

# ПОСІБНИК З ПРОЦЕДУР НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ

# МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЧНОГО ТРАНСПОРТУВАННЯ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ



БЕЗКОШТОВНА КОПІЯ

Interreg



Współfinansowany  
przez Unię Europejską

NEXT Polska – Ukraina

RescueCars

	Посада:	Ім'я та прізвище:	Дата:	Підпис:
Підготовлено				
Перевірено з польської сторони				
Перевірено з української сторони				
Затверджено з польської сторони				
Затверджено з української сторони				



# ЗМІСТ

<b>РОЗДІЛ 1.</b>	<b>ВСТУП</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 2.</b>	<b>АНАЛІЗ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ — ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ СИСТЕМ ЕКСТРЕНИХ СЛУЖБ</b>	<b>8</b>
<b>РОЗДІЛ 3.</b>	<b>ГОТОВНІСТЬ</b>	<b>11</b>
<b>РОЗДІЛ 4.</b>		<b>15</b>
<b>РОЗДІЛ 5.</b>	<b>ПЕРЕДОВІ ПРАКТИКИ ТА РІШЕННЯ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ ДЛЯ ЛІКАРЕНЬ</b>	<b>17</b>
<b>РОЗДІЛ 6.</b>	<b>СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ТА ПЛАН ДІЙ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ</b>	<b>19</b>
<b>РОЗДІЛ 7.</b>	<b>ВИКОРИСТАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНИХ ВИДІВ ТРАНСПОРТУ — ОПЕРАТИВНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>	<b>23</b>
<b>РОЗДІЛ 8.</b>	<b>ДОДАТКИ, КОНТРОЛЬНІ ПЕРЕЛІКИ ТА ФОРМИ</b>	<b>28</b>

**Зміст цієї публікації є виключною відповідальністю її авторів і не може вважатися повноваженнями Європейського Союзу.**

# РОЗДІЛ 1.

## ВСТУП

### 1.1. Мета посібника

Метою цього посібника є розробка узгоджених і практичних процедур для служб невідкладної медичної допомоги та медичного транспорту в кризових ситуаціях, коли карети швидкої допомоги Національних служб екстреної медичної допомоги (СЕМД) не працюють у звичайному режимі або перевантажені.

Документ має інструктивний характер і орієнтований на практичне застосування — він слугує інструментом, що допомагає персоналу повітової лікарні в Лосицях та Центральної міської клінічної лікарні Івано-Франківська планувати, організовувати та проводити рятувальні операції в умовах обмеженої доступності ресурсів. Цей документ не замінює чинних планів управління в кризових ситуаціях.

Посібник також має на меті:

- вказати алгоритми та процедури, які можуть бути впроваджені на місцевому рівні без суперечностей з наявною системою СЕМД;
- розробити набір передових практик для реагування на надзвичайні ситуації, включно зі збоєм інфраструктури, надзвичайними випадками з великою кількістю жертв та військовими діями;
- надати навчальні матеріали та шаблони для навчань з реагування на надзвичайні ситуації в медицині.

### 1.2. Сфера застосування документа

Лікарні відіграють ключову роль у наданні базової медичної допомоги населенню в разі катастрофи будь-якого типу. Залежно від масштабів і типу катастрофи може відбутися раптове збільшення потреби в послугах, яка перевищує можливості й загрожує безпеці лікарень та всієї системи охорони здоров'я.

Пріоритетні заходи, реалізація яких допоможе адміністрації лікарень та особам, які планують рятувальні операції, забезпечити:

- безперервність надання основних послуг;
- належну координацію діяльності лікарень на всіх рівнях;
- чітку та правильну внутрішню й зовнішню комунікацію;
- швидку адаптацію до підвищених потреб;
- ефективне використання обмежених ресурсів;
- безпечне середовище для персоналу закладів охорони здоров'я.

Посібник охоплює:

- **процедури для медичних бригад** у ситуаціях обмеженої доступності швидкої допомоги, включно з використанням альтернативних форм транспортування пацієнтів;
- **схеми організації та прийняття рішень в лікарнях** — активація внутрішніх кризових планів, управління потоком пацієнтів, співпраця з місцевими органами влади та службами безпеки;
- **пропозиції щодо оперативних рішень**, які можуть бути застосовані на місцевому рівні (наприклад, внутрішнє транспортування пацієнтів, підтримка від інших медичних установ);
- **прикладні випадки та сценарії** реагування на ситуації, коли національна система екстреної медичної допомоги перевантажена або частково недоступна;
- **інтегрований набір засобів** (контрольні списки, форми, алгоритми), що допомагають персоналу в оперативному прийнятті рішень.

Територіальна сфера охоплює діяльність повітової лікарні в Лосицях та Центральної міської клінічної лікарні Івано-Франківська з можливістю розширення до міжрегіонального співробітництва.



### 1.3. Визначення та ключові терміни

**СЕМД** — Національна служба екстреної медичної допомоги — система, створена в Польщі для надання медичної допомоги особам, які перебувають у стані гострої загрози здоров'ю.

**БЕМД** — Бригада екстреної медичної допомоги — підрозділ системи СЕМД, який виконує екстрені медичні процедури в позалікарняних умовах, відповідаючи вимогам, зазначеним у Рішенні про СЕМД. БЕМД поділяється на:

1. спеціалізовані команди, які складаються щонайменше з трьох осіб, уповноважених виконувати екстрені медичні процедури, включно з лікарем системи ЕМД, медсестрою системи ЕМД або парамедиком;
2. стандартні бригади, які складаються щонайменше з двох осіб, уповноважених виконувати екстрені медичні процедури, включно з медсестрою системи ЕМД або парамедиком.

Бригада екстреної медичної допомоги оснащена спеціалізованим медичним транспортом, який відповідає технічним та якісним характеристикам, визначеним польськими стандартами, що імплементують гармонізовані європейські стандарти. Очолює спеціалізовану БЕМД лікар системи ЕМД, а базову БЕМД очолює особа, призначена диспетчером підрозділу – парамедик або медсестра системи ЕМД з досвідом не менше 5000 годин протягом останніх 5 років у бригаді екстреної медичної допомоги, бригаді санітарної авіації або відділенні невідкладної допомоги лікарні.

**Перевантаження системи** — ситуація, в якій кількість викликів та потреби в медичній допомозі перевищують поточні можливості системи СЕМД з погляду доступності бригад екстреної медичної допомоги (БЕМД), персоналу, транспортних засобів та інфраструктури.

**Порушення роботи системи** — часткове або повне припинення роботи частин системи СЕМД у певній сфері, спричинені технічними, організаційними або екологічними чинниками (наприклад, втрата зв'язку, збій ІТ-системи, руйнування транспортної інфраструктури).

**Критична подія** — будь-яка подія, у якій лікарня не може надати медичну допомогу у звичайному режимі або відповідно до прийнятих стандартів, що виявляє розбіжність між можливостями лікарні, ресурсами та інфраструктури, а також попитом (потребами пацієнтів) і вимагає від лікарні вжиття надзвичайних заходів для задоволення цього попиту.

**Міжлікарняний транспорт** — організоване транспортування пацієнтів з одного медичного закладу до іншого без перерви в процесі надання медичної допомоги, включно з перевезенням, яке здійснюється в рамках обмеженої доступності швидкої допомоги (наприклад, транспортних засобів лікарні, військового транспорту, залізничного транспорту).

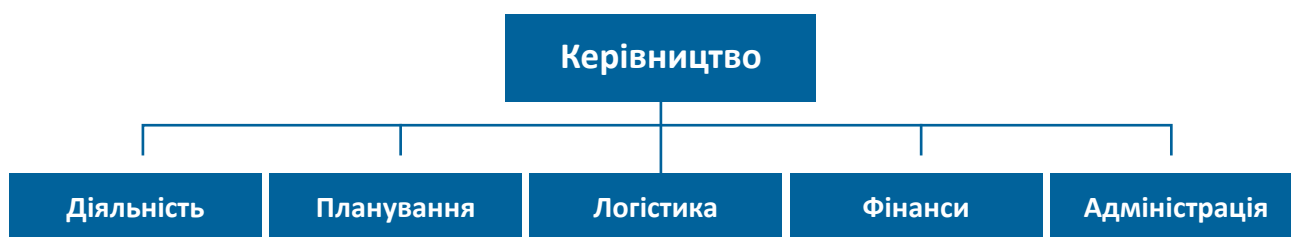
**План дій лікарні на випадок надзвичайних ситуацій** — набір процедур та інструментів для забезпечення безперервності роботи закладу в кризових ситуаціях, включно зі співпрацею з іншими медичними установами та службами.

**Здатність швидкого реагування** — здатність медичних служб розширювати їхні звичайні можливості для задоволення підвищеної потреби в клінічній допомозі.

**Потенціал** — сукупність усіх сильних сторін, характеристик та ресурсів, доступних в організації, які можуть бути використані для досягнення узгоджених цілей.

**Керівництво та контроль** — система прийняття рішень, відповідальна за активацію, координацію, впровадження, адаптацію та припинення заздалегідь встановленого плану реагування. Належне функціонування системи керівництва та контролю є необхідною умовою для ефективного управління службами екстреної медичної допомоги в лікарнях.

**Бригада кризового реагування лікарні (БКРЛ)** — багатофункціональний підрозділ, створений для керування потребами в кризових ситуаціях. Його метою є загальне технічне управління діями й нагляд за всіма аспектами управління в кризових ситуаціях та координація реагування, затвердження планів заходів, реагування та пом'якшення наслідків, а також нагляд за всіма заходами та рішеннями.



**Угода про співпрацю** — офіційний документ, що визначає чітке зобов'язання щонайменше двох сторін брати участь у певній діяльності, містить загальні принципи такого зобов'язання, але не є децентралізованим контрактом або угодою.

**Угода про взаємодопомогу** — угода між установами, організаціями та органами влади, яка визначає механізм швидкого надання допомоги в кризових ситуаціях, зокрема розподіл персоналу, обладнання, матеріалів, транспортних засобів та інших відповідних послуг. Основною ціллю угоди є негайна підтримка перед, під час та після події.

**Стандартна оперативна процедура (СОП)** — повноцінний посібник або довідник, що описує бажаний метод виконання функції або комплексу пов'язаних функцій, який стандартизований та містить інформацію про тривалість дії, відповідальні органи та інші важливі деталі.

## 1.4. Системний та міжнародний контекст

### Система екстреної медичної допомоги в Польщі

Польська система СЕМД функціонує відповідно до Закону від 8 вересня 2006 року «Про національні служби екстреної медичної допомоги». Вона включає інтегровані елементи: медичні диспетчерські центри, бригади екстреної медичної допомоги, відділення невідкладної допомоги (ВНД) та приймальні відділення лікарень, які підтримуються Польською медичною авіаційною службою порятунку (Polish Medical Air Rescue — LPR).

У випадках перевантаження або збою системи стає необхідним впроваджувати альтернативні рішення, наприклад, місцеві кризові плани, внутрішні транспортні бригади, використання лікарняної інфраструктури для екстрених завдань.

### Польсько-українська транскордонна співпраця

У контексті війни та поточної гуманітарної кризи в Україні важливо створити спільний двомовний посібник на основі досвіду обох країн. Система екстреної медичної допомоги в Україні, яка підпорядковується Міністерству охорони здоров'я, зазнає інтенсивних змін як у координації роботи швидкої допомоги, так і в організації транспортування пацієнтів в умовах війни. Польсько-українська співпраця дозволяє:

- обмінюватися досвідом реагування на кризові ситуації;
- розробляти спільні стандарти;
- розбудовувати взаємодію систем порятунку в кризових ситуаціях;
- надавати взаємну підтримку в навчанні та проведенні тренувань із застосуванням моделювання

# РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ — ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ СИСТЕМ ЕКСТРЕНИХ СЛУЖБ

## 2.1. Причини перевантаження систем екстреної медичної допомоги

Система екстреної медичної допомоги є ключовим елементом національної безпеки в галузі охорони здоров'я, але її функціонування сильно залежить від наявності персоналу, транспортної інфраструктури, засобів зв'язку та ефективного управління. Перевантаження системи швидкої допомоги може бути результатом раптових масштабних подій, а також довготривалих процесів, які поступово послаблюють оперативну спроможність.

До поширених причин перевантаження належать:

### а) Масові події та катастрофи

- транспортні, промислові, будівельні, хімічні або екологічні катастрофи, у яких кількість жертв перевищує місцеві можливості реагування;
- стихійні лиха (повені, пожежі, буревії, лавини), які ускладнюють доступ для швидкої медичної допомоги та призводять до втрати зв'язку.

### б) Кризи в охороні здоров'я на рівні населення

- епідемії та пандемії (наприклад COVID-19), де система СЕМД стикається зі стрімким збільшенням кількості викликів та зменшенням кількості персоналу;
- збільшення попиту на міжлікарняний медичний транспорт при одночасному дефіциті транспортних засобів.

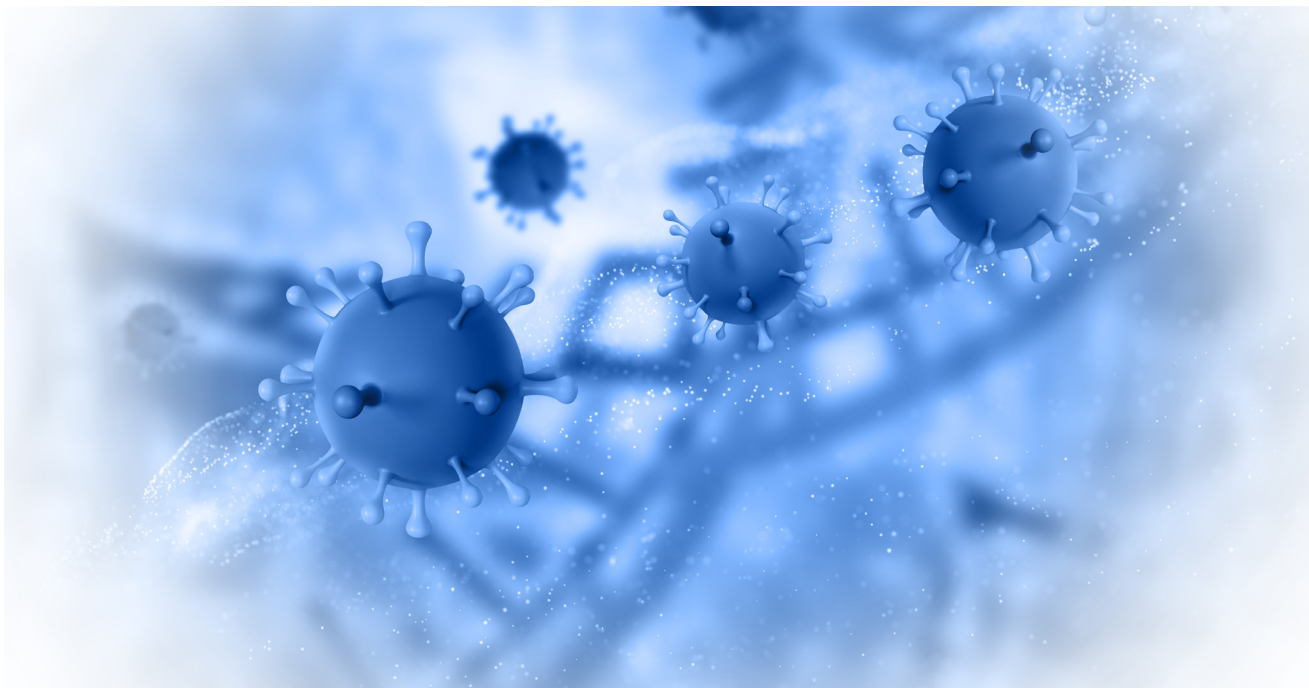
### в) Інфраструктурні та системні чинники

- недостатня кількість бригад екстреної медичної допомоги (БЕМД) порівняно з потребами населення;
- збої в роботі систем ІКТ та диспетчерських систем;
- відсутність узгодженої співпраці між підрозділами СЕМД, ВНД та лікарнями під час підвищеного навантаження.

#### г) Геополітичні та військові чинники

- військові дії або збройні протистояння, що спричиняють руйнування дорожньої, мостової або енергетичної інфраструктури;
- евакуація цивільного населення та потреба в організації медичного транспорту в умовах обмеженої безпеки;
- переміщення пацієнтів та приплив біженців, які потребують негайної медичної допомоги.

На практиці ці причини часто виникають одночасно, створюючи ланцюговий ефект — наприклад, пандемія виснажує лікарняний персонал та подовжує час реагування, що під час стихійного лиха призводить до фактичного збою системи.



## 2.2. Наслідки перевантаження системи екстрених служб

Перевантаження системи СЕМД має оперативні, організаційні та соціальні наслідки. До найпоширеніших наслідків належать:

### а) Продовження часу реагування та затримка прибуття БЕМД

Перевищення норм часу затримує надання долікарняної допомоги та підвищує смертність у надзвичайних ситуаціях.

### б) Необхідність обмеження пріоритетності викликів

Диспетчерські центри змушені змінювати пріоритети — виклики з меншим ступенем ризику відкладаються або перенаправляються до інших служб (наприклад, до служби «Медична допомога вночі або у святкові дні»).

### в) Збільшення навантаження на відділення невідкладної допомоги та приймальні відділення

Пацієнти, які не отримали допомоги на місці, звертаються до лікарень. Це призводить до накопичування пацієнтів та перевантаження інфраструктури відділень невідкладної допомоги.

### г) **Перебої в комунікації та координації**

В умовах обмеженого часу та надмірного навантаження викликами зростає ризик помилок у прийнятті рішень, нераціонального розподілу ресурсів, труднощів у комунікації між диспетчерами, лікарнями та службами підтримки.

### г) **Професійне вигорання та зниження ефективності роботи персоналу**

Довготривала робота в умовах перенавантаження призводить до явища так званого «співчуттєвого вигорання» — зниження рівня емпатії, мотивації та психологічної стійкості у парамедиків, лікарів та медсестер.

### д) **Загроза безперебійній роботі лікарні**

Коли карети швидкої допомоги не мають можливості транспортувати пацієнтів, лікарні стають першими й останніми пунктами надання медичної допомоги. Неможливість транспортування пацієнтів до інших відділень спричиняє накопичення пацієнтів, продовження терміну госпіталізації та обмежену доступність ліжкомісць.

## 2.3. Приклади з практики — Польща та Україна

### А. Польща — пандемія COVID-19 (2020-2022)

На піку пандемії у 2021 році система СЕМД в Польщі зафіксувала рекордну кількість викликів. У деяких регіонах (наприклад, у Малопольському та Мазовецькому воєводствах) час очікування карети швидкої допомоги перевищував 60 хвилин. Були вжиті такі заходи:

- запровадження додаткових «карет COVID» що фінансувалися з резерву Міністерства охорони здоров'я;
- використання транспортних та військових карет швидкої допомоги;
- створення тимчасових центрів ізоляції пацієнтів у відділеннях невідкладної допомоги;
- формування мобільних рятувальних бригад із персоналу лікарні.

Аналіз, проведений Державним фондом охорони здоров'я та Вищою аудиторською палатою, показав, що ефективність реагування підвищилась там, де діяли внутрішні кризові плани та лікарняні транспортні бригади, незалежні від СЕМД.

### Б. Україна — збройний конфлікт (2022 – дотепер)

Внаслідок війни система невідкладної (екстреної) медичної допомоги в Україні була змушена реорганізуватися. Знищення інфраструктури та перенавантаження швидкої допомоги призвело до створення **альтернативних систем медичного транспорту**:

- транспортування пацієнтів медичними потягами;
- місцеві евакуаційні бригади в обласних лікарнях використовують цивільні та військові транспортні засоби;
- мережа пунктів евакуації та сортування на кордоні;
- міжобласна координація через центральний портал *електронної системи охорони здоров'я України (e-Health)*.

Польсько-українська співпраця, особливо у сфері транспортування пацієнтів із прикордонних областей, підтвердила ефективність планів дій у надзвичайних ситуаціях, заснованих на простих, чітких алгоритмах, які можна реалізувати на місцевому рівні незалежно від державної системи.

# РОЗДІЛ 3. ГОТОВНІСТЬ

## 3.1. Мета та підстави

Метою готовності є створення місцевої оперативної «резервної системи» для лікарні (Повітова лікарня в Лосицях + Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради), яка активується в разі перенавантаження або тимчасової неефективності СЕМД без втручання в її компетенції. Правовою основою є: Закон про екстрену медичну службу, Закон про медичну діяльність, настанови ВООЗ щодо готовності лікарень, Державний план управління кризовими ситуаціями (ДПУКС) та інші документи, що застосовуються в рамках місцевих планів управління кризовими ситуаціями.

## 3.2. Матриця альтернативних видів транспорту

Ресурс/партнер	Використання	Вимоги/примітки
Медичний транспорт (медичні установи + приватні компанії)	Перевезення між медичними закладами стабільних пацієнтів та пацієнтів «жовтого» рівня з гарантією медичного обслуговування.	Укладення рамкових угод; транспортні засоби та персонал відповідають умовам (у тому числі стандарту ДСТУ-EN 1789/ Щодо обладнання карет швидкої допомоги, кваліфікації), згідно із законодавством про медичну діяльність та гарантовані послуги.
Національна пожежна служба (НПС) / Добровольча пожежна служба (ДПС) як підрозділи, які співпрацюють з системою ЕМД	Перевезення/евакуація, логістична підтримка, транспортування обладнання та персоналу, транспортування пацієнтів у надзвичайних ситуаціях (після консультації з диспетчерським центром/Повітовим центром управління кризовими ситуаціями (ПЦУКС)).	Порядок взаємодії підрозділів, що співпрацюють з СЕМД; спільні заняття; узгодження питання радіозв'язку.
Сили територіальної оборони/Армія (на рівні воєводства/повіту)	Медичні конвої, евакуація пацієнтів «жовтого» та «зеленого» рівнів, забезпечення зв'язку та логістична підтримка.	Угода про співпрацю; активність зі сторони Воєводського центру управління кризовими ситуаціями/ПЦУКС в рамках логіки ДПУКС.
Міський транспорт (мікроавтобус, соціальні транспортні засоби та інші транспортні засоби місцевих органів влади)	Евакуація «зелених» пацієнтів/сімей, перевезення пацієнтів, які проходять діаліз/хіміотерапію (без інтенсивного медичного нагляду).	Договори про позику/оренду, списки водіїв, альтернативні маршрути; координація ПЦУКС.
Логістичні компанії/постачальники з власним автопарком	Доставка кисню, рідин, ліків; перевезення ліжок, наметів, генераторів; за необхідності – перевезення «зелених» пацієнтів з медичним супроводом.	Кризові положення в договорах; у випадку транспортування пацієнтів – присутність медичного персоналу та базового медичного обладнання (не карета швидкої допомоги).

**Примітка (Польща):** медичний транспорт — це медична послуга з персоналом та належним чином обладнаним транспортним засобом; інші види транспорту для перевезення хворих (наприклад, автобуси місцевих органів влади) можуть використовуватися тільки для «зелених» пацієнтів та з медичним супроводом, щоб уникнути імітації карети швидкої допомоги та порушення нормативних вимог.

### 3.3. З ким укладати угоди/домовленості

**Приватні оператори медичних транспортних засобів** (2-3 компанії в радіусі 60-90 км; визначені гарантовані рівні обслуговування та межі готовності).

**Регіональні медичні установи** — угоди про взаємну транспортну підтримку (матриця доступних ресурсів + контактні дані для виклику).

**Національна пожежна служба (НПС)/Добровольча пожежна служба (ДПС)** — процедура офіційної співпраці як підрозділів, що співпрацюють з СЕМД; графік навчань, спільні канали зв'язку.

**Органи місцевої влади (муніципалітет/повіт)** — угоди про надання транспортних засобів, забезпечення водієм та паливом; доступ до евакуаційних центрів.

**Сили територіальної оборони/армія** — угоди щодо конвоїв та пунктів збору (відповідно до чинних планів управління в кризових ситуаціях).

### 3.4. Мобільні набори для «Міні-БЕМД»/медичні супроводи

- мобільні носі + пластина + шийні бандажі; набір для надання допомоги при травмах R1/R2; кисневі балони + редуктори; кисневі маски різних розмірів; аспіратор; автоматичний дефібрилятор; пульсоксиметри; тонометри; перев'язувальні матеріали; ізотермічні ковдри; налобні ліхтарі; радіотелефон.

#### Зв'язок

- Радіостанції PMR/DMR, сумісні з Національною пожежною службою (з фіксованим каналом); супутникові телефони або супутниковий маршрутизатор для командування; паперові форми для сортування та всі інші форми відповідно до закону про медичну діяльність та внутрішніх стандартних операційних процедур.

#### Фармацевтика та кисень

- Запаси інфузійних розчинів та ліків (комплект реанімаційного мішка); договір на пріоритетні постачання кисню.

### 3.5. Реєстри та карти готовності (оновлення кожні 30 днів)

- **Реєстр транспортних засобів:** карети швидкої допомоги (тип, обладнання, персонал), транспортні засоби лікарень, автопарк органів місцевої влади, приватні компанії (контактні дані для зв'язку 24/7, час реагування, вантажопідйомність).
- **Карти партнерів:** лікарні, амбулаторії/заклади первинної медичної допомоги, центри діалізу, хоспіси (контактні дані для виклику).
- **Список контактів:** радіоканали, телефони екстреної допомоги та персоналу, що перебуває на чергуванні.

### 3.6. Процедури та навчання

1. Щомісячне тестування засобів зв'язку (радіо/резервне, 10 хвилин, протокол тестування).
2. Щоквартальні навчання з партнерами (Національна пожежна служба/Сили територіальної оборони/Місцеві органи влади/Неурядові організації): сценарії, перебої в комунікації, евакуація.
3. Піврічний аудит резервних запасів + перевірка портативного обладнання (кисень, автоматичний дефібрилятор, генератори).
4. Навчання на основі посад: сортування за методами START/SALT; спрощена документація; безпека транспортування в транспортних засобах, що не є каретами швидкої допомоги (ролі та обмеження).

### 3.7. Перелік питань щодо дотримання законодавчих вимог (Польща) – «зелене світло» перед запуском плану

- **Договори** з організаціями медичного транспорту (умови, відповідальність, страхування).
- **Реєстр співпраці** з підрозділами, що співпрацюють з СЕМД (Національна пожежна служба (НПС)/Добровольча пожежна служба (ДПС)) + реєстр навчань.
- **Кризові положення** в контрактах з постачальниками автопарку/логістичних послуг (пріоритетні доставки, цілодобовий доступ).
- **Інструкція щодо використання транспорту, що не є каретою швидкої допомоги:** тільки «зелені»/«стабільні жовті» пацієнти з **медичним супроводом**; без позначок «швидка допомога», без використання проблискових маячків і спеціальних звукових сигналів.
- **Відповідність медичних транспортних засобів** вимогам (обладнання, стандарти, кваліфікація персоналу).
- **Захист даних та документації** в офлайн-режимі відповідно до нормативних актів щодо медичної діяльності.



### 3.8. Мінімальний пакет документів «для негайного використання»

- а) **Рамкові угоди** (медичний транспорт, місцеві органи влади, Національна пожежна служба/ Служба територіальної оборони, логістичні компанії).
- б) **Список контактів 24/7** (черговий персонал, диспетчери, Повітовий центр управління кризовими ситуаціями, водії, кисневий склад).
- в) **План екстреного зв'язку** (частоти, щоденні паролі, запасні радіостанції).
- г) **Процедура медичного сортування + форми** (польською/англійською/українською) – з використанням відповідних операційних процедур.
- г) **Матриця ліжок та обладнання** (оновлення кожні 30 днів).



# РОЗДІЛ 4. МЕДИЧНІ ТА ОПЕРАЦІЙНІ ПРОЦЕДУРИ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ

## 4.1. Загальні положення

Метою процедур, описаних у цьому розділі, є забезпечення безперервності та безпеки медичної допомоги в умовах перевантаження або часткового збою системи служб екстреної медичної допомоги (СЕМД).

У таких ситуаціях необхідно перейти зі стандартного режиму в кризовий, спираючись на принципи спрощеного командування, визначення пріоритетності пацієнтів та мобілізації місцевих ресурсів.

Основні принципи:

1. Безпека персоналу та пацієнтів є найважливішою.
2. Рішення мають бути швидкими та ґрунтуватися на наявних даних, а не в ідеальних умовах.
3. Кожен медичний працівник повинен знати своє місце в алгоритмі дій.
4. Зв'язок між командами має бути двостороннім і безперервним — навіть у разі виходу з ладу ІТ-систем необхідно використовувати резервні засоби зв'язку (радіо, телефон, кур'єрська служба).



## 4.2. Етапи реагування лікарні

У разі перевантаження системи екстреної допомоги рекомендується застосовувати триетапну модель реагування:

Етап	Опис	Основна дія
<b>I. Оповіщення</b>	Зростання кількості викликів, затримки з прибуттям карети швидкої допомоги, повідомлення від диспетчерської служби або місцевої влади.	Активізація роботи кризової групи лікарні; перевірка наявності ресурсів (ліжка, кисень, персонал); підготовка приймальних відділень.
<b>II. Реагування</b>	Система СЕМД не виконує всіх завдань, деякі карети швидкої допомоги не прибувають; пацієнти йдуть прямо до лікарні.	Застосування внутрішнього плану в разі надзвичайних ситуацій; реорганізація роботи відділення невідкладної допомоги; застосування внутрішнього транспорту; медичне сортування пацієнтів.
<b>III. Відновлення</b>	Система поступово відновлює свою ефективність; можливе переведення пацієнтів до інших відділень.	Оцінка збитків, ротація персоналу, відновлення ресурсів, підсумковий звіт.



# РОЗДІЛ 5. ПЕРЕДОВІ ПРАКТИКИ ТА РІШЕННЯ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ ДЛЯ ЛІКАРЕНЬ

## 5.1. Мета та сфера застосування локальних рішень

Метою цього розділу є представлення комплексу практичних заходів, які можна впровадити на рівні лікарень для того, щоб:

- забезпечити безперервність надання медичної допомоги в умовах перевантаження системи СЕМД,
- створити внутрішню систему реагування на кризові ситуації,
- посилити співпрацю між місцевими та міжнародними організаціями,
- підвищити стійкість медичної інфраструктури до надзвичайних ситуацій та війни.

Усі представлені рішення є доповненням до системи СЕМД — вони не замінюють її, а доповнюють та підтримують її діяльність у ситуаціях, коли доступність карет швидкої допомоги або ресурсів екстреної допомоги є обмеженою.



## 5.2.

( )

З метою підготовки лікарні до реагування на перевантаження системи служб екстреної медичної допомоги рекомендується створити бригаду кризового реагування лікарні (БКРЛ) — внутрішню операційну структуру з чітко визначеними ролями, обов'язками та каналами зв'язку.

### Структура БКРЛ:

Роль	Обов'язок	Особа/індивід
Командир операції	Приймає стратегічні рішення, застосовує план дій у надзвичайних ситуаціях.	Директор лікарні/медичний директор/завідувач відділення невідкладної допомоги.
Група управління	Управління оперативною діяльністю, сортування, транспортування, логістика.	Черговий лікар, старша медсестра, фахівець з логістики, IT-фахівець.
Підрозділ медичного транспорту	Організація внутрішніх та міжоб'єктових перевезень.	Водії, парамедики, технічні спеціалісти.
Відділ комунікацій	Забезпечення радіозв'язку, телефонного зв'язку та резервних засобів зв'язку.	Технік з комунікацій, IT-фахівець.
Відділ обліку	Реєстрація пацієнтів, сортування, звіти.	Реєстратор, диспетчер, медичний секретар, архіваріус.

При формуванні БКРЛ потрібно взяти до уваги включення представників таких підрозділів лікарні: адміністрація лікарні, керівництво сестринської служби, відділ кадрів, інфекційний, транспортний, IT-відділ та відділ зв'язку. Крім того, до складу групи повинні входити медичні працівники, які працюють у відділеннях невідкладної допомоги, інтенсивної терапії, внутрішньої медицини та педіатрії.



# РОЗДІЛ 6. СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ТА ПЛАН ДІЙ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

## 6.1. Загальні припущення

План дій у надзвичайних ситуаціях — це операційний документ, метою якого є:

- забезпечення безперебійної роботи лікарні в разі виходу з ладу системи служб екстреної медичної допомоги (СЕМД);
- врегулювання дій у надзвичайних ситуаціях з польської та з української сторін;
- визначення практичних методів евакуації, медичного сортування, зв'язку та транспортування пацієнтів;
- зменшення хаосу в прийнятті рішень у кризових ситуаціях.

План має **модульну структуру**, тобто його можна реалізувати повністю або частково залежно від масштабів надзвичайної ситуації.

## 6.2. Структура плану дій у надзвичайних ситуаціях

Етап	Назва модуля	Основні заходи	Час реагування
I	Сигнал тривоги та оцінка ситуації	Повідомлення про збій системи екстреної медичної допомоги або раптовий наплив пацієнтів.	0-15 хв
II	Застосування плану дій у надзвичайних ситуаціях	Залучення бригади кризового реагування лікарні (БКРЛ), розподіл обов'язків.	15-30 хв
III	Забезпечення транспортом	Забезпечення альтернативних засобів транспорту, обладнання та організація кадрових ресурсів.	30-60 хв
IV	Операційна діяльність	Лікування, евакуація, транспорт, зв'язок.	1-6 год
V	Стабілізація та передача даних	Упорядкування документації, оцінка збитків та складання звітів.	6-24 год

## 6.3. Ситуаційний аналіз: Лікарня в Лосицях

**Ситуація:** масова дорожньо-транспортна пригода + перевантажені карети швидкої допомоги.

**Передумови:** на національній трасі № 19 сталося зіткнення автобуса з вантажівкою, внаслідок чого 15 осіб отримали поранення, 3 з них перебували у важкому стані. Усі бригади швидкої допомоги з повіту вже виїхали на місце події. Диспетчерська служба повідомляє, що прибуття карет швидкої допомоги займе щонайменше 45 хвилин.

**Ціль:** налагодити роботу місцевої лікарні до прибуття карет швидкої допомоги — приймати, стабілізувати стан та транспортувати пацієнтів.

### Етап 1. Запуск плану

1. Лікар швидкої допомоги, який перебуває на чергуванні, оголошує кризовий стан.
2. Директор лікарні активує бригаду кризового реагування лікарні (БКРЛ).
3. Національна пожежна служба та поліція повідомлені про необхідність транспортування постраждалих на запасних транспортних засобах.

### Етап 2. Організація простору

- Стоянка перед відділенням невідкладної допомоги перетворена на зону сортування пацієнтів.
- Визначено три зони:
  - Червона (R1) – для пацієнтів, які потребують негайного втручання;
  - Жовта (R2) – пацієнти в стабільному стані;
  - Зелена (R3) – пацієнти з легкими травмами, які очікують на транспортування.
- У лікарні облаштовано дві додаткові кімнати для спостереження (переобладнані маніпуляційні).

### Етап 3. Мобілізація ресурсів

- Залучено альтернативні засоби транспортування пацієнтів.
- Бригада швидкої допомоги вирушає на місце події з необхідним обладнанням (ноші, кисень, мішки R1).
- Відділення отримують повідомлення про можливе збільшення кількості пацієнтів.
- Старша медсестра складає список вільних ліжок та персоналу.

### Етап 4. Операційна діяльність

- Пацієнтів класифікує на місці парамедик, який проводить медичне сортування, після чого їх госпіталізують відповідно до отриманої класифікації.
- Документація ведеться відповідно на паперових картках, на яких вказано номер пацієнта та колір сортування відповідно до чинних стандартних операційних процедур.

## Етап 5. Координація комунікації

- Кожні 30 хвилин до диспетчерського центру Національних служб екстреної медичної допомоги (СЕМД) та Повітового центру кризового управління надсилається звіт про ситуацію.
- Резервні канали зв'язку: мобільний телефон/радіо Національної пожежної служби.

## Етап 6. Стабілізація

Після прибуття карет швидкої допомоги та перевезення пацієнтів для подальшого лікування відповідно до порядку сортування директор лікарні готує звіт про вжиті заходи, висновки та рекомендації щодо вдосконалення плану.

## 6.4. Ситуаційний аналіз: Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради, Україна

**Ситуація:** обстріл міста та евакуація пацієнтів.

**Передумови:** Регіональна лікарня розташована в зоні обстрілу. Частина інфраструктури пошкоджена, а електропостачання відсутнє. Карети швидкої допомоги не можуть дістатися до цього району через пошкоджену дорогу.

**Ціль:** Евакуювати пацієнтів до залізничного вокзалу та надавати їм першу допомогу до моменту транспортування.

### Етап 1. Сигнал тривоги

- Директор лікарні оголошує код «АЛЬФА» — негайна евакуація.
- Місце збору пацієнтів визначено в підвальному приміщенні/укритті.

### Етап 2. Евакуаційна бригада

- Лікар + медсестра + парамедик + двоє санітарів.
- Пацієнтів розподіляють за ступенем пріоритетності (R1–R3).
- Пацієнтів із важкими травмами транспортують у першу чергу на цивільних транспортних засобах (автобусах, пікапах).

### Етап 3. Пункт пересадки

- На залізничному вокзалі облаштовано медичний пункт (контейнер організації «Лікарі без кордонів»).
- Медичний персонал передає пацієнтів персоналу залізниці (потяг швидкої допомоги).
- Документація передається у спрощеному форматі (форма ідентифікації + картка сортування).
- У безпечному, критому місці створюється пункт «чорної зони» для постраждалих, результати лікування яких є сумнівними через тяжкість/характер травми або екстрений стан пацієнта, а також через брак ресурсів для надання комплексної медичної допомоги. «Чорна зона» повинна бути організована таким чином, щоб забезпечити знеболення пацієнтів.

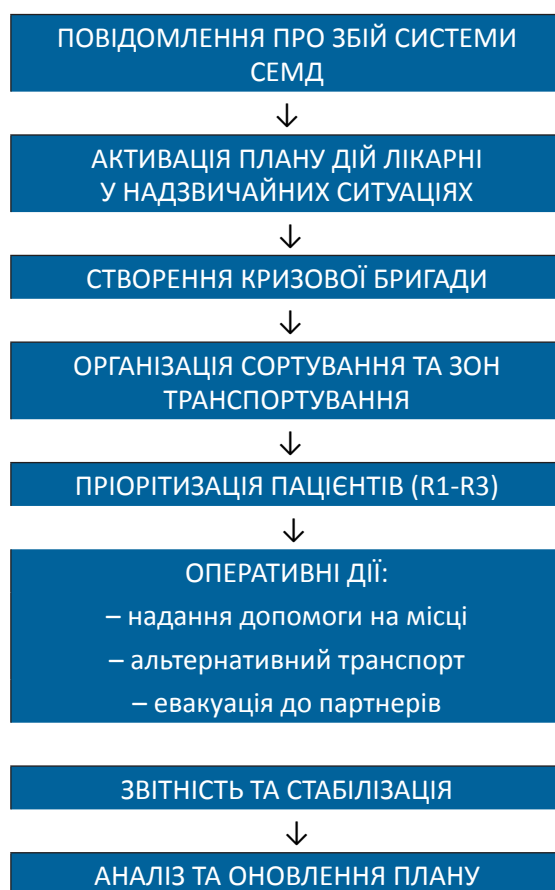
#### Етап 4. Комунікація та звітність

- Звіт про кількість евакуйованих пацієнтів надсилається до Міністерства охорони здоров'я України та партнеру в Польщі (лікарні в Лосицях).
- Перелік потреб (ліки, обладнання, пальне) надсилається через супутник.

#### Етап 5. Транскордонна підтримка

- Пацієнтів у критичному стані доставляють медичним поїздом до пункту приймання в Польщі (наприклад, у Люблін чи Хелм).
- Команда з Лосиць отримує повідомлення про кількість прийнятих пацієнтів та характер травм.
- План БКРЛ реалізується з польського боку.

### 6.5. Алгоритм прийняття рішень – План дій у надзвичайних ситуаціях (схема)

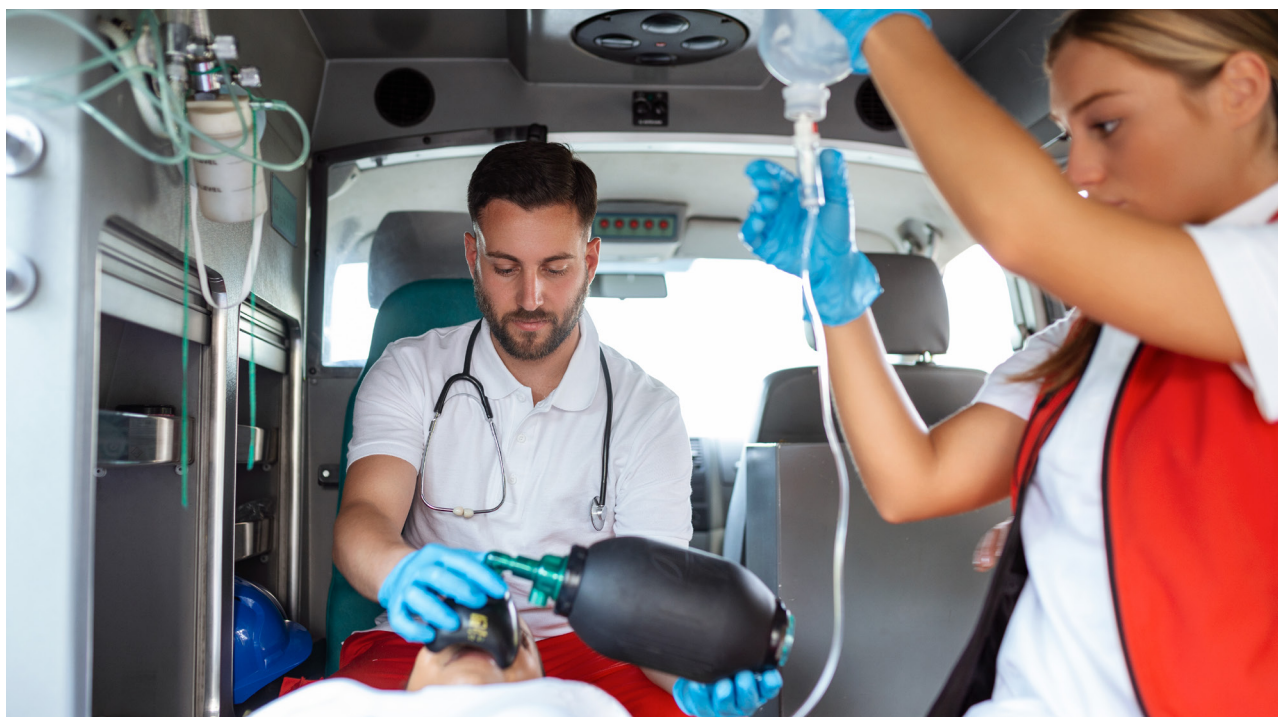


# РОЗДІЛ 7. ВИКОРИСТАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНИХ ВИДІВ ТРАНСПОРТУ — ОПЕРАТИВНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

## 7.1. Загальні припущення

У випадках, коли карети швидкої допомоги в системі екстреної медичної допомоги перевантажені або недоступні, необхідно використовувати альтернативні засоби транспорту — лікарняні, цивільні, військові або муніципальні. Щоб мінімізувати вплив такого транспорту на стан пацієнта, надзвичайно важливо забезпечити його оптимальну стабілізацію перед перевезенням та враховувати обмеження, властиві конкретному засобу транспорту.

Транспортування пацієнтів не може бути просто логістичним переміщенням з пункту А до пункту Б — це продовження терапевтичного процесу в мінливих умовах. Воно вимагає клінічної, технічної та організаційної підготовки.



## 7.2. Принципи стабілізації перед транспортуванням

Оптимальна підготовка пацієнта до транспортування включає чотири взаємопов'язані елементи:

### Запобігання травмам

Необхідно виявити та стабілізувати всі наявні та потенційні травми, особливо ті, що загрожують стабільності хребта, таза, грудної клітки або дихальних шляхів.

За можливості слід виконати такі дії:

- ортопедична іммобілізація,
- стабілізація хребта (комір, дошка, ремені),
- зупинка кровотечі (джгути, компресійні пов'язки, тампонада).

Цей крок слід виконати до транспортування пацієнта.

### Реанімація та фізіологічна стабілізація

Перед початком транспортування стан пацієнта слід максимально наблизити до нормального.

Це означає:

- оптимізацію вентиляції та оксигенації,
- вирівнювання тиску та перфузії тканин, рівня насичення киснем,
- контроль температури та болю,
- введення рідин, кисню або ліків, необхідних для підтримання життєдіяльності.

Реанімаційні заходи можна продовжувати під час транспортування, але їх слід розпочинати раніше — у стабільному стані, до того, як пацієнта перенесуть до транспортного засобу.

### Додаткове лікування

Усі можливі лікувальні заходи, які **не потребують негайного виконання в транспортному засобі**, слід проводити в місці перебування пацієнта.

Не рекомендується:

- розпочинати нові, складні або нестандартні втручання під час транспортування,
- виконувати процедури, що вимагають дотримання певних умов (наприклад, встановлення центрального венозного катетера), у транспортному засобі без стабільної основи.

Усі заплановані заходи повинні бути завершені або забезпечені до виїзду.

### Запобігання погіршення стану під час подорожі

Під час транспортування завжди існує ризик погіршення стану пацієнта. Тому слід передбачити можливі ускладнення та забезпечити захист пацієнта за допомогою відповідних заходів ще до виїзду, наприклад:

- декомпресія пневмотораксу, якщо існує ризик його прогресування,
- встановлення дренажів, трубок, катетерів або вакуумних пов'язок,
- забезпечення ефективної анальгезії та седації.

Розуміння характеру травми та умов транспортування (наприклад, ударів, вібрації, змін тиску, відсутності доступу до обладнання) допомагає мінімізувати ризики під час транспортування.



### 7.3. Підготовка пацієнта до транспортування альтернативними засобами

Підготовка пацієнта — це не лише медичне питання, а й питання логістичної безпеки та безпеки самого транспортування.

#### Необхідно:

- правильно розташувати пацієнта та іммобілізувати його за допомогою ременів або системи фіксації,
- зафіксувати всі внутрішньовенні катетери, дренажі та трубки, щоб уникнути їх зміщення,
- забезпечити доступ до дихальних шляхів (маски, трубки, аспіратор),
- надати пацієнту індивідуальну картку сортування/транспортування,
- позначити мішки та портативне обладнання (кисень, ліки, документи).

Перед виїздом медична бригада повинна перевірити повноту підготовки – контрольний список повинен бути підписаний особою, відповідальною за транспортування (наприклад, парамедиком або медсестрою).

## 7.4. Вибір транспортного засобу та екіпажу

Транспортування може здійснюватися різними способами — від карети швидкої допомоги та санітарного автомобіля до цивільних або військових транспортних засобів.

Кожен із цих засобів має свої можливості та обмеження:

Тип транспортного засобу	Переваги	Обмеження
Карета швидкої допомоги (типу В/С)	Повний комплект медичного обладнання, системи моніторингу, персонал	Обмежена доступність у кризових ситуаціях
Лікарняний/вантажний транспортний засіб	Доступні на місцевому ринку, легко адаптуються	Нестача обладнання, необхідні заходи щодо забезпечення безпеки пацієнта
Цивільний транспортний засіб (автобус, комунальний транспорт)	Висока доступність, мобільність	Відсутність систем стабілізації, необхідний супровід медичного персоналу
Транспорт військових/Сил територіальної оборони/ Національної пожежної служби	Прохідність по місцевості, вантажопідйомність	Визначення пріоритетності завдань, обмежена кількість медичного персоналу
Залізничний/авіаційний транспорт	Здатність до евакуації великої кількості людей на великі відстані	Потрібні пункти завантаження та зовнішня координація

Вибір виду транспорту повинен ґрунтуватися на:

- стані пацієнта,
- довжині маршруту,
- наявності обладнання та персоналу,
- рельєфі місцевості та погодних умовах.

## 7.5. Засоби для транспортування пацієнтів (ЗТП)

Кожен транспортний засіб повинен бути оснащений мінімальним набором засобів для підтримки життєдіяльності. Обладнання слід підбирати з урахуванням характеру завдання та наявного простору.

Приклад набору ЗТП:

- одноразові матеріали для подачі кисню — кисневі маски, назальні канюлі,
- автоматичний зовнішній дефібрилятор
- автоматичний дефібрилятор,
- портативний апарат штучної вентиляції легенів або самонадувний мішок,
- пульсоксиметр та тонометр,
- портативний медичний аспіратор,
- інфузійні розчини, препарати для СЛР,
- набір рідин та інфузійних насосів,

- складні ноші/ноші з від'ємним тиском,
- сумка з препаратами для надання невідкладної допомоги,
- набір для кисневої терапії (балон, регулятор, маски),
- одноразові матеріали: рукавички, перев'язувальні матеріали, інфузійні комплекти, фільтри.

Правило: обладнання, що береться в дорогу, має бути достатнім для підтримання життєво важливих функцій протягом усього очікуваного часу транспортування без потреби поповнення в польових умовах.

## 7.6. Організація та комунікація

Диспетчерський центр або особа, яка керує процедурою евакуації, повинна отримати повний набір даних про пацієнта та транспортування.

Ця інформація надається у формі транспортного звіту (відповідно до процедури «9 рядків», що застосовується під час медичних евакуацій):

1. Місце перебування пацієнта
2. Номер та пріоритет евакуації
3. Кількість та стан пацієнтів (R1/R2/R3)
4. Необхідне обладнання та персонал
5. Тип місця приземлення/зупинки
6. Наявні загрози
7. Особливі вимоги (наприклад, кисень, вентиляція)
8. Напрямок транспортування/пункт призначення
9. Особа, відповідальна за координацію

Ці дані дозволяють логістичному центру або диспетчеру вибрати найбільш відповідний засіб транспортування та належним чином підготувати команду для забирання пацієнта.



# РОЗДІЛ 8.

## ДОДАТКИ, КОНТРОЛЬНІ ПЕРЕЛІКИ ТА ФОРМИ

### 8.1. Мета цього розділу

Мета цього розділу — надати готові інструменти для сприяння впровадженню процедур, описаних у попередніх розділах посібника.

Ці матеріали мають практичне значення й повинні зберігатися:

- у паперовій формі — у кризових файлах кожного відділення,
- в електронній формі — на чергових комп'ютерах та у внутрішній системі лікарні.

Кожен документ має бути зрозумілим, простим та двомовним (польською/англійською), щоб його можна було використовувати також у міжнародних ситуаціях (польсько-українських).

### 8.2. Перелік заходів для запуску плану дій лікарні в надзвичайних ситуаціях

#### Крок 1. Отримання інформації про збій у роботі системи СЕМД

- Перевірити джерело інформації (диспетчерська, Державний центр безпеки, ЗМІ, персонал).
- Повідомити директора лікарні/керівника відділення невідкладної допомоги.
- Оголосити тривогу «Кризова ситуація — Рівень 1».

#### Крок 2. Створення бригади кризового реагування лікарні (БКРЛ)

- Скликати ключовий персонал (чергового лікаря, старшу медсестру, логіста, IT-фахівця, водіїв).
- Призначити координатора зв'язку та особу, відповідальну за документацію.
- Активувати резервні засоби зв'язку (радіо, приватну мобільну радіостанцію, канали Національної пожежної служби).

### Крок 3. Оперативні дії

- Організувати альтернативний транспорт.
- Провести сортування пацієнтів відповідно до правил.
- Забезпечити безпеку найважчих пацієнтів (R1) та розпочати стабілізаційне лікування.
- Звітувати кожні 30 хвилин до командного центру.

### Крок 4. Завершення та звіт

- Зібрати дані про кількість прийнятих та переведених пацієнтів.
- Підготувати звіт після завершення операції.
- Оновити план на основі висновків, зроблених під час операції.

## 8.3. Форма для сортування пацієнтів — шаблон (польською/англійською) — відповідає чинному формату лікарні

## 8.4. Форма звіту про ситуацію (польською/англійською)

Назва: ЗВІТ ПРО СИТУАЦІЮ

Дата/час: .....

Установа: лікарня в Лосицях/лікарня-партнер (Україна)

### Частина А — Загальні дані

- Загальна кількість постраждалих: .....
- Кількість госпіталізованих: .....
- Кількість евакуйованих/переведених: .....
- Кількість загиблих: .....
- Стан інфраструктури:
  - стабільний
  - частково пошкоджений
  - сильно пошкоджений

–

- Активація плану дій у надзвичайних ситуаціях
- Початок сортування постраждалих
- Організація альтернативного транспорту
- Співпраця з Національною пожежною службою/Силами територіальної оборони/НУО
- Евакуація пацієнтів
- Інше: .....

### Частина В — Потреби та ресурси

- **Медичний персонал:**

..... є / ..... бракує

- **Транспортні засоби:**

..... є / ..... немає

- **Ліки та обладнання:**

.....

- **Запаси кисню / палива:**

- достатні
- низькі
- критичні

### Частина Д — Коментарі та рекомендації

.....

Підпис особи, яка склала звіт: .....

Посада: .....

## 8.5. Список контактів (польські/українські)

Категорія	Назва установи	Контактна особа	Телефон	Електронна пошта / зв'язок у надзвичайних ситуаціях
Основна лікарня (Польща)	Незалежний центр охорони здоров'я в Лосицях (SPZOZ Łosice)	Лікар чергової служби відділення невідкладної допомоги	...	...
Лікарня-партнер (Україна)	Районна лікарня [назва]	Медичний директор	...	...
Приватна мобільна радіостанція/ Диспетчерський центр	Мазовецький диспетчерський центр	Головний диспетчер	...	...
Національна пожежна служба	Районне управління Національної пожежної служби в Лосицях (KP PSP Łosice)	черговий начальник	...	15 радіостанція
Сили територіальної оборони	5. Мазовецька бригада територіальної оборони	Черговий офіцер	...	...
НУО	Польський Червоний Хрест/«Лікарі без кордонів»/ Міжнародна організація з міграції	Медичний координатор	...	...
Державний центр безпеки/Воеводський центр кризового управління	Черговий офіцер	...	...	...

**Рекомендація:** копії списку контактних осіб необхідно зберігати: у кімнаті чергових у відділенні невідкладної допомоги, в офісі керівництва та у сховищі відділення невідкладної допомоги.

## 8.6. Шаблон звіту після завершення заходів (польською/англійською)

Дата та місце події: .....

Тип інциденту:

- аварія
- збій системи
- збройний конфлікт
- інше

Кількість пацієнтів: .....

Тривалість заходів: .....

- **Частина 1** — Що спрацювало добре
- **Частина 2** — Що потребує вдосконалення
- **Частина 3** — Рекомендації щодо оновлення плану
- **Затверджено:** Директор лікарні/Координатор з кризових ситуацій

Дата та підпис: .....