

	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował				
Zweryfikował PL				
Zweryfikował UA				
Zatwierdził PL				
Zatwierdziła UA				



SPIIS TREŚCI

ROZDZIAŁ 1.	WPROWADZENIE	4
ROZDZIAŁ 2.	ANALIZA SYTUACJI KRYZYSOWEJ – PRZECIĄŻENIE SYSTEMU RATOWNICTWA	8
ROZDZIAŁ 3.	PRZYGOTOWANIE PRZEDKRYZYSOWE (PREPAREDNESS)	11
ROZDZIAŁ 4.	PROCEDURY MEDYCZNE I OPERACYJNE W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH	14
ROZDZIAŁ 5.	DOBRE PRAKTYKI I ROZWIĄZANIA WDROŻENIOWE DLA SZPITALI	16
ROZDZIAŁ 6.	STUDIUM PRZYPADKU I PLAN AWARYJNY	18
ROZDZIAŁ 7.	ZASTOSOWANIE ZASTĘPCZYCH ŚRODKÓW TRANSPORTU – WYTYCZNE OPERACYJNE	22
ROZDZIAŁ 8.	ZAŁĄCZNIKI, CHECKLISTY I FORMULARZE	26

Za treść niniejszej publikacji wyłączną odpowiedzialność ponoszą jej autorzy i w żadnym wypadku nie może być ona traktowana jako odzwierciedlenie stanowiska Unii Europejskiej.

ROZDZIAŁ 1.

WPROWADZENIE

1.1. Cel podręcznika

Celem niniejszego podręcznika jest opracowanie spójnych i praktycznych zasad postępowania w zakresie ratownictwa medycznego oraz transportu medycznego w sytuacjach kryzysowych, w których karetki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) nie funkcjonują normalnie lub są przeciążone.

Dokument ma charakter instruktażowy i wdrożeniowy – stanowi narzędzie wspierające zarówno personel Szpitala Powiatowego w Łosicach, jak i szpitala partnerskiego w Ukrainie, w planowaniu, organizacji i realizacji działań ratunkowych w warunkach ograniczonej dostępności zasobów. Nie jest dokumentem nadrzędnym nad obowiązującymi Planami Zarządzania Kryzysowego.

Podręcznik ma również na celu:

- wskazanie algorytmów i procedur, które można wdrożyć lokalnie, nie kolidując z obowiązującym systemem PRM;
- opracowanie zestawu dobrych praktyk z zakresu reagowania na sytuacje nadzwyczajne, w tym awarie infrastruktury, zdarzenia masowe i działania wojenne;
- dostarczenie materiałów szkoleniowych i wzorców do ćwiczeń z zakresu reagowania kryzysowego w medycynie ratunkowej.

1.2. Zakres opracowania

Szpitale pełnią kluczową rolę w zapewnianiu ludności podstawowej opieki medycznej w przypadku wszelkiego rodzaju katastrof. W zależności od zasięgu i rodzaju katastrofy nastąpić może gwałtowne zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia przekraczające możliwości szpitali i zagrażające bezpieczeństwu szpitali, ale także całego systemu opieki zdrowotnej.

Działania priorytetowe, których przeprowadzenie pomoże kierownictwu szpitala oraz osobom planującym akcje ratunkowe w zapewnianiu:

- ciągłości wykonywania podstawowych świadczeń;
- właściwej koordynacji prowadzenia działań szpitalnych na każdym poziomie;
- jasnej i poprawnej komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej;
- szybkiej adaptacji do zwiększonych wymagań;
- skutecznego wykorzystania ograniczonych zasobów;
- bezpiecznego środowiska dla pracowników służby zdrowia.

Podręcznik obejmuje:

- **zasady postępowania zespołów medycznych** w sytuacjach ograniczonej dostępności karetek, w tym wykorzystanie alternatywnych form transportu pacjentów;
- **schematy organizacyjne i decyzyjne** dla szpitali – aktywacja wewnętrznego planu kryzysowego, zarządzanie ruchem pacjentów, współpraca z jednostkami samorządowymi i służbami bezpieczeństwa;
- **proponowane rozwiązania operacyjnych** możliwych do zastosowania lokalnie (np. wewnętrzny transport pacjentów, wsparcie przez inne podmioty medyczne);
- **studia przypadków i scenariusze** reagowania w sytuacjach, gdy system ratownictwa państwowego jest przeciążony lub częściowo niedostępny;
- **zintegrowany zestaw narzędzi** (checklisty, formularze, algorytmy) wspierający personel w podejmowaniu decyzji operacyjnych.

Zakres terytorialny obejmuje teren działania Szpitala Powiatowego w Łosicach oraz partnerskiego szpitala ukraińskiego, z możliwością rozszerzenia o współpracę międzyregionalną.



1.3. Definicje i pojęcia kluczowe

PRM - Państwowe Ratownictwo Medyczne - system powołany w Polsce w celu udzielenia pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

ZRM - Zespół Ratownictwa Medycznego - jednostka systemu PRM, podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania określone w ustawie o PRM. ZRM dzielą się na:

- 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. Kierownikiem specjalistycznego ZRM jest lekarz systemu, natomiast podstawowego ZRM jest osoba wskazana przez dysponenta jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

Przeciążenie systemu ratownictwa medycznego (system overload) - sytuacja, w której liczba zgłoszeń i zapotrzebowanie na pomoc medyczną przekraczają aktualne możliwości systemu PRM w zakresie liczby dostępnych zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), personelu, środków transportu i infrastruktury.

Awaria systemu ratownictwa medycznego (system disruption) - częściowe lub całkowite wstrzymanie działania elementów systemu PRM na danym obszarze, wynikające z czynników technicznych, organizacyjnych lub środowiskowych (np. brak łączności, awaria systemu informatycznego, zniszczenie infrastruktury transportowej).

Zdarzenie krytyczne - dowolne zdarzenie, w związku z którym szpital nie jest w stanie zapewnić opieki w sposób rutynowy lub zgodnie z przyjętymi standardami, powodujące ujawnienie dysproporcji pomiędzy możliwościami, zasobami i infrastrukturą szpitala a zapotrzebowaniem (potrzebami pacjentów) i wymagające od szpitala uruchomienia środków awaryjnych w celu zaspokojenia takiego zapotrzebowania.

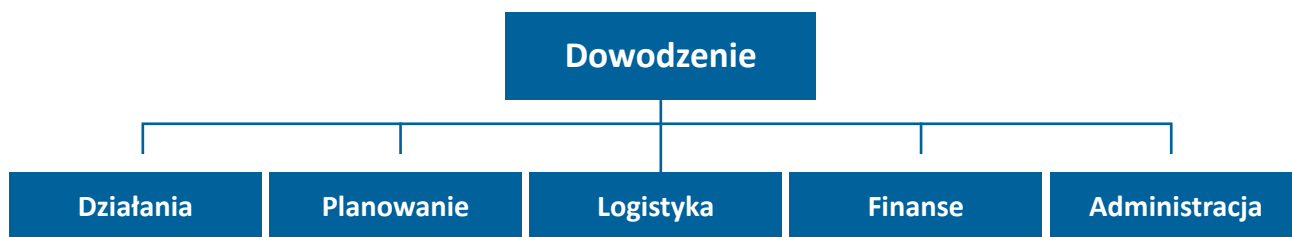
Transport medyczny między placówkami (inter-facility transport) - zorganizowane przemieszczenie pacjenta z jednej placówki ochrony zdrowia do innej, z zachowaniem ciągłości opieki medycznej, w tym transport realizowany w warunkach ograniczonej dostępności karetek lub z wykorzystaniem alternatywnych środków transportu (np. pojazdy szpitalne, transport wojskowy, kolejowy).

Plan awaryjny szpitala (hospital contingency plan) - zestaw procedur i narzędzi służących zapewnieniu ciągłości działania placówki w sytuacjach kryzysowych, uwzględniający współpracę z innymi podmiotami medycznymi i służbami.

Zdolność do szybkiego reagowania - Zdolność służb medycznych do wykraczania poza normalne ich możliwości, tak aby zaspokoić zwiększone zapotrzebowanie na opiekę kliniczną.

Możliwości - połączenie wszelkich mocy, cech i zasobów dostępnych w organizacji, których można użyć w celu osiągnięcia uzgodnionych celów.

Dowodzenie i kontrola - System decyzyjny odpowiedzialny za uruchomienie, koordynację, wdrożenie, adaptację i zakończenie ustalonego wcześniej planu reagowania. Sprawnie funkcjonujący system dowodzenia i kontroli jest niezbędny dla zapewnienia skuteczności działań związanych z zarządzaniem pogotowiem ratunkowym w szpitalach.



Szpitalny Zespół Reagowania Kryzysowego (SZRK) - wielozadaniowa jednostka stworzona dla potrzeb systemu dowodzenia w sytuacjach kryzysowych. Celem jej powołania jest ogólne zarządzanie stroną techniczną działań oraz nadzorowanie wszystkich aspektów zarządzania sytuacją kryzysową, koordynowanie reakcji, akceptowanie wszelkich planów działań, reagowanie oraz łagodzenie skutków i nadzorowanie wszelkich czynności czy decyzji.

Porozumienie o współpracy - Formalny dokument określający stanowcze zobowiązanie co najmniej dwóch stron do udziału w przedsięwzięciu, zawierający ogólne zasady takiego zobowiązania, ale nie stanowiący szczegółowego kontraktu ani umowy.

Umowa o wzajemnej pomocy - Umowa zawarta pomiędzy podmiotami organizacjami i władzami, określająca mechanizm zakładający szybkie zapewnienie pomocy w sytuacji kryzysowej, obejmującej przydział personelu, sprzętu, materiałów, środków transportu oraz świadczenie innych odpowiednich usług. Głównym celem umowy jest niezwłoczne zapewnienie wsparcia przed wystąpieniem zdarzenia, w czasie występowania zdarzenia oraz po wystąpieniu zdarzenia.

Standardowa procedura operacyjna (SOP) - Kompletny dokument poglądowy lub instrukcja postępowania określająca cel preferowanej metody, pełniąca określoną funkcję lub szereg powiązanych ze sobą funkcji, ujednoliczona i zawierająca informacje o czasie trwania działań, organach odpowiedzialnych oraz inne istotne szczegóły.

1.4. Kontekst systemowy i międzynarodowy

System ratownictwa medycznego w Polsce

Polski system PRM funkcjonuje w oparciu o ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Obejmuje on zintegrowane elementy: dyspozytornie medyczne, zespoły ratownictwa medycznego, Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR) i izby przyjęć, wspierane przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR).

W sytuacjach przeciążenia systemu lub jego awarii pojawia się konieczność wdrożenia rozwiązań zastępczych - m.in. lokalnych planów kryzysowych, wewnętrznych zespołów transportowych, wykorzystania infrastruktury szpitalnej do zadań ratunkowych.

Współpraca transgraniczna Polska – Ukraina

W kontekście wojny i trwającego kryzysu humanitarnego w Ukrainie istotne jest stworzenie wspólnego, dwujęzycznego podręcznika opartego na doświadczeniach obu krajów. System ratownictwa medycznego w Ukrainie, nadzorowany przez Ministerstwo Ochrony Zdrowia, jest obecnie w trakcie intensywnej transformacji – zarówno w zakresie koordynacji karettek, jak i organizacji transportu pacjentów w warunkach wojennych. Współpraca polsko-ukraińska umożliwia:

- wymianę doświadczeń w zakresie reagowania kryzysowego;
- opracowanie wspólnych standardów;
- budowanie interoperacyjności systemów ratownictwa w sytuacjach kryzysowych;
- wzajemne wsparcie szkoleniowe i ćwiczenia symulacyjne.

ROZDZIAŁ 2.

ANALIZA SYTUACJI KRYZYSOWEJ – PRZECIĄŻENIE SYSTEMU RATOWNICTWA

2.1. Przyczyny przeciążenia systemu ratownictwa medycznego

System ratownictwa medycznego stanowi kluczowy element bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, jednak jego funkcjonowanie jest silnie uzależnione od dostępności personelu, infrastruktury transportowej, łączności oraz sprawnego zarządzania.

Przeciążenie systemu karetek może wystąpić zarówno w wyniku zdarzeń nagłych o dużej skali, jak i procesów długotrwałych, które stopniowo osłabiają zdolności operacyjne.

Najczęstsze przyczyny przeciążenia to:

a) Zdarzenia masowe i katastrofy

- katastrofy komunikacyjne, przemysłowe, budowlane, chemiczne lub ekologiczne, w których liczba poszkodowanych przekracza lokalne możliwości reagowania;
- klęski żywiołowe (powodzie, pożary, wichury, lawiny) powodujące utrudnienia w dojeździe karetek i utratę łączności.

b) Kryzysy zdrowotne o charakterze populacyjnym

- epidemie i pandemie (np. COVID-19), w których system PRM doświadcza gwałtownego wzrostu liczby zgłoszeń oraz ograniczenia dostępności personelu;
- zwiększone zapotrzebowanie na transport medyczny pacjentów między placówkami, przy jednoczesnym niedoborze środków transportu.

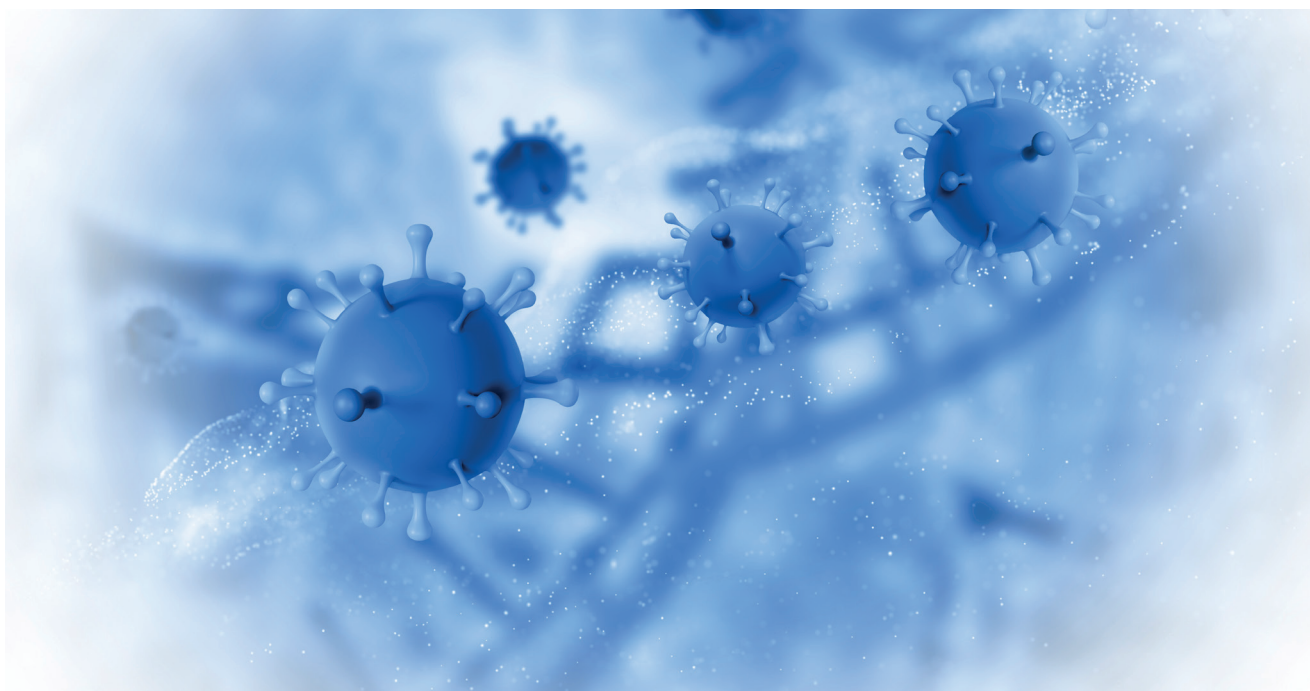
c) Czynniki infrastrukturalne i systemowe

- niewystarczająca liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) w stosunku do potrzeb populacyjnych;
- awarie systemów teleinformatycznych i dyspozytorskich;
- brak spójnej współpracy między jednostkami PRM, SOR a szpitalami w sytuacjach wzmożonego obciążenia.

d) Czynniki geopolityczne i militarne

- działania wojenne lub sytuacje zbrojne skutkujące zniszczeniem infrastruktury drogowej, mostowej lub energetycznej;
- ewakuacja ludności cywilnej i konieczność organizacji transportu medycznego w warunkach ograniczonego bezpieczeństwa;
- migracje pacjentów i napływ uchodźców wymagających natychmiastowej pomocy medycznej.

W praktyce przyczyny te często występują jednocześnie, generując efekt kaskadowy – np. pandemia osłabia kadry i wydłuża czas reakcji, co przy katastrofie naturalnej prowadzi do faktycznej niewydolności systemu.



2.2. Skutki przeciążenia systemu ratownictwa

Przeciążenie systemu PRM niesie konsekwencje na poziomie operacyjnym, organizacyjnym i społecznym. Najczęściej obserwowane skutki to:

- a) Wydłużony czas reakcji i opóźnienia przyjazdu zespołów ZRM**
Przekroczenie standardów czasu dojazdu skutkuje opóźnieniem w rozpoczęciu leczenia przedszpitalnego i wzrostem śmiertelności w stanach nagłych.
- b) Konieczność ograniczenia priorytetów interwencji**
Dyspozytornie zmuszone są do modyfikowania priorytetów – interwencje o niższym stopniu zagrożenia są wstrzymywane lub kierowane do innych podmiotów (np. Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna).
- c) Zwiększenie obciążenia SOR i izb przyjęć**
Pacjenci, którzy nie uzyskali pomocy w terenie, zgłaszają się samodzielnie do szpitali. Prowadzi to do kumulacji przypadków i przeciążenia infrastruktury oddziałów ratunkowych.

d) **Zaburzenia w komunikacji i koordynacji działań**

W warunkach presji czasowej i nadmiaru zgłoszeń wzrasta ryzyko błędów decyzyjnych, niewłaściwego przydziału zasobów oraz trudności w komunikacji między dyspozytorami, szpitalami i służbami wspierającymi.

e) **Wypalenie zawodowe i spadek efektywności personelu**

Długotrwałe funkcjonowanie w warunkach przeciążenia prowadzi do zjawiska tzw. *compassion fatigue* – spadku empatii, motywacji i odporności psychicznej u ratowników, lekarzy i pielęgniarek.

f) **Zagrożenie ciągłości działania szpitali**

Gdy karetki nie są w stanie realizować transportu, szpitale stają się pierwszym i ostatnim punktem pomocy. Brak możliwości przekazania pacjentów do innych jednostek powoduje spiętrzenie przypadków, wydłużenie hospitalizacji oraz ograniczenie dostępności łóżek.

2.3. Studium przypadku – Polska i Ukraina

A. Polska – pandemia COVID-19 (2020–2022)

Podczas szczytu pandemii w 2021 r. system PRM w Polsce odnotował rekordową liczbę wezwań. W niektórych regionach (np. Małopolska, Mazowsze) czas oczekiwania na karetkę przekraczał 60 minut. Wprowadzono wówczas:

- dodatkowe „karetki covidowe” finansowane z rezerwy MZ,
- możliwość wykorzystania karetek transportowych i wojskowych,
- tymczasowe centra segregacji pacjentów przy SOR-ach,
- mobilne zespoły ratownicze tworzone z personelu szpitalnego.

Analizy Narodowego Funduszu Zdrowia i NIK wykazały, że skuteczność reagowania wzrosła tam, gdzie funkcjonowały **wewnętrzne plany kryzysowe** i **szpitalne zespoły transportowe** działające niezależnie od PRM.

B. Ukraina – konflikt zbrojny (2022–obecnie)

W wyniku działań wojennych system ratownictwa w Ukrainie został zmuszony do reorganizacji. Zniszczenia infrastruktury i przeciążenie karetek doprowadziły do powstania **systemu alternatywnego transportu medycznego**:

- transport pacjentów koleją medyczną;
- lokalne zespoły ewakuacyjne przy szpitalach obwodowych, korzystające z pojazdów cywilnych i wojskowych;
- sieć punktów ewakuacyjnych i triage przy granicy;
- koordynacja międzyregionalna poprzez centralny portal *e-Health Ukraine*.

Współpraca polsko-ukraińska, zwłaszcza w zakresie transportu pacjentów z obszarów przygranicznych, potwierdziła skuteczność planów awaryjnych opartych na prostych, klarownych algorytmach działania, które można wdrożyć lokalnie niezależnie od systemu państwowego.

ROZDZIAŁ 3.

PRZYGOTOWANIE PRZEDKRYZYSOWE (PREPAREDNESS)

3.1. Cel i podstawa

Celem przygotowania przedkryzysowego (Preparedness) jest zbudowanie lokalnej „poduszki” operacyjnej szpitala (Łosice + szpital partnerski UA), która uruchamia się, gdy PRM jest przeciążony lub chwilowo niewydolny - bez kolizji z jego kompetencjami. Fundamentami są: ustawa o PRM, ustawa o działalności leczniczej, wytyczne WHO dot. gotowości szpitali, Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego (KPZK) oraz inne obowiązujące dokumenty w ramach lokalnych planów zarządzania kryzysowego.

3.2. Matryca transportu alternatywnego

Źródło/partner	Zastosowanie	Wymogi/uwagi
Transport sanitarny (podmioty lecznicze + firmy prywatne)	Transfery międzypłacówkowe pacjentów stabilnych oraz „żółtych” z zabezpieczeniem medycznym.	Zawarcie umów ramowych; pojazdy i personel spełniają wymagania (m.in. PN-EN 1789/wyposażenie ambulansów, kwalifikacje), zgodnie z prawem dot. działalności leczniczej i świadczeń gwarantowanych.
PSP (Państwowa Straż Pożarna) / OSP jako jednostki współpracujące z systemem PRM	Dowożenie/ewakuacja, wsparcie logistyczne, transport sprzętu i personelu, transport pacjentów w sytuacjach nadzwyczajnych (po uzgodnieniu z dyspozytornią/PCZK).	Procedury współpracy jednostek współpracujących z PRM; ćwiczenia wspólne; łączność radiowa uzgodniona.
WOT/wojsko (na poziomie województwa/powiatu)	Konwoje medyczne, ewakuacja pacjentów „żółtych” i „zielonych”, wsparcie łączności i logistyki.	Porozumienie o współdziałaniu; aktywacja przez WCZK/PCZK w logice KPZK.
Transport komunalny (busy, pojazdy socjalne i inne JST - jednostek samorządu terytorialnego)	Ewakuacja pacjentów „zielonych”/rodzin, dowóz osób dializowanych/chemioterapia (bez intensywnego nadzoru medycznego).	Umowy użyczenia/najmu, listy kierowców, trasy alternatywne; koordynacja przez PCZK.
Firmy logistyczne / dostawcy z flotą	Dowóz tlenu, płynów, leków; przewóz łóżek, namiotów, agregatów; opcjonalnie transport pacjentów „zielonych” z eskortą medyczną.	Klauzule kryzysowe w umowach; w razie przewozu pacjentów – obecność personelu medycznego i podstawowe wyposażenie medyczne (nie ambulans).

Uwaga (PL): transport sanitarny to świadczenie medyczne z personelem i odpowiednio wyposażonym pojazdem; inne przewozy osób chorych (np. bus JST) mogą być użyte tylko dla pacjentów „zielonych” i z eskortą medyczną - by nie imitować ambulansu i nie naruszać przepisów.

3.3. Z kim zawrzeć umowy/porozumienia

Prywatni świadczeniodawcy transportu sanitarnego (2–3 firmy w promieniu 60–90 km; określony gwarantowany poziom świadczenia usług i limity gotowości).

Podmioty lecznicze z regionu – porozumienia o wzajemnym wsparciu transportowym (matryca wolnych zasobów + kontakt dyżurny).

PSP/OSP – formalna procedura współdziałania jako jednostki współpracujące z PRM; harmonogram ćwiczeń, wspólne kanały łączności.

JST (gmina/powiat) – umowy użyczenia pojazdów, wsparcie kierowcami i paliwem; dostęp do centrów ewakuacji.

WOT/wojsko – porozumienie o konwojach i punktach zbiórek (w zgodności z obowiązującymi planami zarządzania kryzysowego).

3.4. Co kupić/zabezpieczyć (magazyn „surge”) – lista minimalna

Zestawy mobilne dla „Mini-ZRM”/eskort medycznych

- nosze składane + deska + kołnierze; torby R1/R2; butle tlenowe + reduktory; maski tlenowe różnych rozmiarów; ssak; AED; pulsoksymetry; ciśnieniomierze; materiały opatrunkowe; koce izotermiczne; oświetlenie czołowe; radiotelefon.

Łączność

- radiotelefony PMR/DMR kompatybilne z PSP (z ustalonym kanałem); telefony satelitarne lub bramka satelitarna dla sztabu; papierowe formularze triage oraz wszystkie inne zgodnie z ustawą o działalności leczniczej oraz wewnętrznymi SOP.

Farmacja i tlen

- zapas płynów infuzyjnych, leków (wyposażenie toreb reanimacyjnych), umowa na **priorytetowe dostawy tlenu**.



3.5. Rejestry i mapy gotowości (aktualizacja co 30 dni)

- **Rejestr środków transportu:** ambulansy (typ, wyposażenie, obsada), pojazdy szpitalne, flota JST, firmy prywatne (kontakt 24/7, czas podstawienia, nośność).
- **Mapa partnerów:** szpitale, AOS/POZ, stacje dializ, hospicja (kontakt dyżurny).
- **Lista łączności:** kanały radiowe, telefony dyżurne, osoby dyżurujące.

3.6. Procedury i szkolenia

1. **Comiesięczny test łączności** (radio/backup, 10 min, protokół z testu).
2. **Kwartalne ćwiczenia z partnerami** (PSP/WOT/JST/NGO): scenariusze, awaria łączności, ewakuacja.
3. **Półroczny audyt magazynu „surge”** + przegląd sprzętu przenośnego (tlen, AED, agregaty).
4. **Szkolenia stanowiskowe:** triage START/SALT; dokumentacja uproszczona; bezpieczeństwo transportu w pojazdach nieambulansowych (rola i ograniczenia).

3.7. Checklista zgodności prawnej (PL) — „green light” przed uruchomieniem planu

- **Umowy** z podmiotami transportu sanitarnego (warunki, odpowiedzialność, ubezpieczenia).
- **Zapis o współdziałaniu** z jednostkami współpracującymi z PRM (PSP/OSP) + rejestr ćwiczeń.
- **Klauzule kryzysowe** w umowach z dostawcami floty/logistyki (pierwszeństwo dostaw, dostęp 24/7).
- **Instrukcja użycia transportu nie-ambulansowego:** tylko „zieloni”/„żółci-stabilni”, z **eskortą medyczną**; bez oznaczeń „ambulans”, bez sygnałów uprzywilejowania.
- **Zgodność pojazdów sanitarnych** z wymaganiami (wyposażenie, normy, kwalifikacje personelu).
- **Ochrona danych i dokumentacji** w trybie offline zgodnie z przepisami o działalności leczniczej.

3.8. Minimalny pakiet dokumentów „do natychmiastowego użycia”

- a) **Umowy ramowe** (transport sanitarny, JST, PSP/WOT, firmy logistyczne).
- b) **Lista kontaktowa 24/7** (dyżurni, dyspozytornia, PCZK/WCZK, kierowcy, magazyn tlenu).
- c) **Plan łączności awaryjnej** (częstotliwości, hasła dnia, radiotelefony zapasowe).
- d) **Procedura triage + formularze** (PL/ENG/UA) – wykorzystanie obowiązujących SOP-ów.
- e) **Matryca łóżek i sprzętu** (aktualizacja co 30 dni).

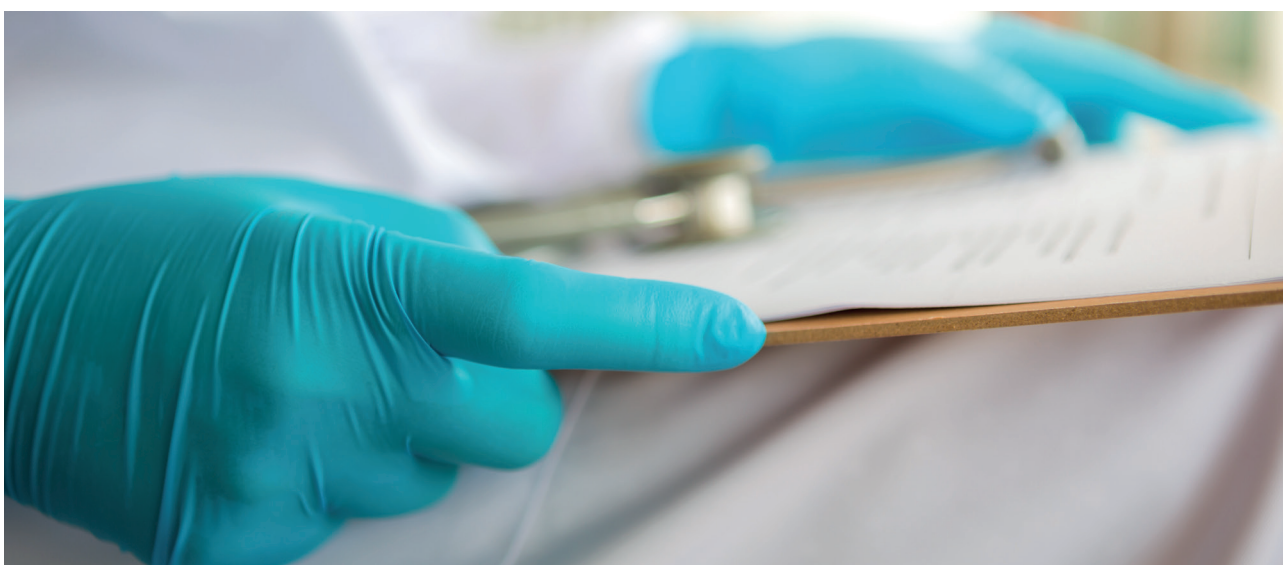
ROZDZIAŁ 4.

PROCEDURY MEDYCZNE I OPERACYJNE W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH

4.1. Założenia ogólne

Celem procedur opisanych w tym rozdziale jest zapewnienie ciągłości i bezpieczeństwa opieki medycznej w warunkach przeciążenia lub częściowej niewydolności systemu ratownictwa medycznego (PRM).

W takich sytuacjach konieczne jest przejście ze standardowego trybu działania do trybu kryzysowego, oparte-
go na zasadach uproszczonego dowodzenia, priorytetyzacji pacjentów i mobilizacji zasobów lokalnych.



Podstawowe zasady:

1. Bezpieczeństwo personelu i pacjentów ma charakter nadrzędny.
2. Decyzje muszą być szybkie, oparte na dostępnych danych, a nie na idealnych warunkach.
3. Każdy pracownik medyczny powinien znać swoje miejsce w algorytmie działania.
4. Komunikacja między zespołami musi być dwukierunkowa i ciągła – nawet przy utracie systemów informatycznych należy stosować łączność zapasową (radiową, telefoniczną, kurierską).

4.2. Fazy reagowania szpitala

W przypadku wystąpienia przeciążenia systemu ratownictwa zaleca się przyjęcie trzyetapowego modelu reagowania:

Faza	Opis	Główne działania
I. Wczesne ostrzeżenie (alert)	Wzrost liczby zgłoszeń, opóźnienia przyjazdu karetek, sygnał z dyspozytorni lub władz powiatowych.	Uruchomienie zespołu kryzysowego szpitala; przegląd zasobów (łóżka, tlen, personel); przygotowanie stref przyjęć.
II. Reakcja (response)	System PRM nie realizuje wszystkich zadań, część karetek nie dojeżdża; pacjenci kierują się bezpośrednio do szpitala.	Aktywacja wewnętrznego planu awaryjnego; reorganizacja SOR; uruchomienie transportu wewnętrznego; triage pacjentów.
III. Stabilizacja (recovery)	System powoli odzyskuje sprawność; możliwe przekazania pacjentów do innych jednostek.	Ocena strat, rotacja personelu, odtwarzanie zasobów, raport końcowy.



ROZDZIAŁ 5. DOBRE PRAKTYKI I ROZWIĄZANIA WDROŻENIOWE DLA SZPITALI

5.1. Cel i zakres rozwiązań lokalnych

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie zestawu praktycznych działań, które mogą zostać wdrożone na poziomie szpitala w celu:

- zapewnienia ciągłości udzielania pomocy w warunkach przeciążenia systemu PRM,
- stworzenia wewnętrznego systemu reagowania kryzysowego,
- wzmocnienia współpracy z podmiotami lokalnymi i międzynarodowymi,
- zwiększenia odporności infrastruktury medycznej na zdarzenia nadzwyczajne i wojenne.

Wszystkie przedstawione rozwiązania są komplementarne wobec systemu PRM – nie zastępują go, lecz uzupełniają i wspierają jego działania w sytuacjach, gdy dostępność karetek lub zasobów ratowniczych jest ograniczona.

5.2. Organizacja Szpitalnego Zespołu Reagowania Kryzysowego (SZRK)

W celu przygotowania szpitala do reagowania na przeciążenie systemu ratownictwa medycznego zaleca się utworzenie **Szpitalnego Zespołu Reagowania Kryzysowego (SZRK)** – wewnętrznej struktury operacyjnej o jasno określonych rolach, odpowiedzialnościach i kanałach komunikacji.





Struktura SRSK:

Funkcja	Odpowiedzialność	Osoba / jednostka
Koordinator ds. kryzysowych (Incident Commander)	Podejmuje decyzje strategiczne, aktywuje plan awaryjny.	Dyrektor szpitala / Dyrektor ds. Medycznych / Kierownik SOR.
Zespół dowodzenia (Command Team)	Kierowanie działaniami operacyjnymi, triage, transport, logistyka.	Lekarz dyżurny, pielęgniarka oddziałowa, logistyk, informatyk.
Zespół transportowy (Medical Transport Unit)	Organizacja transportu wewnętrznego i międzyplacówkowego.	Kierowcy, ratownicy, technicy.
Zespół łączności (Communication Cell)	Zapewnienie komunikacji radiowej, telefonicznej i zapasowej.	Technik łączności, informatyk.
Zespół dokumentacji (Records Unit)	Rejestracja pacjentów, triage, raporty.	Rejestrator, dyspozytor, sekretarka medyczna, archiwista.

Organizując SZRK należy rozważyć włączenie do niej przedstawicieli następujących jednostek szpitala: administracja szpitala, administracja pielęgniarek, kadry, apteki działu zakażeń, rejestracji transportu, informatyki, łączności. Ponadto w skład grupy powinien wchodzić personel medyczny zajmujący się medycyną ratunkową, intensywną opieką medyczną, chorobami wewnętrznymi oraz pediatrią.

ROZDZIAŁ 6.

STUDIUM PRZYPADKU I PLAN AWARYJNY

6.1. Założenia ogólne

Plan awaryjny jest dokumentem operacyjnym, którego celem jest:

- zapewnienie ciągłości działania szpitala w przypadku niewydolności systemu ratownictwa medycznego (PRM),
- ujednoczenie działań w sytuacjach nadzwyczajnych po stronie polskiej i ukraińskiej,
- wskazanie praktycznych sposobów ewakuacji, triage, komunikacji i transportu pacjentów,
- zminimalizowanie chaosu decyzyjnego w pierwszych godzinach kryzysu.

Plan jest **modularny**, co oznacza, że może być aktywowany w całości lub częściowo – w zależności od skali zdarzenia.

6.2. Struktura planu awaryjnego

Etap	Nazwa modułu	Główne działania	Czas reakcji
I	Alarm i ocena sytuacji	Zgłoszenie o niewydolności PRM lub nagłym napływie pacjentów.	0–15 min
II	Aktywacja planu awaryjnego	Uruchomienie Szpitalnego Zespołu Reagowania Kryzysowego (SZRK), wyznaczenie ról.	15–30 min
III	Organizacja transportu	Zabezpieczenie alternatywnych środków transportu, wyposażenie, organizacja zasobów ludzkich	30–60 min
IV	Działania operacyjne	Leczenie, ewakuacja, transport, komunikacja.	1–6 h
V	Stabilizacja i przekazanie danych	Uporządkowanie dokumentacji, ocena strat, raport.	6–24 h

6.3. Studium przypadku: Szpital w Łosicach

Sytuacja: masowy wypadek drogowy + przeciążenie karet PRM.

Tło: Na drodze krajowej nr 19 dochodzi do zderzenia autokaru z ciężarówką, 15 osób rannych, 3 w stanie ciężkim. Wszystkie zespoły PRM z powiatu są już w terenie. Dyspozytornia informuje, że dojazd karet zajmie co najmniej 45 minut.

Cel: Zorganizować lokalną reakcję szpitala do czasu przybycia karet – przyjąć, ustabilizować i przekazać pacjentów.

Etap 1. Aktywacja planu

1. Lekarz dyżurny SOR ogłasza alarm kryzysowy.
2. Dyrektor szpitala uruchamia Szpitalny Zespół Reagowania Kryzysowego (SZRK).
3. Zostają powiadomione służby PSP i Policji o konieczności transportu rannych pojazdami zastępczymi.

Etap 2. Organizacja przestrzeni

- Parking przed SOR zostaje przekształcony w strefę triage.
- Wyznacza się trzy strefy:
 - Czerwona (R1) – dla pacjentów wymagających natychmiastowej interwencji;
 - Żółta (R2) – pacjenci stabilni;
 - Zielona (R3) – pacjenci z lekkimi obrażeniami, oczekujący na transport.
- Wewnątrz szpitala przygotowuje się dwie dodatkowe sale obserwacyjne (adaptacja sal zabiegowych).

Etap 3. Mobilizacja zasobów

- Zostają aktywowane zastępcze środki transportu pacjentów.
- Szpitalny zespół transportowy wyrusza na miejsce zdarzenia, zabierając podstawowe wyposażenie (nosze, tlen, torby R1).
- Oddziały zostają powiadomione o możliwym zwiększonym przyjęciu pacjentów.
- Pielęgniarka oddziałowa ustala listę dostępnych łóżek i personelu.

Etap 4. Działania operacyjne

- Pacjenci są klasyfikowani na miejscu przez ratownika triage i zgodnie z klasyfikacją zostają przyjęci do szpitala.
- Dokumentacja prowadzona jest na kartach papierowych z oznaczeniem numeru pacjenta i koloru triage zgodnie z obowiązującymi SOP.

Etap 5. Koordynacja komunikacji

- Co 30 minut raport sytuacyjny przesyłany jest do dyspozytorni PRM i Powiatowego Centrum Zarządzania Kryzysowego.
- Kanały zapasowe: telefon komórkowy / radio PSP.

Etap 6. Stabilizacja

Po przyjeździe karetek PRM i przekazaniu pacjentów do dalszego leczenia zgodnie z kolejnością triage. Dyrektor szpitala sporządza raport z przebiegu działań, wnioski i rekomendacje do aktualizacji planu.

6.4. Studium przypadku: Szpital partnerski w Ukrainie

Sytuacja: ostrzał miasta i ewakuacja pacjentów.

Tło: Szpital obwodowy znajduje się w strefie ostrzału. Część infrastruktury została uszkodzona, brak energii elektrycznej. Karetki nie mogą dotrzeć z powodu zniszczonej drogi.

Cel: Przeprowadzić ewakuację pacjentów do punktu kolejowego i zapewnić podstawową opiekę do czasu transportu.

Etap 1. Alarm

- Dyrektor szpitala ogłasza kod „ALFA” – natychmiastowa ewakuacja.
- Wyznacza się punkt zbiórki pacjentów w piwnicy / schronie.

Etap 2. Zespół ewakuacyjny

- Lekarz + pielęgniarka + ratownik + dwóch sanitariuszy.
- Pacjenci dzieleni według priorytetów (R1–R3).
- Ciężko ranni przewożeni w pierwszej kolejności pojazdami cywilnymi (bus, pick-up).

Etap 3. Punkt transferowy

- Na dworcu kolejowym utworzono punkt medyczny (kontener MSF).
- Zespół szpitalny przekazuje pacjentów ekipie kolejowej (ambulance train).
- Wymiana dokumentacji odbywa się w formie uproszczonej (formularz ID + karta triage).
- W bezpiecznym zadaszonym miejscu tworzy się punkt „czarnej strefy” dla poszkodowanych, u których rokowania, co do skuteczności leczenia są wątpliwe ze względu na ciężkość/charakter urazu lub stan nagły pacjenta, przy jednoczesnym niedoborze sił i środków do udzielenia kompleksowej pomocy medycznej. „Czarna strefa” powinna być zorganizowana tak, by zapewnić pacjentom leczenie przeciwbólowe.

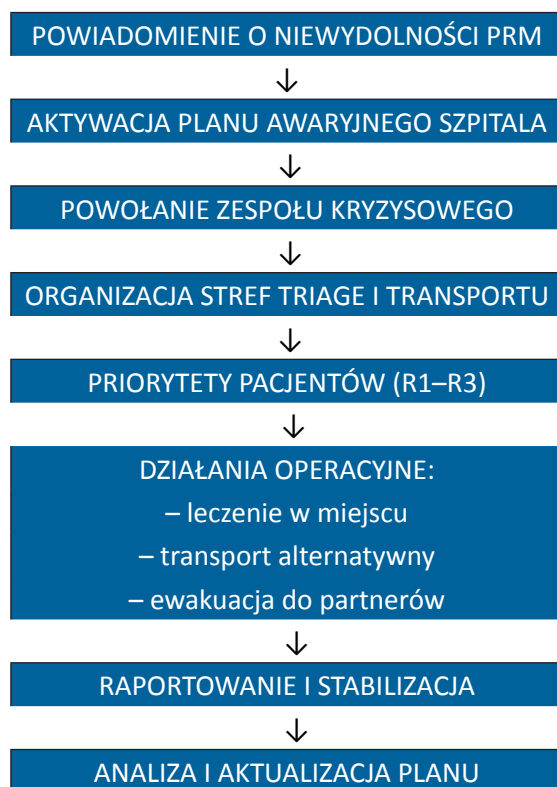
Etap 4. Komunikacja i raport

- Meldunek o liczbie ewakuowanych pacjentów przekazywany do MOH Ukraine i partnera w Polsce (Szpital w Łosicach).
- Zestawienie potrzeb (leki, sprzęt, paliwo) przesyłane przez łączność satelitarną.

Etap 5. Wsparcie transgraniczne

- Pacjenci w stanie ciężkim transportowani koleją medyczną do punktu przyjęć w Polsce (np. Lublin / Chełm).
- Zespół z Łosic otrzymuje powiadomienie o liczbie przyjmowanych pacjentów i typach obrażeń.
- Po stronie polskiej wdrażany jest plan SRSK.

6.5. Algorytm decyzyjny – Plan awaryjny (schemat)



ROZDZIAŁ 7.

ZASTOSOWANIE ZASTĘPCZYCH ŚRODKÓW TRANSPORTU – WYTYCZNE OPERACYJNE

7.1. Założenia ogólne

W sytuacjach przeciążenia lub niedostępności karet systemu ratownictwa medycznego konieczne jest wykorzystanie środków transportu zastępczego - szpitalnych, cywilnych, wojskowych lub komunalnych. Aby zminimalizować wpływ takiego transportu na stan pacjenta, kluczowe znaczenie ma optymalna stabilizacja chorego przed przemieszczeniem oraz świadomość ograniczeń środka transportu.

Transport pacjenta nie może być jedynie logistycznym przewiezieniem z punktu A do B - to kontynuacja procesu terapeutycznego w zmiennym środowisku. Wymaga przygotowania klinicznego, technicznego i organizacyjnego.

7.2. Zasady stabilizacji przed transportem

Optymalne przygotowanie pacjenta do transportu obejmuje cztery wzajemnie powiązane elementy:

Kontrola urazów

Wszelkie urazy rzeczywiste i potencjalne – w szczególności te zagrażające stabilności kręgosłupa, miednicy, klatki piersiowej czy dróg oddechowych – muszą być rozpoznane i zabezpieczone. W miarę możliwości wykonuje się:

- unieruchomienie ortopedyczne,
- stabilizację kręgosłupa (kołnierz, deska, pasy),
- kontrolę krwawienia (opaski, opatrunki uciskowe, tamponada).

To etap, który powinien zostać zakończony przed przemieszczeniem pacjenta.

Resuscytacja i stabilizacja fizjologiczna

Stan pacjenta należy możliwie najbardziej przybliżyć do wartości prawidłowych jeszcze przed rozpoczęciem transportu.

Oznacza to:

- optymalizację wentylacji i utlenowania,
- wyrównanie ciśnienia i perfuzji tkanek, poziomu saturacji tlenu,
- kontrolę temperatury i bólu,
- podanie płynów, tlenu lub leków podtrzymujących życie.

Resuscytację można kontynuować podczas transportu, jednak powinna być rozpoczęta wcześniej – w warunkach stabilnych, zanim pacjent zostanie przeniesiony do pojazdu.

Leczenie dodatkowe

Wszystkie możliwe działania terapeutyczne, które **nie wymagają natychmiastowego wdrożenia w ruchu**, należy wykonać jeszcze w miejscu podjęcia pacjenta.

Nie zaleca się:

- rozpoczynania nowych, złożonych lub niestandardowych interwencji w trakcie transportu,
- wykonywania procedur wymagających precyzyjnych warunków (np. założenie wkłucia centralnego) w pojeździe bez stabilnego zaplecza.

Wszelkie planowane działania muszą być **zakończone lub zabezpieczone** przed wyruszeniem w drogę.

Zapobieganie pogorszeniu stanu w trakcie podróży

Transport zawsze niesie ryzyko pogorszenia. Dlatego należy **przewidzieć potencjalne komplikacje** i zabezpieczyć pacjenta odpowiednimi procedurami przed wyjazdem, np.:

- odbarczenie odmy, jeśli istnieje ryzyko jej narastania,
- założenie drenów, rurek, cewników lub opatrunków próżniowych,
- zapewnienie skutecznej analgezji i sedacji.



Zrozumienie charakteru urazu oraz warunków transportu (np. wstrząsy, wibracje, zmiany ciśnienia, brak dostępu do sprzętu) pozwala na ograniczenie zagrożeń w drodze.

7.3. Przygotowanie pacjenta do transportu zastępczym środkiem

Przygotowanie pacjenta to nie tylko kwestia medyczna – to także zabezpieczenie logistyczne i bezpieczeństwo samego przewozu.

Należy:

- prawidłowo ułożyć pacjenta i unieruchomić go pasami lub systemem mocującym,
- zabezpieczyć wszystkie linie dożylnie, dreny i przewody przed przemieszczeniem,
- zapewnić dostęp do dróg oddechowych (maski, rurki, ssak),
- zaopatrzyć pacjenta w indywidualną kartę triage / transportową,
- oznaczyć torby i sprzęt przenośny (tlen, leki, dokumenty).

Przed wyjazdem zespół medyczny powinien zweryfikować kompletność przygotowania – checklista powinna być podpisana przez osobę odpowiedzialną za transport (np. ratownika lub pielęgniarkę).

7.4. Wybór środka transportu i załogi

Transport może odbywać się w różnych konfiguracjach – od ambulansu, przez samochód szpitalny, po pojazdy cywilne czy wojskowe.

Każdy z tych środków ma inne możliwości i ograniczenia:

Typ pojazdu	Zalety	Ograniczenia
Ambulans sanitarny (typ B/C)	Pełne wyposażenie medyczne, monitoring, personel	Ograniczona dostępność w kryzysie
Pojazd szpitalny / transportowy	Dostępny lokalnie, łatwy do adaptacji	Brak aparatury, konieczność zabezpieczenia pacjenta
Pojazd cywilny (bus, samochód komunalny)	Wysoka dostępność, mobilność	Brak systemów stabilizacji, konieczność eskorty medycznej
Transport wojskowy / WOT / PSP	Odporność terenowa, siła przewozowa	Priorytetyzacja zadań, ograniczona liczba personelu medycznego
Transport kolejowy / lotniczy	Długi zasięg, możliwość ewakuacji masowej	Wymaga punktów załadunku i koordynacji zewnętrznej



Dobór środka transportu powinien wynikać z:

- stanu pacjenta,
- długości trasy,
- dostępności sprzętu i personelu,
- warunków terenowych i pogodowych.

7.5. Sprzęt i materiały medyczne (PMI – Patient Movement Items)

Każdy środek transportu powinien być wyposażony w minimalny zestaw podtrzymujący życie. Sprzęt należy dobrać w zależności od charakteru misji i dostępnego miejsca.

Przykładowy zestaw PMI:

- materiały jednorazowe do podawania tlenu – maski tlenowe, kaniule nosowe,
- AED,
- przenośny respirator lub worek samorozprężalny,
- pulsoksymetr i ciśnieniomierz,
- przenośny ssak medyczny,
- roztwory infuzyjne, leki do RKO,
- zestaw płynów i pomp infuzyjnych,
- nosze składane / podciśnieniowe,
- torba z lekami ratującymi życie,
- zestaw do tlenoterapii (butla, reduktor, maski),
- materiały jednorazowe: rękawiczki, opatrunki, zestawy infuzyjne, filtry.

Zasada: sprzęt zabierany w drogę ma służyć podtrzymaniu funkcji życiowych przez cały przewidywany czas transportu, bez konieczności jego uzupełniania w terenie.

7.6. Organizacja i łączność

Centrum dyspozytorskie lub osoba kierująca akcją ewakuacyjną musi otrzymać pełny zestaw danych o pacjencie i misji transportowej.

Informacje te przekazuje się w formie raportu transportowego (zgodnego z procedurą „9-liniową” stosowaną w ewakuacjach medycznych):

1. Miejsce odbioru pacjenta
2. Numer i priorytet ewakuacji
3. Liczba i stan pacjentów (R1/R2/R3)
4. Potrzebny sprzęt i personel
5. Charakter miejsca lądowania / postoju
6. Występujące zagrożenia
7. Wymagania specjalne (np. tlen, wentylacja)
8. Kierunek transportu / miejsce docelowe
9. Osoba odpowiedzialna za koordynację

Dane te pozwalają centrum logistycznemu lub dyspozytorowi dobrać najbardziej adekwatny środek transportu i odpowiednio przygotować zespół odbierający pacjenta.



ROZDZIAŁ 8.

ZAŁĄCZNIKI, CHECKLISTY I FORMULARZE

8.1. Cel rozdziału

Celem niniejszego rozdziału jest udostępnienie gotowych narzędzi wspierających realizację procedur opisanych w poprzednich częściach podręcznika.

Materiały te mają charakter praktyczny i powinny być przechowywane w formie:

- **papierowej** – w teczkach kryzysowych w każdym oddziale,
- **elektronicznej** – na komputerach dyżurnych i w systemie wewnętrznym szpitala.

Każdy dokument powinien być zrozumiały, prosty i dwujęzyczny (PL / ENG), aby mógł być używany również w sytuacjach międzynarodowych (PL–UA).

8.2. Checklista aktywacji planu awaryjnego szpitala

Etap 1. Otrzymanie informacji o niewydolności systemu PRM

- Zweryfikuj źródło informacji (dyspozytornia, RCB, media, personel).
- Powiadom dyrektora szpitala / ordynatora SOR.
- Ogłoś alarm „Sytuacja kryzysowa – poziom 1”.

Etap 2. Powołanie Szpitalnego Zespołu Reagowania Kryzysowego (SZRK)

- Zwołaj kluczowy personel (dyżurny lekarz, pielęgniarka oddziałowa, logistyk, informatyk, kierowcy).
- Wyznacz koordynatora łączności i osobę odpowiedzialną za dokumentację.
- Uruchom łączność zapasową (radio, PMR, kanały PSP).

Etap 3. Działania operacyjne

- Zorganizuj transport zastępczy.
- Przeprowadź triage zgodnie z zasadami.
- Zabezpiecz najcięższych pacjentów (R1) i rozpocznij leczenie stabilizujące.
- Raportuj co 30 minut do punktu dowodzenia.

Etap 4. Zakończenie i raport

- Zbierz dane o liczbie przyjętych i przekazanych pacjentów.
- Sporządź raport powykonawczy.
- Uaktualnij plan na podstawie wniosków z akcji.

8.3. Formularz triage – wzór (PL / ENG) – zgodny z obowiązującym obecnie w szpitalu

8.4. Formularz raportu sytuacyjnego (PL / ENG)

Tytuł: RAPORT SYTUACYJNY / SITUATION REPORT (SITREP)

Data / godzina:

Jednostka: Szpital w Łosicach / Hospital Partner (Ukraine)

Sekcja A – Dane ogólne

- Liczba poszkodowanych ogółem:
- Liczba przyjętych do szpitala:
- Liczba ewakuowanych / przekazanych:
- Liczba zgonów:
- Stan infrastruktury:
 stabilna częściowo uszkodzona poważne zniszczenia

Sekcja B – Działania podjęte

- Aktywacja planu awaryjnego
- Uruchomienie triage

- Organizacja transportu alternatywnego
- Współpraca z PSP / WOT / NGO
- Ewakuacja pacjentów
- Inne:

Sekcja C – Potrzeby i zasoby

- **Personel medyczny:**

osób dostępnych

brakujących

- **Pojazdy:**

dostępnych

niedostępnych

- **Leki i sprzęt:**

- **Zapas tlenu / paliwa:**

wystarczający

niski

krytyczny

Sekcja D – Uwagi i rekomendacje

.....

Podpis osoby sporządzającej raport:

Stanowisko:



8.5. Lista kontaktowa (PL / UA)

Kategoria	Nazwa instytucji	Osoba kontaktowa	Telefon	Email / łączność awaryjna
Szpital główny (PL)	SPZOZ Łosice	Dyżurny lekarz SOR	...	...
Szpital partnerski (UA)	Szpital Obwodowy [nazwa]	Dyrektor medyczny	...	...
PRM / Dyspozytornia	Mazowieckie Centrum Dyspozytorskie	Dyspozytor główny	...	...
PSP	KP PSP Łosice	Dowódca zmiany	...	Radio kanał 15
WOT	5. Mazowiecka Brygada OT	Oficer dyżurny	...	...
NGO	Polski Czerwony Krzyż / MSF / IOM	Koordinator medyczny	...	...
RCB / Woj. Centrum Zarządzania Kryzysowego	Dyżurny operacyjny	...	...	...

Zalecenie: kopie listy kontaktowej muszą znajdować się: w dyżurce SOR, w sekretariacie dyrekcji, w magazynie awaryjnym.

8.6. Wzór raportu z akcji / post-action report (pl / eng)

Data i miejsce zdarzenia:

Rodzaj zdarzenia:

- wypadek
- awaria systemu
- konflikt zbrojny
- inne

Liczba pacjentów:

Czas trwania działań:

- Sekcja 1 – Co zadziało dobrze
- Sekcja 2 – Co wymaga poprawy
- Sekcja 3 – Rekomendacje dla aktualizacji planu

Zatwierdził:

Dyrektor szpitala / Koordynator ds. kryzysowych

Data i podpis: