



PIOTR ROBAKOWSKI

University of Gdansk, Poland

ORCID iD: orcid.org/0000-0003-1641-2643

JOANNA SYNOWEĆ

Independent researcher, Poland

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-8585-1458

KLAUDIA SKELNIK

WSB MERITO University in Gdansk,
Poland

ORCID iD: orcid.org/0000-0003-2771-3900

ANNA TYRAŃSKA-FOBKE

Medical University of Gdansk, Poland

ORCID iD: orcid.org/0000-0003-0880-046X

DANIEL ŚLĘZAK

Medical University of Gdansk, Poland

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-0052-5654

MARLENA ROBAKOWSKA

Medical University of Gdansk, Poland

ORCID iD: orcid.org/0000-0003-4890-2794

ZARZĄDZANIE BEZPIECZEŃSTWEM W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH W SZPITALU DYDAKTYCZNYM – PROPOZYCJA DZIAŁANIA (PRZYPADEK)

CRISIS SAFETY MANAGEMENT IN A TEACHING HOSPITAL – A PROPOSAL FOR ACTION (CASE)

ABSTRACT

The importance of preparing for crisis situations is increasingly discussed both in practical activities and in academic discussions. The problem concerns the small number of practical implementations of security management plans in crisis situations. The aim of the article is to present strategic activities in the field of management in crisis situations, based on the example of activities in the emergency department of a clinical hospital. A comprehensive crisis management plan allows to ensure the efficient functioning of the unit during emergency events, i.e. during actions in the event of an excessive number of incoming patients. Research and implementation work on preparedness for crisis situations is a need in the health care system on a macro scale.

STRESZCZENIE

Zarówno w działaniach praktycznych, jak i w dyskusjach akademickich coraz częściej mówi się o znaczeniu przygotowania do sytuacji kryzysowych. Problem, jaki się pojawia, dotyczy niewielkiej ilości praktycznych wdrożeń planów zarządzania bezpieczeństwem w sytuacjach kryzysowych. Celem artykułu jest przedstawienie możliwych działań strategicznych w zakresie zarządzania w sytuacjach kryzysowych na przykładzie działań w oddziale ratunkowym szpitala klinicznego. Kompleksowy plan zarządzania w sytuacjach kryzysu pozwala zapewnić sprawne funkcjonowanie jednostki podczas zdarzeń nagłych, tj. podczas działań w sytuacji ponadnormatywnego zabezpieczenia ilości napływających pacjentów. Praca badawcza i wdrożeniowa dotycząca gotowości na sytuacje kryzysowe jest potrzebą w systemie opieki zdrowotnej w skali makro.

KEYWORDS: *security management, crisis, health care management*

SŁOWA KLUCZOWE: *zarządzanie bezpieczeństwem, kryzys, zarządzanie opieką zdrowotną*

WPROWADZENIE

Podjęmowane przez oddziały ratunkowe działania w zakresie stanów nagłych dotyczą znacznie większego kontekstu niż ogólnie rozumiana koncepcja ratowania ludzkiego zdrowia i życia. Ponadnormatywna ilość pacjentów, którą należy przyjąć z uwagi na sytuację kryzysową, w danym momencie pracy oddziału powoduje podjęcie specyficznych działań i procedur. Wystąpienia zdarzeń o charakterze masowym nie da się zaplanować czy przewidzieć, jednak można się w pewien sposób na nie przygotować. Opracowanie algorytmów

postępowania podczas określonych zdarzeń jest możliwe, a wręcz jest oczekiwane. W celu zabezpieczenia ciągłości wykonywanych zadań w podmiotach leczniczych podczas sytuacji kryzysowych tworzy się plany postępowania na okoliczność wypadków masowych. W dokumencie ujmuje się zasady postępowania oraz planowania działań zmierzających do zapobiegania sytuacjom kryzysowym oraz działań mogących zminimalizować negatywne skutki w przypadku wystąpienia zdarzeń o charakterze masowym. Plan opisuje i precyzuje zasady postępowania, zakresy obowiązków, uprawnień, zakresy odpowiedzialności kierowników komórek organizacyjnych, osób odpowiedzialnych i pracowników. Ukierunkowuje na odpowiednie ścieżki decyzyjne. Ścieżki te dotyczą zarówno współpracy pomiędzy jednostkami/komórkami organizacyjnymi szpitala oraz podmiotami zewnętrznymi (Cao, Y., Li, Q., Chen, J., Guo, X., Miao, C., Yang, H., Chen, Z., Li C., Li, L. 2020; Country Health Systems Division WHO Regional Office for Europe). Należy wspomnieć, że odpowiednia identyfikacja możliwych zagrożeń mogących mieć wpływ na jednostkę wykonującą usługi medyczne jest uzależniona od wielu czynników zewnętrznych i wewnętrznych, od otoczenia zarówno bliższego, jak i dalszego, oraz od skali planowania i miejsca jednostki medycznej w tych planach. Sporządzane plany postępowania podczas wypadków masowych w Polsce bazują na podstawach prawnych wykraczających poza działalność medyczną podmiotu leczniczego. Od ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, po ustawy o zarządzaniu kryzysowym, o obronie Ojczyzny oraz ustawę o ochronie osób i mienia (Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny; Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym; , Daugherty, E.L., Rubinson L. 2011; Gillon S., Radford S., Chalwin R., DeVita M., Endacott R., Jones D., 2012; NBK2010; Jakubiak, E. 2020). Nie należy zapomnieć o ustawie z 2002 r. o stanie kłęski żywiołowej (Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiołowej). Listę dokumentów uzupełniają wewnętrzne procedury zarządcze i regulaminy.

Szpitala kliniczne są specyficznymi jednostkami w systemie opieki zdrowotnej. Jako szpitale, dla których organem założycielskim jest uczelnia medyczna, najczęściej wykonują pełen zakres zaawansowanych usług medycznych. W literaturze przedmiotu wiele miejsca poświęca się istotności przygotowania się do sytuacji kryzysowej (Daugherty, E.L., Rubinson L. 2011; Gillon S.,

Radford S., Chalwin R., DeVita M., Endacott R., Jones D., 2012; Juras, B. 2011), jednak realnie wdrożone plany nie są zbyt często opisywane. Celem niniejszej pracy jest zaprezentowanie możliwej strategii zarządzania w sytuacjach kryzysowych, w sytuacjach nagłych, w ochronie zdrowia na przykładzie jednego z oddziałów ratunkowych szpitala klinicznego.

OPIS DZIAŁANIA, PROPOZYCJA PLANU

Przy budowie planu strategii przede wszystkim należy wziąć pod uwagę dwa czynniki: zagrożenia i szanse. W celu efektywnego zarządzania działaniami w momencie kryzysu oraz w celu opracowania skutecznego planu postępowania podczas sytuacji kryzysowej należy zidentyfikować zagrożenia natury masowej. Do zagrożeń takich możemy zaliczyć zarówno zagrożenia pożarowe, promieniotwórcze, epidemiologiczne, jak i zagrożenia terrorystyczne wewnętrzne (szpital celem terrorystów), terrorystyczne zewnętrzne (celem ludność cywilna). Do zagrożeń zaliczyć też możemy skażenie obiektów i terenów toksycznymi środkami czy blokady działalności szpitala przez przedstawicieli radykałów.

W zależności od sytuacji, rejonu i skali ewentualnych zagrożeń jednostka udzielająca świadczeń medycznych podejmuje działania na różnych poziomach organizacyjnych. W związku z tymi wyborami wyróżnia się trzy podstawowe stany gotowości działania oddziałów trybu pilnego – oddziałów ratunkowych, od stanu stałej gotowości, poprzez stan zagrożenia, aż do stanu katastrofy. Stan stałej gotowości powoduje utrzymywanie się permanentnej gotowości do likwidacji bieżących zagrożeń poprzez działania zgodne z ustalonymi procedurami związanymi z bieżącym działaniem. Stan zagrożenia natomiast dotyczy sytuacji, gdy dostępne zasoby najprawdopodobniej nie są wystarczające dla opanowania sytuacji kryzysowej. Potrzebna jest bieżąca analiza zarówno zasobów, jak i powołanie sztabu kryzysowego, uruchomienie punktów kontaktowych oraz ewentualnych dodatkowych zabezpieczeń zasobów ludzkich i sprzętowych (zespołów operacyjnych). Zwiększa się gotowość oddziału trybu pilnego bez mobilizowania dodatkowych sił i podejmuje współpracę z centrami zarządzania kryzysowego jednostek samorządu terytorialnego,

wprowadzając również nadzór nad ruchem na terenie szpitala. Jednocześnie bloki operacyjne zawieszają operacje planowe do momentu, kiedy znany będzie zasięg sytuacji kryzysowej, a pracownikom przekazuje się informacje o dyspozycyjności, utrzymywaniu włączonych telefonów wewnętrznej sieci komunikacyjnej, telefonów komórkowych, wykonaniu polecenia dotyczącego stawienia się w oddziale w ciągu czterech godzin. Pracownicy sekcji ochrony bezpośredniej podmiotu leczniczego realizują zadania według obowiązujących ustaleń w stanie zagrożenia.

Ostatnim, najpoważniejszym stanem jest stan katastrofy. Stan ten wprowadza kierownik podmiotu leczniczego po uzyskaniu informacji od ministra właściwego ds. zdrowia lub od władz wojewódzkich. Podczas tego stanu w podmiocie leczniczym podejmowane są czynności związane z aktywacją wszystkich elementów planu postępowania w sytuacjach kryzysowych, od mobilizacji dostępnych zasobów, poprzez wypisy pacjentów, którym pomoc lekarska nie jest niezbędna, przy jednoczesnym zawieszeniu wszystkich zabiegów planowych oraz urlopów, po uruchamianie świadczeń osobistych i rzeczowych. Wydziela się również punkt opieki ambulatoryjnej dla lekko poszkodowanych, określa się obszar dla rodzin i Centrum Informacyjnego, wyznacza się miejsca dla ofiar śmiertelnych i uruchamia się system żywienia i zaopatrywania, wprowadzając tzw. Stały Dyżur przy organizacji miejsc odpoczynku dla pracowników.

ZABEZPIECZENIE DZIAŁALNOŚCI PODMIOTU LECZNICZEGO W SYTUACJI KRYZYSOWEJ

Podczas sytuacji kryzysowej zachowane są wszystkie procesy logistyczne jednostki. Należą do nich m.in. zaopatrzenie w materiały medyczne, utrzymanie czystości, wyżywienie pacjentów, pralnia, ogrzewanie, transport, gospodarka materiałowa i magazynowa czy system obiegu informacji. Wspomniane procesy zostają uzupełnione o procedury z planu postępowania podczas wypadków masowych. Działania zewnętrzne zabezpieczające działalność szpitala są uzależnione od poziomu zagrożenia. Dostawy odbywają się zgodnie z zawartymi umowami, jednak jeżeli zajdzie taka potrzeba, są wzbogacane o materiały z okolicznych hurtowni, aptek oraz innych podmiotów gospodarczych.

Za organizację transportu sanitarnego oddziału ratunkowego odpowiadać może kierownik logistyki lub lekarz dyżurny. Do zadań poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala w razie wystąpienia sytuacji kryzysowej powinny należeć: wspieranie kierującego działaniem ratowniczym podczas prowadzenia działań ratowniczych z wykorzystaniem posiadanych sił i środków, utrzymanie stałej łączności, współdziałanie ze wszystkimi podmiotami biorącymi udział w reagowaniu, w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi, mienia i środowiska w rejonie zdarzenia, dostarczanie niezbędnych informacji kierującemu działaniem ratowniczym w celu zlikwidowania zagrożenia, udział, zgodnie z właściwością rzeczową, w działaniach ewakuacyjnych ludzi i mienia, zapewnienie bezpieczeństwa i ochrona mienia na miejscu zdarzenia oraz informowanie osób o sposobach zachowania się w rejonie objętym zagrożeniem, zabezpieczenie rejonu objętego działaniem ratowniczym przed dostępem osób postronnych oraz utrudniających prowadzenie działań ratowniczych.

Ważną częścią działań podczas sytuacji kryzysowej jest zawiadomienie w razie potrzeby sił policyjnych oraz współdziałanie ze strażą pożarną. W tym celu wykorzystuje się środki łączności przewodowej i bezprzewodowej, będące na wyposażeniu kierującego działaniem ratowniczym. Komunikacja podczas wypadku masowego lub zdarzenia kryzysowego z policją i/lub strażą pożarną powinna się odbywać na polecenie kierownika zmiany ochrony lub kierującego działaniem ratowniczym. Jednocześnie angażowanie innych służb podczas zmagania się z kryzysem powinno się odbywać poprzez służbę ochrony szpitala lub kierującego działaniem ratowniczym. W zależności od potrzeb i sytuacji wzywa się pogotowie gazowe, pogotowie energetyczne czy pogotowie wodociągowe.

Sztab kryzysowy to kolejny element, który należy wprowadzić w procesie zarządzania sytuacją kryzysową. Sztab kryzysowy podejmie decyzję o wprowadzeniu kolejnych procedur, czyli przygotowanego na takie sytuacje algorytmu działania. Osoby wchodzące w skład sztabu kryzysowego zgłaszają się do wcześniej wyznaczonego miejsca – siedziby sztabu kryzysowego. W przypadku wezwania wymagane jest bezzwłoczne zebranie się członków sztabu kryzysowego. W niektórych sytuacjach kryzysowych szybkie działania muszą zostać podjęte nawet wtedy, kiedy wszyscy członkowie sztabu nie zdążyli się zebrać. Działania te muszą zostać podjęte natychmiast, według wcześniej wypracowanych algorytmów działań. Nie można czekać z decyzją o wprowadzeniu

algorytmu działań z procedurą ewakuacji wtedy, kiedy np. wystąpi pożar. Sztab podejmuje decyzje na bieżąco i modeluje działania tak, by doprowadzić do zażegnania kryzysu i powrotu do stanu normalnego.

Z chwilą aktywacji procedur w stanach nagłych i w sytuacjach kryzysowych szpital staje się szczególnie chroniony. Wstęp na jego obszar powinny mieć jedynie upoważnieni członkowie personelu i pojazdy z identyfikatorami. Pracownicy realizujący zadania otrzymują od członków sztabu kryzysowego polecenie wdrożenia odpowiednich procedur. Wszyscy członkowie personelu wracający na teren szpitala mają obowiązek zameldować się u bezpośrednich przełożonych, którzy odnotowują ten fakt, sporządzając imienną listę pracowników. Windy są w pierwszej kolejności wykorzystywane do transportu pacjentów. Przedstawiciele mediów są kierowani do centrum ds. mediów. Krewni i członkowie rodzin zbierają się w centrum rodzinnym w określonej przestrzeni jednostki. Uczestnicy wypadku, którzy dotarli do szpitala o własnych siłach, są kierowani na obszar selekcji rannych. Za organizację ruchu podczas sytuacji kryzysowej powinna odpowiadać ochrona, a wstęp na teren szpitala zostaje ograniczony do pojazdów transportujących pacjentów lub niezbędne artykuły. Karetki pogotowia winny być kierowane przez ochronę do oddziału ratunkowego, a członkowie rodzin i/lub pojazdy chcące odebrać pacjentów w związku z ich ewakuacją lub przeniesieniem, są kierowani do punktu wypisu pacjentów ze szpitala. W razie konieczności grupa ds. koordynacji w sytuacjach kryzysowych zawiadamia policję, prosząc o wsparcie w zapewnieniu drożności dróg dojazdowych.

Decyzję o przeprowadzeniu ewakuacji podejmuje kierownik podmiotu leczniczego lub, w jego zastępstwie, kierujący działaniem ratowniczym. Za ewakuację osób z poszczególnych pomieszczeń odpowiedzialni są kierownicy oddziałów lub osoby ich zastępujące. Ewakuację poszczególnych budynków przeprowadza się zgodnie z planami ewakuacji zawartymi w instrukcjach przeciwpożarowych budynków, kierując się do miejsc zbiórki określonych w tych instrukcjach. W przypadku braku możliwości ewakuacji do miejsc wskazanych w instrukcjach lub zagrożeniu o charakterze terrorystycznym kierujący akcją wskazuje inne, rezerwowe miejsce zbiórki. Po przybyciu na miejsce straży pożarnej lub policji kierowanie ewakuacją przejmuje dowódca akcji ratowniczej. Kierujący działaniem ratowniczym lub osoba przez niego

wyznaczona przekazuje dowódcy akcji ratowniczej raport dotyczący stanu zagrożenia oraz ilości osób ewakuowanych i przewidzianych do ewakuacji.

W związku z uruchomieniem procedur zarządzania kryzysowego oddziały szpitala powinny funkcjonować według poniższych zasad:

1. wszystkie komórki organizacyjne korzystają ze standardowych procedur operacyjnych adekwatnych do danego zagrożenia, a w razie potrzeby kierownicy poszczególnych oddziałów podejmują decyzję o wypisywaniu pacjentów zgodnie z procedurami;
2. wszystkie zabiegi planowe i działalność opieki ambulatoryjnej niezwiązana z sytuacją kryzysową oraz wykonywanie niezbędnych świadczeń zostają zawieszane, a wszystkie komórki organizacyjne zobowiązane są zagwarantować, że dysponują odpowiednim personelem, sprzętem ratującym życie i materiałami medycznymi;
3. komórki organizacyjne obowiązuje automatyczna mobilizacja dostępnych zasobów ludzkich i materiałów oraz pełna aktywacja wszystkich elementów planu postępowania w sytuacjach kryzysowych, a także ustalenie zmianowości pracowników szpitala w celu utrzymania ciągłości opieki medycznej.

Informacja o wypadku masowym, niezależnie do której komórki szpitala wpłynęła, powinna zostać niezwłocznie przekazana lekarzowi dyżurnemu oddziału ratunkowego. Informacja ta powinna zawierać godzinę otrzymania zawiadomienia oraz jego źródło. Lekarz dyżurny potwierdza otrzymaną informację u źródła lub w Wojewódzkim Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego. Pracownik administracyjny lub, po godzinach jego pracy, pielęgniarka oddziału ratunkowego zbiera informacje z poszczególnych oddziałów szpitalnych o ilości wolnych łóżek. Informacje te przekazuje kierującemu akcją. Następnie zbiera informacje o liczbie pacjentów, których oddział ratunkowy może przyjąć w danej chwili do Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego. Pracownik administracyjny utrzymuje stały kontakt z Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego. Lekarz dyżurny informuje o zdarzeniu kierownika podmiotu leczniczego, rejestratorów medycznych i pielęgniarkę triage'ową. Następnie rejestrator/rejestratorka medyczny/a przekazuje informację do zastępcy kierownika podmiotu leczniczego ds. pielęgniarstwa,

poszczególnych klinik lub oddziałów szpitala, rzecznika prasowego, przedstawiciela policji, ochrony szpitala, bloku operacyjnego, zakładu radiologii i pracowni diagnostycznych takich jak laboratorium lub bank krwi.

Pielęgniarka dokonująca segregacji medycznej pacjentów uruchamia procedury wewnętrzne na terenie SOR. Poszczególne oddziały szpitalne, ochrona szpitala, bank krwi, laboratorium, zakład radiologii i pracownie diagnostyczne informują o zdarzeniu swoich kierowników oraz dodatkowy personel medyczny według ustalonej listy. Jednocześnie kierują do oddziału ratunkowego wcześniej ustaloną liczbę personelu medycznego oraz wózków dla osób leżących i siedzących. Dodatkowo wezwany personel medyczny kierowany jest przez lekarza dyżurnego do działań w oddziale ratunkowym lub innych wskazanych oddziałach.

Działaniami oddziału ratunkowego w sytuacji wypadku masowego kieruje kierownik oddziału lub, do czasu jego przybycia, starszy lekarz dyżurny. Na polecenie kierującego akcją oddział ratunkowy zostaje opróżniony z pacjentów, którzy aktualnie w nim przebywają. Pacjenci z oddziału ratunkowego zostają niezwłocznie przekazani do odpowiednich oddziałów szpitalnych. Kierujący działaniami wyznacza lekarza oraz pielęgniarkę dokonujących segregacji pacjentów przybywających do szpitala. Selekcja odbywa się w miejscu specjalnie do tego wyznaczonym. Po segregacji pacjenci są kierowani do odpowiednich miejsc. Pacjenci *czworni* – na salę operacyjną, oddział intensywnej terapii lub oddział pooperacyjny, *żółci* bezpośrednio na oddziały szpitalne, zgodnie z zaleceniem kierującego oddziałem ratunkowym. Z kolei pacjenci *zieloni* zostają oddelegowani do poczekalni izby przyjęć, gdzie opiekę nad nimi przejmują pielęgniarki i pielęgniarze. Pacjenci transportowani są przez zespoły transportowe, złożone z personelu medycznego i socjalnego oddziałów szpitalnych.

Jednocześnie w trakcie sytuacji kryzysowej oddział ratunkowy należy zamknąć dla osób postronnych oraz zabezpieczyć z pomocą ochrony szpitala czy policji. Na teren podmiotu leczniczego mogą wjechać jedynie ambulanse oraz samochody przywożące osoby poszkodowane w wypadku. Pielęgniarka naczelna w porozumieniu z pielęgniarkami kierującymi poszczególnymi oddziałami szpitalnymi uruchamia rezerwy środków medycznych. Należy zapewnić

łączność radiową pomiędzy kierownikiem działań ratowniczych, kierownikiem podmiotu leczniczego oraz personelem segregującym chorych.

Warto zwrócić uwagę na uruchomienie punktu informacyjnego, gdzie należy zbierać informacje o danych osobowych przybyłych do szpitala pacjentów. Należy również aktywować telefon informacyjny, którego numer zostaje ogłoszony w mediach.

DYSKUSJA

Podjęmowane przez oddziały ratunkowe działania w zakresie stanów nagłych dotyczą znacznie większego kontekstu niż ogólnie rozumiana koncepcja ratowania ludzkiego zdrowia i życia. Ponadnormatywna ilość pacjentów, którą należy przyjąć z uwagi na sytuację kryzysową, w danym momencie pracy oddziału powoduje podjęcie specyficznych działań i procedur. W tym zakresie jednym z najważniejszych działań jest właściwa identyfikacja zagrożeń. Zagrożenia zależne są od sytuacji i położenia jednostki medycznej, posiadanych zasobów, zadań powierzonych do realizacji danemu podmiotowi oraz obowiązków nałożonych względem zabezpieczenia terenu/zakresu/populacji. Ważne jest również uwzględnienie planów zarządzania kryzysowego na szczeblu jednostek samorządu terytorialnego oraz na poziomie krajowym. Professional Crisis Management Association (PCMA), stowarzyszenie profesjonalistów z zakresu zarządzania w sytuacji kryzysowej, ustaliło wymiary działań antykryzysowych, do których należą m.in. profilaktyka kryzysu, deeskalacja, działania antykryzysowe oraz pokryzysowe (PCMA, Isenberg, S., McGaghie W., Petrusa E., Lee Gordon D., Scalese R. 2005, Paraskevas, A. 2006). Tak więc osoby odpowiedzialne za planowanie kryzysowe powinny, wraz z całym personelem szpitala, uczestniczyć w procesie planowania w szpitalu i/lub w całym regionie, aby móc zidentyfikować słabe punkty oddziału wraz z narażeniem na zagrożenia dla populacji. Proces ten powinien doprowadzić do powstania kompleksowego, pisemnego planu gotowości, uwzględniającego najbardziej niepokojące scenariusze i zawierającego szczegółowe wytyczne dotyczące optymalnego wykorzystania przestrzeni, sprzętu i personelu w celu zapewnienia opieki krytycznej dla znacznie zwiększonej liczby pacjentów.

Jednocześnie należy pamiętać o alokacji zasobów dla zabezpieczenia podstawowych usług opieki w stanie nagłym (w warunkach braków zasobów) oraz o redundantnych systemach komunikacji wewnętrznej i środków do gromadzenia danych. By działania były skuteczne, wymagają sprawnej koordynacji działań wszystkich komórek szpitala oraz współpracy z jednostkami zewnętrznymi. W tym celu plan określa metody kierowania i obiegu informacji w przypadku wystąpienia zdarzeń kryzysowych oraz wypadków masowych, zgodnie z określonymi standardami postępowania w przypadku zaistnienia sytuacji mogących mieć istotny wpływ na funkcjonowanie i bezpieczeństwo oddziału ratunkowego i całego szpitala. Sporządzany plan zarządzania kryzysowego ma na celu wskazanie i usystematyzowanie procedur postępowania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych wraz z ich następstwami o charakterze masowym. A zapewnienie działań powinno polegać na przyjętych scenariuszach (Robakowski, P., Synowec, J. 2020). Wskazane jest, aby odpowiedzialność za poszczególne akcje była delegowana, zgodnie z liniami uprawnień nakreślonymi w samym planie zawierającym podstawowe wskazówki dotyczących działań i organizacji wszystkich dostępnych zasobów (Country Health Systems Division WHO Regional Office for Europe). Warto więc zwrócić uwagę na zbudowanie odpowiedniej procedury szpitala, z podziałem odpowiedzialności i funkcji. Tworzenie planów i strategii, wynikających też pośrednio z przepisów prawa (ustawa o zarządzaniu kryzysowym, pkt 5), pozwala na optymalne i szybkie odnalezienie się w sytuacji i koordynowanie działań jednostek organizacyjnych własnych i zewnętrznych m.in. systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne czy Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego (Daugherty, E.L., Rubinson L. 2011; Singer, A.J., Singer A. H., Halpern P., Kaspi G., Assaf J., 2007; Swoboda P. 2018). Ważnym czynnikiem wpływającym również na potrzebę stworzenia planu jest fakt ewentualnego włączenia danego szpitala w ramy Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego (KRSRG), będącego formułą współpracy jednostek ochrony ludności, integrującego różnorodne elementy posiadające specjalistyczne zasoby. Działania podmiotów KRSRG są skoordynowane pod jednoosobowym, wspólnym dowództwem zgodnie z przygotowanymi i uzgodnionymi wcześniej planami. (Sadowska, E. 2018).

W literaturze przedmiotu niewiele publikacji opisuje planowanie kryzysowe, gdyż interdyscyplinarny charakter dotyczy zarówno nauk medycznych, nauk prawnych, bezpieczeństwa, socjologii czy zarządzania. Jednak warto zainteresować tym zagadnieniem szersze grono odbiorców, z uwagi przede wszystkim na poziom zagrożeń dla bezpieczeństwa podmiotów medycznych, a posiadanie planów na wypadek sytuacji kryzysowych może być niezmiernie istotne zarówno z punktu widzenia skali mikro, szpitala, jak i całego systemu w kontekście działań zarządzania kryzysowego. Potrzebę posiadania planu zarządzania kryzysowego uwydatniła również pandemia SARS-CoV-2 oraz trwająca za naszą granicą wojna w Ukrainie. W takich sytuacjach panuje chaos, szpitale nie mają zasobów, kończą się dostawy. Wprowadzenie planów zarządzania na poziomie szpitala i ogólnokrajowych procedur pozwala na rozpoczęcie walki z zagrożeniem (Vasileva Marinkova, B. 2021; York, T.W. 2015). Przyjęcie planu zarządzania kryzysowego, m.in. np. separację regionalną i priorytetyzowanie chorych, ograniczenie zakażeń krzyżowych i wzmocnienie ochrony personelu wysokiego ryzyka ograniczyło wstępny chaos w systemie (Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym).

Nie ulega wątpliwości, że warto być przygotowanym, a ważnym elementem gotowości są szkolenia kadry. Trening w zakresie postępowania w sytuacji kryzysowej może przynieść wiele korzyści dla podmiotu leczniczego. Szkolenia te warto przeprowadzać w tzw. akcji, w celu wypracowania zgodnych z procedurą szybkich reakcji na zagrożenia. Szkolenie umożliwi również oswojenie się pracowników szpitala z sytuacją wyjątkową, co pomoże przezwyciężyć ich strach i niepewność podczas silnego stresu związanego z wypadkiem masowym czy inną katastrofą (Robakowski, P., Synowec, J. 2020). Najskuteczniejszymi taktykami są ćwiczenia praktyczne i/lub wizualne, a także techniki grywalizacji (np. scenariusze radzenia sobie z kryzysami, filmy itp.). Warto również przeprowadzać testy wiedzy pracowników dotyczące metod reagowania oraz pracy w sytuacji wyjątkowej (Robakowski, P., Synowec, J. 2020, Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia). Warto zwrócić uwagę na aspekt pracy zespołowej w dobrze przeprowadzonych szkoleniach (Michalewski, Ł., Robakowska, M., Robakowski, P. 2018).

PODSUMOWANIE

Kompleksowy plan zarządzania w sytuacjach kryzysu pozwala zapewnić sprawne funkcjonowanie jednostki podczas zdarzeń nagłych, tj. podczas działań w sytuacji ponadnormatywnego zabezpieczenia ilości napływających pacjentów. Praca badawcza i wdrożeniowa dotycząca gotowości na sytuacje kryzysowe jest potrzebą w systemie opieki zdrowotnej w skali makro. Skuteczne zarządzanie kryzysem w jednostce ochrony zdrowia wymaga opracowania kompleksowego planu kryzysowego, przewidującego różne scenariusze, a plan zarządzania kryzysowego jest niezbędny do zapewnienia sprawnego funkcjonowania szpitala w czasie masowych wypadków, ataku terrorystycznego, wojny lub pandemii. Istnieje potrzeba systematycznej pracy w obszarze zarządzania kryzysowego z uwagi na coraz większe prawdopodobieństwo nagłego pojawienia się nadmiarowej ilości pacjentów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej. Planując strategię działań, możemy zoptymalizować straty zarówno zasobowe, jak i czasowe przy utrzymaniu standardów i jakości.

REFERENCES

- Cao, Y., Li, Q., Chen, J., Guo, X., Miao, C., Yang, H., Chen, Z., Li C., Li, L. (2020). Hospital Emergency Management Plan During the COVID-19 Epidemic. *Acad Emerg Med.*, 27(4), 309–311. DOI: 10.1111/acem.13951. PMID: 32124506; PMCID: PMC7159322
- Country Health Systems Division WHO Regional Office for Europe, A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza, *Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response.*
- Daugherty, E.L., Rubinson, L. (2011). Preparing your intensive care unit to respond in crisis: considerations for critical care clinicians. *Crit Care Med.*, 39(11), 2534–9. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182326440. PMID: 21926569
- Gillon, S., Radford, S., Chalwin, R., DeVita, M., Endacott, R., Jones, D. (2012). Crisis resource management, simulation training and the medical emergency team. *Critical care and resuscitation: journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*, 14(3), 227–235.
- Hospital Emergency Operations Plan Crisis Standard of Care Annex, /www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201071/ (dostęp: 15.11.2023).
- Isenberg, S., McGaghie, W., Petrusa, E., Lee Gordon, D., Scalese, R. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulation that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical Teachers*, 27, 10–28.
- Jakubiak, E. (2020). Coordination and operational National Emergency and Fire System in Poland. *National Security Studies*, 2(18), 35–43.
- Juras, B. (2011). Disaster management in hospitals. Doctoral dissertation. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego.
- Lorek, M. (2020). National fire-fighting and rescue system in emergency situations. *Przegląd Policyjny* 139(3), 174–184. DOI 10.5604/01.3001.0014.5585.
- Michalewski, Ł., Robakowska, M., Robakowski, P. (2018). System ochrony zdrowia w obliczu terroryzmu: szacowanie ryzyka. W: II Ogólnopolska Konferencja Naukowa. *Terroryzm: zagrożenia, prewencja, perspektywy* (123–124). Lublin, Wyd. Tygiel.
- Paraskevas, A. (2006). Crisis Management of crisis response system? A complexity science approach to organizational crises. *Management Decision*, 33(7), 892–907.
- Professional Crisis Management Association, Revised Pre-crisis Market Analysis (PCMA), www.emmatoolkit.org/sites/default/files/bundle/PMCA_FINAL_WEB.pdf (dostęp: 04.04.2021).
- Robakowski, P., Synowec, J. (2020). Polityka zdrowotna RP – co zmieniło się w dobie COVID-19. *Studia Polityczne*, 48(3), 85–106. <https://doi.org/10.35757/STP.2020.48.3.04>

- Singer, A. J., Singer, A. H., Halpern, P., Kaspi, G., Assaf, J. (2007). Medical lesson from terror at-tacks in Israel. *The Journal of Emergency Medicine*, 32(1), 87–92.
- Committee on Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations; Institute of Medicine.
- Swoboda, P. (2018). Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy w ujęciu systemowym bezpieczeństwa wewnętrznego państwa (wybrane klasyfikacje). W: Fogelzang-Adler, E., Sadowska, E. (red.). *Wybrane problemy bezpieczeństwa*, t. 1, Kraków, 2018.
- Vasileva, Marinkova, B. (2021). Public Healthcare Crisis Impacts and Management Knowled-ge. *International Journal*, 49(5), 1099–1103.
- WHO Europe, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/90498/E89763.pdf (dostęp: 03.04. 2021).
- York, T. W. (2015). *Hospital and healthcare security*, 245–267. Oxford.

LEGAL ACTS

- Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. 2024.248).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2024.799).
- Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiółowej (t.j. Dz. U. 2017.0.1897).
- Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (t.j. Dz. U. 2021.1995).
- Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (t.j. Dz. U. 2023.122)
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. 2024.652).