилось, що майже 40% складають скарги, які розподіляються таким чином: болить серце – 10,5%, болить голова – 8,8%, висока температура – 6,9%, травми – 6,7%, у тому числі вуличні – 3%, болить живіт – 4,7%, болить горло – 1,2%, болить спина – 1,1% (таблиця 2).

Таким чином, при скарзі на біль у серці (10,5%) гострий інфаркт міокарда зареєстровано тільки в 0,3% випадків від усіх викликів, а при скарзі на біль у голові (8,8%) гостре порушення мозкового кровообігу зареєстровано тільки у 1,4%. Також 6,3% скарг складають саме скарги, а звернення – 10,8%. Скарга на високу температуру тіла складає 6,9%, а звернення з приводу гострих респіраторних захворювань – 7,5%.

Режими реагування у пріоритетності надання екстреної медичної допомоги

Слід розрізняти наступні режими реагування:

С (cito) – режим максимально екстреного реагування бригад ЕМД на виклик. Застосовується при невідкладних станах у постраждалих/хворих, що безпосередньо загрожують життю (зупинка дихання або дихання не ефективно – тільки перша ознака головної скарги) і позначається буквою “С”. Використовується будь-яка бригада (лікарська, фельдшерська), незалежно від комплектації автомобіля ЕМД (С, В), що знаходиться найближче до місця виклику. У випадку, коли на місце виклику відправлено автомобіль типу В, одночасно додатково спрямовується автомобіль типу С з відображенням виклику червоним кольором.

Е (екстрений) – режим екстреного реагування бригад ЕМД на виклик. Застосовується як «екстрені» відповідно до постанови КМУ № 1119 та ознака головної скарги, що позначена буквою “Е”. Рекомендовано використання лікарської чи фельдшерської бригади ЕМД, незалежно від типу автомобіля (С, В) за умови виконання нормативу доїзду. Виклик відображається жовтим кольором.

Н (не екстрений) – режим реагування бригад ЕМД на виклик, що застосовується при станах постраждалого/хворого, які визначені як «не екстрені» відповідно до постанови КМУ № 1119, режим реагування при ознаках? позначених буквою “Н”. Рекомендовано використання фельдшерської бригади виключно на автомобілі типу В або типу А. Виклик відображається зеленим кольором.

Р (відмова) – потреба у виклику та наданні екстреної медичної допомоги відсутня (помилкові виклики, телефонне хуліганство, безрезультатні виклики) позначається буквою R(Refuse). Виклик відображається сірим кольором.

Усі виклики та звернення громадян за екстреною медичною допомогою розподіляються згідно з пп. 1-3 додатку до постанови КМУ від 21.11.2012 № 1119 «Критерії розподілу звернень залежно від стану пацієнта на екстрені та неекстрені». Пріоритетом для диспетчера стосовно терміновості відправки бригади ЕМД є невідкладний стан здоров'я пацієнта та життєвоважливих функцій.

Протоколи екстреної медичної диспетчеризації

«Серце» системи медичного пріоритету диспетчеризації – системний протокол ЕД. Ефективність роботи диспетчера ЕМД базується на використанні системного протоколу ЕД, що вимагає опитувати абонента для визначення основних даних про пацієнта, характеристик медичної проблеми, стану свідомості і дихання пацієнта. Далі, за необхідності, проводиться більш конкретне опитування, пов'язане з медичною проблемою та відібране з числа протокольних варіантів, що охоплюють усі можливі проблеми з направленням бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Протокол ЕМД виначає:

- порядок дій диспетчера ЕМД;
- час направлення ресурсу;
- режим реагування;

- порядок надання телефонної медичної інструкції;
- порядок завершення викликів.

Диспетчер ЕМД за протоколом ЕД запитує д абонента ключові питання. Отримані на ці питання відповіді від абонента дозволяють диспетчеру ЕМД визначити категорію виклику за основною скаргою і встановити рівень реагування у визначених протоколом ЕД межах від «А» (Незначний або Другорядний) до «Е» (Негайно, Загроза життю) відповідно до серйозності стану пацієнта. Рівень Е (ЕХО) означає раннє розпізнавання диспетчером ЕМД екстремального (відсутності) дихання у пацієнта на підставі відповідей абонента на початку опитування. ЕХО-рівень дозволяє тим, хто планує місцеве реагування, завчасно спланувати екстрену допомогу «будь-ким найближчим», якщо таким способом можна надати допомогу при надзвичайному порушенні дихання у пацієнта. Дія диспетчера ЕМД на ЕХО-рівень – це відправка бригади реагування протягом перших 20-30 секунд опитування абонента, який дзвонить на 911.

Після з'ясування та уточнення адреси екстреного випадку і номера телефону абонента, диспетчер ЕМД проводить опитування для отримання інформації за «Чотирма заповідями». Якщо відповідь на питання початкового протоколу (вхідний протокол випадку) про стан дихання є: «Немає», «Я не впевнений» – негайно відправляється максимально екстрене реагування. Якщо абонент повідомляє, що пацієнт дихає, але без свідомості – використовуються 30 секунд додаткового опитування для визначення протоколу опитування головної скарги. Пацієнти у несвідомому стані потребують відправки реагування рівня Д (Дельта).

Деякі протоколи ЕД використовують детермінант «О» (Омега), що означає відсилку абонента до консультативної або іншої служби і відповідно не потребує відправки підрозділу екстреного реагування за результатом встановленої проблеми за дзвінком на телефон екстреної служби.

Протоколи ЕД розроблені в логічній і структурованій послідовності для отримання диспетчером ЕМД інформації щодо характеру виклику та наступних дій. Порядок, в якому відображається інформація в протоколах, може змінюватися, ґрунтуючись на даних, які місцевий медичний консультативний персонал визначив найбільш важливими. Але всі місцеві протоколи відповідно до загального змісту Системи медичних пріоритетів екстреної диспетчеризації мають наступні розділи:

Початкове (первинне) опитування:

- Використовується для проведення первинного опитування абонента;
- Запитується у кожного абонента;
- Має на меті отримати дані при головну скаргу.

Протокол індивідуальної головної скарги:

- Використовується для отримання інформації про тип/тяжкість екстреної медичної ситуації;
- Використовується для перевірки інформації, зібраної під час первинного опитування.

Інформаційні групи:

- Ключові питання і диспетчерські пріоритети;
- Інструкції до прибуття;
- Інформація щодо особливих випадків.

Сценарій медичного протоколу:

- Має чотири основні групи плюс ще одна частина під назвою "Протокол";
- Частина «Протокол» дає телефонні інструкції у форматі сценарію, які диспетчер ЕМД читає абоненту;
- Може містити додаткову інформацію, що використовується для мотивації абонентів тощо.

Визначення головної скарги

Визначення головної скарги – це частина первинного опитування абонента. «Головна скарга» абонента – це те, що має найбільш першорядне значення для абонента (пацієнта) у зв'язку з викликом ЕМД.

Головна скарга є однією з медичних скарг, що згруповані у три типи:

- Індивідуальні головні скарги;
- Травматичні (нещасні) випадки;
- Критичні в часі/для життя події.

Загалом, є два типи медичних скарг: «Індивідуальні головні скарги» та «Травматичні (нещасні) випадки». У більшості, виклики ЕМД, які отримуються, потрапляють у ці дві категорії. Проте, існує певна група дзвінків, які також дуже важливі для диспетчера ЕМД, щоб їх знати та розуміти. Ця група називається «Критичні в часі або для життя події».

33 головні скарги та групи (протоколи) випадків:

Перша група: Травматичні випадки (11 протоколів випадків даного типу головної скарги):

- Укуси Тварин;
- Напад/Сексуальне насильство;
- Опіки;
- Проблеми/травми ока;
- Жертва падіння;
- Дія спеки/холоду;
- Кровотеча;
- Промислові нещасні випадки;
- Ножове/Вогнепальне поранення;
- Травматичні пошкодження;
- Травми, пов'язані з транспортом.

Друга група: Індивідуальні головні скарги (14 протоколів випадків даного типу головної скарги):

- Біль у животі;
- Алергії/Ужалення;
- Біль у спині;
- Дихальні проблеми;
- Біль у грудній клітці (біль у грудях);
- Судоми/конвульсії;
- Діабетичні проблеми;
- Головний біль;
- Проблеми з серцем;
- Ковтання/попадання у шлунок отруйних речовин /передозування медпрепаратів;
- Психіатрична/Поведінкова проблема;
- Хвора людина;
- Інсульт/ішемічний інсульт;
- Невідомий/Людина лежить.

Третя група: Випадки з жорстким часовим режимом/критичні для життя (7 протоколів випадків даного типу головної скарги):

- СО (окис вуглецю, чадний газ)/ Вдихання/Небезпечні Матеріали;
- Зупинка серця;
- Удушення;
- Утоплення (ймовірне);
- Ураження електричним струмом;
- Вагітність/Пологи;
- Втрата свідомості/Непритомність.

Систематизоване опитування має чотири важливі цілі:

- 1) Забезпечити диспетчера ЕМД інформацією, необхідною для вибору правильного рішення про підрозділ реагування.
- 2) Дозволити диспетчеру ЕМД визначити наявність умов, що вимагають інструкцій до-прибуття допомоги.
- 3) Дозволити диспетчеру ЕМД надавати інструкції до-прибуття допомоги, у тому числі для планування дій персоналу, який відправляється на місце випадку до пацієнта.
- 4) Надати допомогу в забезпеченні безпеки пацієнтів, абонентів та оточуючих на місці екстреного випадку.

Використання системного протоколу ЕД допомагає диспетчеру ЕМД уникнути неправильних диспетчерських рішень. При оцінці ситуації на основі недостовірної інформації диспетчер ЕМД може не визначити основні скарги пацієнта і не зможе забезпечити належною інструкцією чи порадою.

Протоколи ЕД повинні включати класифіковані стандартні відповіді, засновані на структурованій оцінці диспетчера ЕМД терміновості медичного випадку, і вказувати рівень необхідного реагування. Ці відповіді повинні базуватись на визнаних медичних симптомах і типах інцидентів.

Проблемою для багатьох диспетчерських центрів є абоненти, які не розмовляють мовою місцевості, де вони перебувають. Для уникнення цієї проблеми можливі три основних рішення:

- штатний розклад диспетчерських центрів з багатомовними операторами;
- забезпеченість доступу до усного перекладу носієм мови;
- наявність системних протоколів ЕД на мовах, які часто зустрічаються.

Загальні вимоги до системних протоколів ЕД:

- Обов'язковість медичного схвалення;
- Універсальність для різних випадків;
- Використання стандартних класифікаційних кодів відправки;
- Застосування послідовності опитування, за винятком випадків, коли є необхідність в додаткових роз'ясненнях з довільним проведенням опитування;
- Розмежування типів допомоги, що направляється на місце випадку за викликом, з урахуванням рівня складності необхідної допомоги (допомога в обсязі ALS у порівнянні з обсягом BLS).

Код відправки протоколу ЕД є інструментом:

- вибору/способу завчасно запланованого реагування;
- повідомлень;
- оцінки скарги;
- визначення кількості частоти/терміновості реагування екстреної медичної служби;
- рентабельності/ефективності роботи як окремих підрозділів, так і екстреної медичної служби в цілому;
- дослідження.

Код відправки в стислій формі повідомляє відповідальний за реагування екстреній медичній службі про головну скаргу абонента/пацієнта, рівень та терміновість реагування.

Коди відправки дозволяють службі екстреної (швидкої) медичної допомоги визначати необхідний режим реагування (світлові сигнали і сирени) та ресурси, які будуть залучатися для цього випадку.

Код відправки дозволяє розглядати випадок медичної відправки як об'єктивно визначений, якщо диспетчер ЕМД уважно вислухав відповіді на запитані ним питання та діяв у відповідності з відповідями абонента. Якщо диспетчер ЕМД не звернув належну увагу на відповіді, які надав абонент на запитання, диспетчер ЕМД не визначить код відправки (випадку) правильно.

Код відправки є комбінацією номера Протоколу головної скарги, визначеного найвищого рівня реагування та відповідного описання.

Кожне визначальне описання прямо пов'язане з ключовим питанням, яке було задане диспетчером ЕМД абоненту відповідно до Протоколу головної скарги. Визначальне описання вказує на важливу ознаку у стані пацієнта для рівня реагування за визначеною головною скаргою. Ключові питання призначені для того, щоб домогтись відповіді «Так» або «Ні» від абонента під час опитування за протоколом ЕД.

В деяких протоколах може бути суфікс, який додається наприкінці коду для сприяння найбільш точного характеру реагування.

Формула для створення відправки:

- Місце знаходження реагуючого підрозділу ЕМД;
- Чотири основоположні інформації від абонента про екстрений випадок;
- Код відправки, що встановлений для конкретного виклику;
- *Код відправки надає реагуючому підрозділу відначальну інформацію необхідною великою літерою відправки;*
- *Код відправки повідомляє реагуючому підрозділу характер і терміновість реагування екстреної медичної служби;*
- *Додаткова інформація «зрозумілою мовою» може бути повідомлена реагуючій бригаді, коли вона в дорозі.*

Керівники місцевих служб екстреної медичної допомоги можуть використовувати дані кодів Системи медичного пріоритету диспетчеризації (відправки) для визначення частоти та терміновості рівня головних скарг, установлених у Протоколі ЕД.

Ретроспективне порівняння даних за кодами відправки із записами про лікування пацієнтів у невідкладних станах на догоспітальному етапі може допомагати місцевим керівникам у визначенні правильності планів реагування (наприклад, із застосуванням сортування або без сортування; надсилається ресурсів занадто багато або недостатньо).

Також, слід враховувати можливість ретроспективного інтересу страхової компанії до коду відправки у зв'язку з настанням страхового випадку, оскільки код відправки дозволяє рецензентам страхового випадку щодо гарантії якості диспетчеризації об'єктивно визначати, чи уважно слухав диспетчер ЕМД відповіді на задані питання. Якщо диспетчер ЕМД не зробив цього, випадок не буде закодований правильно, і як наслідок, може спричинити певні санкції з боку страхової компанії.

Дані кодів відправки забезпечують у клінічних дослідженнях вивчення питання, як саме у пацієнтів з особливими головними скаргами проявляються особливі первинні симптоми в момент контакту з системою ЕМД. Додатково, система кодування забезпечує можливість порівняльного вивчення між місцевими екстреними медичними службами, між адміністративними одиницями, між країнами.

Підрозділи ЕМД, що отримують інформацію про виклик від диспетчера ЕМД та виїжджають на місце екстреного випадку, повинні бути ознайомлені з програмою екстреної медичної диспетчеризації та мати її загальне розуміння.

Підрозділи реагування повинні бути забезпечені Польовим довідником бригади, який персонал повинен мати на руках або в автомобілі швидкої допомоги. Такий довідник допомагає точно інформувати персонал бригади про характер виклику, зазначений кодом відправки.

Принципи кодування головної скарги

Процес кодування головної скарги є невід'ємною складовою частиною виконання диспетчерської функції. Сам код скарги можна охарактеризувати як кінцевий висновок щодо стану постраждалого/хворого, визначений на основі інформації, яку отримано диспетчером екстреної медичної допомоги від абонента чи безпосередньо постраждалого/хворого [16].

Відповідно до прийнятих положень у системі екстреної диспетчеризації пропонується трьохкомпонентний код, що є загальноновизнаною світовою практикою [17, 18]. Структура коду графічно зображена на малюнку 7.



Малюнок 7. Структура коду головної скарги

У цьому прикладі, що наведений на рисунку, перша цифра коду «1» відповідає порядковому номеру головної скарги, що внесена в програмне забезпечення та фактично визначається першою скаргою постраждалого/хворого. Другим компонентом коду є буква «С» – вона відповідає режиму реагування та залежить від екстреності виклику, тобто стану постраждалого/хворого. Третім компонентом коду є цифра «1», що відповідає ознаці головної скарги та визначається при опитуванні диспетчером абонента (постраждалого/хворого).

При формуванні коду слід враховувати рівні реагування: С (cito) – рівень максимально екстреного реагування бригад ЕМД на виклик. Застосовується при невідкладних станах у постраждалих/хворих, що безпосередньо загрожують життю (зупинка дихання або дихання не ефективно – перший рівень ознак головної скарги); Е (екстрений) – рівень екстреного реагування бригад ЕМД на виклик, застосовується при станах, які визначені як «екстрені» відповідно до постанови КМУ № 1119, та другому рівні ознак, що визначені в головних скаргах; Н (не екстрений) – рівень реагування бригад ЕМД на виклик, що застосовується при станах постраждалого/хворого, які визначені як «не екстрені» відповідно до постанови КМУ № 1119, третьому рівні ознак, визначеному в головних скаргах.

Відповідно до вищевказаного іде розподіл ресурсів системи ЕМД і рівнів реагування: С (cito) – використовується будь-яка бригада (лікарська, фельдшерська) незалежно від комплектації автомобіля ЕМД («С», «В»), що знаходиться найближче до місця виклику. У випадку, коли на місце виклику відправлено автомобіль типу «В», одночасно додатково спрямовується автомобіль типу «С» (реанімобіль); Е (екстрений) – рекомендовано використання лікарської чи фельдшерської бригади ЕМД незалежно від типу автомобіля («С», «В») за умови виконання нормативу доїзду; Н (не екстрений) – рекомендовано використання фельдшерської бригади виключно на автомобілі типу «В» або типу «А» за умови здійснення перевезення хворого/постраждалого.

Розглянемо формування коду головної скарги на прикладі «алергія/вплив отрути (укусів)».

На малюнку 8 наведено вигляд частини інтерфейсу програмного забезпечення диспетчерської служби, що необхідний для формування коду.

У випадку, коли до диспетчера надходить дзвінок і на запитання «Що конкретно сталося?» абонент відповідає «Вкусила бджола», відповідно ця інформація вноситься в програму та у вікні формування коду фіксується цифра «2», що відповідає присвоєному номеру скарги програмою (малюнок 9).

Відповідно до уніфікованого протоколу наступним запитанням є уточнення наявності життєво важливих ознак життя постраждалого диспетчером: запитання диспетчера

«Постраждалий дихає?», відповідь «Ні» або «Я не знаю». У цьому конкретному випадку таке свідчить про порушення життєвих ознак і безпосередню загрозу для життя. Диспетчером вносяться дані про порушення дихання, це призводить до автоматичного формування коду головної скарги.

У цьому випадку вона буде мати найвищий пріоритет, тобто «С» (малюнок 10).

КОД



2 - Алергія (реакції) / Вплив отрути (укусів)	1	C	1	Неефективне дихання	2.C.1
		E	1	Не відповідає (не реагує)	2.E.2
		E	2	Складно говорити між вдихами	2.E.3
		E	3	Напад роїв (бджіл/ос/шершнів)	2.E.4
		E	4	Укус отруйної змії	2.E.5
		E	5	Утруднене дихання або ковтання	2.E.1
	2	E	6	Історія важкої алергічної реакції	2.E.2
		N	1	Невідомий стан / інші коди, що не застосовуються	2.N.1
		N	2	Укус павука	2.N.2
		N	3		2.N.3

Малюнок 8. Інтерфейс програми

Первинне опитування Викликає Уточнення скарги Інструкції абоненту

Причина звернення

Скарга *: Вкусила бджола

Дихання *: x

Свідомість *:

Стан пацієнта *:

Кіл-ть постраждалих *:

Вік: Стать:

КОД

2.

2 - Алергія (реакції) / Вплив отрути (укусів)	1	C	1	Неефективне дихання	2.C.1
		E	1	Не відповідає (не реагує)	2.E.2
		E	2	Складно говорити між вдихами	2.E.3
		E	3	Напад роїв (бджіл/ос/шершнів)	2.E.4
		E	4	Укус отруйної змії	2.E.5
		E	5	Утруднене дихання або ковтання	2.E.1
	2	E	6	Історія важкої алергічної реакції	2.E.2
		N	1	Невідомий стан / інші коди, що не застосовуються	2.N.1
		N	2	Укус павука	2.N.2
		N	3		2.N.3
		3			

01.10.2014

Малюнок 9. Етап формування коду головної скарги

Первинне опитування Викликає Уточнення скарги Інструкції абоненту

Причина звернення

Скарга *: Вкусила бджола

Дихання *: Неефективне дихання x

Свідомість *:

Стан пацієнта *:

Кіл-ть постраждалих *:

Вік: Стать:

КОД

2. C. 1.

2 - Алергія (реакції) / Вплив отрути (укусів)	1	C	1	Неефективне дихання	2.C.1
		E	1	Не відповідає (не реагує)	2.E.2
		E	2	Складно говорити між вдихами	2.E.3
		E	3	Напад роїв (бджіл/ос/шершнів)	2.E.4
		E	4	Укус отруйної змії	2.E.5
		E	5	Утруднене дихання або ковтання	2.E.1
	2	E	6	Історія важкої алергічної реакції	2.E.2
		N	1	Невідомий стан / інші коди, що не застосовуються	2.N.1
		N	2	Укус павука	2.N.2
		N	3		2.N.3
		3			

01.10.2014

Малюнок 10. Етап формування коду головної скарги

При формуванні всіх складових коду він автоматично спрямовується до диспетчера напрямку, який спрямовує до постраждалого відповідну бригаду ЕМД. Надалі диспетчер з прийому викликів надає абоненту поради щодо проведення домедичної допомоги постраждалому/хворому (післядиспетчерська підтримка). Кінцевий вигляд інтерфейсу програми відповідно до вищенаведеного прикладу зображено на малюнку 10.

У випадку, коли прямої загрози життю постраждалому/хворому немає, диспетчер з прийому викликів продовжує збір інформації, яка передбачена уніфікованим протоколом, і вносить відповідну інформацію в програму. Для прикладу на малюнку 11 наведено варіант формування коду «2.E.5».

Первинне опитування Викликає Уточнення скарги Інструкції абоненту

Причина звернення

Скарга *: Вкусила бджола

Дихання *: Нормальне x

Свідомість *: Збережена

Стан пацієнта *: Утруднене ковтання

Кіл-ть постраждалих *:

Вік: Стать:

КОД

2. E. 5.

2 - Алергія (реакції) / Вплив отрути (укусів)	1	C	1	Неефективне дихання	2.C.1
		E	1	Не відповідає (не реагує)	2.E.2
		E	2	Складно говорити між вдихами	2.E.3
		E	3	Напад рвоти (блжіл/ос/шершнів)	2.E.4
		E	4	Укус отруйної змії	2.E.5
		E	5	Утруднене дихання або ковтання	2.E.1
	2	E	6	Історія важкої алергічної реакції	2.E.2
		N	1	Невідомий стан / інші коди, що не застосовуються	2.N.1
		N	2	Укус павука	2.N.2
		N	3	Жодного утруднення дихання або ковтання (висип/кропив'янка або свербіж можуть бути присутнім)	2.N.3

Малюнок 11. Приклад формування коду головної скарги

Як зазначалось вище, такий принцип формування коду, його трьохкомпонентна структура, яка відображає порядковий номер скарги, режим реагування та ознаку головної скарги, є визнаною загальносвітовою практикою. Такий підхід дає змогу за максимально короткий термін визначити стан постраждалого/хворого та спрямувати до нього відповідну допомогу. З одного боку, це значно прискорює початок професійного надання екстреної медичної допомоги, з іншого боку – дає можливість найбільш ефективно розподіляти наявний ресурс системи екстреної медичної допомоги. Стосовно становлення системи екстреної медичної допомоги в Україні, слід зазначити, що такий підхід пропонується вперше. Відповідно в подальшому постає питання про повноцінний аналіз, узагальнення роботи диспетчерської служби та, за необхідності, внесення певних коректив.

Мапи території обслуговування в роботі диспетчера екстреної медичної допомоги

Мапа території обслуговування є особливим інструментом у роботі диспетчера ЕМД. Основні мапи, що розташовуються на робочому моніторі диспетчера, належать до двох типів: планіметрична (зображення в одній площині) та топографічна (тривимірне зображення). Планіметричні мапи відображають тільки горизонтальні позиції та забезпечують візуалізацію кордонів території, доріг, населених пунктів, вулиць, план забудови в місті тощо. Топографічні мапи відображають географію місцевості (гори, долини, річки тощо), а також ідентифікують дороги, вулиці, будівлі в місті з урахуванням ландшафту місцевості, на якій вони розташовані.

Під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, територія якої займає значну площу, може виникнути необхідність використання замість топографічної карти орто-фото мапи (супутникова онлайн мапа). Головною відмінністю такої мапи є застосування замість умовно-графічних зображень об'єкту та навколишньої території його реального фотографічного зображення.

Слід зазначити, що дуже важливим у підтриманні достовірності робочої мапи є щоденна корекція реальної ситуації щодо доступності будівель, зміни напрямків дорожнього

руху, об'їзди викликані ремонтними роботами, аварії тощо. Внесення зазначеної інформації до робочої карти, або створення відповідної щоденної анотації робиться з урахуванням роботи попередньої зміни, інформації від суміжних диспетчерських служб (МВС, ДСНС, служби таксі тощо).

Навчання диспетчера центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Робота диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф потребує спеціальної підготовки на базі учбових центрів екстреної медичної диспетчеризації. Створення таких центрів передбачається в структурі територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, де функціонує програмно-апаратний комплекс у повному обсязі (перший етап – Вінницький центр ЕМД та МК).

Зазначена процедура (сертифікація диспетчера ЕМД) застосовується в службі 911 і складається з визначених та документованих етапів професійної підготовки диспетчера ЕМД, що вказує на його ключову роль у забезпеченні ефективного процесу ЕД.

Диспетчер ЕМД має пройти навчальний курс екстреної медичної диспетчеризації для підвищення рівня вмінь та навичок, які потребує робота в ЕМД, у тому числі для ефективного керування та управління ресурсами ЕМД. Успішне завершення навчального курсу забезпечує виконання диспетчером ЕМД необхідних завдань в отриманні інформації від абонентів, вибору відповідного протоколу, відправки відповідних ресурсів (бригади реагування, оснащення), в наданні телефонних інструкцій абоненту (інструкції після-відправки – до-прибуття).

Висновки:

Дана настанова визначає принципи організації диспетчерської служби екстреної медичної допомоги України шляхом:

1. Верифікації головної скарги та затвердження їх переліку;
2. Кодування головної скарги для забезпечення режимів реагування на виклик;
3. Затвердження протоколів екстреної медичної диспетчеризації;
4. Визначення режимів реагування для досягнення своєчасного надання ЕМД;
5. Організація навчання диспетчерів ЕМД на базах центрів ЕМД, де розгорнуті програмно-апаратні комплекси у повному обсязі.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI. Ст. 8 «Оперативно-диспетчерська служба центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» // Голос України. – 2012. – № 152.
2. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI. Ст. 3 «Право на екстрену медичну допомогу та загальні засади її надання» // Голос України. – 2012. – № 152.
3. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI. Ст. 4 «Виклик екстреної медичної допомоги» // Голос України. – 2012. – № 152.
4. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI. Стаття 15 «Відповідальність за порушення законодавства у сфері надання екстреної медичної допомоги» // Голос України. – 2012. – № 152.
5. Постанова КМУ від 21.11.2012 р. № 1118 «Про затвердження Порядку інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх направлення на місце події». – Київ, 2012.
6. Постанова КМУ від 21.11.2012 р. № 1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події». – Київ, 2012.
7. Постанова КМУ від 21.11.2012 р. № 1119. Додаток до Постанови «Критерії розподілу звернень залежно від стану пацієнта на екстрені та не екстрені». – Київ, 2012.
8. Постанова КМУ від 21.11.2012 р. № 1121 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків». – Київ, 2012.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2012 р. № 1018 «Про затвердження примірних штатних нормативів центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». – Київ, 2012.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2012 р. № 1020 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.08.2008 р. № 500, (Додаток 1/49) «Примірне положення про оперативно-диспетчерську службу Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». – Київ, 2012.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2012 р. № 1020 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.08.2008 р. № 500, (Додаток 1/24) «Примірне положення про автоматизовану інформаційно-диспетчерську службу «Швидка медична допомога – 103» як складову Державної служби порятунку (112) – (АСУ АІДС ШМД – 103) та (ДСП – 112). – Київ, 2012.
12. Галловой Л. Операционный менеджмент/Л. Галловой. – СПб : Питер, 2001. – 320 с.
13. Василенко В.А. Стратегии и инновации в системе менеджмента / В. А. Василенко, И. Е. Мельник. – М. : МГИУ, 2001. – 418 с.
14. Ильенкова С.Д. Производственный менеджмент/С.Д. Ильенкова, А.В. Бандурин, Г.Я. Горбовец. – М. : ЮНИТИ ДАНА, 2001. – 583 с.
15. Минаев З.С. Управление производством и операциями/З.С. Минаев, И.Г. Агеева, А. Аббата Дага. – М. : ИНФРА-М, 2000. – 256 с.
16. Bailey E.D., O'Connor R. E., Ross R.W. (2000) The use of emergency medical dispatch protocols to reduce the number of inappropriate scene responses made by advanced life support personnel. Prehospital Emergency Care, vol. 4, pp. 186–189.
17. Klouson J.J. (1989) Position Paper: Emergency Medical Dispatching. Prehospital and Disaster Medicine, vol. 4, pp. 145–150.

18. Calle L.L., Henvud D.K., Clark J.J., Eisenberg M.S., Horton C. (1994) Increasing the efficiency of emergency care using criteria based dispatch. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, vol. 24, pp. 867–872.