

Я.Ф. Радиш,

д.держ.упр., проф., професор кафедри
управління охороною суспільного здоров'я НАДУ

А.В. Терент'єва,

к.держ.упр., старший науковий співробітник

Укр. науково-практ. центру екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф МОЗ України

НАУКОВІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ МОБІЛЬНИХ ФОРМУВАНЬ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Проаналізовано досвід управління персоналом мобільних медичних формувань Державної служби медицини катастроф при наданні гуманітарної допомоги значним контингентам постраждалих у центрально-азійському регіоні.

Ключові слова: медицина катастроф, мобільні формування, управління, персонал.

Аналіз роботи медичного персоналу мобільного госпіталю МНС України в густонаселених країнах Азії, які постраждали внаслідок катастрофічних землетрусів (Туреччина, 1999 р.; Індія, 2001 р.; Іран, 2003-2004р.) [1, 2] довів необхідність розширення й удосконалення вимог, принципів формування і управління лікарсько-сестринськими бригадами госпіталю. Особливість комплектування мобільного госпіталю (МГ) полягає в тому, що основну частину персоналу складають фахівці Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, а також провідні фахівці інших наукових медичних і лікувальних закладів України.

Медичному персоналу, який надає медичну допомогу постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій (НС), потрібні не тільки відповідна медична кваліфікація й знання принципів медичного сортування, а також висока функціональна готовність, організаційні здібності, підвищена відповідальність, знання низки правових норм, вміння працювати в колективі, а інколи неабияка особиста мужність.

Ефективність надання невідкладної медичної допомоги постраждалим в НС багато в чому залежить від злагодженості роботи лікарсько-сестринських

бригад. Досвід роботи багатопрофільного МГ МНС України при ліквідації наслідків НС як в Україні, так і за її межами дозволив сформулювати і перевірити на практиці сучасні вимоги до медичного персоналу і принципи формування лікарсько-сестринських бригад МГ [3]. Виходячи з жорстких специфічних умов роботи, вимоги до підбору медичного персоналу МГ базуються на таких принципах:

- комплектування персоналу фахівцями високої професійної кваліфікації та ерудиції;
- постійна готовність лікарів і медичних сестер до виконання функціональних обов'язків;
- знання принципів сучасного медичного сортування;
- психологічна сумісність медичного персоналу;
- підвищення вимог до психічного і фізичного стану персоналу.

Насамперед це повинен бути колектив однодумців, які мають досвід сумісної роботи і знають сильні й слабкі боки один одного. У свою чергу злагодженість визначається не тільки суворою регламентацією роботи, кваліфікацією персоналу і знанням відповідних інструкцій, а також і тим, як складаються стосунки в бригаді в професійному та особистому плані. Присутність у складі бригади фахівців високого класу, які не вміють знайти спільну мову з колегами, не є гарантією максимальної ефективності роботи МГ. Тяжкі соціально-побутові умови, фізична і психологічна втома, що накопичується з часом, створюють передумови для виникнення конфліктних ситуацій, в тому числі й на побутовому рівні. Суворе дотримання субординації, чітке виконання кожним членом персоналу своїх посадових обов'язків і злагоджена праця можливі лише тоді, коли вони гармонують із загальною доброзичливою обстановкою, готовністю прийти на допомогу, підстрахувати колегу. Тому при кадровому комплектуванні персоналу МГ обов'язково повинні враховуватись особисті якості й психологічна сумісність співробітників лікарсько-сестринських бригад.

Підвищені вимоги висуваються й до стану здоров'я персоналу МГ, тому що від загального стану здоров'я медичного працівника залежить наскільки швидко він може відновити сили після багатогодинної роботи у операційного стола. Велике значення має вік, оскільки у людей старше 40 років період повного відновлення після значних навантажень зазвичай розтягується на 1-2 доби і більше. Безумовно, вікова „планка” не може бути головним визначним фактором, однак цей фактор слід враховувати при формуванні персоналу МГ для надання медичної допомоги великим контингентам постраждалого населення, особливо за складних кліматичних умов.

Керівник будь-якого населеного пункту або території ще при вступі до посади повинен ознайомитись з характером своїх дій у випадку виникнення НС. Оскільки Державна служба медицини катастроф (ДСМК) України має пріоритетний характер, її медичним формуванням, які прибувають для надання допомоги постраждалим, повинно бути надано всяку підтримку. Безпосередніми обов'язками органів місцевої влади за умов НС є забезпечення транспортом (евакуація постраждалих, доставка медичного майна), організація життєзабезпечення постраждалого населення і медичного персоналу (опалення, електроенергія, питна вода, харчування), забезпечення безпеки із залученням місцевих сил провпорядку. Необхідно відразу вирішити питання про те, до яких лікувальних закладів буде проводитись подальша евакуація, а також питання виділення резервних ліжок для розміщення постраждалих.

У деяких випадках лікарсько-сестринські бригади працюють на базі місцевих лікувальних закладів з використанням не тільки власного, а й місцевого персоналу. При цьому багато місцевих медичних працівників не вповній мірі знайомі із специфікою медицини катастроф, тому організацією роботи як всього етапу в цілому, а також його ключових підрозділів повинні займатися співробітники МГ. Таке перепідпорядкування місцевого персоналу, з одного боку, повинно бути проведено достатньо рішуче відповідно до принципу єдиноначалля, а з другого – тактично і колегіально.

При наданні медичної допомоги постраждалим слід при можливості відокремити персонал МГ від безпосередніх контактів з місцевим населенням, яке не потребує медичної допомоги в зв'язку з небажаними втручаннями до лікувального процесу [3; 4].

За умов катастроф або НС необхідно брати до уваги ще один важливий фактор – психічні порушення, які залежно від виду і масштабу катастрофи охоплює до 80 % населення постраждалої від НС території. Крім того, неможна ігнорувати можливі прояви націоналізму, місцеві релігійні й соціальні особливості, що загострюються при складних житлово-побутових умовах.

Однією з найважливіших особливостей роботи за умов НС є великий потік постраждалих і постійний дефіцит часу, який виділено для їх обстеження, надання допомоги і прийняття рішення про їх евакуацію, що накладає відбиток як на організацію роботи, так й вимоги до професійних і особистих якостей персоналу МГ.

Особливо важливим при визначенні тактики надання медичної допомоги постраждалим є процес прийняття рішень, що зазвичай проходить за жорстких умов дефіциту часу. При роботі за умов НС тактика повинна бути єдино образною й визначатися загальними принципами надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації при великих контингентах постраждалого населення. Поза залежністю від наявності у працюючих фахівців власних наукових поглядів до лікування тої чи іншої патології в умовах стаціонару лікувального закладу абсолютно не припустимі за цих умов дискусії з приводу обрання тактики. Подібний розгляд помилок і обговорення оптимальної тактики проводять тільки у вільний час, коли необхідну допомогу постраждалим вже надано.

Як зафіксовано ще в Женевських конвенціях 1949 р., а також у Додаткових протоколах до них (1977 р.), “медична допомога надається без розрізнення за будь-якими ознаками, крім медичних [4]”. Цей принцип означає неприпустимість розрізнять у ставленні, зумовлених такими критеріями, як раса, політичні погляди, віросповідання, філософські погляди, національність,

соціальний або майновий стан, або за будь-якими іншими. Працюючи за умов НС, особливо спричинених військовими діями або терористичними актами, медичні працівники повинні завжди пам'ятати про це, бо вони можуть відчувати суперечливі впливи – як своїх власних відчуттів, так зважаючи на тиск ззовні. У той же час особливу увагу треба приділити тим, хто її більше потребує – дітям, літнім людям, вагітним жінкам.

Незважаючи на екстремальну ситуацію, необхідно поважати волю постраждалого, який повинен, як зазвичай, дати згоду на проведення операції, лікувальної або діагностичної маніпуляції (якщо зважаючи на стан хворого, він може це зробити). Коли гаяння часу або відмова від будь-якої дії безпосередньо загрожує життю хворого, який перебуває у непритомному стані, лікар у праві самостійно прийняти відповідне рішення, взявши на себе всю повноту відповідальності за проведене лікування.

Ретельне ведення медичної документації, реєстрація прибулих на етап і вибулих з етапу медичної евакуації постраждалих інколи є доволі складним. Однак інколи це єдина можливість, за якою евакуйованого із зони катастрофи або НС можуть знайти його родичі, отримати відомості, живий він чи ні. Згідно Женевськими конвенціями, “родини мають право знати про долю своїх родичів, а останні – про долю своїх родин [Там же]”. Це стосується й встановлення особи померлих. У кожному медичному формуванні, також у тих, хто працює в польових умовах, повинні бути достатньо докладні відомості про постраждалих, які пройшли через етап медичної евакуації.

При наданні допомоги великому потоку постраждалих часто виникає гострий дефіцит інструментарія, медикаментів, перев'язувальних засобів та інше. За цих умов допомагає висока професійна ерудиція, доскональне знання інструментарію, дій і можливостей комбінації лікарських препаратів, впевненість у своїх силах, та інколи кмітливість. Якщо планові операції при повсякденній роботі у випадку недокомплектації інструментами, медикаментами, обладнанням автоматично відкладаються, то за умов НС деколи невелике очікування може коштувати життя постраждалому.

При прийнятті рішень у складних умовах лікарю необхідно дотримуватись принципу розумної достатності, ні в якому разі не можна виходити за межі того обсягу медичної допомоги, що визначений для даного типу медичної бригади. За умовами НС передбачено зовсім інший підхід до надання медичної допомоги великому потоку постраждалих. Кожне рішення, що приймається в процесі проведення медичного сортування, вирішує долю, а іноді й життя постраждалого, тому при тяжких пошкодженнях пріоритет надається тим, хто має більш реальний шанс на виживання.

Аналіз організації та управління медичним персоналом МГ при наданні медичної допомоги великим контингентам постраждалих за умов НС, довів необхідність приділення значної уваги низці питань стосовно підвищення ефективності роботи лікарсько-сестринських бригад, а саме:

1. Для ретельного підбору фахівців при формуванні лікарсько-сестринських бригад МГ необхідно підготувати невеликий довідник на основі досвіду роботи провідних фахівців ДСМК України з акцентом на медичне сортування.

2. Розробити автоматизовану експертну систему для підтримки прийняття рішень лікаря з надання медичної допомоги при ліквідації медико-санітарних.

3. Запровадити автоматизоване документування, а саме забезпечити складання картки первинного обліку з результатами медичного сортування, історії хвороби, евакуаційного паспорту.

4. Для забезпечення плідної співпраці з місцевим медичним персоналом доцільно розробити краткий фразеологічний словник англійською мовою.

Список використаних джерел:

1. Організація та управління процесом надання медичної допомоги постраждалим внаслідок землетрусів / С. О. Гур'єв, П. Б. Волянський, А. В. Терент'єва, С. П. Сацук, Ю. О. Грінєнко. – Переяслав-Хмельницький : СКД, 2008. – 188 с.

2. Організація медичного забезпечення населення України при природних і техногенних катастрофах / за заг. ред. В. О. Волошина, В. Ф. Торбіна. – К. : Медекол, УкрРНВФ “Медицина-екологія”, 1998. – 152 с.

3. Досвід роботи українського мобільного госпіталю з ліквідації наслідків землетрусу 26 січня 2001 р. в Республіці Індія / А. П. Картиш, Г. Г. Роцін, П. Б. Волянський та ін. // Український журнал екстремальної медицини ім. Г. О. Можаяєва. – 2001. – Т. 2. – № 2. – С. 12–15.

4. Гаркави А. В. Работа медицинского персонала в условиях чрезвычайных ситуаций / А. В. Гаркави // Медицинская помощь. – 2001. – № 2. – С. 24–27.

Radysk Ya.Ph., Terentieva A.V. Scientific aspects of staff management of the mobile teams of state disaster medicine service.

The analyses of the owner experience of results of staff management of mobile medical teams of State service of disaster medicine in the humanitarian missions in the Central Asia Region to the victims of the earthquakes.

Key words: disaster medicine, mobile teams, management, staff.

Радыш Я.Ф. Лаврентьева А.В. Научные аспекты управления персоналом мобильных формирований государственной службы медицины катастроф.

Проведен анализ собственного опыта управления персоналом мобильных медицинских формирований Государственной службы медицины катастроф во время оказания гуманитарной помощи большим контингентам пострадавших в регионе Центральной Азии.

Ключевые слова: медицина катастроф, мобильные формирования, управление, персонал.