

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu



Bartłomiej Juras

Planowanie zarządzania kryzysowego w szpitalu

Disaster management in hospitals

Praca doktorska

Doctoral dissertation

Praca wykonana pod kierunkiem
dr hab. Marii Danuty Głowackiej
w Katedrze Nauk o Zdrowiu

Poznań 2011

Spis treści

Wstęp	4
Rozdział I. Istota problemu	6
1. Nauka o zarządzaniu jako punkt wyjścia w budowaniu planu zarządzania kryzysowego.....	6
1.1. Nauka o zarządzaniu.....	6
1.2. Zarządzanie i organizacja: znaczenie i definicje.....	8
1.3. Planowanie: zakres i definicje.....	13
1.4. Planowanie kryzysowe	21
1.5. Analizy do planu zarządzania kryzysowego.....	30
1.6. Zarządzanie zdrowiem publicznym w polskich warunkach.....	36
2. Aspekty prawne i bezpieczeństwo.....	38
2.1. Pojęcie szpitala.....	38
2.2. Aspekty prawne planu zarządzania kryzysowego szpitala.....	40
2.3. Miejsce szpitala w zapewnieniu bezpieczeństwa.....	45
2.4. Pojęcie bezpieczeństwa.....	46
3. Rodzaje zagrożeń, ocena ryzyka ich wystąpienia.....	49
3.1. Kryzys, katastrofa, wypadek masowy.....	49
3.1.1. Taksonomia kryzysu.....	49
3.1.2. Kryzys z punktu widzenia szpitala jako organizacji gospodarczej	52
3.1.3. Katastrofa.....	55
3.1.4. Wypadek masowy i inne pojęcia.....	59
3.2. Charakterystyka zagrożeń oraz ocena ich wystąpienia dla Wielkopolski	60
3.3. Ryzyko – analiza otoczenia szpitala.....	62
3.3.1. Zagrożenia wewnętrzne – szpital jako podmiot w sytuacji kryzysowej.....	65
3.3.2. Zagrożenia zewnętrzne – szpital jako przedmiot w sytuacji kryzysowej.....	66
Rozdział II. Założenia badawcze	69
1. Cel pracy.....	69
2. Hipotezy badawcze.....	70

3. Materiały i metody.....	71
3.1. Materiały badawcze.....	71
3.2. Badane jednostki.....	73
3.3. Analiza wewnętrzna i zewnętrzna szpitali.....	78
3.4. Metoda Delficka.....	80
3.5. Badanie czasu wykonania procedur.....	84
Rozdział III. Wzór planu zarządzania kryzysowego szpitala.....	85
1. System zarządzania kryzysowego w szpitalu.....	85
2. Procedury kryzysowe w szpitalu.....	87
3. Charakterystyka procedur kryzysowych.....	92
4. Karty postępowania.....	106
5. Algorytm działań kryzysowych.....	110
Rozdział IV. Wyniki badań.....	117
1. Analiza SWAT, TOWS/SWOT.....	117
2. Wyniki metody Delfickiej z IDI.....	127
3. Analiza czasu wykonania procedur.....	143
Rozdział V. Dyskusja.....	146
Rozdział VI. Wnioski.....	158
Streszczenie.....	159
Bibliografia.....	160
Spis rysunków.....	176
Spis tabel.....	177
Spis wykresów.....	178
Spis załączników.....	179

Wstęp

Postęp w doskonaleniu form prowadzenia badań i działań twórczych, zwłaszcza badań naukowych w zakresie nauk o organizacji i zarządzaniu, polega na tym, że to, czego dokonywano dotychczas na podstawie intuicji i doświadczenia, obecnie coraz częściej jest dokonywane jako działanie oparte na metodach i modelach systemowych. Kierowanie się kompetencjami i podejmowaniem ryzykownych decyzji zastępowane jest posługiwaniem się logicznym, spójnym modelem odzwierciedlającym strukturę i możliwości organizacji. Taki trend dostrzega się we wszystkich rodzajach organizacji. Takie rozwiązania dotyczą w szczególności zarządzania kryzysowego, nazywanego również reagowaniem kryzysowym lub zarządzaniem antykryzysowym. W polskim prawodawstwie istnieją zapisy ustawowe dotyczące takiego zarządzania w skali kraju czy województwa. Funkcjonuje pojęcie infrastruktury krytycznej, do której zalicza się szpitale. Szpitale to organizacje gospodarcze funkcjonujące autonomicznie. Nie są one zobligowane do posiadania planów zarządzania kryzysowego, mimo że logiczne postępowanie wskazywałoby na taki obowiązek.

Zakład Opieki Zdrowotnej, a ściślej mówiąc jego funkcjonowanie, może być zagrożone pojawieniem się różnego typu sytuacji kryzysowych, które mogą wynikać z wielu czynników zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych. Kryzys może dotyczyć wszelkiego rodzaju katastrof, wypadków masowych, klęsk żywiołowych, ale także sfery prawnej, ekonomicznej czy organizacyjnej. Przedmiotem zainteresowania autora tej pracy jest, zgodnie z umocowaniem prawnym, grupa Zakładów Opieki Zdrowotnej nazywana szpitalem. Konkretnie rozwiązania, jakie szpitale powinny mieć na reagowanie na wszelkiego rodzaju zagrożenia, czyli plany zarządzania kryzysowego.

Przygotowanie się szpitali na wypadek sytuacji kryzysowych, katastrof i temu podobnych, a zatem skonstruowanie odpowiednich rozwiązań na wypadek kryzysu, wydaje się bezdyskusyjne. Nie ma jednak szczegółowych badań nad kwestią zasadności planów kryzysowych w szpitalach, nie istnieją także elementarne wzorce dla takich planów.

Głównym celem niniejszej pracy jest opracowanie, a następnie zaprojektowanie wzorca planów zarządzania kryzysowego dla szpitali. Istotne jest także zbadanie stanu aktualnego przygotowania szpitali na sytuacje kryzysowe. Jako wprowadzenie do budowy wzorca zostanie wykonane przeanalizowanie wnętrza oraz otoczenia szpitali wraz z zagrożeniami za pomocą odpowiedniej analizy, która umożliwi określenie słabych i mocnych stron oraz szans i zagrożeń dla szpitali. Wzorzec ma zostać stworzony na bazie literatury, planów kryzysowych funkcjonujących w szpitalach, planów wojewódzkich, a także innych dokumentów ściśle związanych z tą tematyką. Pierwszym etapem do tworzenia wzorca będzie uzgodnienie z ekspertami rozwiązań systemowych, zgodnie z metodą Delficką. Kolejny etap to ocena wzorca przez ekspertów i dostosowanie go do wdrożenia go we wszystkich szpitalach. Następnie przeprowadzona zostanie ocena możliwości jego funkcjonowania. Proces badawczy opiera się na badaniu metodą Delficką oraz wywiadzie pogłębionym eksperckim. Celem metody Delfickiej stało się uzyskanie zgody ekspertów co do zasadności posiadania przez szpital planu zarządzania kryzysowego i rozwiązań w nim zawartych. Sprawdzenie wzorca wykonane zostanie przez badanie czasu wykonania procedur. Kolejnym założeniem pracy jest udowodnienie, że szpitale posiadające plany zarządzania kryzysowego są lepiej przygotowane do sprawnego działania w kryzysie.

Praca realizowana była w latach od 2006 roku do 2010 roku na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, na Wydziale Nauk o Zdrowiu, w Katedrze Nauk o Zdrowiu, w Zakładzie Organizacji i Zarządzania, przy współpracy z Wielkopolskim Urzędem Wojewódzkim w Poznaniu, Wydziałem Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego. Badania prowadzone były w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. Prof. L. Bierkowskiego w Poznaniu oraz w Wojewódzkim Zespólnym Szpitalu w Lesznie.

Rozdział I. Istota problemu

1. Zarządzanie jako punkt wyjścia w budowaniu planu zarządzania kryzysowego

1.1. Nauka o zarządzaniu

Zarządzanie to zestaw działań obejmujący swym znaczeniem: planowanie i podejmowanie decyzji, organizowanie, przeprowadzenie, w tym kierowanie ludźmi, i kontrolowanie działań skierowanych na zasoby organizacji – wśród zasobów należy wymienić: zasoby ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne – i wykonywanych z zamiarem osiągnięcia celów organizacji w sposób sprawny i skuteczny [Griffin 1996, s. 38].

Zarządzanie w słowniku pojęć ekonomicznych funkcjonuje jako zastosowanie osobistych kompetencji do identyfikacji i osiągnięcia celów organizacji przez używanie odpowiednich zasobów. Zarządzanie koreluje z określeniem „co trzeba zrobić” oraz z organizowaniem i wspomaganie wykonywania potrzebnych zadań przez innych. Zarządzający ma kompleksowe i stale zmieniające się obowiązki, które odzwierciedlają bieżące problemy, trendy i zadania organizacji [Biznes, 2007].

Rozwój myśli ludzkiej i wdrażanie jej w życie to prapoczątek zarządzania. Wraz z uprzemysłowieniem i rozwojem gospodarczym następowało zainteresowanie zarządzaniem. Rezultaty badań nad zarządzaniem pochodzą z różnych dyscyplin, zwłaszcza z psychologii, socjologii, fizjologii, politologii, ale także z nauk prawnych i technicznych [Kortan 1997, s. 31]. Historia nauki o zarządzaniu liczy sobie kilkaset lat. Opisywana na wiele sposobów do dnia dzisiejszego jest tematem dyskusji. W literaturze można znaleźć trzy nazwiska Anglików: Roberta Owena, Charlesa Babbaga oraz Adama Smitha jako prekursorów nauki o zarządzaniu [Kurnal 1972, s. 196]. Śmiało można wymienić dodatkowo A. Borellego, E. J. Mareya, E. Maybridga, i A. Mikkelsena [Czermiński 1982, s. 11], ale również nauczycieli sposobów zarządzania takich jak A. Ure czy Francuza Charlesa Dupina. Daniel McCallum to jeden z pierwszych, który

opublikował schemat organizacyjny [Griffin 1996, s. 72]. Termin „nauka o zarządzaniu” (scientific management) zaproponował w 1910 r. wybitny prawnik Louis D. Brandeis. W czasach wielkiej rewolucji przemysłowej zarządzanie zaczęło skupiać się na relacji „pracodawca i pracownik”. Choć określenie „rewolucji przemysłowej” nie jest terminem naukowym i może wywoływać mylne wrażenie charakteru tamtych zmian [Cameron 1997, s. 181], jednak okres ten dla zarządzania jest rewolucyjny, chociażby dzięki wprowadzeniu systemu produkcji przemysłowej. System ten zmienił relacje „zarządzający – pracownik”. Definiowanie zarządzania w 1911 r. przez Taylora opierało się na dokładnym poznaniu tego, co ludzie mają zrobić, a następnie dopilnowaniu, aby zrobili to w najlepszy i najtańszy sposób. Definicja ta opiera się na osiąganiu zaplanowanych zadań. Jej autor podkreślał konieczność rozwoju wiedzy naukowej, szkolenia pracowników, stosowania wiedzy naukowej w praktyce oraz równy podział rzeczywistych zadań [Taylor 1911, ss. 26-27].

Nauka o zarządzaniu ewaluowała i do najważniejszych zasad, które do tej pory przewijają się w definiowaniu i opisywaniu zarządzania, należą zasady sprawnego administrowania. Są to zasady nazywane w literaturze przedmiotu zasadami zarządzania [Martysiak 1989, s. 95; Griffin 1996, s. 76; Stoner 2001, s. 51; Robbins 2002, s. 64]. Pierwszym, który je opisał był Fayol. Wymieniał on przede wszystkim: podział pracy, autorytet, jedność rozkazodawstwa, dyscyplinę, jednolitość kierownictwa, podporządkowanie interesów osobistych interesowi ogółu, wynagrodzenia, centralizację, hierarchię, ład, stałość personelu, ludzkość w obchodzeniu się, inicjatywę, zgranie personelu [Fayol 1947, s. 56].

Zarządzanie to przede wszystkim praktyczna forma czegoś, co wykracza poza zbiór słów bliskoznacznych takich jak: kierowanie, administrowanie, dowodzenie i inne. Na początku XX wieku nacisk w zarządzaniu kładziono zarówno na wsparcie administracji w organizacji, jak również na zarządzanie produktywnością przez większą wydajność. Organizacje wierne modelom Henri Fayola i Maxa Webera budowały departamenty funkcjonalne zarządzania personelem, zarządzania produkcją, zarządzania marketingiem i zarządzania finansowego. Na początku XXI wieku te wstępne obszary zainteresowań są nadal częściowo aktualne, ale punkt ciężkości w ramach Narodowych Standardów

Zawodowych dla Zarządzania przesunął się na obszar zawodowych kompetencji, w szczególności dotyczących zarządzania ludźmi [Biznes, 2007].

Choć zarządzanie jest zawodem samym w sobie, określanym słowem „menedżer”, to zestaw właściwych mu kompetencji ma zastosowanie w pracy profesjonalistów z innych dyscyplin. W języku polskim trudno znaleźć określenie na tyle trafne, by nie wykraczało poza pewne ramy znaczeniowe. Polskim ekwiwalentem terminu „management” powinien być w ogólnym rozumieniu termin „kierownictwo”, ponieważ posiada on podwójne znaczenie, tak czynnościowe, jak i rzeczowe [Supernat, 2000, s. 287]. Czasem słowo „zarządzanie” uznawane jest za równoznaczne ze słowem „sterowanie”. Sterowanie jest wszelkim celowym działaniem jednego systemu na inny, w celu otrzymania takich zmian przebiegu procesu zachodzącego w przedmiocie sterowania lub stanu sterowanego systemu w danym momencie, które uważa się za pożądane [Encyklopedia organizacji i zarządzania 1981].

1.2. Zarządzanie i organizacja: znaczenie i definicje

Istnieje pogląd, wedle którego zarządzanie definiuje się jako medycynę współczesnych organizacji [Zimniewicz 2008, s. 16].

Organizacja to grupa ludzi, którzy współdziałają ze sobą w sposób uporządkowany i skoordynowany, aby osiągnąć pewien zestaw określonych celów. Organizowanie to decydowanie o najlepszym grupowaniu działań i zasobów organizacji. Natomiast struktura organizacji to zestaw elementów konstrukcyjnych, które są użyte do ukształtowania danej organizacji. Wyniki ich wykorzystania powstają w postaci konkretnego układu elementów organizacyjnych i ich wzajemnych powiązań [Griffin 1996, s. 330].

Interdyscyplinarny charakter nauki o organizacji i zarządzaniu powoduje, że obie kategorie zawarte w nazwie są różnie definiowane i interpretowane. Szczególnie dotyczy to terminu zarządzania i innych bliskoznacznych terminów, np. kierowania, administrowania [Krupski, 1997, s. 29]. Zarówno pojęcie organizacji, jak i zarządzania ma swoje odzwierciedlenie praktyczne, którego nie sposób zdefiniować. Pojęcia te są jednak zawsze zrozumiałe i jasne, choć czasem mylnie interpretowane. Organizacja rozumiana jako forma współpracy jakiejś

grupy ludzi według określonych zasad, lecz nie jako instytucja, narzuca pewne elementy ich współzależności i konieczność istnienia jakiejś formy zarządzania. Organizacja rozumiana jako instytucja sformalizowana zawsze posiada narzucony lub wypracowany schemat zarządzania, oparty zwykle na hierarchiach.

Prakseologiczna teoria organizacji wprowadza rozróżnienie pomiędzy terminem „zarządzanie” a terminem „administrowanie” w znaczeniu czynnościowym. Kryterium rozróżnienia nie jest źródło władzy, lecz funkcja w instytucji. W rozumieniu prakseologicznym pojęciem wyjściowym dla określenia zarządzania jest kierowanie, ujmowane w szerokim (ogólnym) i wąskim znaczeniu. W znaczeniu szerokim kierowanie oznacza powodowanie, aby inne rzeczy funkcjonowały zgodnie z celem kierującego. Jest to najprostsza definicja, która uwydatnia trzy elementy kierowania w organizacji. Te elementy to: kierujący, proces oddziaływania i kierowany. Kierującym ludźmi, będzie przykładowo minister, sekretarz, dyrektor, kierownik. Kierującym zwierzęciem to furman, jeździec, treser itp. Kierującym maszyną to operator, kierowca samochodu itp. [Kieżun 1997, s. 138]. Kierowanie w węższym znaczeniu odnosi się natomiast tylko do ludzi. Oznacza ono działanie zmierzające do spowodowania działania innych ludzi zgodnie z celem tego, kto nimi kieruje, przy czym działanie zachodzące w organizacji nieformalnej nazwane zostało mianem przewodzenia czy przywództwa [Zieleniewski 1971, s. 451]. Podobne twierdzenia można znaleźć u Kurnala [Kurnal 1969, ss. 190-357], ale tylko w odniesieniu do kierowania ludźmi, oraz u Kieżuna w odniesieniu do zachowań [Kieżun 1977, s. 281]. Mnogość definicji zarządzania wynika z różnych punktów widzenia organizacji, różnych celów i zakresów działalności. Różnice kulturowe, światopoglądowe, a nawet religijne mają wpływ na organizację i tym samym na zarządzanie.

Najbardziej rozpowszechniona i uznawana definicja zarządzania opiera się na kolejnych działaniach, wpisujących się w zakres znaczeniowy tego pojęcia. Zarządzanie to zestaw działań obejmujących:

- planowanie,
- organizowanie,
- motywowanie / kierowanie ludźmi,
- kontrolę.

Powyższe działania skierowane są na zasoby organizacji i wykorzystywane są z zamiarem osiągnięcia poszczególnych celów organizacji. Zestaw działań obejmujący planowanie i podejmowanie decyzji, organizowanie, przewodzenie, czyli kierowanie ludźmi, i kontrolowanie, skierowany jest na zasoby organizacji – ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne. Powyższy zestaw działań wykonywany jest w sposób sprawny i skuteczny, a jego głównym zamiarem jest osiągnięcie odpowiednich celów organizacji [Griffin, 1998, s. 38].

Zarządzanie postrzegane jako proces, uzupełnia w pewnym sensie poprzednią definicję. Według Druckera zarządzanie jest procesem ciągłego podejmowania decyzji. Cokolwiek robi zarządzający, robi to przez podejmowanie decyzji. Badacz przedstawia to również w sposób obrazowy, w postaci ułamka, którego licznik tworzą funkcje zarządzania, a mianownik to decydowanie [Drucker 1993, ss. 342-369]:

Rys. 1. Zarządzanie

Planowanie + Organizowanie + Przewodzenie + Kontrolowanie

Decydowanie

Źródło: Drucker P.F., *The Practice of Management*, Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford 1993 s. 162

I choć w definicji zarządzania Griffina występuje „motywowanie/kierowanie ludźmi”, a w definicji Druckera „przewodzenie”, wszystkie ramy pojęciowe zarządzania pozostają takie same.

Zarządzanie w szerokim pojmowaniu to sfera, w której funkcjonuje przedsiębiorstwo i na którą wpływ chce wywierać zarządzający nim. Przez planowanie zarządzający wyznacza misję, wizję oraz cele przedsiębiorstwa, następnie określa tor realizacji misji i celów. Sprecyzowanie toru działania i sposobów wprowadzania w życie wyznaczonych celów to organizowanie. Po etapie działania, którym jest organizowanie, następuje podział poszczególnych zadań na zadania pracowników i zadanie przewodzenia im w prawidłowym wykonywaniu wyznaczonych zadań. Inne podejście do zarządzania uznaje za zasadne w miejscu przewodzenia umieścić motywowanie, które wydaje się współcześnie bardziej akceptowalne. Przewodzenie przywodzi na myśl skojarzenia militarne i bezwzględne posłuszeństwo żołnierza w stosunku do przewodzącego mu

dowódcy. Natomiast nowoczesne podejście do zarządzania próbuje wydobyć z pracownika jako osoby cechy istoty ludzkiej, czyli to, co wydaje się w nim najcenniejsze – kreatywność i inteligencję. Posłuszne wykonywanie czynności ściśle według konkretnej instrukcji przejęły maszyny i w pracach tego typu ludzie są masowo zastępowani przez roboty. Praca ludzka stanowi także niejednokrotnie jeden z największych kosztów dla przedsiębiorstwa, stąd jej lepsze wykorzystanie. Nic jednak nie zastąpi człowieka i jego inteligencji oraz kreatywności. Stąd motywowanie, czyli nakłonienie pracownika do wykonania na rzecz pracodawcy pracy. Wartość pracownika w nowoczesnym podejściu to przede wszystkim umiejętność podejmowania przez niego decyzji. Dotyczy to podejmowana decyzji przez wszystkich pracowników, ale największy wpływ na organizację ma podejmowanie decyzji przez zarządzającego.

Drucker przedstawia sam proces decydowania w pięciu etapach:

- określenie problemu,
- analiza problemu,
- przedstawienie możliwych rozwiązań,
- wybór najlepszego rozwiązania,
- przekształcenie wybranego, najlepszego rozwiązania w skuteczne działanie [Drucker 1993, ss. 347-351].

Cykl działania zorganizowanego to jedno z bardziej istotnych w teorii zarządzania zagadnień. Jest to logiczny układ etapów, z których winno się składać każde dobrze przemyślane działanie zarządcze. Cykl ten ujmowany jest w następujące, kolejno realizowane, etapy:

- określenie celu podejmowanych działań,
- zbadanie środków, które są dostępne i koniecznych do zrealizowania celu,
- planowanie działania wraz z organizowaniem toku działań,
- gromadzenie i systematyzowanie koniecznych środków (osobowych, materialnych itp.) oraz organizowanie i pozyskiwanie informacji lub badań,
- realizacja działania zgodnie z planem,
- kontrola uzyskanych rezultatów i zgodność z założonym celem.

W literaturze można spotkać różne propozycje takiego cyklu. Proponuje się na przykład pięć faz:

- przegląd sytuacji,

- przygotowanie informacji,
- podjęcie decyzji,
- przekazanie zadań wykonawcom,
- kontrolę wykonania.

Inna propozycja to trzy fazy:

- przygotowawcza,
- realizacyjna,
- kontrolna.

Cykl działania zorganizowanego zaczyna się od planowania, przygotowania czy przeglądu sytuacji, a kończy się na kontroli. Choć nie zawsze początek cyklu jest nazywany wprost planowaniem, to pierwsze jego etapy zawsze noszą cechy planowania. Częścią cyklu planowania jest także część nazywana kontrolą, ponieważ na etapie planowania musi powstać forma i sposób kontroli. Już twórca kierunku administracyjnego w klasycznej szkole nauki zarządzania i organizacji, Fayol, podkreślał, że kontrola polega na sprawdzeniu, czy wszystko idzie zgodnie z przyjętym planem, terminami, poleceniami. Kontrola ma za zadanie wyeliminowanie błędów, poprawienie odchyłów od wytycznych i unikanie błędów w przyszłości. Dotyczy to rzeczy, osób, ale także czynności [Fayol 1947, s. 176]. Do dziś takie podejście jest stosowane. Kontrolowanie jest procesem mającym zapewnić, że faktycznie podejmowane są działania zgodne z planowanymi, oraz ułatwić kadrze kierowniczej sprawdzenie skuteczności czynności związanych z wykonaniem wszystkich funkcji zarządzania oraz ewentualnie podjęcie działań [Stoner 2001, s. 538]. Istotę kontrolowania można przedstawić także przez wskazanie funkcji, jakie ma spełniać. Są to, stosownie do jednej z propozycji zgłoszonej w literaturze przedmiotu, następujące funkcje:

- informacyjna,
- instruktażowa,
- pobudzająca,
- profilaktyczna [Koźmiński (red.) 2002, ss. 213-214].

Funkcja informacyjna polega na dostarczeniu właściwym podmiotom zarządzającym niezbędnych informacji odnośnie stanu, przebiegu i skutków działań. Instruktażowa – polega na doradzaniu kontrolowanemu i instruowaniu go. Pobudzająca – to stosowanie stymulantów podnoszących poziom motywacji

kontrolowanych, w celu sprawniejszego wykonywania przez nich działań. Natomiast funkcja profilaktyczna to zapobieganie niekorzystnym zjawiskom.

Ostatnia funkcja kontrolowania, nazwana profilaktyczną, ma ogromne znaczenie dla planowania kryzysowego. Kiedy inne funkcje w pewnym sensie mają zadania porządkowe, tu mamy do czynienia nie tylko z likwidowaniem nieprawidłowości, ale także z określeniem przyczyn zaistnienia danych skutków, co cofa nas do planowania i wymusza przewidywanie danych skutków oraz szacowanie rozmiarów ryzyka w różnych aspektach. Takie podejście jest niezbędne do budowania planów, a w szczególności planów zarządzania kryzysowego.

Współcześnie zarządzanie określa się jako proces twórczy obejmujący formułowanie wizji rozwoju i funkcjonowania organizacji oraz jej urzeczywistniania przez oddziaływanie na otoczenie i zatrudnionych ludzi. Zarządzanie organizacją jest procesem złożonym. Ukazuje go struktura, w której eksponuje się:

- funkcje zarządzania: planowanie, organizowanie, przewodzenie i kontrolowanie,
- przedmioty zarządzania: zaopatrzenie, produkcja, marketing, badanie i rozwój, gospodarka zasobami pracy i finansami,
- stopień konkretyzacji decyzji i działań: działania operacyjne i działania strategiczne [Galicki 2009, ss. 82-93].

Tematem zainteresowania tej pracy jest zakres obejmujący sferę planowania jako części zarządzania, oraz jako formę przygotowania się i wytyczenia kierunku działania. Szersza analiza tematyki dotyczącej pojęcia planowania znajduje się w kolejnych częściach pracy.

1.3. Planowanie: zakres i definicje

Planowanie stanowi czynność intelektualną, polegającą na ustaleniu celu lub celów organizacji [Zimniewicz 2001, s. 61].

Omawiając pojęcie „planowanie”, należy podkreślić, że nie funkcjonuje ono samo i nie można tego pojęcia analizować w oderwaniu od pozostałych funkcji zarządzania. Planowanie wpisuje się we wszystkie funkcje zarządzania i jest z nimi ściśle powiązane.

Planowanie jako pojęcie ma wiele definicji, ale najczęściej można spotkać się z tą, która mówi o planowaniu w rozumieniu procesu stanowiącego istotny etap cyklu działania zorganizowanego. Jest także jedną z funkcji zarządzania, wchodzącą jednocześnie wraz z kontrolą w zakres funkcji regulacyjnej. Planowanie obejmuje działania złożone, czyli procesy, których istota polega na wywoływaniu zjawisk, które nie zaistniałyby samodzielnie. Planowanie jest więc procesem myślowym, intelektualnym, polegającym na świadomym ustalaniu kierunków działań

i podejmowaniu decyzji w oparciu o cele, zarówno strategiczne, jak i cele niższego rzędu, fakty i dobrze przemyślane oceny [Koontz 1969, ss. 398-508].

W ujęciu Koontza i O'Donnella w planowaniu jako funkcji zarządzania wyróżnić można cztery podstawowe zasady, a mianowicie:

- przyczynianie się do osiągnięcia celów, czyli zorganizowanie działań i podporządkowanie wyznaczonemu celowi,
- pryzmat planowania. Wszystkie funkcje zarządzania wzajemnie się przeplatają, jednak to w procesie planowania ustala się cele i to przez pryzmat tych celów całość zarządzania funkcjonuje,
- kompletność planowania. Planowanie zmienia się w zależności od szczebla hierarchii organizacyjnej, ale musi dotyczyć wszystkich i zapewniane być przez każdego kierownika bez względu na szczebel,
- efektywność planowania. Osiągnięcie celów powinno odbywać się przy zachowaniu rozsądku i minimalizowaniu kosztów ich osiągnięcia [Koontz 1969, ss. 508-510]

Zmieniając trochę punkt widzenia istotę planowania można ująć jako próbę odpowiedzi na pytania dotyczące:

- celów, charakteru tych celów, rodzajów i struktury (po co?),
- zakresów czasowych realizacji celów (kiedy?),
- jakości i ilości zasobów oraz typu struktury, jakie są konieczne dla realizacji wyznaczonych celów (czym, kim, ile?),
- metodologii, rodzaju metod, technik, technologii warunkujących realizację celów (jak?) [Przybyła (red.) 2003, ss. 116-117].

Do pojęcia kompletności planowania oraz z innego punktu widzenia jakości i ilości zasobów w planowaniu należy uwzględnić cały zakres działalności organizacji:

- zadania produkcyjne, handlowe lub usługowe,
- środki, za pomocą których zadania te zostaną wykonane,
- nakłady, koszty które zostaną poniesione przy wykonywaniu zadań oraz efekty finansowe, jakie uzyska się po ich zrealizowaniu,
- plan zakupów i plan sprzedaży,
- plan działania personelu, osobowy podział funkcji, zakresów obowiązków,
- uwarunkowania zewnętrzne – wykorzystanie szans rynkowych i omijanie zagrożeń, pozwalające odnieść sukces.

Przedstawiono już zasady planowania, podstawowe pytania oraz zakres działalności. Pozostał jednak jeden z najistotniejszych aspektów, czyli cechy dobrego planu. Dobry plan powinien charakteryzować się pewnymi cechami. Zestaw takich cech przedstawia Kotarbiński. W ujęciu tego autora dobry plan powinien być:

- wykonalny – może być trudny, ale nie może przekraczać górnej granicy możliwości wykonawców,
- racjonalny – oparty na odpowiednich danych i ugruntowany poznawczo.
- spójny wewnętrznie – tworzący jedną całość,
- elastyczny – zawierający alternatywne rozwiązania w odniesieniu do przewidywanych zmian,
- operatywny – mający zrozumiałą treść i stanowiący rzeczywiste narzędzie działania,
- kompletny – powinien zawierać wszystko, co jest potrzebne do realizacji wyznaczonych celów,
- terminowy – musi zawierać terminy realizacji celów i zadań,
- celowy – tak skonstruowany, by prowadzić do realizacji celów,
- komunikatywny – zrozumiały dla jego wykonawców,
- odpowiednio szczegółowy,
- odpowiednio długodystansowy,

- sprawny – jak najbardziej efektywny w działaniach i ich skutkach [Kotarbiński 1975, ss. 304-306].

Planowanie ma bardzo szerokie ramy pojęciowe i opisywanie wszystkich dla potrzeb tego opracowania nie jest konieczne. Istotny aspekt stanowią dane, czyli informacje, na podstawie których buduje się plan. Część informacji jako dane własne gromadzi organizacja, inne to zewnętrzne informacje, głównie o charakterze faktów, ale również prognoz czy przewidywań. Plan opiera się na danych z poprzednich okresów, do których bierze się pod uwagę trendy, zmiany spodziewane i możliwe wahania. Jednak są to najczęściej spekulacje i nie można im przypisać znaczenia danych pewnych. Niewątpliwie – odnosząc się do przyszłości – najsłabszą część planu stanowi obszar przewidywań. Są dane przewidywane zależne, które można w planie ująć w sposób bezpieczny z pewną rezerwą i zabezpieczeniem. Są także dane przewidywalne niezależne, czyli takie, na które organizacja nie ma wpływu i nie jest w stanie do końca się do nich przygotować lub takie przygotowanie się przekracza racjonalność poniesionych na to kosztów. Można stwierdzić, że są również dane, a raczej sytuacje, nieprzewidywalne, ale z racji ich nieprzewidywalności przygotowanie się na nie traci sens i wykracza poza możliwości racjonalnego planowania.

Bardzo istotnym aspektem w planowaniu jest czas. Zarówno czas jako ramy czasowe, czyli rozpoczęcie i zakończenie planowanych zadań, jak i czas planowania, czas poświęcony na wykonanie planu. Nie bez znaczenia jest także czas w rozumieniu okresów, które się bierze pod uwagę przy budowaniu planu. W literaturze spotyka się wiele podziałów czasowych i czasowo zakresowych. Jednym z nich jest – chyba najbardziej rozpowszechniony i opisywany przez wielu autorów – plan w podziale czasowym w trzech rodzajach:

- plany długookresowe – sporządzane na kilka lat, bądź dłużej,
- plany średniookresowe – obejmujące zwykle okres od roku do pięciu lat,
- plany krótkookresowe – które nie przekraczają okresu jednego roku,
- plan działania – plan używany w konsekwencji do uruchomienia innego planu,
- plan reakcji – to plan opracowany w celu zareagowania podczas nietypowych, nieprzewidzianych okoliczności [Griffin 1996, ss. 208-209].

Z uwagi na zakres tematyczny dwie ostatnie pozycje, pomimo braku określonego czasu, są traktowane w sposób ciągły. Plan działania i plan reakcji

przeznaczone są dla zarządzania kryzysowego, ponieważ na nich opiera się sposób działania w kryzysie.

Rodzaje planowania z uwagi na czas realizacji rozbudowuje się w zależności od zapotrzebowania planistycznego lub chociażby rodzaju działalności. Jednym z takich przykładów może być poniższy podział na pięć okresów planowania:

- strategiczne – plan na przyszłość, dzięki któremu wytycza się ścieżki postępowania i realizacji (powyżej 5 lat),
- długoterminowe – konkretne przedsięwzięcia służące realizacji nadrzędnego celu (między 2 a 5 lat),
- średnioterminowe – to odpowiedź na pytanie, jakie kroki podjąć w celu zrealizowania planu długoterminowego (od kilku miesięcy do 2 lat),
- krótkoterminowe – krótkie zadania do wykonania (od miesiąca, do roku),
- bieżące – zadania z dokładnie wytyczonym zakresem czasowym, konkretne działania z podziałem osobowym, miejscem i godziną (codziennie lub w skali tygodnia, nie dłuższe niż 1 miesiąc).

Griffin dzieli plany z punktu widzenia czasu, ale nie tylko, ponieważ istotny dla niego jest także zakres planowania. Plany usystematyzowane są w następujący sposób z zakresu planowania:

- plan strategiczny – ogólny plan mający przewidziane decyzje dotyczące alokacji zasobów, działań niezbędnych i priorytetów do osiągnięcia konkretnych celów strategicznych,
- plan taktyczny – skierowany na osiągnięcie celów zwanych taktycznymi, opracowanych na potrzeby realizacji w całości lub elementów planu strategicznego,
- plan operacyjny – bieżący, gotowy na wykonanie planów taktycznych zestaw działań dla osiągnięcia celów operacyjnych [Griffin 1996, s. 207].

Okres planowania – długi, średni czy krótki – to aspekt czasowy, który pociąga za sobą także rozmiar planowania. Dotyczy on zakresu zadań, jakie będziemy wykonywać. W organizacji bez wyznaczania czasu konkretnego funkcjonuje jedynie pojęcie określane nazwą „wizja”. Wizja to przyszła wizualizacja, zobrazowanie miejsca i rola organizacji w otaczającym świecie. Wizja bywa określana jako „idea” lub „wyobrażenie”, stąd umiejscowienie jej w

przyszłości bliżej nieokreślonej. Wizja jest rozwinięta i realizowana w postaci całego zakresu zarządzania. Zakres zarządzania podzielony jest na cztery elementy:

- misja,
- cele strategiczne,
- cele taktyczne,
- cele operacyjne.

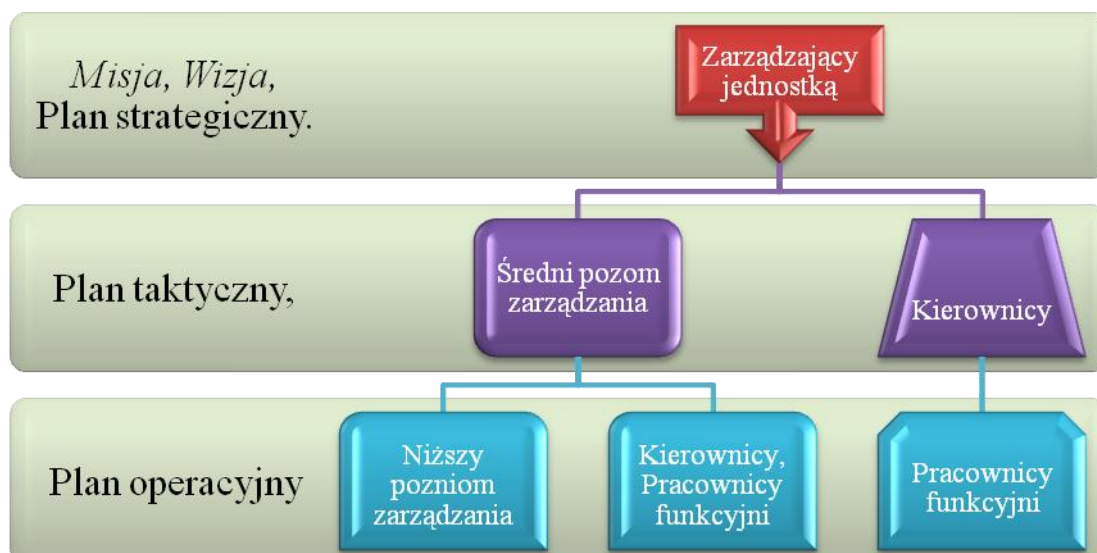
Misja to nazwa określająca szczególny, nadrzędny sens i rację bytu organizacji, teraz i w przyszłości. Jest to najwyższy poziom celów organizacji. Wyjaśnia, dlaczego organizacja istnieje i co organizację odróżnia od innych. Misja to podstawowe pytanie, na jakie organizacja odpowiada swoją działalnością, a dotyczy ono zasadniczego, ogólnego celu organizacji. Jest to główne dążenie organizacji, realizacja zamierzeń, ugruntowanie miejsca w przestrzeni, w jakiej funkcjonuje. To trwały element tożsamości, a zarazem swego rodzaju sens działania organizacji. Misja określa cel nadrzędny działalności i funkcjonuje jako stała bez określania czasu. Funkcja czasu pojawia się jako dążenie do osiągnięcia czegoś przy określaniu planów strategicznych, które są realizacją wizji organizacji. Strategia jako pojęcie definiowana jest jako proces reagowania w czasie zmian wewnątrz i na zewnątrz w stosunku do podmiotu mającego tę strategię, kształtowany według wartości, które podrzędne elementy strategii uważa za istotne. Ogólnie strategia jest więc działaniem zawierającym w sobie częściowo pierwiastek zarządczy i realizacyjny. Wizja, misja i cele strategiczne stanowią praktyczne wielkości orientujące, do których wykonawca - strateg dobiera kurs strategiczny, czyli proces strategii, i działania strategiczne, wyrażające zarówno kierunek, a także reakcje na zmiany. Ważną z reakcji jest zmiana wielkości orientujących, kiedy nie mogą być one z takich lub innych powodów osiągnięte [Urbanowska-Sojkin 2004, s. 11]. Zarządzanie strategiczne polega na opracowaniu, przygotowaniu, wdrożeniu i koordynowaniu strategii.

Rodzaje planowania względem czasu i zakresu:

- plan strategiczny, długofalowy – na wiele lat,
- plan taktyczny – konkretyzuje cele i kierunki działania ustalone w planie strategicznym,

- plan operacyjny – zapewnia prawidłowe działanie organizacji.

Rys. 2. Hierarchia planów zarządzania



Źródło: Opracowanie własne

Plan strategiczny oparty jest na realizacji celów strategicznych. Cel strategiczny skoncentrowany jest na szerokich ogólnych problemach, dotyczy najwyższego szczebla zarządzania. Plan strategiczny jest więc ustalany przez naczelne kierownictwo organizacji w długim horyzoncie czasowym. Dotyczy wytycznych polityki organizacji i jest zgodny z jej misją. Spełnia wytyczne, jakie stawiają cele strategiczne, ujmowany jest w szerokiej skali działalności, obiektów, zasad wewnętrznych, wiodących zasad postępowania, regionów, konkurencji, akceptując przede wszystkim aspekty jakościowe. Wyznacza ramy działalności podrzędnych planów.

Plany taktyczne można sklasyfikować jako stopień niższe, realizują one cele taktyczne, które ustalane są na średnim szczeblu zarządzania. Dotyczy to operacjonalizacji działań wymaganych dla osiągnięcia celów taktycznych, które prowadzą do osiągnięcia celów podstawowych czyli strategicznych. Plan taktyczny jest więc opisem, w jaki sposób mają być realizowane nadrzędne zamierzenia ustalone w planie strategicznym [Robbins 2002, s. 136]. Planem taktycznym będzie

zatem plan funkcjonalny, który będzie się odnosił do konkretnej funkcji, jak: zarządzanie zasobami ludzkimi, finanse, produkcja czy sprzedaż. Przechodząc przez proces wytwarzania dobra lub usługi, mamy do czynienia z odpowiedzialnością za ten proces, która leży po stronie zarządzającego na szczeblu średnim lub niższym. Do podstawowych zadań zarządzającego, bez względu na obszar działania, należą:

- planowanie – ustalanie celów i sposobów oraz czasu na ich osiągnięcie,
- organizowanie – tworzenie struktur do osiągnięcia założonych celów,
- zatrudnianie – zapewnianie odpowiedniego personelu do wykonywania zadań,
- zarządzanie – powierzanie pracownikom konkretnych zadań,
- motywowanie – zachęcanie pracowników do wykonywania powierzonych zadań,
- alokowanie – przypisywanie zasobów do poszczególnych konkretnych prac,
- monitorowanie – bieżące sprawdzanie, czy procesy prowadzą do zaplanowanych celów,
- kontrola – nadzorowanie i podejmowanie działań korekcyjnych,
- informowanie – powiadamianie o zmianach i postępach w organizacji [Waters 2007, ss. 47-98].

Plan operacyjny obejmuje obszar realizacji celów operacyjnych, czyli takich, które dotyczą bieżących problemów związanych z realizacją celów taktycznych, a co później za tym idzie strategicznych, ustalanych na niższym szczeblu zarządzania. Plan operacyjny dotyczy konkretnych odcinków działalności, ma z reguły charakter ilościowy, ustala konkretne mierniki i terminy oraz precyzuje jednoznacznie i szczegółowo sposoby działania.

Zarządzanie operacyjne jest odpowiedzialne za wszystkie działania dotyczące wytwarzania produktu, którym mogą być zarówno dobra, jak i usługi. Zarządzanie operacyjne odpowiada zatem za gromadzenie rozmaitych składników wejściowych i przetwarzanie w produkty końcowe.

Inny punkt widzenia – bliższy inżynierii zarządzania – prezentuje Durlik. Przedstawia on planowanie strategiczne jako z jednej strony bardzo ogólny program określenia i realizacji misji i celów przedsiębiorstwa, a z drugiej strony jako zestaw przewidywanych do realizacji działań ujętych w czasie. Zestaw ten

dotyczy działań zmierzających do realizacji misji i celów przedsiębiorstwa na poziomie:

- taktycznym, przez departamenty, filie, pionos, oddziały, działy i inne jednostki pośrednie organizujące pracę jednostek podstawowych,
- operatywnym, czyli realizowanym przez działania jednostek podstawowych – wykonawczych [Durlik 1995, ss. 196-198].

Z powodu, że wiele organizacji ma liczne oddziały, asortymenty produkcji i marki produktów, w większości dużych organizacji można wyróżnić trzy główne szczeble strategii:

- przedsiębiorstwa,
- jednostki gospodarczej,
- funkcjonalna.

W miarę przechodzenia w dół hierarchii strategii, punkt ciężkości przesuwa się z formułowania strategii na jej wdrażanie [Hutt 1997, s. 289].

1.4. Planowanie kryzysowe

Współcześnie podkreśla się, iż planowanie nie byłoby konieczne, gdyby organizacje nie miały do czynienia ze zmieniającym się środowiskiem, otoczeniem, a zarazem jego znaczeniem dla koordynacji wysiłków, redukcji zagrożeń, ograniczania powtarzania się czynności oraz ustalania standardów ułatwiających kontrolę [Robbins 2002, ss. 16-34].

W organizacji jaką jest szpital, podstawową rolę odgrywa jej zdolność do gromadzenia, przetwarzania, przekazywania i odbioru informacji, które odnoszą się zarówno do przyjętych misji i celów, ale także do procesu zarządzania zasobami materialnymi i ludzkimi oraz jej formalnej struktury. Zdolność posługiwania się informacją w szpitalu determinuje jego efektywność w realizacji zadań. Sprawność i efektywność wykorzystywania informacji jest wprost proporcjonalna do sprawności systemu informacyjnego w szpitalu, z uwzględnieniem czynnika ludzkiego [Głowacka 2004, ss. 134-139]. Informacja jest niezwykle istotnym czynnikiem w zarządzaniu kryzysowym.

W literaturze przedmiotu pojawiają się pojęcia błędnie używane jako równoznaczne z planowaniem kryzysowym, takie jak „planowanie awaryjne” czy „plan reakcji”. Planowanie awaryjne to planowanie sytuacji nieprzewidzianych, planowanie „na wszelki wypadek”. Jest to określenie innego, alternatywnego sposobu działania lub reagowania na wypadek, gdyby przyjęty plan został nagle, bez uprzedzenia, zakłócony lub przestał odpowiadać zmienionym warunkom [Griffin 1996, s. 213]. Są tworzone także takie plany jak „plan reakcji”, czyli plan opracowany w celu odpowiedzi lub zareagowania na nieprzewidziane okoliczności [Griffin 1996, s. 209]. Analiza literatury [Cushman 2003, ss. 147-155, Rubin 1991, ss. 224-261, Petak 1985, ss. 3-7, Laughy 1991, Mileti 1999, Pearce 2000] wskazuje, że ani planowanie awaryjne, ani plan reakcji nie są wystarczające, kiedy mówimy o planowaniu kryzysowym. Plan awaryjny bywa także nazywany „planem B”, czyli inną wersją planu przyjętego w normalnej działalności. Natomiast plan reakcji zakłada tylko zakres działań przewidzianych na jakieś odstępstwo od normy, czyli pokazuje, jak zareagować na pewne zakłócenia działalności. Plan zarządzania kryzysowego jest planem funkcjonującym w dużo szerszym zakresie i będącym w ciągłej gotowości. Sens działania takiego planu polega na jego istnieniu równolegle do normalnych planów funkcjonujących w czasie rzeczywistym i w czasie normalnej działalności. Jest to zarządzanie wywodzące się z paramilitarnych wzorców [Scanlon 1982, ss. 7-14]. Kiedy zachodzi konieczność, uruchamia się tryb działania kryzysowego i z normalnej działalności przechodzi się w tryb kryzysowy. Dokładnie wtedy zaczyna funkcjonować plan zarządzania kryzysowego i cała organizacja lub konkretna jej część funkcjonuje według wytycznych planu kryzysowego.

Planowanie kryzysowe musi być uwzględnione już na etapie strategii i powinno obejmować wszystkie obszary organizacji, włącznie ze szczegółowymi wytycznymi z obszaru operacyjnego [Ting-I Lai 2003]. Planowanie kryzysowe ma swoje miejsce w strategii działania, gdyż ustalając plan wieloletni oraz ukierunkowanie dalszej działalności, staramy się przewidzieć możliwe zagrożenia w bardzo szerokim ujęciu. W pewien sposób plan strategiczny jest podyktowany naszymi przewidywaniami, a dokładniej prognozami na przyszłość. Formułując plan strategiczny, formułujemy strategiczne wytyczne do planu zarządzania kryzysowego.

Myślenie strategiczne to szerokie i dalekosiężne budowanie strategii działania, czyli myślenie, do czego ma dążyć organizacja w przyszłości, jaki ma przybrać kształt i czym ma się zajmować. Takie podejście ma kluczowe znaczenie, ponieważ od niego zaczyna się budowanie misji organizacji, celów strategicznych i wszystkich kolejnych elementów zarządzania jako konsekwencji tego myślenia strategicznego.

Zarządzanie strategiczne to proces informacyjny i decyzyjny (wspomagany funkcjami planowania, organizacji i kontroli), którego głównym celem jest rozstrzygnięcie kluczowych problemów działalności organizacji, o jej przetrwaniu oraz rozwoju ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływania otoczenia i czynników własnego potencjału wytwórczego [Łuczak 2003]. Zarządzanie strategiczne to tworzenie i utrzymanie przez funkcje zarządzania optymalnych zależności między celami przedsiębiorstwa, a jego zasobami i zmieniającymi się możliwościami pojawiającymi się na rynku.

Na zarządzanie kryzysowe należy spojrzeć z innej perspektywy niż na całość nauki o zarządzaniu ze względu na dwa aspekty. Pierwszy to brak ciągłości czasowej, a drugi to „niespodziankowość”. Planując jakieś działanie, nieważne czy są to zmiany w organizacji, czy jakiegokolwiek inne zadania zarządcze, określamy ramy czasowe. Wyznaczamy moment rozpoczęcia, dzielimy czas na poszczególne etapy i ustalamy termin zakończenia. Inaczej sprawa ma się w przypadku zarządzania kryzysowego, ponieważ mamy do czynienia z przygotowaniem planu dla poszczególnych grup zagrożeń i ciągłą gotowością do jego wprowadzenia. W tym miejscu, na etapie gotowości, kończy się ciągłość czasowa. Brak ciągłości czasowej wynika z tego, że sytuacja kryzysowa zwykle jest sytuacją nagłą, a jeśli nawet sytuacja kryzysowa jest spodziewana, to i tak nigdy nie da się określić w pełni jej rozmiarów czy zakresu, w konsekwencji – czasu trwania i momentu zakończenia. Dobrze zarządzana organizacja przygotowuje pewne rezerwy i plany na wypadek sytuacji kryzysowych. Jednak drugi aspekt, jakim jest „niespodziankowość”, powoduje, że możemy jedynie szacować możliwości powstania kryzysu, czy też jedynie przewidywać pewne zagrożenia – najczęściej na podstawie poprzednich okresów czy lat, ale także zwracając uwagę na otoczenie i inne uwarunkowania działalności. Dokładna charakterystyka otoczenia oraz

analiza szczegółowa zagrożeń w szerokim pojęciu pozwala na zminimalizowanie ryzyka, jakie niosą za sobą zagrożenia.

Procesowa definicja zarządzania operacyjnego brzmi następująco: mianem ujęcia procesowego – nazwiemy definiowanie pojęć przez określenie głównie kolejności wykonywanych czynności. Zarządzanie polega zatem na rozwiązywaniu problemów w ramach poniższego procesu:

- obserwowanie – uświadomienie problemu,
- formułowanie – określenie problemu i jego zakresu oraz budowa jego modelu,
- analizowanie – padanie stosownych parametrów i alternatywnych rozwiązań, decyzja co do wyboru konkretnego rozwiązania,
- zastosowanie – podjęcie decyzji, wprowadzenie w życie rozwiązań oraz kontrola wyników.

Do podstawowych etapów zarządzania ryzykiem można zaliczyć:

- analizę ryzyka
- wybór metod oddziaływania na ryzyko na podstawie oceny efektywności
- podjęcie decyzji
- bezpośrednie oddziaływanie na ryzyko
- kontrolę i korygowanie rezultatów procesy zarządzania [Krzakiewicz 2008, s. 73].

Bardzo istotny dla planu zarządzania kryzysowego jest podział na kryteria trwałości obowiązywania planu. Plany można bowiem podzielić na trwale obowiązujące i jednorazowe. Plany jednorazowe to plany dla przedsięwzięć jednorazowych lub sporadycznie wprowadzanych, które z reguły nie będą powtarzalne w takiej samej postaci. Plan jednorazowy stopniujemy na trzy części:

- programu – dotyczy dużego zbioru zadań, całe etapy osiągnięcia celu, podmioty za nie odpowiedzialne, ich kolejność, czas trwania i termin zakończenia,
- projektu – zawiera konkretne wiążące wskazania odnoszące się do zadań i czasu (program podzielony jest na części, czyli projekty, lub jest uszczegółowieniem odrębnego fragmentu programu),
- preliminarza budżetowego – który określa wielkość zasobów finansowych przeznaczonych na realizację w konkretnym czasie [Stoner 2001, ss. 291-292].

Z punktu widzenia planów kryzysowych istotne jest, by były one trwale obowiązujące, czyli w ciągłej gotowości. Plany trwale obowiązujące, które są opracowane i podejmowane dla powtarzalnych działań, dzielimy na:

- Zasady postępowania – będące ogólnymi wytycznymi podejmowanych decyzji, wyznaczającymi ich granicę, zwane wytycznymi polityki [Giffin 1996, s. 318].
- Reguły (Standardowa procedura [Giffin 1996, s. 318]) – określające konkretne działania, jakie należy podejmować w określonej sytuacji.
- Procedury (Przepisy i reguły postępowania [Giffin 1996, s. 318]) – inaczej standardowe procedury operacyjne jako zbiór szczegółowych instrukcji określających sposób wykonywania powtarzalnych działań [Pakuła 2005, s. 459].

Najlepszym rozwiązaniem wydaje się budowanie planu opartego na trzystopniowym podziale, przedstawianym w literaturze, z uwzględnieniem nazewnictwa i zakresu prezentowanego przez Griffina. Należy podkreślić, że budowanie planu trwałego opisywanego w literaturze dotyczy działalności przedsiębiorstwa w warunkach normalnych. Warunki normalne to przede wszystkim działalność bieżąca, codzienna, zgodna z przewidywaniami i zgodna z planami rozwoju, funkcjonująca w warunkach prawnych, nie nadzwyczajnych czyli w normalnych warunkach rynkowych. W planie kryzysowym, którego dotyczy niniejsza praca, mamy do czynienia z warunkami odbiegającymi od normalnych. Budując plan zarządzania kryzysowego, z założenia przygotowujemy się na wystąpienie określonych zagrożenia. Zanim zacznie się budowę takiego planu, konieczne jest sklasyfikowanie zagrożenia oraz stopienia ryzyka, a także prawdopodobieństwa ich wystąpienia, w oparciu o teorię zarządzania i klasyfikację zagrożeń oraz wzorce funkcjonujące w literaturze [Alesch 1986, Lee 2000, Okumura 1998, Brennan 1999, Bronstin 1994, Horton 2003, Fedele 2003, Geller 2001, Hick 2003, Kizer 2000, MacIntyre 2000, Okudera 2002]. Plany trwale obowiązujące w normalnych warunkach pozostawia się w gestii konkretnego szpitala. Plany kryzysowe istnieją równolegle z planami normalnymi, ale są skonstruowane w taki sposób, by ich działanie w kryzysie było sprawne i przewidywalne dla służb współpracujących. Budowa i działanie planu kryzysowego i wynikającego z niego działania oparte jest na maksymalnie uproszczonym wzorcu podzielonym na trzy poziomy:

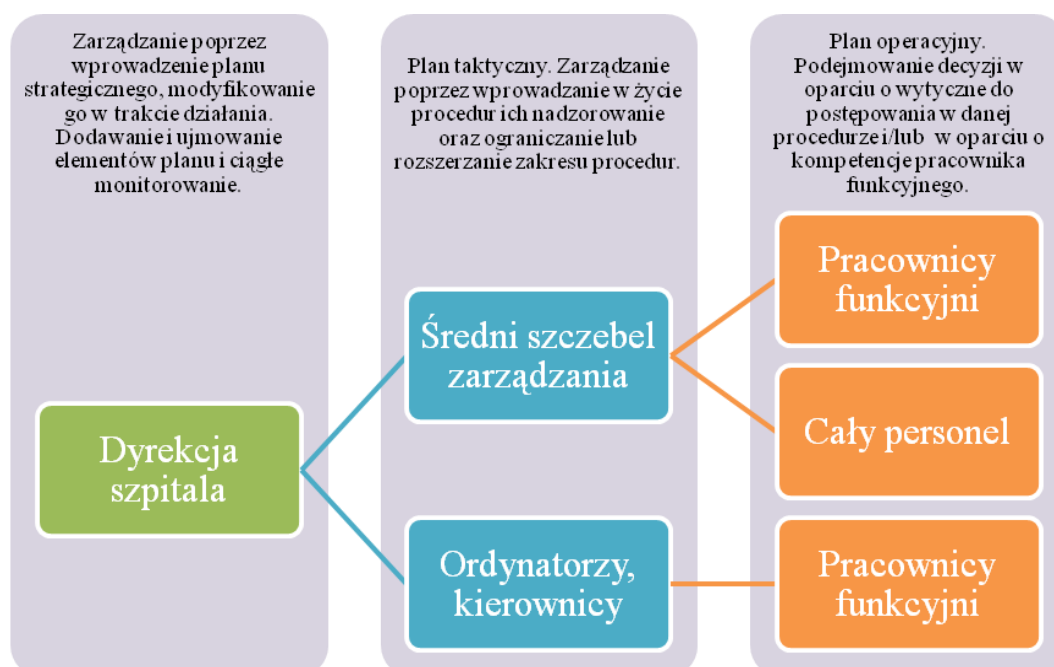
- Algorytm działania (procedura główna) – są to zasady postępowania, będące ogólnymi wytycznymi podejmowania decyzji, wyznaczającymi procedury operacyjne, jakie należy uruchomić i opisującym, w jakiej kolejności je zastosować na wypadek danej sytuacji kryzysowej lub katastrofy.
- Standardowa procedura operacyjna – określa konkretne działania, jakie należy podejmować w określonej sytuacji, z wyszczególnieniem osób lub stanowisk funkcyjnych odpowiedzialnych za dane zadania.
- Karty postępowania – są to konkretne działania dla konkretnego stanowiska lub osoby. Dla różnych procedur są różne karty postępowania.

Nie jest możliwe przygotowanie algorytmów działań z zestawem procedur na każdą sytuację nadzwyczajną, stąd konieczne jest przygotowanie algorytmów dla pewnych grup sytuacji, na które odpowiedź czy reakcja będzie zbliżona. Plan kryzysowy to ustalenie i opisanie działań mających na celu głównie i nadrzędnie zapobieganie sytuacjom kryzysowym, w tym zminimalizowanie strat, kiedy do takich sytuacji miałyby dojść. Zapobiegać kryzysowi możemy jednak tylko wtedy, kiedy potrafimy rozpoznawać symptomy prowadzące do niego. Natomiast minimalizowanie strat jest możliwe, kiedy znamy przewidywany konkretny rodzaj kryzysu i potrafimy go rozpoznać oraz podjąć konkretne, wcześniej przeanalizowane, opisane, ustalone i przećwiczone działania. Działania te ujmujemy w plan, czyli odpowiedni zestaw procedur [Juras, Pielęgniarstwo Polskie 3 (29) 2008]. Plan zarządzania kryzysowego w opiece zdrowotnej powinien być podstawą do przygotowania bardziej szczegółowego planu kryzysowego dla jednostki służby zdrowia, jaką jest szpital [Ferrier 1999]. Plan taki powinien opracowywać każdy szpital indywidualnie w oparciu o własne analizy oraz o wzorce dające możliwość współpracy z innymi elementami infrastruktury krytycznej. Aby oszacować ryzyko wystąpienia zagrożeń, konieczne jest poznanie otoczenia szpitala, przeprowadzenie stosownych analiz makrootoczenia oraz otoczenia powiązanego, ale także otoczenia bliskiego – czyli znajdujących się w pobliżu szlaków komunikacyjnych, przedsiębiorstw, uwarunkowań środowiskowych – oraz poznanie całej specyfiki przestrzeni. Kolejny etap to analizy wewnętrzne samej placówki służby zdrowia, jej specyfiki działalności, warunków lokalowych, organizacji, personelu, uwarunkowań leczniczych, sanitarnych, ekonomicznych. W szacowaniu ryzyka wystąpienia zagrożenia należy

wziąć pod uwagę częstość występowania różnych zdarzeń w przeszłości w danym szpitalu. Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia pewnych zdarzeń jest zależny od konkretnej placówki służby zdrowia i jej otoczenia. W szacowaniu ryzyka, pomocny jest podział na konkretne kategorie i skupienie uwagi na uwarunkowania sprzyjające pewnym zagrożeniom.

Czynnik ludzki to jeden z istotniejszych aspektów zarówno w procesie budowy planu zarządzania kryzysowego jak i zarządzaniu w czasie zaistniałego kryzysu. Ludzie tworzący określoną zbiorowość egzemplifikują specyficzne dla danego środowiska umiejętności i wiedzę, tworząc własne strategie, normy, zasady i system wartościowania. Jednocześnie w wielu sytuacjach dostrzegają oni konieczność ciągłego doskonalenia swojego rozwoju, kompetencji i zmiany przyjętych zachowań. Ludzie ci bronią się jednak często przed zmianą jako czynnikiem naruszającym pewną stabilizację. Dlatego trudno im natychmiast identyfikować się z nowym problemem. Potrzebują oni czasu dla przyswojenia zmian [Głowacka 2000, ss. 9-28]. Dotyczy to wszystkich szczebli zarządzania i ogólnie wszystkich pracowników.

Rys. 3. Schemat zarządzania w szpitalu



Źródło: Opracowanie własne

Istotne jest to, że na każdym z tych poziomów nie może być ścisłych wytycznych. Zawsze w sytuacjach nadzwyczajnych, a tylko takie są tu analizowane, musi zostać możliwość podjęcia innej decyzji przez osobę funkcyjną na każdym poziomie decyzyjnym. Wynika to z braku możliwości przygotowania się na wszystkie sytuacje nadzwyczajne, w każdej wersji i zakresie. Stąd bardzo istotne, by na stanowiskach odpowiedzialnych za zadania kryzysowe obsadzać osoby z wysokimi kwalifikacjami i dobrze przeszkolone.

Istotnym czynnikiem warunkującym sprawne działanie organizacji w kryzysie jest człowiek - pracownik. W zawodach medycznych istnieje ryzyko wypalenia zawodowego za które odpowiadają dwie grupy czynników emocjonalne i kompetencyjne [Głowacka 2008, ss. 76-80]. Pracownik posiada stosowne kompetencje do wykonywania wyznaczonych zadań w organizacji w warunkach normalnych. Sytuacja jest inna gdy mamy do czynienia z warunkami kryzysu. Istnieje ryzyko dezorientacji, chaotycznego działania a nawet paniki. Sposobem na przygotowanie pracownika do działania w takich sytuacjach jest uzgodnienie z nim stosownego postępowania i proces szkoleń.

Proces doskonalenia zawodowego zwiększa kompetencje pracownika, wynika z przepisów prawa, potrzeb zakładu pracy oraz potrzeb pracownika. Prawidłowo realizowany utrzymuje, aktywizuje, rozwija, modyfikuje i operacjonalizuje wiedzę i umiejętności zawodowe pracownika szpitala w zakresie jego uprawnień zawodowych i pożądanych cech osobowościowych. Procesem doskonalenia kadr medycznych w szpitalu winni być zainteresowane zarówno kadry kierujące procesami pracy, jak i realizatorzy zadań. Kierownicy nie mogą pozwolić sobie na niewiedzę kiedy i jakie szkolenie potrzebne jest pracownikom, a pracownicy nie potrafią określić zachowań, warunkujących wywiązywanie się przez nich z przyjętych obowiązków [Głowacka 2004, ss. 223-228].

Wprowadzanie zmian w szpitalu takich jak plan zarządzania kryzysowego ale także inne innowacje, wymagają procesu doskonalenia zawodowego oraz szkoleń pracowników. Szkolenia w ramach zmian dotyczących planu zarządzania kryzysowego może wymagać doradztwa z zewnątrz organizacji. Korzystanie z doradztwa wynika z przyczyn obiektywnych, a niekiedy z przyczyn subiektywnych.

Do przyczyn obiektywnych korzystania z doradztwa można zaliczyć:

- brak w zakładzie pracowników o niezbędnych, pożądanых kwalifikacjach,
- brak czasu na rozwiązanie pojawiających się problemów, nawał spraw bieżących,
- potrzeba niezależnego od zakładu, nie związanego z nim, eksperta dla obiektywnej oceny sytuacji,
- zakres problemów do rozwiązania nie jest dostatecznie duży i długotrwały by zatrudnić nowych pracowników,
- ocena rozwiązań problemów opracowanych przez własnych pracowników,
- rozstrzyganie wewnętrznych sporów przez zewnętrzną osobę, nie związaną z zakładem [Galicki 2009, s. 93]

Natomiast do przyczyn subiektywnych korzystania z doradztwa można zaliczyć:

- okresowe wystąpienie zapotrzebowania lub mody na wyspecjalizowane doradztwo zewnętrzne w zakresie zarządzania np. zarządzania jakością, zarządzanie marketingowe,
- chęć uzyskania na zewnątrz zakładu postaw twórczych jego naczelnego menedżera.

Wyżej wymienione przyczyny korzystania z doradztwa wskazują na aktualną zasadność uznania problemu doradztwa w zakładach opieki zdrowotnej [Galicki 2009, s. 94].

Doradztwo dotyczące planu zarządzania kryzysowego w szpitalu może okazać się pomocne dla wprowadzenia systemu zarządzania kryzysowego. Wprowadzenie nowych rozwiązań wymaga spojrzenia osoby z zewnątrz, na organizację tak by wprowadzanie rozwiązań nie powodowała utrudnień, tylko w sposób najbardziej zbliżony do naturalnych rozwiązań dla danej organizacji, sformułować rozwiązania na czas kryzysu.

Zarządzanie kryzysowe musi opierać się na systemie. System nazywany „układem” jest to całość, w której zachodzi oddziaływanie między częściami. Wykazuje się takie cechy systemu jak:

- koherentność systemu – zmiana jednego elementu układu prowadzi do zmiany innego,
- addytywność systemu – zmiany są sumowaniem się innych zmian, oraz
- centralizacja systemu – w każdym systemie jest pewien podsystem, który odgrywa kierującą rolę w owym systemie [Hajduk 2007, s. 103].

1.5. Analizy do planu zarządzania kryzysowego

Funkcjonowanie jednostek gospodarczych w szeroko rozumianym obszarze działalności oraz na otwartym rynku, powoduje konieczność analizy i ciągłego rozwoju. Rozwój rozumiany jako wprowadzanie zmian i rozwiązań doskonalszych czyli innowacji.

Rozwój jednostki gospodarczej, jaką jest niewątpliwie zakład opieki zdrowotnej czyli także szpital, oznacza proces przeobrażeń, przechodzenia od stanów lub form bardziej złożonych w tej jednostce, pod pewnym względem doskonalszych dostosowujących ją do ciągle zmieniającego się otoczenia.

Rozwój taki oznacza:

- wprowadzenie nowych elementów do jednostki gospodarczej,
- poprawienie jakości istniejących elementów w jednostce gospodarczej,
- zmiany struktury systemów występujących w jednostce gospodarczej [Galicki 2009, s. 51].

Ogólnie źródłem innowacji jest wszystko to co inspiruje człowieka do procesu zmian, co pozwala mu w sposób twórczy reagować na zmiany w otoczeniu.

Wewnątrz organizacji źródłem innowacji może być:

- kierownictwo naczelne jednostki gospodarczej,
- kierownictwo średniego i najniższego szczebla zarządzania w jednostce gospodarczej,
- personel wykonawczy jednostki gospodarczej,
- własne ośrodki badawcze [Galicki 2009, s. 55].

Poruszając się w obszarze planowania jako elementu zarządzania, można uznać, że plan rozumiany jest jako wcześniejsze przygotowanie się na możliwe przyszłe zdarzenia i sytuacje. Jest to przygotowanie na przyszłość odpowiednio wszelkich rezerw oraz formalnych rozwiązań, które są dostosowane do specyfiki jednostki i do przewidywanych sytuacji. Jest to także zestawienie wszystkich możliwych zagrożeń wraz z prawdopodobieństwem ich wystąpienia.

Zarządzanie kryzysowe szeroko rozumiane to działalność administracji publicznej będąca elementem kierowania bezpieczeństwem narodowym, która polega przede wszystkim na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, reagowaniu

w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, usuwaniu ich skutków oraz odtwarzaniu zasobów i infrastruktury krytycznej [Ustawa z dnia z 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym]. Zwykle z tym terminem są kojarzone środki:

- ochrony zdrowia (szpitale),
- służb bezpieczeństwa (policja, wojsko, ratownictwo),
- do produkcji, przesyłania i dystrybucji energii elektrycznej (energetyka),
- do produkcji, transportu i dystrybucji paliw gazowych,
- do produkcji, transportu i dystrybucji ropy naftowej i produktów ropopochodnych,
- gospodarki wodnej (woda pitna, ścieki, wody powierzchniowe),
- do produkcji i dystrybucji żywności,
- do ogrzewania (paliwa, ciepłownie),
- transportu (drogi, kolej, lotniska, porty),
- instytucji finansowych (banki),
- telekomunikacji (komunikacji elektronicznej).

Przechodząc do nauki o zarządzaniu, trzeba zacząć od planowania. Przygotowując plan, bierzemy pod uwagę: zaszcłości, stan aktualny i zmienność otoczenia. Kolejny etap to implementacja, czyli wdrażanie. Następne etapy stanowią: określenie celów, określenie i pozyskanie zasobów potrzebnych do realizacji celów, określenie organizacji z punktu widzenia czynnościowego – pod względem działalności wewnętrznej, jak i współdziałania na zewnątrz oraz systemu informacyjnego. Dalej mają miejsce kontrolowanie osiągniętych rezultatów w kontekście założeń strategicznych i zmian oraz tendencji w otoczeniu, zbudowanie systemu wczesnego ostrzegania.

W literaturze funkcjonuje wiele rodzajów analiz, opartych na różnych założeniach. Jednym z takich założeń jest podział na poziomy poznawcze i podział na otoczenie bliższe i dalsze. Analizę środowiska organizacji należy przeprowadzić na trzech poziomach:

- identyfikacja otoczenia dalszego i bliższego,
- segmentacja otoczenia lub zbudowanie map strategicznych kibiców,
- analiza szans i zagrożeń [Obłój 1998, s. 108].

Poziomy te się przenikają i rozróżnianie ich ma na celu ułatwienie analizy poszczególnych wyizolowanych części. Pierwszy poziom to analiza otoczenia

dalszego i bliższego. Otoczenie dalsze to takie, w obszarze którego zmiany czasami wpływają na działanie organizacji, ale na które organizacja nie ma wpływu – takie jak zmiany polityczne, trendy demograficzne lub regulacje prawne. Kolejny poziom to segmentacja otoczenia, czyli jego podział na otoczenie ekonomiczne, społeczne, technologiczne, polityczno-legislacyjne i demograficzne. Innym sposobem analizy otoczenia jest analiza strategicznych kibiców. Strategiczni kibice stanowią grupy, instytucje i organizacje, które mają swoją „stawkę” w działaniu firmy, w jej decyzjach i efektach, oraz są w stanie wywrzeć efektywną presję na organizację. Zbudowanie map strategicznych kibiców to analiza dostawców, konkurentów, odbiorców, lokalnej społeczności, instytucji państwowych, itp. oraz dokładna analiza ich siły nacisku. Analiza szans i zagrożeń wynika z poprzednich poziomów i jest próbą ich połączenia. Oceny trendów i możliwych zdarzeń w wyróżnionych segmentach w kategoriach szans i zagrożeń, jakie potencjalnie tworzą. Analiza musi odpowiadać na pytanie, które z tych trendów lub zagrożeń mogą mieć korzystny lub niekorzystny wpływ na przyszłość organizacji? [Oblój 1998, ss. 111-114].

Analiza otoczenia może się opierać na badaniu oddziaływania, nazywanym w literaturze siłami otoczenia. Siły otoczenia to wpływy otoczenia wytyczające granice, w jakich następuje zmiana we wzajemnym oddziaływaniu. Podział sił otoczenia wygląda następująco:

- wpływy ekonomiczne – to ogólna kondycja gospodarki, która znajduje odzwierciedlenie we wzroście gospodarczym, zatrudnieniu, stabilności cen, dochodach, dostępności zasobów pieniądza i kredytu,
- wpływy polityczne i prawne – otoczenie polityczne obejmuje cła i porozumienia handlowe z innymi krajami, finansowanie przez rząd wybranych programów i postawę rządu wobec działalności gospodarczej i usług społecznych. Otoczenie prawne obejmuje takie siły, jak ramy prawne oraz wszelkie przepisy funkcjonujące w kraju i międzynarodowe,
- wpływy kulturowe – można rozumieć jako zespół metod stawiania czoła otoczeniu, które są wspólne dla ludzi jako członków społeczeństwa i które są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Obejmuje wartości, obyczaje, naukę, normy, tradycje i tym podobne,
- wpływy fizyczne – to klimat i położenie geograficzne organizacji.

- wpływy techniczne – rozumiane jako dostępność dóbr i usług, to między innymi szybkie zmiany w technologii [Hutt 1995, ss. 128-131].

Z punktu widzenia założeń inaczej trzeba traktować podział na wieloczynnikową analizę otoczenia. Punktem wyjścia budowy planu powinna być zawsze analiza rzeczywistości, w której funkcjonuje organizacja. Analiza ta obejmować powinna otoczenie, organizację, jej słabe i mocne strony, aspiracje rozwojowe kadry i potencjał możliwy do zaangażowania w proces realizacji swoich celów. Wiedza o rzeczywistości, sytuacji przeszłej i obecnej powiązanej z organizacją pozwala na prognozowanie zmian w otoczeniu, czyli tworzenie scenariuszy przyszłości [Gierszewska 2007, ss. 31-33]. Podział otoczenia:

- makrootoczenie,
- otoczenie powiązane [Palmer 1992, s. 6] lub otoczenie konkurencyjne,
- organizacja (sfera wewnętrzna),

Makrootoczenie to zespół warunków funkcjonowania organizacji, wynikający z tego, że funkcjonuje w określonym kraju i regionie, w określonej strefie klimatycznej, w konkretnym układzie politycznym, prawnym i systemowym. Makrootoczenie bardzo silnie określa możliwości działania i rozwoju. Warunki tworzone przez makrootoczenie wpływają na różne zmienne i zjawiska, które trzeba znać i przewidywać, ale które nie podlegają zmianie przez organizację, bez możliwości aktywnego na nie oddziaływania. Otoczenie powiązane dotyczy sprzedawców, dystrybutorów i konkurencji ściśle powiązanych [Palmer 1992, s. 6]. Nazywane bywa także konkurencyjnym, sektorowym lub przemysłowym. Jest dla organizacji łatwiejsze do zidentyfikowania i obserwacji. W jego skład wchodzi podmioty gospodarcze, które w jakiś sposób są powiązane z organizacją pod względem zarówno kompetencyjnym, jak i konkurencyjnym. Najważniejszymi składnikami tego otoczenia są dostawcy, nabywcy istniejący i potencjalni konkurenci. Mogą być nimi także płatnicy, zleceniodawcy, jak na przykład NFZ dla szpitali. Cechą otoczenia powiązanego jest to, że między jego elementami a organizacją zachodzi sprzężenie zwrotne: podmioty tego otoczenia oddziałują na organizację, ale także organizacja ma możliwość aktywnego reagowania na te bodźce. W celu zbadania tych dwóch sfer zewnętrznych stosuje się zestaw metod i narzędzi, podzielonych na etapy analizy makrootoczenia i analizy otoczenia konkurencyjnego. Trzecim etapem jest obszar nazywany analizą strategiczną

organizacji. Analiza musi dotyczyć wszystkich obszarów organizacji, ekonomicznych, technologicznych, marketingowych. A w przypadku szpitali także obszarów leczenia wewnętrznego, zamówień publicznych, limitów itp. Kończącym akordem każdej prawidłowo przeprowadzonej analizy jest konfrontowanie wyników analizy otoczenia z analizami wewnętrznymi [Gierszewska 2007, ss. 34-37].

Analizy otoczenia dalszego czy makrootoczenia są szerokie, często o zasięgu ogólnokrajowym, a czasem międzynarodowym. Najbardziej uniwersalna i sprawdzona metoda analizy to analiza PEST, polegająca na identyfikacji czynników zewnętrznych w określonych grupach. Czynniki zewnętrznymi są: czynniki polityczne, ekonomiczne, techniczne i społeczne. Stosuje się także analizę scenariuszową, która polega na analizie różnych scenariuszy na przyszłość, zakładających w różnym stopniu nasilenia wpływ czynników na organizację.

Analiza otoczenia (konkurencyjnego) powiązanego to wykonywane często analizy dostawców czy analizy konkurencji. W tym obszarze analiza PEST ma także swoje, choć bardzo ograniczone, zastosowanie.

Analiza wewnętrzna przeprowadzana jest najczęściej metodą analizy SWOT, czyli analizy słabych i mocnych stron organizacji, oraz szans i zagrożeń. Inna stosowana analiza to analiza SPACE, czyli ocena pozycji strategicznej i działalności.

Do analiz można użyć także znane w teorii i stosowane w praktyce metody wyceny przedsiębiorstwa. Można je podzielić na dwie zasadnicze grupy:

- metody dochodowe,
- metody majątkowe [Łodziana 2004, s. 86].

Metody dochodowe oparte są na wyliczeniach, jaki dochód może przynieść firma w danym przedziale czasowym. Natomiast według koncepcji majątkowych, przedsiębiorstwo jest tyle warte, ile warty jest przynależny do niego majątek. W literaturze przedmiotu można jeszcze spotkać się z szerszym podziałem, oprócz wspomnianych wyżej grup mówi się o:

- metodach mieszanych,
- metodach porównawczych (rynkowych),
- metodach niekonwencjonalnych [Zarzecki 1999, s. 58].

Są to jednak analizy ekonomiczne dotyczące kondycji finansowej, czyli tylko jeden z elementów wiedzy potrzebnych do analizy całościowej organizacji.

Najtrudniejszy w każdej analizie element to czynnik ludzki, szczególnie dlatego, że częściowo jest niemierzalny, ale także ze względu na swoją złożoność. Ludzie są zasobem specyficznym, którego obecność w organizacji nadaje jej funkcjonowaniu wymiar pozaekonomiczny. Główne stają się aspekty psychologiczne, społeczne, polityczne i etyczne. W czasie, kiedy musimy brać pod uwagę głównie czynnik ludzki, bierzemy do analizy całą złożoność wielowymiarowej obecności człowieka w organizacji [Paszke 2003].

Inny punkt widzenia to analiza problemów organizacji, czyli określenie, co jest problemem lub zagrożeniem i podjęcie działań ukierunkowanych na konkretny, problem lub zagrożenie [Aguirre 1994]. W każdej tego typu analizie najpierw trzeba przypomnieć proces decydowania w pięciu etapach:

- określenie problemu lub zagrożenia,
- analiza problemu, skategoryzowanie,
- wybór możliwych rozwiązań,
- wprowadzenie najlepszego rozwiązania,
- przekształcenie wybranego rozwiązania w skuteczne działanie.

Zarówno z punktu widzenia strategicznego, czyli opracowania planu, jak i operacyjnego, czyli konkretnego działania w ramach tego planu, inaczej mówiąc wyboru sposobu działania, odnieść się trzeba do podstaw zarządzania, czyli cyklu działania zorganizowanego. Cykl działania zorganizowanego to logiczny układ etapów, z których powinno się składać każde prawidłowo przemyślane działanie. Cykl ten najczęściej jest ujmowany w następujące, ułożone chronologicznie, etapy, którymi są: określenie celu działania, zbadanie środków koniecznych do zrealizowania celu i dostępnych realizatorów, planowanie działania, gromadzenie i porządkowanie koniecznych środków, organizowanie struktur pojmowanych statycznie, realizacja przedsięwzięcia zgodnie z planem oraz kontrola uzyskanych efektów. W teorii organizacji można spotkać różne propozycje takiego cyklu. Proponuje się trzy fazy: przygotowawczą, realizacyjną i kontrolną lub też pięć faz:

- przegląd sytuacji,
- przygotowanie informacji,
- podjęcie decyzji,

- przekazanie zadań wykonawcom,
 - kontrolę wykonania.
- Patrząc z innej perspektywy zwraca się uwagę na inny sposób podziału:
- w pierwszym etapie cyklu działania zorganizowanego wyróżnić trzeba dwie fazy czynności kierowniczych: wybór zadania oraz przekazanie podwładnym ogólnie sformułowanego zadania,
 - w drugim etapie cyklu przekazuje się podwładnym, jeśli to konieczne, instrukcje wykonawcze (o sposobie wykonania zadania),
 - trzeci etap cyklu obejmuje dwie fazy, mianowicie stwarzanie dla kierowanych sytuacji motywacyjnych oraz stwarzanie dla nich warunków wykonania,
 - etap czwarty zostaje pominięty,
 - etap piąty cyklu wyraża się w nadzorze oraz kontroli i dopilnowaniu wykonania zadania.

Sposób badania zjawisk społeczno gospodarczych ma różny charakter. Istnieje szereg sposobów badań, które najogólniej biorąc mają charakter opisowy lub analityczny. W pierwszym przypadku chodzi jedynie o uchwycenie nasilenia zjawiska, w drugim kładzie się nacisk na analizę porównawczą między różnymi częściami badanej zbiorowości. Z punktu widzenia przebiegu badań w czasie, mamy w czynienia z badaniami ciągłymi, powtarzalnymi jak i jednorazowymi [Steczkowski 1995, ss.18-33].

1.6. Zarządzanie Zdrowiem Publicznym w polskich warunkach

Zarządzanie jako pojęcie ma inne znaczenie według omawianych wcześniej definicji, jeśli patrzy się na nie z punktu widzenia organizacji, a inne z punktu widzenia państwa jako organizacji. Współcześnie zarządzanie uznaje się za jedną z metod rządzenia, ponieważ nie wszystkie działania i funkcje instytucji państwowych są tożsame z zarządzaniem. Sytuacja geopolityczna Polski jako kraju postkomunistycznego, której celem przez ostatnie dwadzieścia lat było dążenie do budowy gospodarki wolnorynkowej powiązanej z powstaniem sektora prywatnego, stanowiącego siłę napędową rozwoju ekonomicznego, a także modernizacja

ekonomicznej sfery państwa, powoduje że zarządzanie jako ekonomiczna metoda rządzenia zajmuje centralne miejsce obok socjopolitycznej metody rządzenia, której celem jest konsolidacja ustroju demokratycznego [Gruszczyk 2000 s. 45]. Polska w aktualnej sytuacji, zarówno gospodarczej, jak i geopolitycznej, jest na etapie przejścia do funkcjonowania w pełni w warunkach rynkowych. Jednak zaszczości poprzedniego systemu powodują, że mamy do czynienia ze zjawiskiem funkcjonowania pewnych sektorów gospodarki w warunkach, które nie są warunkami wolnorynkowymi. Dotyczy to szczególnie obszaru Zdrowia Publicznego, czyli między innymi systemu szpitali i przychodni. Szpitale funkcjonują na innych zasadach niż zwykle przedsiębiorstwa. Po pierwsze ich głównym celem nie jest maksymalizacja zysku, jak to jest w przypadku przedsiębiorstw, ale „misja społeczna” – funkcjonowanie dla zdrowia publicznego. Po drugie szpitale, które nie są w pełni prywatne, nie mogą sprzedawać swoich usług w sposób pełny. Nie ma pełnej konkurencji wolnorynkowej między szpitalami, ponieważ mają one ograniczenia wyznaczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia czyli tak zwane „limity”. Tylko na tym obszarze walki o ilość przyznanych limitów odbywa się konkurencja między szpitalami. W tak zwanym „szpitalu państwowym”, klient nie może przyjść i kupić sobie jakiejś usługi.

Publiczne instytucje opieki zdrowotnej stanowią quasi-rynkowe organizmy, podlegające wielu wymaganiom prawnym i organizacyjnym. Mają także wiele ograniczeń także w kontekście strategii, a wynika to z braku prawdziwie rynkowego charakteru działalności [Talaga 2004, s. 38]. W gospodarce wolnorynkowej popyt jest podstawowym czynnikiem kształtującym podaż. Podstawowy problem to ograniczenia ze strony płatnika, czyli NFZ, który w sporym zakresie ogranicza podaż na rynku usług medycznych.

Analizując Zdrowie Publiczne w Polsce, uwagę należy zwrócić na zakłady opieki zdrowotnej, które są organizacjami non-profit. Można wyróżnić różne okresy zarządzania nimi. Jako pierwszy, po zmianach ustrojowych następuje okres przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. W tym czasie pojawia się orientacja marketingowa warunkująca przetrwanie na rynku przez koncentrację na zaspokajaniu potrzeb klientów celowych. Kolejny okres to połowa lat dziewięćdziesiątych. Wtedy zaczyna funkcjonować orientacja finansowa oparta na poszukiwaniu wewnętrznych i zewnętrznych źródeł finansowania. Następnym okresem to

druga połowa lat dziewięćdziesiątych, wtedy dominuje orientacja strategiczna oparta na kreowaniu wizji i misji oraz strategii zarządzania. Przełom wieku XX i XXI to orientacja konkurencyjna, ukierunkowana na budowanie zasad i instrumentów tworzenia wielowymiarowej długotrwałej zdolności konkurencyjności na rynku [Skowron 2002, s. 29].

Dokładniejsza analiza z prawnego punktu widzenia, zagadnień opisywanych znajduje się w kolejnym rozdziale.

2. Aspekty prawne i bezpieczeństwo

2.1. Pojęcie szpitala

Zgodnie z ustawą z dnia trzydziestego sierpnia 1991 roku zakładem opieki zdrowotnej jest [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej]:

- szpital,
- zakład opiekuńczo leczniczy,
- sanatorium, prewentorium,
- zakład pielęgnacyjno opiekuńczy,
- inny nie wymieniony z nazwy ale przeznaczony dla osób, których stan zdrowotny wymaga udzielenia całodziennych lub całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu,
- pogotowie ratunkowe,
- przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia,
- pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- medyczne laboratorium diagnostyczne,
- żłobek
- zakład rehabilitacji leczniczej,
- inny zakład, specjalistyczny spełniający określone warunki w ustawie.

Ważną sprawą dla funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej jest jego organizacyjne wyodrębnienie. Każdy zakład opieki zdrowotnej powinien:

- mieć nadany przez organ założycielski statut, który określa ustrój zakładu, oraz wszystkie inne sprawy nie uregulowane w ustawie, a głównie nazwę zakładu odpowiadającą zakresowi i profilowi udzielanych świadczeń, cele i obszar działania, zadania zakładu, siedzibę, rodzaje i zakres udzielanych świadczeń, części zakładu i strukturę organizacyjną oraz formę gospodarki finansowej,
- być wpisany do stosownego rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę, z wyjątkiem zakładów utworzonych przez ministra lub ewentualnie centralny organ administracji rządowej, oraz państwową uczelnię medyczną lub uczelnię państwową prowadzącą działalność badawczą i dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych rejestrowanych przez właściwego ministra do spraw zdrowia [Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej].

Świadczeniami zdrowotnymi, są działania zmierzające do zachowania, ratowania i poprawie zdrowia, a także medyczne działania wynikające z procesu leczenia. Zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta między świadczeniodawcą a funduszem [Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia].

Przedmiotem zainteresowania w tej pracy jest głównie szpital. Szpital jako zakład opieki zdrowotnej należy zdefiniować jako wyodrębniony organizacyjnie zespół zasobów ludzkich i materialnych, gromadzony i utrzymany w celu udzielania zdrowotnych świadczeń, prowadzenia badań naukowych, promowania zdrowia, prac badawczo rozwojowych oraz realizacji zadań badawczych i dydaktycznych [Głowacka 2004, s. 12].

2.2. Aspekty prawne planu zarządzania kryzysowego szpitala

Zarządzanie kryzysowe to działalność administracji publicznej która jest elementem kierowania bezpieczeństwem narodowym, a polega przede wszystkim na zapobieganiu powstania sytuacji kryzysowych, przygotowaniu do kontroli nad takimi sytuacjami w drodze zaplanowanych działań, podejmowaniu działań i reagowaniu w przypadku wystąpienia takich sytuacji, usuwaniu ich skutków oraz odtwarzaniu infrastruktury krytycznej i zasobów [Ustawa z dnia z 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym].

Szpital jest elementem infrastruktury krytycznej w zakresie systemu ochrony zdrowia i ratownictwa. Szpital jest też ostatnim ogniwem, czyli finalnym elementem w etapach ratowania ludzi. Jako organizacja ma on być przygotowany do działania w podwyższonej gotowości, kiedy wymaga tego sytuacja.

W czasie tworzenia planów zarządzania kryzysowego zastosowanie mają przepisy ustawy mówiącej o Państwowym Ratownictwie Medycznym, [Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym]. Zgodnie z przepisami powyższej ustawy, System Państwowego Ratownictwa Medycznego tworzy się w celu realizacji zadań, polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie, która znajduje się w stanie zagrożenia nagłego, życia i zdrowia, a więc również w momencie zaistnienia sytuacji kryzysowej. Art. 29 ustawy wprowadza instytucję „lekarza koordynatora”, który działa w Wojewódzkim Centrum Powiadamiania Ratunkowego i do którego zadań należy uczestnictwo między innymi w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego. Zespół ten może decydować o wprowadzeniu stanu podwyższonej gotowości szpitali [Juras, Zdanowska 2008].

Plany zarządzania kryzysowego muszą ściśle odpowiadać regulacjom funkcjonującym w polskim systemie prawnym. Przepisy prawne w zakresie tworzenia i funkcjonowania tych planów są zawarte m. in. w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie z dnia z 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym oraz ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej, a także ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku.

Ustawa mówiąca o zarządzaniu kryzysowym [Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 roku o Zarządzaniu Kryzysowym] w art. 3 definiuje sytuację kryzysową jako sytuację będącą następstwem jakiegoś zagrożenia i prowadzącą do zerwania lub znacznego naruszenia lub zerwania więzów społecznych przy równoczesnym poważnym zakłóceniu w funkcjonowaniu różnych instytucji publicznych, jednak w stopniu takim, że środki użyte, niezbędne do przywrócenia lub zapewnienia bezpieczeństwa, nie dają podstaw wprowadzenia żadnego ze stanów nadzwyczajnych, o których jest mowa w artykule 228 ustęp 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 roku o Zarządzaniu Kryzysowym]. Ustawa zasadnicza przewiduje bowiem nadzwyczajne uprawnienia władz, przeznaczone do stosowania w sytuacjach kryzysowych. Dotyczy to głównie sytuacji stanowiących zagrożenie dla niepodległości państwa, spokoju i bezpieczeństwa wewnętrznego, ładu ekonomicznego, instytucji demokratycznych itd. [Skrzydło 2000, s. 308]. Konstytucja RP stanowi, że w sytuacji szczególnej zagrożenia, jeżeli zwykłe środki konstytucyjne nie wystarczają, może zostać wprowadzony odpowiedni stan nadzwyczajny: stan wyjątkowy, stan wojenny lub stan klęski żywiołowej [Konsytuacja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku]. Konkretnie działania podjęte w wyniku wprowadzenia każdego z tych stanów muszą odpowiadać konkretnemu stopniowi zagrożenia i mają obowiązek zmierzać do najszybszego przywrócenia normalnego funkcjonowania państwa. Stany nadzwyczajne mogą być wprowadzone tylko na podstawie ustawy lub w drodze rozporządzenia, które musi być dodatkowo podane do publicznej wiadomości w formie dostępnej i w łatwy sposób dla wszystkich obywateli, zgodnie z artykuł 228 ustęp 2 i 5 Konstytucji RP. W czasie trwania poszczególnych stanów nadzwyczajnych mogą zostać ograniczone wolności człowieka i jego prawa, przy czym zakres i zasady działania organów państwowych w tej kwestii określa stosowna ustawa. Podstawy i tryb wyrównywania strat głównie majątkowych, powstałych w skutek wprowadzenia ograniczeń, regulują przepisy ustawy z dnia 22 listopada 2002 roku o wyrównywaniu strat majątkowych wynikających z ograniczenia wolności i praw człowieka i obywatela w czasie stanu nadzwyczajnego. Jak wynika z zapisów tam zawartych, zgodnie z artykułem 2 ustęp 1, który mówi że, każdemu, kto poniósł jakąś stratę majątkową w następstwie

tegoż ograniczenia praw w czasie stanu nadzwyczajnego, przysługuje roszczenie o odszkodowanie do Skarbu Państwa.

Stan wojenny może zostać wprowadzony na całym terytorium państwa lub jego części w razie zewnętrznego zagrożenia, zbrojnej napaści na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo, gdy z umowy międzynarodowej wynikają zobowiązania do wspólnej obrony przeciwko agresji. Takie kompetencje należą do Prezydenta Rzeczypospolitej działającego na wniosek Rady Ministrów, co wynika z art. 229 Konstytucji RP [Konsytuacja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku].

Stan wyjątkowy przewidziany jest dla sytuacji zagrożenia konstytucyjnego ustroju państwa, porządku publicznego lub bezpieczeństwa obywateli. Kompetencje do jego wprowadzenia posiada Prezydent Rzeczypospolitej działający na wniosek Rady Ministrów. Wprowadzone jest w art. 230 Konstytucji ograniczenie czasowe dla trwania tego stanu: nie dłużej niż 90 dni [Konsytuacja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku].

W celu zapobiegania skutkom awarii technicznych lub katastrof naturalnych noszących znamiona klęski żywiołowej, a także w celu takowych usunięcia Rada Ministrów ma prawo wprowadzić na oznaczony czas, nie dłuższy niż 30 dni, tak zwany stan klęski żywiołowej na całym terytorium państwa lub jego części. Przedłużenie czasu trwania tego stanu może nastąpić tylko i wyłącznie za zgodą Sejmu. Tryb zniesienia i wprowadzania stanu klęski żywiołowej, oraz zasady działania organów władzy publicznej, a także zakres ograniczeń praw człowieka i obywatela, i ograniczeń wolności w czasie trwania tego stanu określa stosowna ustawa [Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej]. Zgodnie z tą ustawą przez klęskę żywiołową należy rozumieć awarię techniczną lub katastrofę naturalną, których skutki zagrażają zdrowiu lub życiu dużej liczby osób, a także mieniu w wielkich rozmiarach lub środowisku naturalnemu na znacznych obszarach, a ochrona i pomoc mogą być podjęte skutecznie tylko przy zastosowaniu środków nadzwyczajnych, we współdziałaniu wielu różnych organów i instytucji, a także służb specjalistycznych i formacji działających pod jednolitym kierownictwem [Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej]. Katastrofą naturalną jest zdarzenie związane z siłami natury, głównie wyładowania atmosferyczne, sejsmiczne wstrząsy, intensywne opady atmosferyczne, silne

wiatry, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, powodzie, osuwiska ziemi, pożary, susze, lodowe zjawiska na rzekach, morzu i jeziorach oraz innych zbiornikach wodnych, występowanie masowe szkodników, chorób zwierząt lub roślin, a także chorób zakaźnych ludzi, uwzględniane jest także działanie innego żywiołu [Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej]. Natomiast przez awarię techniczną należy rozumieć gwałtowne, nieprzewidziane zniszczenie lub uszkodzenie obiektu budowlanego, technicznego urządzenia lub systemu takich urządzeń, powodujące przerwę w ich działaniu lub utratę ich właściwości, zgodnie z artykułem 3 ustęp 1 ustawy [Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej]. Ustawa stanowi ponadto, że stan klęski żywiołowej może być wprowadzany na obszarze, na którym wystąpiła ta klęska, a także na obszarze, na którym występują lub mogą wystąpić jej skutki.

Ustawa dotycząca klęski żywiołowej nakłada na organy władzy publicznej obowiązek odpowiedniego działania zarówno w celu zapobieżenia skutkom klęsk żywiołowych, jak i ich usunięcia [Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej]. Zgodnie z art. 12 ustawy obowiązek ten spoczywa na – zgodnie z obszarem: wójtzie, burmistrzu, prezydencie miasta, staroście, wojewodzie oraz właściwym ministrze do spraw wewnętrznych lub innym ministrze do zakresu działania, do którego należy między innymi zapobieganie skutkom konkretnej klęski żywiołowej oraz ich usuwanie.

Ponadto ustawa o zarządzaniu kryzysowym nałożyła obowiązek powołania wojewódzkich, powiatowych i gminnych zespołów zarządzania kryzysowego, które zastąpiły odpowiednio zespoły funkcjonujące w oparciu o przepisy zawarte w ustawie o stanie klęski żywiołowej [Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej]. Na każdym szczeblu administracji publicznej takich jak: wojewodów, starostów, wójtów lub burmistrzów albo prezydentów miast muszą działać centra zarządzania kryzysowego powstałe w ramach jednostek organizacyjnych, w sprawach zarządzania kryzysowego urzędów obsługujących powyższe, wymienione organy. Na szczeblu centralnym działa natomiast Rządowe Centrum Bezpieczeństwa, które jest państwową jednostką podległą prezesowi Rady Ministrów [Sobiech, Gazeta Prawna 148/2007].

Obowiązek rozpoczęcia działań w zakresie zarządzania kryzysowego spoczywa zawsze na tym konkretnym organie właściwym wyznaczonym do spraw

zarządzania kryzysowego, który jako pierwszy otrzymał informację o zagrożeniu. Organ ten ma obowiązek w sposób niezwłoczny poinformować o zaistniałym i zagrażającym, zdarzeniu organy odpowiednio niższego i wyższego szczebla, informując o sytuacji i przedstawiając jednocześnie swoją ocenę aktualną, sytuacji oraz informację o podjętych i zamierzonych działaniach [Ustawa z dnia z 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym].

Zgodnie z wyżej wymienioną ustawą na poziomie krajowym, i niższych stopniach administracyjnych tworzy się plany reagowania kryzysowego, podlegające obowiązkowej aktualizacji nie rzadziej niż co 2 lata. Artykuł 5 precyzuje wymogi, jakim powinny odpowiadać te plany [Ustawa z dnia z 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym]. Do elementów koniecznych należy plan główny, który zawiera:

- a) charakterystykę zagrożeń, a także ocenę ryzyka możliwości ich wystąpienia, w tym mapy zagrożenia powodziowego,
- b) charakterystykę środków i sił, w tym stan rezerw i ocenę możliwości wykorzystania tych rezerw,
- c) analizę funkcjonowania publicznej administracji, jej możliwości i skuteczności wykorzystania w sytuacjach kryzysowych,
- d) przewidywane warianty działań w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych,
- e) wskazanie sposobu aktualizacji planu i poszczególnych załączników funkcjonalnych [Ustawa z dnia z 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym].

Kolejnym elementem są procedury reagowania kryzysowego mówiące o zespołach przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowych w okresie trwania stanów nadzwyczajnych oraz wojny.

Organy poszczególnych szczebli lokalnych administracji samorządowej powinny dążyć do stanu, w którym powiatowe plany antykryzysowe będą zawierały opisy wszystkich możliwych zagrożeń, jakie mogą wystąpić, i scenariusze rozwiązania każdej z tych sytuacji. Konieczne jest, aby plan każdego powiatu pozostawał w spójności z planem wojewódzkim oraz planami gmin leżących w jego granicach, ale także z planami powiatów sąsiednich [Suwara, Gazeta Prawna 167/2008].

Finansowanie wykonywania zadań dotyczących zarządzania kryzysowego na poziomie lokalnym - gminnym, powiatowym i wojewódzkim ujmuje się w planach w ramach budżetów odpowiednio na tych poziomach. Stosowne środki i ich wysokość są szacowane na podstawie planów reagowania kryzysowego. Natomiast na poziomie krajowym, finansowanie funkcjonuje w ramach planów budżetu państwa w częściach, którymi zarządzają wojewodowie, właściwy minister do spraw wewnętrznych, i inni stosowni ministrowie [Juras, Zdanowska 2008].

2.3. Miejsce szpitala w zapewnieniu bezpieczeństwa

Zarządzanie kryzysowe w szerokim pojęciu to działania organów administracji publicznej będące elementem kierowania bezpieczeństwem państwowym, która polega na przeciwdziałaniu i zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do przejmowania kontroli w drodze zaplanowanych działań, stosownym reagowaniu w przypadku wystąpienia takich sytuacji oraz na przywróceniu i odtwarzaniu infrastruktury do jej pierwotnego charakteru [Koniczny 2009, ss. 9-45].

Podstawowym zadaniem w prawidłowym funkcjonowaniu państwa jest zapewnienie bezpieczeństwa – bezpieczeństwa państwa jako całości oraz bezpieczeństwa jego obywateli. Bezpieczeństwo staje się więc celem, do którego dostosowane są tak prawodawstwo, jak i infrastruktura. Cel ten jest realizowany przez zarządzanie kryzysowe na poziomie państwowym, jak i lokalnym, ale także w organach im podległym. Na każdym z tych szczebli zarządzanie kryzysowe i plany z nim związane muszą być powiązane, wynikające z siebie i ściśle współpracujące.

Dla zapewnienia bezpieczeństwa państwo polskie posiada środki i infrastrukturę, które w razie zagrożenia są uruchamiane. Jednym z takich środków jest szpital, który zgodnie z ustawą jest elementem infrastruktury krytycznej, czyli może zostać postawiony w stan podwyższonej gotowości w razie zagrożenia bezpieczeństwa.

Organizacja, jaką jest szpital, jest organizacją dynamiczną, w której zachodzi wiele zmian. Zarówno pod względem sposobu i zakresu działania, jak

i infrastruktury. Szpitale w optymistycznym odbiorze społecznym mają leczyć najnowszymi metodami, personel medyczny ma być uzbrojony w najnowszą wiedzę medyczną, leczenie ma odbywać się na możliwie najlepszym i najnowszym sprzęcie. Takie wymagania są ogromnym wyzwaniem dla całego systemu ochrony zdrowia. Problemy związane z refundacją świadczeń medycznych i, co za tym idzie, problemy finansowe szpitali oraz niejednokrotnie niegospodarność zarządzających szpitalami stwarzają słabe podstawy do powierzania im tak ważnego zadania, jakim jest uczestnictwo w zapewnieniu bezpieczeństwa. Szpitale są bardzo istotnym elementem infrastruktury krytycznej, bo na nich kończy się etap ratowania ludzi. Muszą być więc wyposażone w środki odpowiednie do spełnienia warunków narzucanych przez plany reagowania kryzysowego wojewódzkiego, danej gminy, powiatu czy miasta, w którym leżą. Muszą posiadać również dobrze wykonany plan zarządzania kryzysowego szpitala, który współgra z planami reagowania kryzysowego wojewódzkiego, powiatu czy miasta.

Plan zarządzania kryzysowego szpitala to również ważny element bezpieczeństwa samego szpitala, personelu i pacjentów, ponieważ obejmuje działania tj. jak chociażby ewakuacja. Większość elementów planu zarządzania kryzysowego ma ścisły związek z zapewnieniem bezpieczeństwa, gdyż jest formą przygotowania się na każdą sytuację, zagrażającą w różnym stopniu pacjentom, personelowi i szpitalowi jako organizacji.

2.4. Pojęcie bezpieczeństwa

Powszechne rozumienie bezpieczeństwa sprowadzało się od zarania dziejów głównie do potęgi militarnej, czyli siły wojskowej rozpatrywanej przede wszystkim pod względem obronności. Jest to pojmowanie bezpieczeństwa pochodzące jeszcze z czasów, kiedy postęp techniczny nie był tak istotny i tak duży. Mimo niezwykle wąskiego pojmowania tego zagadnienia funkcjonowało ono jeszcze w takim kształcie w latach dwudziestych poprzedniego wieku. To, co łączy rozumienie bezpieczeństwa dawnej i teraz, to dostrzeganie istoty zawierania umów i sojuszy. Jednak współcześnie aspekt ten jest o wiele bardziej rozbudowany, gdyż obejmuje wszystkie działania polityczne. Ponadto współczesne rozumienie bezpieczeństwa,

obok wcześniej dostrzeganych aspektów wojskowych i politycznych, obejmuje problematykę społeczną, technologiczną, gospodarczą, humanitarną, ekologiczną, a także zwraca uwagę na zachowanie tożsamości narodowej [Fehler 2003, s. 12]. Można pokusić się o rozszerzenie i tak już rozbudowanego pojęcia bezpieczeństwa i sklasyfikować pojęcie pokoju, wyróżniając: pokój etniczny, narodowy, ekonomiczny, polityczny, ideologiczny czy pokój kulturowy [Mierzejewski 2006, ss. 252-254].

Bezpieczeństwo jest jedną z ważniejszych potrzeb życiowych, szczególnie podkreślaną, kiedy rozważane jest w aspektach nie tylko osoby jako jednostki czy rodziny, ale społeczeństwa, a nawet całej cywilizacji. Bezpieczeństwo jest pojęciem niezwykle szerokim, stąd też jego niejednoznaczne rozumienie czy interpretacja, a także niezwykle rozbudowany podział. Wytlumaczeniem takiego stanu rzeczy mogą być słowa „myślenie o bezpieczeństwie” – rozumiane w wieloraki sposób, bowiem pojęcie, którego dotyczą, ma wiele aspektów i wymiarów [Moliszewski 2005, s. 42].

Bezpieczeństwo postrzegane w sensie procesu to niezakłócona możliwość rozwoju. Nie należy mówić tu o stanie, ale o dynamicznie zmieniającej się sytuacji. Trzeba dostrzec, że tym, co zakłóca możliwość stanu absolutnego bezpieczeństwa, jest niepełna i niedoskonała informacja. Gdyby posiadać wiedzę absolutną, wówczas wiadomo byłoby o wszystkich niebezpieczeństwach i zagrożeniach. Jeśli w danym czasie nie występują żadne zagrożenia i posiadane informacje nie wskazują na możliwość wystąpienia jakichkolwiek z nich, należy powiedzieć, że mamy do czynienia ze stanem absolutnego bezpieczeństwa. Jednak to, co absolutnie wyklucza możliwość wystąpienia bezpieczeństwa całkowitego, to fakt, że przyszłość możemy jedynie przewidzieć, prognozować, ale nie przepowiedzieć.

Pojmowanie bezpieczeństwa jako stanu pokoju dla jednostki, postrzeganego tu i teraz, można kojarzyć z wąskim i subiektywnym ujęciem tego słowa. Jest to stan niemierzalny, zależny od dostrzegalnych subiektywnych i obiektywnych aspektów zagrożenia. Obiektywnie istniejące zagrożenia mogą być odbierane przez każdego w inny sposób. Na postrzeganie zagrożenia mogą mieć wpływ różne czynniki, które mogą zniekształcać odbiór. Takimi czynnikami są nastroje społeczne, sposób ich odbierania i media, które często są ich odbiciem. Bezpieczeństwo w tym rozumieniu może przybierać różne formy, które to

szwajcarski politolog Frei usystematyzował w następujący sposób: stan braku bezpieczeństwa występuje wówczas, gdy istnieje realne zagrożenie, a jego postrzeganie nie jest zniekształcone, czyli jest prawidłowe. Stan obsesji występuje, kiedy postrzeganie minimalnego zagrożenia jest wyolbrzymione. Stan fałszywego bezpieczeństwa występuje, jeśli minimalizowane lub niedostrzegane są sygnały dotyczące realnego zagrożenia. Stan ten ma miejsce, gdy poważne zagrożenie odbierane jest jako niewielkie lub dochodzi do przyzwyczajenia i lekceważenia zagrożenia. Najkorzystniejszy jest po prostu stan bezpieczeństwa, który występuje wtedy, gdy zagrożenie jest minimalne lub umiarkowane, a jego postrzeganie właściwe [Jakubczyk 2004, ss. 14-15].

Zagrożenia cywilizacyjne słusznie są kojarzone z cywilizacją i tym, co się dzieje wewnątrz aglomeracji ludzkich. Pojęcie „zagrożenia cywilizacyjne” niezwykle często jest w literaturze zestawiane z pojęciem „bezpieczeństwo”. Inne zestawianie dotyczy chorób cywilizacyjnych. Wszystkie te tory myślenia są prawidłowe, ale nie wyczerpują tematu. Działalność człowieka, rozszerzanie jego działalności i eksploatacja zasobów naturalnych doprowadzają do zmian w środowisku, zmiany te skutkują różnego rodzaju zjawiskami. Dla zdarzeń o skali przekraczającej niekorzystne zmiany i powodujących nieodwracalne negatywne skutki środowiskowe używa się czasem określeń, takich jak „klęska żywiołowa” lub „kataklizm”. W ciągu ostatnich dekad nastąpił gwałtowny rozwój gospodarki. Często na skutek bardzo nierozważnej działalności człowieka powstaje wiele zagrożeń cywilizacyjnych, które są ryzykowne, a nawet niebezpieczne zarówno dla środowiska, jak i dla samego człowieka. Proces niszczenia przyrody jest równocześnie procesem lokalnym, regionalnym jak i globalnym. Do kategorii zagrożeń cywilizacyjnych możemy zaliczyć dużą ilość zjawisk, takich jak: problemy ekologiczne, w tym efekt cieplarniany, dziura ozonowa, problemy demograficzne takie jak zbyt duży przyrost naturalny, problem głodu, wyczerpywanie się surowców nieodnawialnych i wiele innych.

Terroryzm po 11 września 2001 roku stał się zjawiskiem, które zachwiało odczuwanie bezpieczeństwa na całym świecie. Terroryzm jest traktowany jako jedno z zagrożeń cywilizacyjnych [Galea, Źródła słowa „terroryzm” można doszukiwać się już w starożytnym Rzymie, początkowo w formie *ters*, *terrere*, czyli ‘terror’. Samo określenie „terror” pochodzi od łacińskiego, *terrere*, co

oznacza ‘przestraszać’ [Zasieczna 2004]. Z terroryzmem nieodzownie łączy się powodowanie niepewności, lęku i poczucia zagrożenia. Celem terroryzmu jest wywołanie strachu i paniki, natomiast motywy tego działania bywają różne. Współczesne definicje terroryzmu różnią się między sobą, ale najodpowiedniejszą wydaje się zawarta w encyklopedii PWN, która określa terroryzm, jako: „różnie motywowane ideologicznie, zorganizowane i planowe działania pojedynczych ludzi lub grup, skutkujące naruszeniem ładu i istniejącego porządku prawnego, wdrożone w celu wymuszenia od władz społeczeństw i państw określonych zachowań lub świadczeń, często naruszając dobra innych osób postronnych. Działania takie są realizowane z bezwzględnością za pomocą różnorodnych środków: przemocy fizycznej, nacisku psychologicznego, użycia broni i wybuchowych ładunków. Specjalnie nadaje się im rozgłosu i celowo wytwarza się w społeczeństwie lęk” [Encyklopedia 1996]. Komisja Europejska po zamachach terrorystycznych w USA w 2001 roku wprowadziła swoją definicję terroryzmu. Brzmi ona w sposób następujący: „terroryzm to wszelkie celowe akty popełnione przez pojedyncze osoby lub organizacje przeciw jednemu lub wielu państwom, ich ludności lub instytucjom, w celu zastraszenia oraz poważnego osłabienia lub zniszczenia struktury politycznej, gospodarczej i społecznej kraju” [Juras, Pielęgniarstwo Polskie 4 (30) 2008].

3. Rodzaje zagrożeń, ocena ryzyka ich wystąpienia

3.1. Kryzys, katastrofa, wypadek masowy

3.1.1 Taksonomia kryzysu

Kryzys można rozpatrywać z dwóch różnych punktów widzenia. Z punktu widzenia jednostkowego czyli osoby, jednostki oraz z punktu widzenia nie jednostkowego, czyli szerokiego, kiedy dotyka większą liczbę osób. W obrębie każdego typu kryzysu i znaczenia kryzysu, można pokusić się o podział na kryzys jednostkowy i niejednostkowy, ponieważ zakwalifikowanie jakiejś sytuacji jako kryzysowej może być odbierane subiektywnie, zarówno jednostkowo jak i ogólnie.

Aby zrozumieć w pełni znaczenie kryzysu, należy podzielić to pojęcie na kilka typów [Koniczny 2000, s. 9]:

- typ kryzysu fizjologiczny – pojmowany jako ostry stan zagrożenia życia pochodzenia sercowo naczyniowego, oddechowego, gastroenterologicznego, nerkowego, neurologicznego itp. W ramach tego kryzysu jako jego źródła można wymienić: wstrząs, urazy, utonięcia, hipotermia, porażenie prądem, zatrucia, oparzenia, udar cieplny, cukrzyce, odmrożenia.
- typ kryzysu psychologiczny – w obrębie przemian życiowych (normatywnie, rozwojowe) to opuszczenie domu rodzinnego, podjęcie pracy, zawarcie małżeństwa, ukończenie szkoły, przejście na emeryturę, traumatyczne przeżycie takie jak: śmierć najbliższej osoby, katastrofa, wypadek, nagłe inwalidztwo, utrata pracy, nagła choroba, nagłe zagrożenie związku rodzinnego. Inny kryzys w obrębie psychologicznym to sytuacja kryzysowa chroniczna, przykładowo: brak rozwiązania kryzysu przemian, brak umiejętności radzenia sobie, rezygnacja z odpowiedzialności, brak motywacji do zmian, pogorszenie relacji społecznych.
- typ kryzysu społeczny – jest to destabilizacja funkcji systemu społecznego, taka jak: katastrofa, klęska żywiołowa, likwidacja, upadłość firmy, masowe zwolnienia.
- typ kryzysu ekologiczny – są to nadzwyczajne zagrożenia środowiska, destabilizacja funkcji ekosystemu, a zaliczamy do nich między innymi: wyciek substancji toksycznej, katastrofy, klęski żywiołowe, awarie urządzeń infrastruktury szerokorozumianej oraz przemę odpadów niebezpiecznych.
- typ kryzysu ekonomiczny – rozumiany jako destabilizacja funkcjonowania systemu gospodarczego. Z punktu widzenia przedsiębiorstwa podzielić je można na zewnętrzne i wewnętrzne. Zewnętrzne to takie jak zmiany warunków funkcjonowania firmy, zmiany na rynku w zakresie popytu i podaży oraz złe rozwiązania prawne. Wewnętrzne to takie jak brak zachowania równowagi między cenami a zasobami przedsiębiorstwa, błędne postrzeganie otoczenia i pozycji przedsiębiorstwa, brak wizji i misji, problemy ze znajomością i realizacją celów, błędy w zakresie zarządzania, utrata kontroli nad wydatkami, wysokie koszty, przestarzałe technologie, kontakty i relacje wewnątrz firmy.

- typ kryzysu polityczny – to destabilizacja systemu politycznego przez na przykład niekorzystne działania rządu czy korupcję urzędników państwowych.
- typ kryzysu polityczno-militarny – do którego zalicza się napięcia między państwami grożące wybuchem konfliktu zbrojnego, terroryzm oraz zagrożenia licznych grup obywateli państwa, znajdujących się poza granicami [Konieczny 2000, s. 9].

Termin „kryzys” pochodzi od słowa greckiego *krino* i słowo to oznacza ‘wybór, decydowanie oraz zmaganie się’, a także ‘walkę, w której jest konieczne działanie pod presją [www.wikipedia.org/kryzys]. Kryzys (*crisis* w języku angielskim) poszerza się znacznie o cechy takie jak nagłość, subiektywne konsekwencje urazu głównie w postaci przeżyć negatywnych [Badura-Madej 1997, ss. 9-24]. Jan Tokarski w swoim słowniku również uszczegóławia pojęcie jako [Tokarski 1971]:

- punkt zwrotny, przełomowy,
- w rozumieniu ekonomicznym to załamanie stabilnego wzrostu gospodarczego, czyli faza cyklu gospodarczego cechująca się gwałtownym, ale także dużym zmniejszeniem produkcji towarów i usług, realnych dochodów oraz wzrostem bezrobocia,
- w rozumieniu medycznym to przesilenie choroby, przebiegające z nagłą zmianą chorobowych objawów.

Według Encyklopedii (PWN) kryzys to [Encyklopedia PWN 2010]:

- potocznie: przełom, przesilenie, załamanie się jakiejś linii rozwoju.
- medycznie: przełom, zmiana w leczeniu.
- politologicznie: kryzys polityczny, nagła zmiana określonej polityki; kryzys rządowy – upadek rządu w wyniku podjęcia uchwały przez parlament wotum nieufności; otwiera to fazę międzypartyjnych negocjacji, których podstawowym dążeniem jest utworzenie nowego rządu; inaczej kryzys parlamentarny – utrata większości przez koalicję rządzącą lub partię rządzącą, prowadząca do rozpisania nowych wyborów, obalenie rządu.
- socjologicznie: kryzys społeczny, stan napięć i skumulowanie konfliktów społecznych, których nierozwiązanie na czas powoduje nie kontynuację

dotychczasowego normalnego rozwoju społeczeństwa, inaczej niż w konfliktach społecznych które rozwoju tego nie dezorganizują [www.wikipedia.org/kryzys].

Sytuacja krytyczna mieści się w pojęciu kryzysu, jest definiowana jako każda sytuacja, w której szpital przyjmuje tak dużą falę nowych pacjentów, że jego zasoby ulegają wyczerpaniu. Określenie „sytuacja krytyczna” nie jest terminem preferowanym spośród innych słów kluczowych w celu bardziej konkretnego i wymiernego zdefiniowania okoliczności, które wymagają określonego przeciwdziałania.

„Kryzys” i „sytuację kryzysową” dobrze opisuje zasada równowagi pomiędzy zapotrzebowaniem, czyli popytem i możliwościami zapewnienia, a podażą świadczeń medycznych. Sytuacja taka występuje, gdy szpital przyjmuje nadzwyczajnie dużą liczbę nowych pacjentów w relatywnie krótkim czasie – fala napływających pacjentów prowadzi do wyczerpania zdolności szpitala do świadczenia usług, jeśli nie są wprowadzone specjalne działania [Davoli 2007].

3.1.2. Kryzys z punktu widzenia szpitala jako organizacji gospodarczej

Kryzys z punktu widzenia organizacji gospodarczej to pojęcie, które ma różne odniesienia przedmiotowe. Nie ogranicza się do sfery gospodarowania, odnosi się bowiem nie tylko do zjawisk ekonomicznych, ale także społecznych, technicznych, organizacyjnych, prawnych, do pojedynczych osób, grup i zbiorowości o ustalonej organizacji wewnętrznej i systemie zarządzania. Kryzys postrzegać można w różnej skali, w różnej perspektywie, przy uwzględnieniu wielorakich okoliczności przyczyniających się do jego powstania i skutków, jakie za sobą niesie. Kryzys przedstawia się jako przełom między dwoma jakościowymi różnymi fazami procesu, kończy jedną fazę, dotychczasowy sposób działania, a rozpoczyna zupełnie nową. W takiej optyce kryzys jawi się jako cecha rozwoju, której wystąpienie jest określone przez uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne działalności [Urbanowska-Sojkin 1998, s. 18]. Kryzys to zagrożenie egzystencji organizacji [Staehele 1991, s. 211]. To proces, czyli ciąg zdarzeń w określonym czasie, przebiegający w sposób zaskakujący lub przerastający możliwości reakcji, będący zagrożeniem egzystencji dla organizacji gospodarczej lub nawet

uniemożliwiający jej normalną egzystencję [Ziemniewicz 1990, ss. 223-224]. W wielu opracowaniach naukowych stwierdza się, że kryzys może powodować upadek organizacji. Natomiast te organizacje, które go przetrwają, rozwijają się i w przyszłości umieją sobie radzić podobnymi sytuacjami kryzysowymi. Bardzo trudno jest rozróżnić przejściowe kłopoty od symptomów kryzysu. Jeżeli kryzys powoduje upadłość, jako skutek kryzysu możemy traktować przyczyny upadłości organizacji. Przyczyny upadłości dzielą się na: przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne [Kowalak 2008, s. 32].

Przyczyny wewnętrzne upadłości organizacji gospodarczych:

- słabe zarządzanie,
- nieodpowiednia kontrola finansowa,
- słabe zarządzanie kapitałem obrotowym,
- wysokie koszty,
- słaby marketing,
- skala działalności przekraczająca możliwości finansowe,
- nieudane wielkie przedsięwzięcia,
- nieudane przejęcia,
- zła polityka finansowa,
- inercja i bałagan organizacyjny,
- roszczeniowa postawa pracowników,
- defraudacje i oszustwa,

Przyczyny zewnętrzne upadłości organizacji gospodarczych:

1. Klęski żywiołowe
2. Czynniki branżowe
 - spadek popytu rynkowego,
 - silna konkurencja,
 - niekorzystne zmiany cen,
 - niekorzystne zmiany przepisów prawnych,
3. Czynniki makroekonomiczne krajowe
 - recesja,
 - wzrost bezrobocia,
 - zmiany poziomu cen,

- restrykcyjna polityka fiskalna,
 - restrykcyjna polityka pieniężna,
 - niekorzystne zmiany przepisów prawnych,
 - negatywne czynniki demograficzne,
4. Czynniki makroekonomiczne zagraniczne
- recesja u głównych kontrahentów,
 - zakłócenia na światowych rynkach,
 - restrykcyjna polityka celna u głównych kontrahentów,
 - konflikty,
 - wzrost międzynarodowej konkurencji,
 - decyzje organizacji międzynarodowych [Drozik 2006, ss. 7-29].

Poniżej znajduje się klasyfikacja przyczyn upadłości, zaczynająca się od przyczyn, które najczęściej powodują upadłość organizacji gospodarczych [Prusak 2007, ss. 31-36]:

- wewnętrzne związane ze sferą operacyjną, głównie nieumiejętne zarządzanie przedsiębiorstwem, brak planów rozwoju przedsiębiorstwa i nieopłacalność produkcji.
- zewnętrzne o charakterze mikroekonomicznym, głównie trudności w ściąganiu należności lub brak zapłaty, spadek sprzedaży oraz gwałtowny spadek zbytu na produkty firmy.
- zewnętrzne o charakterze makroekonomicznym, zbyt wysokie obciążenie podatkowe, wysokie koszty pracy oraz brak możliwości pozyskania nowych źródeł zasilenia finansowego.
- wewnętrzne związane ze sferą finansową, utrata płynności finansowej, nadmierne zadłużenie oraz wydłużenie terminów płatności dla odbiorców.
- wewnętrzne związane ze sferą wewnątrz organizacyjną, brak doświadczenia, niskie kwalifikacje menedżerów, niska wydajność pracy.
- wewnętrzne związane z nadzorem właścicielskim, konflikty we władzach spółek, niekorzystne zarządzanie oraz defraudowanie środków.
- tragiczne zdarzenia losowe, wypadki, choroby lub śmierć, wypadki losowe, brak odpowiedniego ubezpieczenia.
- celowa upadłość lub upadłość symulowana.

Do innych najczęściej w literaturze wymienianych powodów kryzysów należą zewnętrzne: recesja w całej gospodarce, ale i w danej branży, wzrost konkurencji, problemy występujące u klientów oraz wysokie stopy procentowe. Natomiast wewnętrzne powody kryzysu to: brak umiejętności zarządzania, niedobór kapitału, słaba kondycja ekonomiczna, przyczyny osobiste, nadmierne zadłużenie oraz ryzykowne przedsięwzięcia. Każdy kryzys jest poprzedzony sygnałami, które – prawidłowo odczytane – można nazwać symptomami. Symptomy kryzysu to zbiór informacji pozyskanych ukazujących jakieś negatywne zmiany. Symptom jest jedynie objawem, oznaką zjawiska, nie zaś obiektywną przyczyną [Juras 2009, s. 144]. Jeżeli chce się analizować symptomy nadchodzącego kryzysu, to trzeba na nie patrzeć z perspektywy konkretnej organizacji. To, co dla jednej organizacji jest symptomem kryzysu, dla innej nim być nie musi. Klasyfikacja symptomów ze względu na różne odniesienia przedmiotowe i podmiotowe jest niemożliwa. Niekiedy z punktu widzenia przedsiębiorstwa za symptomy kryzysu uznaje się niepowodzenia w dziedzinach ich działalności. Najczęściej symptomami kryzysu są te, które najdotkliwiej są odczuwane:

- trudności w finansowaniu działalności bieżącej i rozwojowej.
- niekorzystne zmiany w zakresie wielkości, dynamiki i struktury sprzedaży.
- zachwianie między tempem wzrostu rynku, a tempem wzrostu sprzedaży.
- pogorszenie się wizerunku przedsiębiorstwa.
- spadek wartości przedsiębiorstwa na wolnym rynku.
- alienacja pracowników, partykularyzm w działaniach i konflikty wewnętrzne organizacyjne [Urbanowska-Sojkin 1998, s. 16].

3.1.3. Katastrofa

Katastrofa to nagłe zdarzenie, wywołane przyczynami naturalnymi lub z winy człowieka, którego rozmiary przekraczają możliwości lokalnych sił ratowniczych i konieczna jest interwencja z zewnątrz. Z powodu rozległości zdarzeń i liczby poszkodowanych w wyniku katastrofy oraz ograniczoności posiadanych środków prowadzenie akcji ratowniczej wymaga zastosowania zasad segregacji medycznej. W poszczególnych przypadkach katastrofa może prowadzić do sytuacji, w której

sam szpital zostaje uszkodzony lub zniszczony, co utrudnia lub uniemożliwia jego funkcjonowanie. Działanie szpitala może ulec poważnemu ograniczeniu lub zostać uniemożliwione ze względu na zgłaszanie się ogromnej liczby osób żądających przeprowadzenia badań i udzielenia pomocy medycznej, co w krótkim czasie doprowadzi do wyczerpania posiadanych przez placówkę bieżących zasobów leków, materiałów i sprzętu [Davoli 2007, ss. 10-11].

Katastrofa to rezultat poważnego zaburzenia stosunków i relacji między człowiekiem a jego środowiskiem, najczęściej następującego nagle lub wolno, jak w przypadku suszy, i powodującego konieczność użycia środków nadzwyczajnych do jego opanowania, często z potrzebą uzyskania pomocy zewnętrznej, a nawet międzynarodowej. Katastrofa to zdarzenie powodujące śmierć, obrażenia i zniszczenia mienia o takim nasileniu, przy którym nie wystarczają działania podejmowane rutynowo celem ograniczenia jej skutków [Ciećkiewicz 2005, ss. 1-13].

Katastrofa to także zdarzenie o przyczynach działań ludzkich, najczęściej dotyczących jakichś konfliktów zbrojnych i działań wojennych, co było główną przyczyną katastrof do czasu zakończenia zeszłego wieku. Od początku nowego wieku mamy do czynienia z szerokim zakresem działań terrorystycznych, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych [Simon 2001, Peral-Gutierrez de Caballos 2005]. Szczególne znaczenie miały ataki na World Trade Center 11 września 2001 roku oraz atak na metro w Madrycie 11 marca 2004 roku. W stosunku do tych zdarzeń bardzo często używano określenia „katastrofa”, choć słowo to było na drugim miejscu po słowie „terroryzm”. Potencjalne zagrożenia najczęściej analizowane jako katastrofy, jakie pojawiają się w literaturze [Peleg 2003, ss. 258-262], pogrupować można na trzy grupy:

- terroryzm jako przyczyna katastrofy,
- klęski żywiołowe spowodowane awariami technicznymi jako przyczyna katastrofy,
- klęski żywiołowe spowodowane działaniami sił natury jako przyczyna katastrofy.

Terroryzm może mieć wiele postaci i form oddziaływania, których efektem jest katastrofa, kryzys czy zdarzenie o zakresie masowym. Terroryzm najczęściej związany jest z użyciem materiałów wybuchowych lub materiałów łatwopalnych.

Akty terroru obejmują także użycie materiałów biologicznych (bioterroryzm) oraz chemicznych. Terroryzm jest nieprzewidywalny w skutkach. Nie jest możliwe określenie dokładnego miejsca ani czasu ataku terrorystycznego. Nie można także sprecyzować sposobu działania terrorystów czy rodzaju użytych materiałów. Skutkiem zamachu terrorystycznego może być zarówno awaria techniczna, jak i inna katastrofa określana zwykle mianem katastrofy naturalnej.

Potencjalne awarie techniczne najczęściej wymieniane i brane pod uwagę przy tworzeniu planów i analiz to:

- skażenia promieniotwórcze,
- skażenia toksycznymi środkami przemysłowymi,
- katastrofy komunikacyjne, (drogowe, kolejowe),
- katastrofy lotnicze,
- katastrofy budowlane,
- awarie sieci komunikacyjnych i infrastruktury.

Potencjalne klęski żywiołowe spowodowane działaniem sił natury to:

- pożary kompleksów leśnych na dużej powierzchni i zwartej zabudowy,
- następstwa huraganowych wiatrów,
- długotrwałe śnieżyce,
- długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur,
- susze,
- powodzie,
- masowe występowanie szkodników,
- choroby roślin,
- choroby zakaźne zwierząt,
- choroby zakaźne ludzi.

Najwyższe ryzyko dotyczące zagrożeń terrorystycznych, chemicznych, biologicznych i równocześnie działań wojennych to możliwość użycia broni biologicznej/chemicznej.

Połączenie terroryzmu z zagrożeniem chemicznym daje atak terrorystyczny z użyciem chemicznych środków. Najbardziej znana i konieczna do przedstawienia i ujęcia w planie zarządzania kryzysowego szpitala klasyfikacja grup środków chemicznych to podział bojowych środków trujących. Dzieli się je na:

- środki duszące – (drażniące płuca), drażnią drogi oddechowe, w dużych stężeniach często doprowadzają do śmierci przez uduszenie.
- środki parzące – to najczęściej stosowane i magazynowane środki chemiczne. Zwykle powodują podrażnienie oczu, wymioty, pęcherze na skórze. Często występują poparzenia zbliżone do poparzeń kwasem.
- środki paralityczno-drgawkowe – działają najczęściej paraliżująco na mięśnie oddechowe oraz powodują zaburzenia działania enzymów w organizmie. Bardzo proste do wytworzenia między innymi z substancji stosowanych w produkcji pestycydów czy związków do tłumienia ognia.

Przykładowe środki chemiczne, które mogą zostać użyte przez terrorystów, z grup bojowych środków chemicznych:

Do środków duszących należą między innymi:

- chlor – jest lotny, w temperaturze pokojowej zielony gaz, objawy zwykle po 2-4 godzinach (ucisk w klatce piersiowej), śmierć po 24 godzinach.
- fosgen – jest lotny, słabo wyczuwalny zapach, uszkadza płuca i skórę, brak wcześniejszych objawów, śmierć zwykle po 24 godzinach.
- di fosgen – jest to ciecz w temperaturze pokojowej, trwalszy od fosgeny i chloru.
- chloropikryna – jest to oleista ciecz, drażniący silny zapach, stosowana szeroko w przemyśle, bardzo łatwa i tania w produkcji.

Do środków parzących należą:

- iperyt siarkowy – jest zwany również gazem musztardowym, ma charakterystyczną woń musztardy lub czosnku, oleista ciecz bardzo toksyczna, charakteryzuje się dużą trwałością. Środek ten niszczy tkankę od wewnątrz. Nie jest aż tak śmiertelny, jednak może zniszczyć odporność organizmu.
- iperyt azotowy – przeważnie w działaniu podobny do iperytu siarkowego, ale w stosunku do niego jest bardziej toksyczny.
- luizyt – jest to oleista bezbarwna ciecz, zapach podobny do pelargonii.
- oksyn fosgen – inaczej gaz pokrzywowy. Podobnie jak fosgen uszkadza płuca i skórę, działa natychmiastowo, a objawy utrzymują się do roku.

Do środków paralityczno-drgawkowych należą:

- szereg G – jest to grupa środków paralityczno-drgawkowych. Zostały wynalezione w 1934 roku w Niemczech w związku z próbą otrzymania lepszych i tańszych pestycydów. Do grupy G (od *German*) należą Tabun (GA), Sarin (GB), Soman (GD). Symbole GA, GB, GC to symbole stosowane przez NATO.
- szereg V – mają silniejsze właściwości uśmiercające od trucizn szeregu G, gdyż odparowują znacznie wolniej, są dużo mniej niebezpieczne w postaci pary, ale niezwykle silnie uśmiercające w postaci cieczy. Ilość 10 -15 mg (mniej niż kropla) VX przy kontakcie ze skórą może zabić człowieka średniej masy. Do środków z szeregu V należą VE, VG, VN i VX [Croddy 2003, ss. 126-271].

3.1.4. Wypadek masowy i inne pojęcia.

Wypadek to takie zdarzenie, w którym problem może być rozwiązany przez jeden zespół ratownictwa [Ciećkiewicz 2005, s. 2]. Z punktu widzenia szpitala wypadki to przyjęcie kilku bądź kilkunastu poszkodowanych dziennie ze zdarzeń drogowych, potrąceń, upadków z wysokości i temu podobnych. Taki napływ pacjentów wpisuje się w normalną działalność szpitala.

Inaczej można podchodzić do zdarzeń masowych. Wypadek masowy to każde zdarzenie, w którym w celu udzielenia pomocy konieczne jest skierowanie na jego miejsce wielu zespołów, ale zdarzenie to możliwe jest do wykonania przez lokalny system ratownictwa. Może pojawić się także z medycznego punktu widzenia konieczność ustalenia kolejności, według której ma być udzielana pomoc medyczna ofiarom zdarzenia, czyli *triage* nazywany także segregacją poszkodowanych [Ciećkiewicz 2005, ss. 2-13]. Kiedy do szpitala napływa duża ilość poszkodowanych w krótkich odstępach czasu lub niemal równocześnie, może to spowodować konieczność uruchomienia planu zarządzania kryzysowego.

Nagły wypadek jest określeniem stosowanym w terminologii medycznej, i oznacza nagłą charakter problemu zdrowotnego oraz pilną potrzebę natychmiastowej pomocy lekarskiej. Mimo to w całej w całej literaturze „plan przygotowań na okoliczność nagłego wypadku” (*emergency preparedness plan*) jest najczęściej spotykanym określeniem. Użycie terminu „nagły wypadek” przywołuje problem znacznego ograniczenia lub braku dostępnego czasu na reakcję

w danej sytuacji i może być mylące. Określenie „nagły wypadek” jest używane powszechnie w kontekście medycznym na określenie przypadków klinicznych, które wymagają natychmiastowego działania. Używanie tego określenia może prowadzić w pewnych sytuacjach do nieporozumień ze względu na całościowo rozumianą organizację oraz uruchomienie szpitalnych i pozaszpitalnych zasobów i zapasów, co w efekcie uniemożliwia udzielenie pomocy we właściwy i kompleksowy sposób [Davoli 2007, s. 11].

3.2. Charakterystyka zagrożeń oraz ocena ich wystąpienia dla Wielkopolski

Poniższa klasyfikacja zagrożeń opracowana została na podstawie Wielkopolskiego Planu Zarządzania Kryzysowego.

Zagrożenia promieniotwórcze, związane z wystąpieniem zdarzeń radiacyjnych. Są to realne zdarzenia radiacyjne mogące powodować zagrożenia o ograniczonej skali oraz intensywności i nie stanowią one sytuacji w których konieczne by było wprowadzenia stanów nadzwyczajnych. Prawdopodobieństwo użycia broni jądrowej jest małe, w tej klasie zagrożenia takiego nie uwzględniono. Ryzyko ograniczone jest do niewielkich uwolnień substancji śladowych niepowodujących większych zagrożeń.

Zagrożenia epidemiczne. Są to zagrożenia, na które praktycznie nie ma możliwości przygotowania, wystąpienie choroby zakaźnej lub podobnej rozprzestrzeniającej się wśród ludzi byłoby niezwykle trudne do jakiegokolwiek opanowania. Jest to jednak bardzo mało prawdopodobne, wymagające natychmiastowego podjęcia nadzwyczajnych działań, może wiązać się z różnych przyczyn i powodować wprowadzenie stanu wyjątkowego lub stanu klęski żywiołowej.

Zagrożenia możliwością wystąpienia choroby zakaźnej zwierząt. Jest to zagrożenie mogące objąć swym zasięgiem cały obszar województwa z uwzględnieniem rejonów przyległych do rzeki Warty i Noteci, ze względu na prawdopodobieństwo możliwości wystąpienia wysoce zjadliwej grypy ptaków.

Takie zjawisko może dotyczyć zarówno ptaków hodowlanych jak i dziko żyjących. Uznane jest za średni poziom zagrożenia.

Zagrożenia powodziowe oraz meteorologiczne. Dla takich zagrożeń stan przygotowania do przeciwdziałania skutkom powodzi oraz efektywnemu ograniczaniu rozprzestrzenianiu się tego zagrożenia jest dość ograniczony. Dotyczy kilku powiatów Wielkopolski, oraz terenów zalewowych i okolic rzek. Coraz częstszymi mogą natomiast być zagrożenia meteorologiczne czyli: silnych, nawet huraganowych wiatrów, wraz z dużymi opadami deszczu, skutkującymi podtopieniami, skrajnie wysokich temperatur i suszy, skrajnie niskich temperatur, wraz z dużymi opadami śniegu. Wystąpienie zagrożenia powodziowego w skali obejmującej obszar przekraczający powierzchnię jednego powiatu i mający wymiar sytuacji kryzysowej jest mało prawdopodobny. Występowanie tych zagrożeń może być coraz częstsze.

Zagrożenia możliwości wystąpienia poważnej awarii przemysłowej. Zagrożenia to obejmuje głównie magazyny gazu BP w Swarzędzu, gdzie potencjalne efekty eksplozji wszystkich zbiorników gazu byłyby katastrofalne. Jednak takie zdarzenie jest bardzo mało prawdopodobne.

Zagrożenia bezpieczeństwa paliwowego i tak zwanych zakłóceń na rynku naftowym. Może powodować ogromne skutki społeczne i gospodarcze powodują, że jest to zagrożenie bardzo poważne. Zagrożenie realne o niskim poziomie prawdopodobieństwa.

Zagrożenia będące bezpośrednim powodem wprowadzenia stanu klęski żywiołowej. Zagrożenia o skali powodującej konieczność wprowadzenia ograniczeń praw wolności i obywatela jest bardzo mało prawdopodobne.

Zagrożenia będące bezpośrednim powodem wprowadzenia stanu wyjątkowego.

Zagrożenia określane - bezpieczeństwa publicznego mogące być konsekwencją nietypowych sytuacji kryzysowych lub społecznych jest mało prawdopodobne biorąc pod uwagę skalę Wielkopolski.

Zagrożenia będące bezpośrednim powodem wprowadzenia stanu wojennego. Takie zagrożenia ze strony państw obcych. Prawdopodobieństwo jest pomijalne, małe. W skali województwa pomijane.

Zagrożenia związane z możliwością wystąpienia innych sytuacji kryzysowych. W takim zestawieniu mogą to być brane pod uwagę wypadki masowe – katastrofy komunikacyjne, budowlane, górnicze i geologiczne, susze oraz inne różne nieprzewidziane sytuacje które spełniają definicję sytuacji kryzysowych. Zdarzenia takie występują losowo, np. katastrofy lotnicze, kolejowe, autokarowe – skala koniecznej interwencji jest jednak zależna od konkretnego przypadku zdarzenia. Trudność polega na wymuszanej presji medialnej na organy władzy w zakresie reakcji, a przepisy prawa niejednoznacznie określają możliwości podejmowania konkretnych działań. Organy władzy w takich sytuacjach mogą napotykać trudności, wynikające z braku uregulowań prawnych w zakresie kompetencji poszczególnych organów, np. może dojść do nieporozumień między sferą cywilną a wojskową, pomiędzy władzami gminy a powiatu, pomiędzy samorządem terytorialnym a Wojewodą.

3.3. Ryzyko i zagrożenia – analiza otoczenia szpitala

Zmiany powstają zarówno wewnątrz organizacji, jak i w jej otoczeniu. Wewnątrz organizacji pojawiają się zmiany będące rezultatem nowych procesów zachodzących w organizacjach. Procesy te mogą mieć charakter organizacyjny, jakościowy i strukturalny, zwykle mają związek ze zmianami zachodzącymi w otoczeniu zewnętrznym organizacji. Otoczenie organizacji należy rozumieć w kontekście społecznym, kulturowym, prawnym, politycznym i ekonomicznym, a także jako zbiorowości:

- kooperujące z organizacją,
- korzystające z jej produktów i usług,
- prowadzące obsługę administracyjną (w skali makro i mikro, lokalną, samorządową, rządową) [Głowacka 2009, ss. 94-102].

Ponieważ zmiany nie zawsze wywierają korzystny wpływ na jej rozwój, dlatego organizacje muszą nauczyć się efektywnych sposobów radzenia sobie ze zmianami, poprzez wnikliwą analizę istoty zmiany i doskonałą umiejętność radzenia sobie z oporem wobec zmian [Głowacka 2009, s. 95].

Pojęcie ryzyka związanego z podejmowaniem decyzji w sytuacjach, kiedy nie są znane wszystkie istotne informacje, a ich brak może powodować, że cele i oczekiwania związane z podejmowaną decyzją nie zostaną w pełni spełnione, to najbardziej ogólne określenie ryzyka [Kaczmarek 1999, s. 12]. W literaturze przedmiotu na określenie niepewności można znaleźć użycie jako bliskoznacznego słowa „niewiedza”. W tym sensie niepewność jest wartością leżącą w skali wyznaczonej przez krańcową pewność (prawdopodobieństwo równe jedności) i krańcową niepewność (prawdopodobieństwo równe zero). Pojęcie niepewności łączy się z przypadkowością i używa się go jako synonimu zawodności oraz wątpliwości w stosunku do czegoś lub kogoś. Można stwierdzić, że źródłem niepewności jest złożoność, nieokreśloność i nieciągłość zjawisk społecznych i ekonomicznych [Pszczółowski 1978, s. 134].

W szacowaniu ryzyka wystąpienia zagrożeń konieczne jest poznanie otoczenia szpitala [Frykberg 2004, ss. 201-212, Hanna 1995, Shapira 2002], czyli znajdujących się w jego obrębie szlaków komunikacyjnych, przedsiębiorstw, uwarunkowań środowiskowych, a także poznanie całej specyfiki przestrzeni, szczególnie pod względem urbanistycznym, ekologicznym, epidemiologicznym, społecznym i kulturowym – według omawianego już wcześniej systemu otoczenia bliższego i dalszego. Ważne jest także przeanalizowanie samej placówki, jej specyfiki działalności, warunków lokalowych, organizacji, personelu, uwarunkowań medycznych, sanitarnych, ekonomicznych i prawnych. Podział zagrożeń dla konkretnej placówki, jest zależny od miejsca i czasu, w którym się znajdujemy. W szacowaniu ryzyka wystąpienia zagrożenia pomocne są odpowiedzi na poniższe pytania:

- jakie to miasto/miejscowość/wieś?
- ilu ma mieszkańców?
- jakie drogi tędy biegną, jakie szlaki kolejowe i lotnicze?
- jaki jest klimat (dużo opadów, suchy teren, dużo wiatrów, temperatury)?
- jakie jest ukształtowanie środowiska?
- jaki jest ekosystem?
- jaka jest struktura demograficzna ludności?

Do analizy zagrożeń trzeba wziąć także aspekty ekonomiczne traktujące szpital jako przedsiębiorstwo, działające na wolnym rynku usług medycznych, czyli całą

sferę finansową, prawną i administracyjną. Niezbędna jest także analiza organizacji wewnętrznej, struktury pracowników, dostawców i odbiorców oraz innych podmiotów powiązanych. Szczegółowej analizie ryzyka poddaje się sam budynek lub lokal, w jakim znajduje się szpital. Dokładna charakterystyka poszczególnych zagrożeń znajduje się w dalszej części.

Zarządzanie ryzykiem bywa ograniczane do przewidywania, wykrywania i zapobiegania możliwym trudnościom. Zarządzanie to, jest wyraźnie odróżniane od terminu zarządzania kryzysowego, czyli szerszego pojęcia obejmującego reagowanie, zabezpieczanie i znajdowanie rozwiązań zaistniałej sytuacji kryzysowej.

Zarządzie kryzysowe jako proces obejmuje między innymi takie elementy, jak:

- identyfikację, pomiar i ocenę ryzyka,
- metody i instrumenty sterowania ryzykiem,
- finansowania ryzyka,
- nadzór nad aktualnymi i potencjalnymi ryzykami [Borys 1996, s. 7]

W szacowaniu ryzyka wystąpienia zagrożenia należy wziąć pod uwagę czynniki zewnętrzne z otoczenia i wnętrza szpitala oraz częstość występowania pewnych zdarzeń w przeszłości w danym szpitalu i w jego otoczeniu. Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia pewnych zdarzeń jest ściśle zależny od konkretnej placówki służby zdrowia i jej otoczenia. Konieczny jest podział na konkretne kategorie i skupienie uwagi na uwarunkowania sprzyjające pewnym zagrożeniom. W literaturze można znaleźć wiele podziałów zagrożeń i charakterystyki czynników zagrażających ludziom i instytucji, jaką jest szpital [Haque 2000, Wilson 1987, Tobin 1997]. Ryzyko wynika z ciągłości zmian zarówno w środowisku naturalnym, jak i w ludzkiej działalności. Zmiany te mogą wpływać na powstanie groźnych zjawisk i powodować pewne zagrożenia. Ryzyko wynika także z faktu urbanizacji oraz podejmowania decyzji dotyczących przyszłości [Mileti 1999, Okrent 1980]. Monitorowanie takich zmian na zewnątrz placówki, jak i wewnątrz, pozwala na wczesne wykrywanie i reagowanie na zagrożenia. Ogromną rolę pełnią pracownicy świadomi zagrożeń i potrafiący rozpoznać zagrożenie i zareagować w sposób przewidziany w planie zarządzania kryzysowego. Podstawową sprawą jest poznanie rodzajów ryzyka i wynikających z nich zagrożeń, biorąc pod uwagę podział na:

- wewnętrzne z punktu widzenia szpitala
- zewnętrzne z punktu widzenia szpitala

Charakterystyka zagrożeń wykonana została na podstawie literatury przedmiotu oraz interdyscyplinarnego zarządzania ryzykiem [Kaczmarek 2006, ss. 56-71].

3.3.1. Zagrożenia wewnętrzne – szpital jako podmiot w sytuacji kryzysowej

Zagrożenie lokalowe można określić jako zagrożenie związane z budynkiem oraz działką, na której stoi szpital, terenem ściśle przyległym. W zakres zagrożeń lokalowych wchodzi sam budynek i działka, czyli możliwe zagrożenia z nimi związane, również awaria istotnych dla funkcjonowania szpitala instalacji na przykład gazu, prądu, wody, gazu technicznego, innych instalacji i wszystkich elementów konstrukcji

Zagrożenie medyczne związane jest z każdym zagrożeniem wynikającym ze zmieniającej się wiedzy medycznej i co za tym idzie sposobu leczenia, stosowania farmaceutyków, leków i preparatów leczniczych oraz wynikającymi z tego chorobami personelu i pacjentów (nie epidemicznymi).

Zagrożenie epidemiologiczne wewnętrzne, określamy jako zagrożenie spowodowane wirusowymi, bakteryjnymi i innymi chorobotwórczymi patogenami, powodującymi epidemię lub pandemię. Zagrożenia te mogą powodować zachorowania dużej ilości ludzi wewnątrz szpitala – personelu medycznego oraz pacjentów.

Wewnętrzne zagrożenie leczenia dotyczy procesu leczenia i powiązanych z tym elementów wewnątrz szpitala, w tym zaopatrzenia w leki, żywność i innych. Zagrożenie to wynika z braku pełnej wiedzy co do przyszłego szeroko pojętego stanu szpitala. Ryzyko to obejmuje wszystkie możliwe odchylenia w rezultatach leczenia oraz wahania w obszarze założonych celów i osiągniętych rezultatów. Dotyczy zmian w obrębie zachorowalności, zapadalności na różne choroby, procesu leczenia, sposobu leczenia oraz koniecznych do tego zmian w funkcjonowaniu szpitala.

Zagrożenie prawne dotyczy wszelkich postępowań prawnych oraz dotyczy własności lokalowej, formy prawnej szpitala np. spółki prawa handlowego. Dotyczy także pozwów w stosunku do szpitala i innych prawnych zagrożeń.

Zagrożenie terrorystyczne może być zagrożeniem wewnętrznym szpitala, w momencie, gdy stanie się on celem terrorystów lub domniemanym celem.

Zagrożenie psychologiczne dotyczy psychologicznych aspektów, szczególnie związanych z personelem, takich jak wypalenie zawodowe, panika oraz innych zagrożeń psychologicznych mogących mieć wpływ na funkcjonowanie szpitala.

Zagrożenie organizacyjne jest pojęciem szerokim i związanym z rozwiązywaniem skomplikowanych kwestii dotyczących pracowników, ich osobowości i zachowań. Może wynikać ze strajku personelu, a także z zagadnień technicznych oraz organizacyjnych i kontroli w ramach placówki. Dotyczy to zarówno organizacji pracy, czasu pracy, motywacji, zastępowalności pracowników oraz ich hierarchizacji.

Zagrożenie ekonomiczne dotyczy sfery zarządzania szpitalem, finansowania i funkcjonowania na rynku usług medycznych.

Zagrożenie siły wyższej wewnątrz szpitala to wypadek z przyczyny naturalnej i bezpośredniej, niepodlegającej interwencji człowieka, któremu to wypadkowi nie można było zapobiec nawet przy dołożeniu wymaganej staranności, przy podjęciu takich zbiegów i przewidywań, jakich można było oczekiwać (np. upadek samolotu na szpital, wybuch w szpitalu) [Kaczmarek 2006, ss. 56-91].

Zagrożenie z powodu podwyższonej gotowości szpitala – w związku z przepisami obligującymi szpital do podniesienia gotowości w razie potrzeby przez powstanie zagrożenia zewnętrznego, które obejmuje: wystąpienie zdarzeń radiacyjnych, zagrożenia epidemiczne i epidemie, zagrożenia wystąpienia jakiegokolwiek choroby zakaźnej zwierząt, zagrożenia hydrometeorologiczne, stan klęski żywiołowej, powodzie, stan wyjątkowy oraz nietypowe sytuacje kryzysowe [Juras, Pielęgniarstwo Polskie 4 (30) 2008].

3.3.2. Zagrożenia zewnętrzne – szpital jako przedmiot w sytuacji kryzysowej

Zagrożenie klęsk żywiołowych, katastrof i wypadków masowych dotyczy katastrof naturalnych i spowodowanych przez człowieka, tj. wypadków masowych – głównie w obrębie środków komunikacji – wypadków samochodowych, kolejowych, lotniczych itp.

Zagrożenie epidemiologiczne/pandemiczne określamy jako zagrożenie spowodowane wirusowymi, bakteryjnymi i innymi chorobotwórczymi patogenami mogącymi powodować zachorowanie ludności w obszarze działania szpitala. Może dotyczyć także broni biologicznej.

Zagrożenie chemiczne/skażeniem chemicznym związane jest z stosowaniem niebezpiecznych środków chemicznych, na przykład środków owadobójczych, środków ochrony roślin, środków konserwujących, broni chemicznej, zanieczyszczeń chemicznych przemysłowych.

Zagrożenie terrorystyczne, omówione wcześniej, może dotyczyć bioterroryzmu i użycia środków wybuchowych i chemicznych. Dotyczy to zagrożenia terrorystycznego w stosunku do znajdujących się w pobliżu potencjalnych celów dla terrorystów miejsc takich jak: lotniska, dworce, centra handlowe, przepompownie gazu, placówki dyplomatyczne itp.

Zagrożenie farmaceutyczne związane jest ze stosowaniem (lub złym stosowaniem) wadliwych leków i preparatów leczniczych, wykorzystaniem zapasów magazynowych, brakiem odpowiednich zapasów, zmianami w stosowaniu, terminem ważności i innymi związanymi z farmaceutyczną częścią działalności szpitala.

Zagrożenia środowiskowe opisać można na podstawie charakterystyki terenu, wszystkich aspektów otoczenia szpitala, ale związanych z środowiskiem naturalnym: hydrometeorologicznych, osuwaniem się gruntów, powodzią i podtopieniami, itp.

Zagrożenia urbanistyczne związane są z charakterystyką terenu zurbanizowanego. Mogą występować w obszarze osiedli, centrów handlowych, przedsiębiorstw. i zagrożeń, jakie powodują, także z bliskiej odległości dróg krajowych lub wojewódzkich, dworców, lotnisk, korytarzy powietrznych itp.

Zagrożenie ze strony jednostek powiązanych dotyczy dostarczycieli wody, ciepła, prądu, materiałów, leków itp., jakkolwiek powiązanych laboratoriów,

innych szpitali i jednostek służby zdrowia, hurtowni, aptek oraz jednostek i przedsiębiorstw działających na terenie szpitala.

Zagrożenie ze strony medialnych środków przekazu dotyczy głównie strefy *public relations* – możliwości zrobienia tak zwanej złej opinii placówce – oraz kontaktów z mediami w czasie kryzysu.

Zagrożenie cywilizacyjne i kulturowe dotyczą całej sfery cywilizacyjno-kulturowej, trudnej do ogólnego określenia, oraz zmian w niej zachodzących i zagrożeń, jakie może powodować.

Zagrożenie etniczne i religijne dotyczą grup etnicznych i religijnych oraz wiedzy na temat zagrożeń, jakie mogą powodować.

Zagrożenie ekonomiczne dotyczy kondycji ekonomicznej całego kraju, województw, gminy, miasta, dzielnicy, która może mieć wpływ na szpital lub jednostki z nim powiązane.

Zagrożenie ubezpieczeniowe dotyczy całej sfery, którą można ubezpieczyć i powiązanych z tym konsekwencji, ale również tego, czego ubezpieczyć nie można i na to konieczne jest posiadanie rezerw i planów zabezpieczeń. Można się ubezpieczyć od strat na przykład z powodu pożaru, kradzieży odpowiedzialności cywilnej itp. Zagrożenie ubezpieczeniowe, to również ryzyko rynkowe i kapitałowe, związane z zawieraniem kontraktów z NFZ, które szpital musi ponosić sam [Kaczmarek 2006, ss. 48-115].

Zagrożenie siły wyższej to wypadek z przyczyny naturalnej i bezpośredniej, najczęściej niepodlegającej interwencji człowieka, któremu to wypadkowi nie można było zapobiec nawet przy dołożeniu wymaganej staranności, przy podjęciu takich zbiegów i przewidywań, jakich można było oczekiwać [Juras 2009].

Rozdział II. Założenia badawcze

1. Cel pracy

Celem każdego badania naukowego jest wzbogacenie naszej wiedzy. Oczywiście i niezależnie czy to dzisiaj możliwe, powinno się zdawać sobie sprawę z możliwości wykorzystania tych osiągnięć w celach praktycznych [Pytkowski 1985, s. 189]. Uzasadnieniem wyboru problemu badawczego jest zainteresowanie autora daną tematyką. Prowadzenie badań i rozwiązywanie problemów poprzez ujmowanie ich w postaci określonego systemu jest konieczne, aby móc sprostać nowym, narastającym zadaniom wyłaniającym się w różnych dziedzinach badań i działalności twórczej. Dotyczy to w szczególności organizacji i zarządzania [Wesołowski 1996, s.9]. W kwestii zdefiniowania problemu badawczego, w literaturze pojawia się zgodność autorów wypowiadających się o tym panuje jednomyślność, że jest to trudność jakaś przeszkoda [Leszek 1997, s. 31]. Według Stachaka i Woźniaka w szerokim sensie nazwa problem oznacza przeszkodę, którą trzeba pokonać dla osiągnięcia jakiegoś dalszego celu [Stachak 1984, s. 46]. Posiadając określony problem badawczy konieczne jest wyznaczenie konkretnych celów badawczych. Według Skornego cel to uświadomienie sobie, po co podejmujemy badania oraz do czego mogą być przydatne uzyskane w nich wyniki [Węglińska 1997, s. 8].

Cel główny:

Zaprojektowanie wzorca planu zarządzania kryzysowego szpitala, przebadanie go i ocena możliwości jego funkcjonowania.

Cele szczegółowe:

- Rozpoznanie stanu aktualnego przygotowania szpitali na sytuacje kryzysowe.
- Przeanalizowanie otoczenia szpitali i zagrożeń.
- Skonstruowanie wzorca planu zarządzania kryzysowego szpitala.
- Zbadanie wzorca przez ekspertów.

2. Hipotezy badawcze

Hipoteza tworzy obraz rzeczy, zanim upewnimy się o ich wyglądzie. Fakty i teoria wzajemnie się powinny przenikać i trzeba mieć odwagę postawienia hipotezy i uczciwego jej sprawdzenia. Rola hipotez w nauce jest wielka. Bez teorii i hipotez nie mógłby nastąpić rozwój nauk, bo nie byłoby podstaw do wyjściowego porządkowania faktów. Konieczność istnienia hipotez badawczych można uzasadnić tak, że ciągły rozwój nauki wiąże się i na ogół wynika z odkrywania coraz nowszych faktów. Budowanie hipotez opieramy na wyobraźni. Hipoteza to dopiero zdanie, a nie dowód. Jest ona tylko prawem aproksymacji do prawdy [Pytkowski 1985, ss. 155-158]. Wybór ogólnych założeń badawczych a już koniecznie hipotezy roboczej, czyli przypuszczalnego rozwiązania problemu, co jest przecież dowodem osobistego zaangażowania się w nim autora rozprawy – należy do niego samego [Zakrzewski 1971, s. 11].

Hipoteza główna:

Głównym zagrożeniem są dla funkcjonowania placówki szpitalnej są kryzysy wewnętrzne i zewnętrzne.

Hipotezy szczegółowe:

- Przygotowanie placówki służby zdrowia jaką jest szpital, na szeroko rozumiany kryzys może poprawić bezpieczeństwo pacjentów, pracowników i samego szpitala jako organizacji.
- Szpital posiadający plan zarządzania kryzysowego jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w kryzysie.
- Jednolity wzór planu zarządzania kryzysowego szpitala, zgodny z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, zwiększa sprawność systemu organizacji szpitala oraz infrastruktury krytycznej.
- Wzorzec planu zarządzania kryzysowego przedstawiony w tej pracy jest poprawny, spójny, zrozumiały i może zostać wprowadzony w każdym szpitalu.

3. Materiały i metody

3.1. Materiały badawcze

Metodyką pisania pracy doktorskiej nazywać można usystematyzowane postępowanie, oparte na naukowych zasadach badawczych, które ma na celu napisanie rozprawy naukowej, traktowanej jako rozwiązanie problemu naukowego [Mendel 2010, s. 5].

Materiały badawcze jako przedmiot badań faktografii to gromadzenie, opis, kryteria doboru, podział i ocena faktów (zdarzeń). Jednym z podstawowych podziałów jest wyróżnienie materiałów:

- pierwotnych (wynik bezpośredniego udziału doktoranta w ich gromadzeniu a więc spostrzeżenia, obserwacje, próby, doświadczenia),
- wtórnych (są to materiały statystyczne archiwalne, protokoły, ankiety, monografie, literatura) [Sławińska 2008, s. 146-149].

Realizowanie prac badawczych, a zwłaszcza prac o charakterze naukowym, dysertacyjnym, wymaga odpowiedniej wiedzy i uzdolnień. Istotną jednak rolę odgrywa również znajomość metod i technik prowadzenia prac badawczych. W zależności od obszaru i dziedziny badań są stosowane różne metody i formy dociekań, wśród których istotną rolę odgrywa badanie systemowe. Współcześnie zarządzanie dostarczyło doświadczeń i wiedzy, aby móc określić zasady oraz stworzyć i wykorzystywać systemowe modele sprawnego badania i doskonalenia systemów zarządzania [Wesołowski 1996, s. 10-11]. Jako zakres zainteresowania uznać można, badanie całego systemu funkcjonującego w obszarze zarządzania kryzysowego w szpitalach.

Praktyka zarządzania może być badana według standardów stanowiska realistycznego. Podstawowym problemem staje się wówczas zarządzanie w kontekście przypadku czy zbiorze celowo dobranych przypadków. Pojawia się odpowiedź na pytania, co się dzieje i dlaczego w sytuacji pojmowanej jako sukces, porażka, albo w inaczej zdefiniowanych okolicznościach. Jest to szczegółowa

wiedza, wynikająca z badania przypadków krytycznych. Wiedza ta jest budowana w związku z bezpośrednimi dokonaniem konkretnych zarządzających. Teoria ta jest budowana przez odwoływanie się do praktyki, czyli dobrych praktyk. Podobnie jest w stanowisku krytycznym – tylko determinantą jest jednak upływ czasu [Sławińska 2008, ss. 38-39].

Do materiałów badawczych na podstawie których został opracowany wzór planu zarządzania kryzysowego należy przede wszystkim zestaw propozycji przedstawionych przez ekspertów w metodzie Delfickiej. Dokumenty analizowane oraz rozwiązania stosowane w szpitalach to kolejne podstawowe materiały badawcze służące jako podstawa budowy wzorca. Należą do nich przede wszystkim:

- Wojewódzki Plan Zarządzania Kryzysowego dla Wielkopolski -, Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego. Wielkopolski Urząd Wojewódzki
- Plan zarządzania kryzysowego szpitala (plan Militaryzacji) – Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. L. Bierkowskiego w Poznaniu
- Plan zarządzania kryzysowego szpitala – Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie
- Praktyczne narzędzie do przygotowania Planu Przygotowań Kryzysowych dla szpitali, ze szczególnym uwzględnieniem pandemii grypy – WHO Europe, Ministerstwo Zdrowia.
- Zarządzenia Wojewódzkie w sprawie zasad i zakresu współpracy Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego z Jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne - jednostkami współpracującymi.
- Wymagane elementy szpitalnego planu reagowania w sytuacji kryzysowej – opracowanie Euro 2012
- Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na wypadek wystąpienia epidemii lub pandemii grypy
- Zasady rozwinięcia i funkcjonowania zespołów zastępczych miejsc szpitalnych (ZMSz)

- Raporty z ćwiczeń - Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. L. Bierkowskiego w Poznaniu
- Raporty z ćwiczeń w Teatrze Wielkim 28/29 czerwca 2010 r.
- Copenhagen uniwersytet - emergency plan.

3.2. Badane jednostki

Wprowadzenie planu zarządzania kryzysowego szpitala w jednostkach, które można nazwać małymi szpitalami lub wąsko specjalistycznymi, jest równie skomplikowane jak wprowadzanie tego planu w dużych szpitalach. Duże szpitale są bardziej narażone na zagrożenia, szczególnie zewnętrzne, równocześnie są także częściej wykorzystywane w razie wypadków masowych i katastrof jako ostatnie ogniwo działań ratunkowych.

Do badań przyjęto dwa szpitale o szerokim zakresie działalności:

- Szpital MSWiA w Poznaniu – jeden z wielu działający w dużym mieście,
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie – to największy w powiecie i obejmujący cały obszar miasta Leszna i okolic.

Charakterystyka szpitala MSWiA w Poznaniu:

Adres:

Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA

imienia prof. L. Bierkowskiego

ulica: Dojazd 34

60-631 Poznań

Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu w obecnej siedzibie funkcjonuje od 1976 roku. Podstawowym celem tej jednostki jest przede wszystkim podnoszenie jakości świadczonych usług. Szpital spełnia standardy nowoczesnej placówki medycznej. Podejmuje wiele inwestycji takich jak zakup nowego sprzętu oraz remonty w całym

Szpitalu. Personel stanowią specjaliści w swoich dziedzinach, będący ludźmi kompetentnymi i godnymi zaufania. Wyrazem tego zaufania, jakim ich obdarzono, jest zlecenie szpitalowi opieki nad osobistościami sceny politycznej, zarówno polskiej, jak i zagranicznej. Izba Przyjęć udziela świadczeń, polegających na przyjęciu i wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie koniecznym do stabilizacji funkcji życiowych u osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, a głównie w razie wypadku, zatrucia, urazu u dorosłych i dzieci. Szpital dokonuje medycznego zabezpieczenia pacjentów, a także w razie potrzeby zapewnia transport do innych szpitali w celu zapewnienia ciągłości procesu terapeutycznego.

Lista oddziałów w szpitalu MSWiA:

- Izba Przyjęć,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej,
- Blok Operacyjny z Sterylizacją,
- Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Angiologii,
- Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii,
- Oddział Ginekologii Jednego Dnia,
- Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami Kardiologii, Reumatologii i Nefrologii,
- Oddział Dermatologii,
- Klinika Neurologii i Chorób Naczyniowych Mózgu z Pododdziałami Udarowym i Rehabilitacji Wczesnoudarowej,
- Oddział Psychiatrii i Leczenia Uzależnień,
- Dzienny Oddział Rehabilitacji,
- Dzienny Oddział Diagnostyczny.

Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA ma w dyspozycji bardzo nowoczesne metody diagnostyki obrazowej, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny oraz ultrasonografię w pełnym zakresie. Wykonuje badania kontrastowe przewodu pokarmowego, rentgenodiagnostykę standardową, urografię, EKG spoczynkowe i wysiłkowe, EEG, echokardiografię metodą Holtera i gastroscopię.

Zapewnia opiekę medyczną z zakresu:

- leczenia szpitalnego,

- specjalistycznej opieki medycznej,
- rehabilitacji.

Prowadzi badania do celów sanitarno-epidemiologicznych a także badania profilaktyczne w zakresie medycyny pracy, w tym:

- badania kierowców,
- badania osób chcących ubiegać się o licencję pracownika ochrony fizycznej.
- badania osób chcących ubiegać się o pozwolenie na broń,

Zakład Opieki Zdrowotnej uzyskał na drodze konkursu zorganizowanego przez Wielkopolski Instytut Jakości certyfikat "Wielkopolska Jakość". To wyróżnienie zostało przyznane za wysoki standard diagnostyki oraz kompleksowość i profesjonalizm usług medycznych obejmujących leczenie szpitalne, ambulatoryjne, leczenie specjalistyczne oraz medycynę ratunkową. Wojskowe Centrum Normalizacji, Jakości i Kodyfikacji przyznało natomiast Natowski Kod Podmiotu Gospodarki Narodowej – NCAGE (Wojskowe Centrum Normalizacji, Natowski Kod Podmiotu Gospodarki Narodowej). Dodatkowo szpital posiada certyfikat The Executive Registry (New York-Presbyterian The University Hospital of Columbia and Cornell) [www.zozmswia.poznan.pl].

Charakterystyka Wojewódzkiego Zespołowego Szpitala w Lesznie:

Adres:

Wojewódzki Szpital Zespolony

ulica: Kiepury 45

64 - 100 Leszno

Wojewódzki Szpital Zespolony zlokalizowany jest w Lesznie, Jest publicznym samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej. Położony jest w północnej części miasta. Budynek szpitala częściowo oddany został do użytku w 1995 r. Jednostka ta dysponuje 17 oddziałami a także 23 poradniami specjalistycznymi. Oddziały mają do dyspozycji pacjentów 549 szpitalnych łóżek w salach jedno, dwu i trzyłóżkowych, z nowoczesnymi sanitariatami. Wszystkie oddziały posiadają własny węzeł sanitarny a także 44 łóżeczka dla wcześniaków i noworodków. Pod względem jakości świadczonych usług, jednostka ta została zakwalifikowana do placówek

specjalistycznych drugiego poziomu referencji. Zdecydowało o tym to że posiada wysoko kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską, poziom i zakres świadczonych usług a także wysokiej jakości sprzęt medyczny. Jednostka posiada też ogólnodostępną aptekę. Ma do dyspozycji również lądowisko dla śmigłowców, co daje szansę udzielania świadczeń na ogromnym obszarze terytorialnym.

Szpital rozpoczął działalność w styczniu 1996 roku, kiedy przeniesiono i uruchomiono pierwszy oddział dziecięcy z ulicy Korczaka do szpitala przy ulicy J. Kiepury. Był to jedyny oddział łóżek szpitalnych na tym obiekcie. W 1996 roku rozpoczęła działalność również pracownia mammograficzna oraz pracownia tomografii komputerowej, wchodzące w skład Zakładu Radiologii, następnie uruchamiano oddziały: nefrologiczny, centralną izbę przyjęć, oddział chorób wewnętrznych,. W styczniu 1997 roku przeniesiono także do nowego szpitala kardiologiczny oddział. Następne oddziały przeniesiono w roku 1998: oddział urologiczny i ortopedyczny, oddział chirurgiczny, oddział położniczy ginekologiczny następnie oddział noworodkowy, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, ostatecznie przeniesiono komórki organizacyjne: w tym laboratorium, pracownię rentgenowską, pracownię serologiczną. Szpital posiada własny dział żywienia, rozpoczął on swoją działalność w pierwszym roku działalności wraz z rozpoczęciem działalności pierwszego oddziału. Jednostka posiada dział żywienia, składającym się z kuchni centralnej oraz kuchni mlecznej, zmywalni, stołówki i kiosku spożywczego, pracuje tam 41 osób. Wprowadzony jest system HACCP i jest on na bieżąco monitorowany. Pod nadzorem pracujących w tym dziale wykwalifikowanych dietetyków i w oparciu o indywidualne karty diety, każdy pacjent otrzymuje posiłek odpowiadający ściśle jego chorobie wprost z kuchni centralnej. W ten sposób zwiększa się konieczność spełniania potrzeb pacjenta. Obok działalności podstawowej, czyli wyżywienie pacjentów szpitala, prowadzona jest i ciągle rozwijana działalność usługowa – dla pracowników jednostki, pacjentów korzystających ze zlokalizowanych na terenie szpitala, przychodni lekarskich oraz firm i osób niezwiązanych z placówką. Organizowana jest obsługa cateringowa, szkolenia i przyjęcia na terenie szpitala lub w miejscu wskazywanym przez klienta.

Szpital posiada laboratoria analityczne, serologiczne i mikrobiologii. W pracowni wykonuje się podstawowe badania serologiczne takie jak: grupa krwi, badania przeciwciał w krwi kobiet w ciąży, próby zgodności krwi, kwalifikacje podania immunoglobuliny, rozpracowuje się konflikty matczyno- płodowe, ale wykonuje się także badania konsultacyjne dla szpitala oraz innych szpitali. Na terenie placówki znajduje się Bank Krwi funkcjonujący dla szpitala. Ta pracownia jest czynna całą dobę przez wszystkie dni tygodnia. Szpital bierze udział w różnych zewnętrznych kontrolach takich jak: jakość badań prowadzonych we współpracy z Regionalnymi Centrami Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa a także kontroli międzynarodowej prowadzonej przy współpracy z firmą DiaHem. Procedury są zgodne z metodami tradycyjnie używanymi, a także czułymi mikrotestami kolumnowymi, cały personel to diagności laboratoryjnymi. Kładzie się duży nacisk na szkolenia, wszyscy zatrudnieni muszą mieć aktualne kursy kwalifikacyjne w zakresie serologii. Prowadzi się stałą współpracę z Regionalnymi Centrami Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa na przykład w Poznaniu.

Szpital posiada nowoczesną i wysoce specjalistyczną aparaturę służącą do terapii falą uderzeniową, oraz diatermią mikrofalową a także służący do terapii energotonowej czyli aparat HiToP. Świadczenia medyczne udzielane są bezpłatnie, na podstawie stosownego skierowania w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Albo odpłatnie na podstawie zlecenie pacjenta lub instytucji [www.wsz.leszno.pl].

3.3. Analiza wewnętrzna i zewnętrzna szpitali

Do budowy wzorca konieczne jest poznanie nie tylko literatury i dokumentacji ale także szpitali i ich funkcjonowania oraz analiza wewnętrzna i zewnętrzna szpitali.

Analiza SWOT jako metoda badawcza [Krupski (red.) 2005, ss. 55-63, Gierszewska 2007, ss. 234-246, Obłój 1998, ss. 173-203, Steinmann 2001, ss. 139-141, Niestrój 2002, ss. 120-125, Chrisudu-Budnik 2005, ss. 452-455] wnętrza organizacji i jej otoczenia sprawdza się w procesie planowania i jest bardzo często stosowana przy budowaniu planów strategicznych. Termin pochodzi od pierwszych liter angielskich słów *Strengths* – S, *Weaknesses* – W, *Opportunities* – O, *Threats* – T, czyli siły, słabości, okazje i zagrożenia [Supernat 2000, s. 488]. W wyniku analizy SWOT, powstają cztery zestawienia obejmujące wykaz:

- silnych stron organizacji,
- słabych stron organizacji,
- rzeczywiście występujących i potencjalnych szans,
- rzeczywiście występujących i potencjalnych zagrożeń [Koźmiński (red.) 2002, s. 140].

Analiza SWOT jest metodą badawczą, która opisuje, jak funkcjonuje organizacja (albo pokazuje jej położenie) w takich kategoriach czynników, które mogą mieć największy wpływ na jej działalność. Analiza ta polega na zidentyfikowaniu słabych i silnych stron danej organizacji czyli jej wewnętrznych możliwości i zasobów, oraz na określeniu szans i zagrożeń, jakie mogą stanąć przed organizacją, czyli czynniki zewnętrzne dla organizacji. Na koniec analizy SWOT określa się strategię, jaką firma ma wybrać w dalszej działalności. W zależności od ilości silnych lub słabych stron w danej grupie, wybiera się z pośród czterech rodzajów strategii. Strategia dla firm z przewagą mocnych stron i szans to strategia maxi-maxi, nazywana strategią agresywną, jest to strategia rozwoju i ekspansji. W przypadku firmy z przewagą słabych stron i szans to strategia mini-maxi, nazwana strategią konkurencyjną, jest to strategia wykorzystania szans i naprawy słabości.

Firma posiadająca przewagę mocnych stron i zagrożeń powinna wybrać strategię maxi-mini, wykorzystania wewnętrznego potencjału i zawalczenia zagrożeń, nazywaną strategią konserwatywną. Ostatnia ze strategii mini-mini, nazywana strategią defensywną, to firma z przewagą zagrożeń i słabych stron. Określenie „firma” jest nacechowane pewnym podejściem nastawionym na zysk.

Pierwszy etap to wybór kluczowych obszarów działalności dla badanych jednostek. W literaturze [Obłój 1998, s. 174] podkreśla się znaczenie takich obszarów:

- finanse,
- zarządzanie ludźmi,
- technologia,
- produkcja,
- zarządzanie,
- marketing i dystrybucja,
- obsługa posprzedażowa i serwis.

Szpital jest „firmą” w rozumieniu organizacyjnym, rynkowym i finansowym. Jedyna cecha odróżniająca szpital od pojęcia „firma” wynika ze specyficznej branży i nastawienia nie na maksymalizację zysku, lecz sprawność funkcjonowania – sprawność funkcjonowania w rozumieniu medycznym, czyli świadczonych usług, oraz finansowym, czyli podejścia do racjonalnego wydatkowania i finansowania działań szpitala. Wyżej wymieniona sytuacja wymusza specyficzne podejście do analizy SWOT i skupienie się w analizie na szerszym podejściu. W badanych szpitalach zastosowano rozbudowaną analizę SWOT, czyli tak zwaną TOWS/SWOT. Analiza SWOT jest tą samą analizą co TOWS, ale różni się głównie kierunkiem podejmowanych analiz. TOWS to z ang. od pierwszych liter słów: *Threats – T, Opportunities – O, Weaknesses – W, Strengths – S*. TOWS/SWOT rozpoczyna analizę od zagrożeń, co wydaje się uzasadnione, jeżeli badamy zarządzanie kryzysowe szpitali. Usystematyzowanego połączenia dwóch komplementarnych względem siebie podejść do badania organizacji „z zewnątrz do wewnątrz” oraz „od wewnątrz na zewnątrz”, jak również badania elementu synergii rozpoznawalnego w relacji między czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi.

Metoda analizy TOWS/SWOT odnosi się do badania jednostek funkcjonujących w systemie rynkowym. Przeprowadzenie takiej analizy w szpitalach wymusza pewne poszerzenia o dodatkowe elementy uszczegóławiające badanie. W szerokiej analizie SWOT do każdej słabej i mocnej strony przydziela się wagi, a następnie przemnaża przez ilość interakcji. Z powodu zastosowania analizy TOWS/SWOT oraz poszerzenia ze standardowych pięciu silnych stron do ośmiu (tak samo dla słabych stron) przydzielenie wag nie jest miarodajne. Szanse i zagrożenia są także poszerzone. Dla specyfiki badań w niniejszej pracy bardziej istotne i dające więcej informacji jest rozpoznanie silnych i słabych stron, szans i zagrożeń dla danego szpitala oraz sama analiza ilości interakcji i jej porównanie w obydwu jednostkach.

3.4. Metoda Delficka

Analiza literatury i dokumentacji, oraz szpitali z ich planami kryzysowymi to niewystarczający materiał badawczy do budowy wzorca planów kryzysowych szpitali. Aby wzorzec był w adekwatny do realiów, potrzeba aby powstał na podstawie niezależnych sugestii i rozwiązań zaproponowanych przez ekspertów w tej konkretnej tematyce. Następnie konieczne jest aby w kolejnym etapie uzgodnień, ci sami eksperci ocenili i skorygowali plan który zostanie im przedstawiony jako system zarządzania kryzysowego. Ocena ekspertów jest zasadna jeśli zostanie osiągnięta zgoda co do zasadności planów kryzysowych w szpitalu. Szanse na taki proces badawczy daje metoda Delficka. Po dwóch turach ankiet zostaje uzupełniona o wywiad pogłębiony ekspercki.

Metoda delficka to metoda badań naukowych, która należy do grupy metod nazywanych heurystycznymi, w których do badania i podejmowania decyzji wykorzystuje się doświadczenie, wiedzę i opinie ekspertów z konkretnej dziedziny [Cieślak 2004, Zeliaś 2001, Nowak 1998, Witkowska 2005]. Nazwa metody heurystyczne pochodzi od greckiego słowa *heurisko* ‘odkrywam, znajduję’. Heurystyka to umiejętność wykrywania nowych faktów i relacji między nimi oraz dochodzenia w ten sposób do nowych prawd. Istotą metod heurystycznych jest dochodzenie do nowych rozwiązań przez formułowanie hipotez, co jest

przeciwstawne czynnościom uzasadniającym. Sformułowane prognozy mogą być zarówno ilościowe, jak i jakościowe. Wykorzystywana jest do badania przyszłych zjawisk, określenia czasu zajścia jakichś przyszłych zdarzeń lub prawdopodobieństwa. Podstawowy rezultat uzyskuje się w wyniku przeprowadzenia serii ankiet wśród ekspertów. Za prekursorów tej metody uważa się O. Helmer'a a także N. Dalkey'a, którzy zastosowali i opisali tę metodę w latach pięćdziesiątych XX wieku w celu oceny sytuacji militarnych. Jednak jej pierwsze szersze zastosowanie miało miejsce w czasie prowadzeniu badań przez T. J. Gordon'a oraz O. Helmer'a w roku 1963 w RAND Corporation czyli Research and Development Corporation. Wzorcem tej metody była metodyka stosowana podczas zgromadzeń kardynałów w Watykanie, jej celem było uzgodnienie do wspólnego stanowiska, mimo sprzecznych opinii. Za eksperta uważa się osobę, która została zaproszona do udziału w badaniu ze względu na swoją wiedzę, szerokie horyzonty myślenia itp. W procesie badawczym bierze udział od kilku do kilkunastu ekspertów. Grupa ekspertów powinna być uniwersalna – złożona zarówno z osób wszechstronnych, jak i reprezentantów specjalistycznych, zgodnych z tematyką, dziedzin nauki i praktyki. Niezależność wypowiedzanych sądów uzyskuje się przez izolowanie od siebie ekspertów podczas badania. Uczestnicy nie wiedzą, kto jeszcze jest w grupie wybranych ekspertów. Anonimowość badania opinii jest zapewniona przez użycie ankiety. Badanie prowadzi się korespondencyjnie.

Wady metody delfickiej:

- wolna,
- kosztowna,
- ograniczona do jednego tematu,
- założenie, iż zgodność opinii jest równoznaczna z ich poprawnością i trafnością,
- trudność w doborze grupy ekspertów,
- niezbędność zaangażowania dużej liczby badaczy opracowujących ankietę i odpowiedzi,
- brak bezpośredniej wymiany poglądów,
- wykorzystanie tylko w zakresie prognoz długookresowych.

Metodę delficką cechuje:

- anonimowość opinii oraz ekspertów,
- niezależność opinii,
- unikanie dominujących osobowości,
- zdalna, asynchroniczna, grupowa komunikacja,
- kontrolowane sprzężenie zwrotne,
- uzgadnianie oraz sumowanie opinii kompetentnych osób,
- wieloetapowość,

Problem jest definiowany przez organizatora badania, czasem eksperci proszeni są o propozycje lub zasugerowanie tematów i rozwiązań. W następnym etapie przygotowywane, formułowane są pytania ankietowe. Prawidłowe i dokładne ich przygotowanie warunkuje uzyskanie dość szybkiej i dokładnego rezultatu. Liczba pytań nie powinna być zbyt duża, a realizacja treści danego pytania nie powinna mieć wpływu na pozostałe. Wszyscy eksperci, po otrzymaniu zestawu pytań, zwracają ankietę z udzielonymi odpowiedziami, które następnie są analizowane. Jeżeli organizatorzy stwierdzą zgodność opinii w temacie zainteresowania, prezentowane są finalne wyniki. Natomiast w przeciwnym wypadku formułowane są nowe ankiety wraz z wynikami poprzedniej i następuje kolejny etap konsultacji. Gdy któryś z ekspertów, udziela skrajnych, ekstremalnych odpowiedzi, prosi się wtedy o wytłumaczenie i uzasadnienia stanowiska. W ten sposób wyodrębnia się ekstremistów. Kolejne powtórzenie badania zmniejsza zakres w rozbieżności opinii i doprowadza do uzgodnionego stanowiska oraz opinii większości ekspertów [[www.wikipedia.org/Metoda delficka](http://www.wikipedia.org/Metoda_delficka)].

Etapy badania w metodzie delfickiej kolejno:

- Zdefiniowanie problemu.
- Wybór grona ekspertów.
- Przygotowanie i wysłanie ankiety.
- Analiza odpowiedzi zwrotnych.
- Czy zgoda została osiągnięta:
 - - Tak, przejście poniżej (dodatkowo poszerzono o IDI),

- - Nie, przejście dwa punkty niżej.
- Przedstawienie wyników.
- Przygotowanie i wysłanie ankiety następnej.
- Kolejna analiza odpowiedzi, oraz powrót do punktu „Czy zgoda została osiągnięta” (poszerzono o IDI).

Metoda Delficka została poszerzona w procesie badawczym o kolejną metodę badawczą. Dodatkowo zastosowano na koniec po osiągnięciu zgody – Indywidualny wywiad pogłębiony IDI (In-Depth-Interview). IDI to trwająca około godziny rozmowa przeprowadzana z pojedynczymi osobami (ekspertami), mającymi szczególny związek z tematem badania lub posiadającymi szeroką wiedzę z zakresu badanej tematyki. Respondent jest ekspertem w badanej dziedzinie, potrafi dostarczyć wielu ciekawych informacji, do których nie dotarłby tylko drogą ankiety w metodzie Delfickiej. Celem jest uzyskanie szczegółowych informacji od określonego respondenta, bez udziału osób trzecich, które mogłyby wpłynąć na jego odpowiedzi. Zadawane pytania mają charakter otwarty, uczestnik wywiadu odpowiada swoimi słowami, a badacz dopytuje i pogłębia interesujące kwestie. Narzędzie badawcze – scenariusz – ma charakter elastyczny, w trakcie wywiadu można zadać dodatkowe pytania na temat nieplanowanego zagadnienia, które poruszy sam respondent, a które może okazać się interesujące z punktu widzenia zawartych celów badania.

3.5. Badanie czasu wykonania procedur

Badanie sprawności działania szpitala opierało się na zbadaniu wykonania przez szpital procedury i sprawdzeniu czasu po wykonaniu zakresu koniecznych elementów danej procedury. Do badania wybrano cztery procedury, które w warunkach symulowanych lub ćwiczeniowych zostały wprowadzone w życie, dotyczyły całego szpitala lub losowo wybranego oddziału w zależności od zakresu procedury.

W pierwszym etapie badania wywoływano procedurę przed wprowadzeniem rozwiązań zawartych we wzorcu, czyli poproszono o wykonanie zakresu czynności z danej procedury pracowników funkcyjnych według wytycznych, jakie funkcjonowały do tej pory lub według ich wiedzy i umiejętności. W drugim etapie badania wprowadzono rozwiązania, według przedstawionych procedur oraz ustalono zakres czynności i zestawiono je w „karty postępowania”, po wprowadzeniu tych rozwiązań wywołano procedurę i zmierzono czas wykonania koniecznych czynności. Procedury z zaproponowanego zestawu wraz z kartami postępowania dla pracowników funkcyjnych, musiały być ściśle dostosowane do konkretnych oddziałów oraz konkretnych stanowisk pracy. Jedyne kryterium miarodajne to czas wykonania danej procedury.

Badanie opierało się na ćwiczeniach, szkoleniach i symulacjach, a nie na faktycznie zaistniałych zdarzeniach kryzysowych. Rozwiązania wprowadzone zostały tylko na czas badania.

Rozdział III. Wzór planu zarządzania kryzysowego szpitala

1. System zarządzania kryzysowego

System nazywany „układem” jest to całość, w której zachodzi oddziaływanie między jej częściami. Wykazuje się takie cechy systemu jak: koherentność systemu – zmiana jednego elementu układu prowadzi do zmiany innego, addytywność systemu – zmiany są sumowaniem się innych zmian, oraz centralizacja systemu – w każdym systemie jest pewien podsystem, który odgrywa kierującą rolę w owym systemie [Hajduk 2007, s. 103].

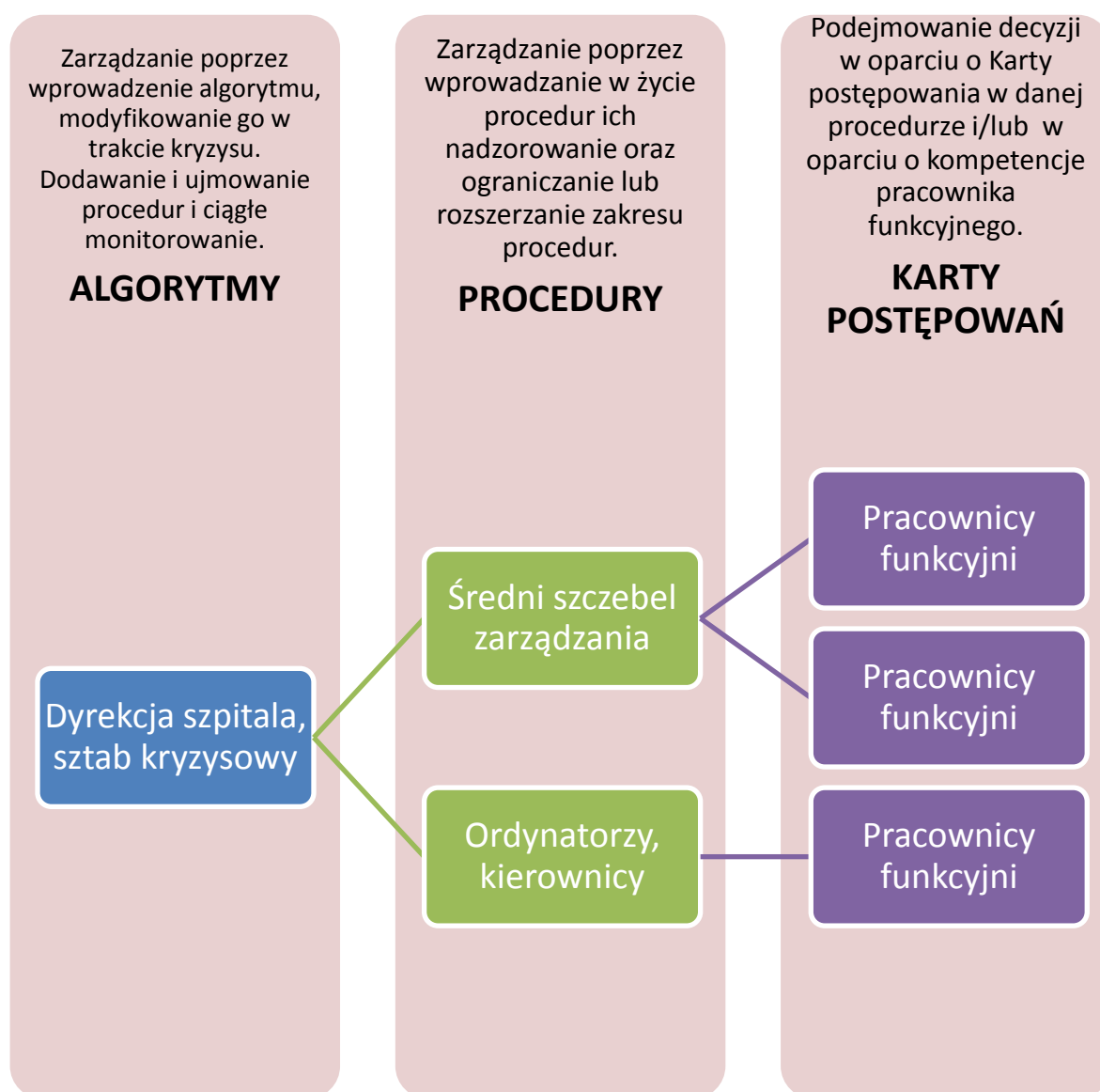
System zarządzania kryzysowego opiera się o plany kryzysowe istniejące równolegle z planami normalnymi. Są skonstruowane w taki sposób, by ich działanie w kryzysie było sprawne i przewidywalne dla służb współpracujących. Budowa i działanie planu kryzysowego i wynikającego z niego działania oparte jest na maksymalnie uproszczonym wzorcu podzielonym na trzy poziomy od najwyższego:

1. Algorytm działania (procedura główna) – są to zasady postępowania, będące ogólnymi wytycznymi podejmowania decyzji, wyznaczającymi procedury operacyjne, jakie należy uruchomić i opisujące, w jakiej kolejności je zastosować na wypadek danej sytuacji kryzysowej lub katastrofy.
2. Standardowa procedura operacyjna (SOP) – określa konkretne działania, jakie należy podejmować w określonej sytuacji, z wyszczególnieniem osób lub stanowisk funkcyjnych odpowiedzialnych za dane zadania.
3. Karty postępowania – są to konkretne działania dla konkretnego stanowiska lub osoby. Dla różnych procedur są różne karty postępowania.

Na każdym z tych poziomów nie może być ścisłych wytycznych. Zawsze w sytuacjach nadzwyczajnych, a tylko takie są tu analizowane, musi zostać możliwość podjęcia innej decyzji przez osobę funkcyjną na każdym poziomie

decyzyjnym. Wynika to z braku możliwości przygotowania się na wszystkie sytuacje nadzwyczajne, w każdej wersji i zakresie. Stąd bardzo istotne, by na stanowiskach odpowiedzialnych za zadania kryzysowe obsadzać osoby z wysokimi kwalifikacjami i dobrze przeszkolone.

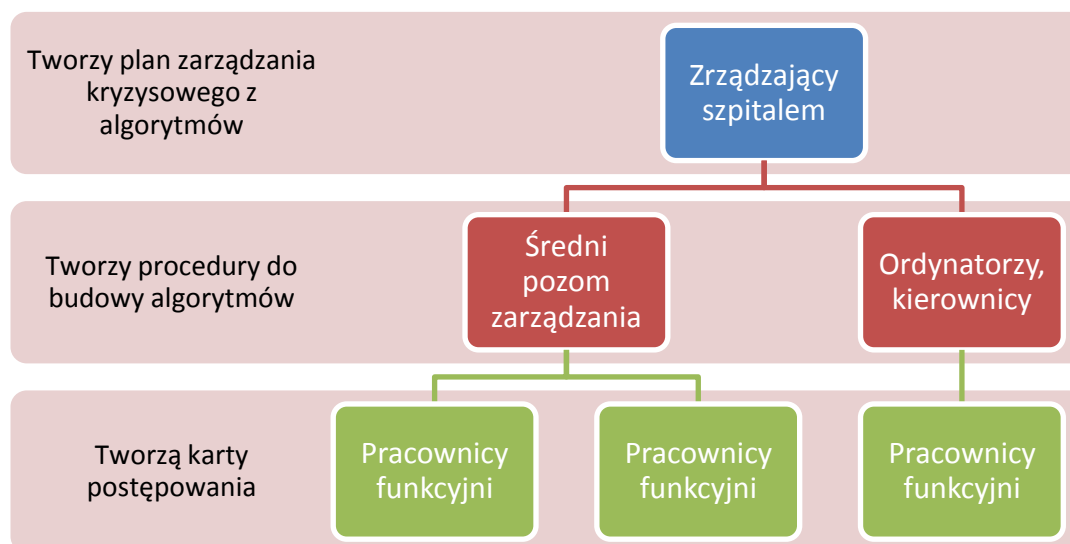
Rys. 4. Schemat zarządzania w kryzysie



Źródło: Opracowanie własne

Dyrekcja szpitala tworzy plan zarządzania kryzysowego z algorytmów. Algorytmy to ogólne kroki postępowania w kryzysie. Średni poziom zarządzania szpitalem tworzy procedury do budowy algorytmów. Proponowane procedury są podane w tym opracowaniu, muszą być one dostosowane do potrzeb konkretnego szpitala i opracowane według nich. W procedurach są podane osoby/stanowiska funkcyjne, czyli pracownicy funkcyjni i oni tworzą karty postępowania we współpracy z przełożonymi. Na poniższym rysunku przedstawiony jest zakres odpowiedzialności za tworzenie planu zarządzania kryzysowego.

Rys. 5. Budowa planu kryzysowego



Źródło: Opracowanie własne

2. Procedury kryzysowe dla szpitala

Jak istotne jest przygotowanie procedur i planu zarządzania kryzysowego, podkreśla się w literaturze [Sternberg 2003, Barbera 2002, Perry 2003, Kulling 2003, Richter 1997, Suppe 1993, Tai 1994, Wang 2004, Schreiber 2004, Treat 2001, Galea 2002, Benedek 2002, Kenar 2004, Simon 2001, Georgopoulos 2004, Nozaki 1995].

Standardowe Procedury Operacyjne w skrócie SOP (z ang. Standard Operating Procedure) dotyczą zadań i procesów o charakterze powtarzalnym opisujących, co wykonujemy w zakresie danego tematu, kto jest kompetentny do wykonywania danych działań, kto odpowiada za ich realizację, gdzie i kiedy działania są wykonywane oraz, w jakiej logicznej kolejności, a także w oparciu o jakie dokumenty są wykonywane. SOP dotyczy również zasad dokumentowania wykonywanych działań oraz kontroli ich przebiegu.

Budowanie procedury w konkretnym szpitalu, opiera się na rozpoznaniu, jakie działania, w jakich miejscach, w jakim czasie, będą wykonywane i sprecyzowaniu, jaki konkretny pracownik będzie je wykonywał. Wszystko to powinno zostać spisane jako całość procedury. Natomiast wytyczne dla pracowników, którzy w danej procedurze mają brać udział, spisać należy w karty postępowania – czyli wytyczne dla danego pracownika do danej procedury. Konkretny pracownik/stanowisko posiada wiedzę z zakresu tego, co ma robić w momencie, gdy dociera do niego informacja o wdrożeniu danej procedury. Jest to „Karta Postępowania”. „Karta Postępowania” to jednak tylko wytyczne, a jakie konkretne działania w konkretnej sytuacji pracownik podejmie, to zostaje w jego kompetencji. Osoba funkcyjna/pracownik wie, kogo i o czym poinformować, jakie działania podjąć i w jakim czasie. „Karty Postępowania” zgodnie ze swoją nazwą, powinny wskazywać najbardziej pożądane sposoby postępowania. Jednakże najczęściej opierają się one na naturalnych zachowaniach w danej sytuacji. Wszystkie działania zawarte w kartach muszą zostać przećwiczone i sprawdzone w praktyce, przynajmniej w ramach ćwiczeń symulacyjnych.

Poniżej przedstawione jest zestawienie Standardowych Procedur Operacyjnych dla szpitali w razie zaistnienia sytuacji kryzysowej.

Tabela 1 Zestaw procedur kryzysowych szpitala.

SOP typu:	Nazwa procedury:
SOP- 0	Procedura powołania sztabu kryzysowego
SOP- 1	Procedury informowania personelu
SOP- 2	Procedury zwiększenia chłonności szpitala
SOP- 3	Procedura udroźnienia szpitala
SOP- 4	Procedura przekształcenia charakteru oddziału lub oddziałów na potrzeby innego oddziału
SOP- 5	Procedura wstrzymania zabiegów i planowych przyjęć do szpitala
SOP- 6	Procedura ewakuacji
SOP- 7	Uruchomienie miejsc kwarantanny i izolacji
SOP- 8	Procedura mobilizacji personelu i pozyskania dodatkowego
SOP- 9	Procedura segregacji i identyfikacji poszkodowanych
SOP- 10	Procedura powiadamiania kryzysowego
SOP- 11	Procedura organizowania punktu informacyjnego dla rodzin osób poszkodowanych
SOP- 12	Procedura informowania
SOP- 13	Procedura wykorzystania sprzętu z magazynu
SOP- 14	Procedura pozyskania leków i/lub sprzętu z zewnątrz
SOP- 15	Procedura kontroli osób, sprzętu, leków
SOP- 16	Procedura dezynfekcji specjalnej
SOP- 17	Procedura badania personelu na obecność czynnika zagrażającego

SOP- 18	Procedura zwiększenia ilości badań laboratoryjnych
SOP- 19	Procedura dekontaminacji zewnętrznej (namioty dekontaminacyjne)
SOP- 20	Procedura pozyskania ogrzewania
SOP- 21	Procedura pozyskania wody
SOP- 22	Procedura pozyskania prądu
SOP- 23	Procedura informowania o przekroczeniach dopuszczalnych norm albo alarmowych poziomów substancji niebezpiecznych
SOP- 24	Procedura wycofania leku
SOP- 25	Procedura zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości

Źródło: Opracowanie własne.

Każda procedura wymaga uściślenia i dokładnego dopasowania do struktury funkcjonowania danej placówki szpitalnej. Nazwa procedury jest najczęściej jej celem działania. Poniżej przedstawiony jest wzór dokumentu do opisu procedury.

Tabela 2 Budowa Standardowej Procedury Operacyjnej

SOP-NR.	Rodzaj dokumentu	Standardowa Procedura Operacyjna	Data opracowania
	Nazwa dokumentu	Nazwa procedury	
Cel procedury		Określenie celu procedury (co da wprowadzenie tej procedury)	
Lider Uczestnicy procedury		Określenie osoby/osób odpowiedzialnej/nych za nadzór i przeprowadzenie procedury oraz określenie jednostek organizacyjnych uczestniczących	
Wykonawcy		Określenie osób wykonujących	
WDROŻENIE PROCEDURY			
WEJŚCIA		PRZEDSIĘWZIĘCIA	WYJŚCIA
Określenie przyczyny wprowadzenia procedury		Działania do podjęcia	Zakończenie procedury, sprawdzenie, czy cel procedury został spełniony

Źródło: Opracowanie własne.

Procedura powstaje w oparciu o powyższy wzór jako dokument dla zarządzającego szpitalem. Opis nie zawiera gotowych procedur, tylko wytyczne, co powinno się w nich zawrzeć w czasie ich tworzenia. Każda z procedur powstaje od podstaw dla konkretnego szpitala, ale można określić, jakie są ogólne założenia do poszczególnych procedur. Przedstawione są one poniżej.

3. Charakterystyka poszczególnych procedur kryzysowych

SOP 0 „Procedura powołania sztabu kryzysowego”

Etapy procedury:

- Potwierdzenie kryzysu
- Decyzja – konkretny algorytm działania
- Zebranie sztabu kryzysowego
- Weryfikacja algorytmu działania
- Monitorowanie działań

Procedura zero jest to procedura mająca na celu weryfikację sytuacji kryzysowej, czyli odpowiedź na pytanie, czy mamy tu do czynienia z kryzysem, czy też jest to sytuacja, którą można zażegnać działaniami niewykraczającymi poza bieżącą działalność. Jeśli sytuacja zostaje uznana przez osobę do tego uprawnioną (np. lekarz dyżurny, dyspozytor) za sytuację kryzysową, to powołany zostaje sztab kryzysowy. Sztab kryzysowy to osoba lub osoby, które zostały przeszkolone i uprawnione do podejmowania decyzji w czasie kryzysu. Do sztabu kryzysowego możemy włączyć dyrektora szpitala, zastępcę, inne osoby z kierownictwa, lekarza dyżurnego, ordynatorów, lekarzy, pielęgniarki przełożone i innych pracowników. Decyzję o składzie sztabu kryzysowego podejmuje dyrektor szpitala już wcześniej, w fazie przygotowania planu zarządzania kryzysowego. Sztab kryzysowy na początku może liczyć jedną osobę funkcyjną, która podejmie decyzję o wprowadzeniu kolejnych procedur, czyli algorytmu działania (wcześniej przygotowanego). W procedurze zero konieczne jest wezwanie osób ze składu sztabu kryzysowego do wcześniej wyznaczonego miejsca – siedziby sztabu kryzysowego. 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. mamy do czynienia z pożarem.

Do sztabu kryzysowego należy podejmowanie decyzji o kształcie algorytmu, jego modyfikacji lub zamianie na inny. Przez cały okres trwania sytuacji kryzysowej sztab monitoruje i nadzoruje wszystkie działania.

Sztab podejmuje decyzje na bieżąco i modeluje działania tak, by doprowadzić do zażegnania kryzysu i powrotu do stanu normalnego (o tym więcej w procedurze SOP 25).

SOP 1 „Procedury informowania personelu”

Informowanie to procedura „jeden”. Procedura ta może być w kilku wariantach zależnych od rodzaju kryzysu. W konkretnym algorytmie działania musi być mowa o tym, jakiego wariantu należy użyć. Szczegółowo w tej procedurze należy określić: kogo, jak i w jakiej kolejności informować o działaniach. Sposób informowania zależy od danego szpitala, ale sztab kryzysowy może modyfikować te wytyczne. Treść informacji ma zawierać procedurę działania, jaka jest wprowadzona, a pracownik musi wiedzieć, co dalej w razie takiej procedury ma robić. Przykładowo telefon o treści „ewakuacja całkowita z powodu pożaru”, wprowadza procedurę ewakuacji całego szpitala i wszystkie działania, jakie ma podjąć pracownik, który otrzymał informację, muszą być mu znane i musi je wykonywać natychmiast. Skraca to znacznie czas, bowiem nie ma potrzeby wyjaśniania lub instruowania pracowników. Jest tylko informacja i natychmiastowe działanie pracownika.

Informowanie personelu może być pełne, co oznacza, że informujemy wszystkich pracowników o wprowadzeniu danej procedury. Jednocześnie wszyscy muszą wiedzieć, jakie działania każdy z nich ma podjąć. Informowanie personelu może być częściowe, czyli informujemy pewną grupę pracowników. Powiadamianie pracowników może być jawne, co znaczy, że informacja np. z radiowęzła, słyszalna jest dla wszystkich lub skierowana tylko do pracowników lub do konkretnych osób

np. przez telefon. Informacja może być przekazana pracownikom w miejscu pracy, ale także pracownikom poza miejscem pracy.

Informowanie personelu to kluczowa sprawa dla szybkiego i precyzyjnego działania. Sposób informowania i kanał informacyjny określa konkretny szpital. Ogłoszenie odpowiedniego alarmu jako sygnału, np. do ewakuacji, to informowanie jednoczesne i pełne, czyli skierowane do wszystkich osób w szpitalu. Może odbywać się przez radiowęzeł szpitalny lub nagłośnienie wewnętrzne. Jednakże najczęstszy sposób informowania to telefoniczne przekazanie informacji, które dotyczy zarówno telefonów stacjonarnych, jak i komórkowych. Spis wszystkich numerów telefonów pracowników musi posiadać sztab kryzysowy i dyrekcja szpitala. Konkretnie spisy telefonów dla konkretnych stanowisk i osób funkcyjnych powinny znajdować się w widocznym dla nich miejscu.

Do spisu telefonów zaliczamy telefon służbowy stacjonarny, służbowy komórkowy, prywatny komórkowy, prywatny stacjonarny, telefon do członka rodziny. Do spisu można dodać adres e-mail czy numer komunikatora.

SOP 2 „Procedury zwiększenia chłonności szpitala”

Dotyczą doprowadzenia jak najszybciej do stanu, w którym szpital może przyjąć pewną określoną większą liczbę chorych lub poszkodowanych. Działania, jakie muszą znaleźć się w takiej procedurze, to według kolejności etapów:

- zwolnienie do domu pacjentów niewymagających koniecznego pozostania w szpitalu
- mobilizacja niezbędnego personelu
- uruchomienie zagęszczenia łóżek
- uruchomienie łóżek na korytarzach

Po każdym z tych etapów należy skontrolować, czy przechodzić do następnego etapu, czy jeszcze nie. Jest to oczywiście uzależnione od spodziewanej ilości osób do przyjęcia. Jeśli liczba ta jest szacowana na konkretnym poziomie, to

do niej należy dostosować zwiększanie chłonności. Logiczną kontynuacją tej procedury są kolejne, które w większości algorytmów będą wprowadzone, a należą do nich: „Procedura wstrzymania zabiegów i planowych przyjęć do szpitala” czy też „Procedura przekształcenia charakteru oddziału lub oddziałów na potrzeby innego oddziału”. Jeśli liczba osób szacowana do przyjęcia jest nieokreślona lub istnieje możliwość, że przekroczy maksymalną określoną przez dany szpital, to należy natychmiast poinformować o tym odpowiednią jednostkę administracyjną, taką jak Wydział Zarządzania Kryzysowego. Każdy szpital ma określoną chłonność i musi ją w sposób precyzyjny określić.

SOP 3 „Procedura udroźnienia szpitala”

Procedura ta polega na wyprowadzeniu (wyproszeniu) ze szpitala osób trzecich. Osoby trzecie to wszystkie osoby, które nie są pacjentami lub pracownikami, nie są np. ze służb ratowniczych, policji, itp. Mowa tu głównie o osobach odwiedzających chorych, oczekujących do przychodni przyszpitalnej czy o dziennikarzach. W realizacji tej procedury uczestniczą pracownicy ochrony lub policja. Osoby trzecie muszą zostać wyprowadzone poza teren szpitala, ale w taki sposób, by nie blokować dróg dojazdowych. Wyprowadzenie powinno być poprzedzone ogólnie słyszalnym komunikatem o konieczności opuszczenia szpitala przez odwiedzających i inne osoby, które nie są pacjentami lub pracownikami.

SOP 4 „Procedura przekształcenia charakteru oddziału lub oddziałów na potrzeby innego oddziału.”

Procedura ta zakłada zmianę charakteru oddziału lub oddziałów w celu zwiększenia chłonności. Zwiększenie chłonności polega na zmianie danego oddziału przykładowo na chirurgię lub intensywną terapię, a czasem na oddział zakaźny. Jest to oczywiście uzależnione od rodzaju kryzysu, jaki wystąpi i jego zakresu. Przygotowanie takiej procedury zakłada posiadanie na oddziałach odpowiedniego sprzętu, podłączy (prądu, tlenu itp.) oraz odpowiednio wykwalifikowanych pracowników, a w razie konieczności posiadanie możliwości ich pozyskania na czas

kryzysu. W algorytmie procedura ta musi być poprzedzona procedurą zwiększenia chłonności szpitala. Zmiana taka następuje tylko na czas kryzysu i do czasu jego zażegnania.

SOP 5. „Procedura wstrzymania zabiegów i planowych przyjęć do szpitala”

Procedura ta zawiera w sobie przekazanie informacji o czasowym odroczeniu osobom, którym zabieg miał być udzielony lub miały być przyjęte do szpitala. Taka informacja ma trafić konkretnie do osoby zainteresowanej lub do członka rodziny (opiekuna). Wycofywane są również osoby już oczekujące na terenie szpitala. Następnie ustalany jest przewidywany czas kryzysu i do tego konkretnego dnia wszystkie osoby są informowane o wstrzymaniu.

SOP 6. „Procedura ewakuacji”

Ta procedura w każdym szpitalu w pewnym zakresie funkcjonuje. Dotyczy ona ewakuacji, czyli opuszczenia zagrożonego obszaru szpitala przez wszystkie osoby, w sposób bezpieczny i możliwie szybki [Einav 2004, s. 304].

Do przeprowadzenia sprawnej ewakuacji konieczna jest informacja o sposobie ewakuowania konkretnych pacjentów. Do tego celu może posłużyć poniższa tabela. Jest to tabela „Obłożenia chorych – raport dzienny”, która rozbudowana jest w oparciu o wymogi ewakuacyjne. Dzięki niej posiadamy aktualną informację o ilości pacjentów, których trzeba ewakuować w różny sposób:

- na łóżku lub wózku (konieczna osoba do pomocy w ewakuacji oraz wózek/łóżko),
- pieszo z asystą (konieczna osoba do pomocy w ewakuacji),
- samodzielnie.

Tabela 3 „Obłożenia chorych – raport dzienny”

KLINIKA/ODDZIAŁ	LICZBA ŁÓŻEK			STAN CHORYCH	PRZEPUSTKI	WYMOGI EWAKUACJI		
	ETAT	FAKTYCZNIE	WOLNE			NA ŁÓŻKU /NA WÓZKU	PIESZO Z ASEKURACJĄ	SAMODZIELN IE
ODDZIAŁ 1								
ODDZIAŁ 2								
ODDZIAŁ 3								
ODDZIAŁ ...								
RAZEM								

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania w Szpitalu MSWiA w Poznaniu.

Oddziały są podzielone na konkretne sale chorych. Na widocznym miejscu w oddziale powinna być tablica w postaci tabeli, na której znajduje się liczba pacjentów z podziałem na sale i symbol mówiący o sposobie ewakuacji. Symbole to:

Ł – ewakuacja na łóżku lub noszach,

W – ewakuacja na wózku,

A – ewakuacja pieszo z asystą,

S – ewakuacja samodzielnie

Tabela 4. „Sale chorych z symbolem ewakuacji”

Sala chorych nr: ...		Sala chorych nr: ...		Sala chorych nr: ...	
1. Jan Kowalski	S	5.		11.	
2. Jan Nowak	A	7.		12.	
3. Andrzej Iksiński	W	8.		13.	
4. Adam Krawczyk	Ł	9.		14.	
5.		10.		...	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania w szpitalu MSWiA w Poznaniu.

Opis tabeli: tablica w formacie A-2, na tablicy naklejony (na stałe) wydruk jak wyżej. Tablica przykryta szybą lub pleksi. Na pleksi wpisywane pisakiem odpowiednio do przydzielonego łóżka nazwisko i imię chorego oraz symbol (kod) wymogu ewakuacji.

Legenda do kodu wymogów ewakuacji: Ł – ewakuacja na łóżku lub noszach, W – ewakuacja na wózku, A – ewakuacja pieszo z asystą, S – ewakuacja samodzielnie.

Procedura ewakuacji jest zawsze poprzedzona procedurą informowania personelu. Podzielić można ją na dwa rodzaje:

- ewakuacja całkowita,
- ewakuacja częściowa.

Ewakuacja całkowita to opuszczenie całego szpitala (całego budynku) i wyprowadzenie wszystkich osób do miejsca bezpiecznego, wcześniej wyznaczonego, tak zwanego „punktu zbiórki”. Miejsce to jest konkretnie określone i znane wszystkim pracownikom. W miejscu tym zostają w razie ewakuacji zorganizowane punkty kontrolne i komunikacyjne. Wyznaczenie tego miejsca to bardzo istotna sprawa, bo takie miejsce musi spełniać pewne warunki:

- zapewniać bezpieczeństwo pacjentów i pracowników,
- zapewniać możliwość informacji – punkty kontrolne i kontaktowe, celem sprawdzenia kto został ewakuowany (czy ktoś nie zaginął),
- zapewniać możliwość komunikacji z służbami ratowniczymi, policją itp.,
- zapewniać możliwość transportu.

Najczęściej miejscem ewakuacji (punktem zbiórki) jest jakiś plac przed szpitalem. Musi być jednak wyznaczone miejsce rezerwowe ze względu na czas po ewakuacji oraz warunki atmosferyczne (mróz, opady, upał). Jeśli po ewakuacji nie ma możliwości powrotu do budynku szpitala, a rozlokowanie wszystkich pacjentów w innych szpitalach jest niemożliwe, trzeba użyć miejsca ewakuacji numer dwa. W przypadku, kiedy warunki na to pozwalają, można przeprowadzić ewakuację do pobliskiego budynku użyteczności publicznej. W przypadku, kiedy w bardzo niewielkiej odległości od szpitala znajduje się na przykład szkoła, to jest to dobre miejsce do wyznaczenia tam miejsca ewakuacji. Wymaga to oczywiście uzgodnień ze szkołą i zawarcia w procedurze odpowiednich zapisów i działań.

Ewakuacja częściowa to ewakuowanie wszystkich osób z jednej części szpitala, np. z jednego skrzydła do innego. Taka ewakuacja jest bardziej pożądana, jeśli warunki na to pozwalają, ze względu na brak potrzeby opuszczania budynku. Jednak w razie zagrożenia całego budynku lub ryzyka np. rozprzestrzenienia się pożaru, zawalenia budynku itd., powinno się wprowadzić procedurę całkowitej ewakuacji.

SOP 7 „Uruchomienie miejsc kwarantanny i izolacji”

Procedura dotyczy przekształcenia jakiejś części oddziału lub oddziałów na miejsca odizolowane i przystosowane do kwarantanny [Ciraulo 2004]. Wymaga to posiadania odpowiednich śluz i zabezpieczeń, podobnych jak na oddziałach zakaźnych. Procedura ta może oznaczać odizolowanie całego oddziału lub kompleksu pomieszczeń, co jest uzależnione od technicznych rozwiązań w danym szpitalu.

SOP 8 „Procedura mobilizacji personelu i pozyskania dodatkowego”

Procedura ta polega na wezwaniu personelu będącego poza szpitalem do pracy, w razie zaistnienia sytuacji kryzysowej. W wielu sytuacjach kryzysowych wymagane jest pozyskanie większej ilości pracowników niż podczas normalnej działalności. Czasem kryzys dotyczy pracowników, którzy z jakichś powodów nie mogą pełnić swoich obowiązków (np. ulegli zatruciu dymem) i wtedy jest konieczne wezwanie tych będących poza szpitalem. Do procedury tej zaliczamy wezwanie do pomocy personelu z pobliskiej przychodni lub szpitala, wymaga to stosownych umów lub porozumień.

SOP 9 „Procedura segregacji i identyfikacji poszkodowanych”

Pierwszy etap pomocy w wypadkach masowych i katastrofach to segregacja. Jeśli do szpitala przybywają poszkodowani przywożeni przez służby ratunkowe, są już wyposażeni w kartę segregacyjną.

Rys. 6. Wzór - Karta segregacyjna.

The form is divided into several functional areas:

- Red Section (1 - Natychmiastowa):** Large red area with the number '1' and the word 'POMOC' written vertically.
- Checkered Section (Zgon):** A black and white checkered pattern with the word 'ZGON' and fields for 'GODZ.' and 'MIN.' Below it is a section for 'UWAGI:'.
- Green Section (3 - Odroczona):** Large green area with the number '3' and the word 'POMOC' written vertically, and 'ODROZONA' written vertically on the right.
- Yellow Section (2 - Pilna):** Large yellow area with the number '2' and the word 'POMOC' written vertically, and 'PILNA' written vertically on the right.
- White Section (Medical History):** Contains a 'KARTA SEGREGACYJNA' header, 'DANE OSOBY' (Name, Surname, Address, City, ZIP, Phone), 'DROŻNOŚĆ DROG ODDECHOWYCH' (Respiratory tract), 'ODDYCHANIE' (Breathing), 'KRAŻENIE' (Circulation), 'SKAZENIE' (Contaminant), and 'CZAS UDZIAŁU POMOCY' (Time of assistance).
- White Section (Vital Signs):** Contains 'OTWIERANIE OCZU' (Eye opening), 'ODPOWIEDZ NA SŁOWA' (Response to words), 'ODPOWIEDZ RUCHOWA' (Motor response), 'Ciężkość oddychania (min)' (Respiratory effort), 'Ciężkość skurczowa (mmHg)' (Systolic blood pressure), and 'Ciężkość diastolowa (mmHg)' (Diastolic blood pressure). It also includes a 'DIAGRAM OBRAŻEŃ' (Injury diagram) with a human figure and a table for recording injuries, and a table for 'PODANE LEKI' (Medications given).

Źródło: http://bip.mswia.gov.pl/portal/bip/34/543/Rozporzadzenie_Ministra_Spraw_Wewnetrznych_i_Administracji_z_dnia_2006_r_w_spra.html. Wzór karty segregacyjnej.

Jeśli dochodzi do wypadku na terenie szpitala lub poszkodowani sami przybywają na jego teren, segregacja odbywa się na miejscu i przez pracowników szpitala.

W ramach tej procedury trzeba wyznaczyć konkretne osoby, które zajmą się identyfikacją poszkodowanych, mogą to robić we współpracy z policją. Zadania takich osób to między innymi spisanie list osób zidentyfikowanych oraz list osób niezidentyfikowanych. Listy te mogą potem posłużyć do kontaktu z rodzinami poszkodowanych lub identyfikacji. Lista osób niezidentyfikowanych jest uzupełniana podstawowymi cechami fizycznymi (np. mężczyzna, lat około 40, wzrost około 180 cm, włosy-brak/łusy/, tatuaż na lewym przedramieniu/kotwica/) oraz dołączonym zdjęciem wykonanym w szpitalu. Zdjęcie wykonuje osoba wyznaczona i drukuje je celem dołączenia do listy. Taka lista osób zostaje wywieszona w miejscu komunikacji, wyznaczonym przez szpital wcześniej, które znajduje się najczęściej poza terenem szpitala. Tam przekazuje się informacje

rodzinom poszkodowanych i pozyskuje się informacje o niezidentyfikowanych osobach z listy.

SOP 10 „Procedura powiadamiania kryzysowego”

Obejmuje powiadamianie stosownych służb i centrum zarządzania kryzysowego o zagrożeniach i konieczności pomocy, ale także o sytuacji jednostki szpitalnej. W czasie trwania kryzysu szpital powinien pozostawać w ciągłym kontakcie z centrum zarządzania kryzysowego i stosownymi służbami. Procedura zakłada sytuację, w której sztab kryzysowy w szpitalu, określa zapotrzebowanie na konkretne wsparcie i w trybie procedury powiadamiania kryzysowego zwraca się o pomoc. W opisie procedury znajduje się zestaw kontaktów w formie tabeli.

SOP 11 „Procedura organizowania punktu informacyjnego dla rodzin osób poszkodowanych”

Miejsce komunikacji to wyznaczone przez szpital miejsce, w którym informację mogą uzyskać rodziny poszkodowanych. Informacje należy ulokować poza szpitalem, by nie zakłócać pracy placówki. W miejscu komunikacji stosowny pracownik udziela informacji uzgodnionych przez zarządzającego lub tylko dotyczących poszkodowanych. Pracownik ten, nazywany w literaturze *spokesperson* [Partington 1985], to osoba wyznaczona do kontaktów z mediami i rodzinami ofiar i pacjentów. Powinna znać procedury i algorytmy działań, zbierać przydatne informacje. Pracownik ten powinien udzielać jak najpełniejszej, ale nie wykraczającej poza ustalone ramy, informacji.

SOP 12 „Procedura informowania”

Wszelkie oświadczenia i informacje dla mediów ogłaszane są o jednej porze, tylko i wyłącznie przez dyrektora szpitala lub rzecznika prasowego. Najlepsza pora dla takich ogłoszeń to godzina 18.00. Musi jednak upłynąć przynajmniej dwanaście godzin od zaistnienia sytuacji kryzysowej.

SOP 13 „Procedura wykorzystania sprzętu z magazynu”

Procedura polega na przygotowaniu sposobu przetransportowania potrzebnego sprzętu z magazynu do miejsca zapotrzebowania. W ramach tej procedury ustala się drogę transportu, sposób i osoby odpowiedzialne. W sposobie transportu należy uwzględnić użycie wind, schodów i korytarzy tak, by nie utrudniać prawidłowego funkcjonowania szpitala.

SOP 14 „Procedura pozyskania sprzętu z zewnątrz”

Dotyczy wszelkiego sprzętu, którego szpital nie posiada lub posiada w niewystarczającej ilości. Na podstawie stosownych porozumień lub umów zawartych między szpitalem i podmiotami mogącymi udostępnić sprzęt, może on być wypożyczony w razie kryzysu, co może mieć istotne znaczenie dla funkcjonowania szpitala. Procedura zwiera pozyskanie sprzętu medycznego, łóżek, agregatów prądotwórczych, grzejników i innych. W procedurze musi znajdować się forma i sposoby pozyskania.

SOP 15 „Procedura kontroli osób, sprzętu, leków”

Procedura ta ma za zadanie wykonanie szybkiej kontroli osób, sprzętu i leków z punktu widzenia czynników kryzysu. Procedura ma zastosowanie do osób (pacjentów, personelu i innych) wtedy, kiedy zidentyfikujemy jako czynnik wywołujący kryzys czynnik ludzki. Kontrola ma wskazać konkretną osobę lub osoby odpowiedzialne. Jeśli kontroli mamy poddać konkretne osoby, wykonanie takich czynności powinniśmy powierzyć policji lub „ochronie” szpitala. Kiedy czynnikiem jest sprzęt lub leki, sprawa kontroli jest kwestią techniczną. W procedurze zawarte musi być, kto będzie kontrolował, w jaki sposób i na podstawie jakich przepisów.

SOP 16 „Procedura dezynfekcji”

Dotyczy dezynfekcji pomieszczeń, oddziałów lub całego szpitala. Musi zawierać konkretne firmy, jednostki lub instytucje, które mogą przeprowadzić takie działania. Do tej procedury zalicza się także usunięcie czynników zagrażających (pleśnie, grzyby), dezynsekcje, deratyzacje i inne.

SOP 17 „Procedura badania personelu na obecność czynnika zagrażającego”

Jest to forma badań przesiewowych personelu w czasie zagrożenia epidemicznego. Dotyczy czynników biologicznych, chemicznych, radiacyjnych i innych.

SOP 18 „Procedura zwiększenia ilości badań laboratoryjnych”

Taka procedura musi zostać wdrożona w przypadku dwóch poprzedzających procedur. Badania laboratoryjne, które są przeprowadzane w laboratorium należącym do szpitala, to kwestia technicznych możliwości tych laboratoriów. Jeśli szpital nie posiada laboratorium lub jego działania mogą być niewystarczające, pozyskuje się kontakty zewnętrzne. W procedurze zawiera się stosowne porozumienia i umowy z podmiotami zewnętrznymi.

SOP 19 „Procedura dekontaminacji zewnętrznej (namioty dekontaminacyjne)”

Procedura rozłożenia i uruchomienia namiotów może być zawarta w planie kryzysowym szpitala, jeżeli szpital posiada takie namioty na stanie. Jeśli nie posiada, a sytuacja tego wymaga, należy wezwać stosowną jednostkę straży pożarnej.

SOP 20 „Procedura pozyskania ogrzewania”

Dotyczy działania w sytuacji braku ogrzewania i braku bieżących możliwości uporania się z tym. Szpital do zbudowania takiej procedury może

znaleźć inne techniczne możliwości ogrzania budynku. Dotyczy to uruchomienia awaryjnej formy ogrzewania lub pozyskania stosownych porozumień z innymi dostawcami ciepła.

SOP 21 „Procedura pozyskania wody”

Dotyczy pozyskania wody w czasie jej braku lub skażenia od firm lub instytucji zewnętrznych za pośrednictwem przykładowo beczkowozów.

SOP 22 „Procedura pozyskania prądu”

Dotyczy pozyskania prądu w czasie jego braku na przykład z agregatów.

SOP 23 „Procedura informowania o przekroczeniach dopuszczalnych norm albo alarmowych poziomów substancji niebezpiecznych”

Procedura ta dotyczy sytuacji, kiedy szpital posiada sprzęt do monitorowania takich poziomów, lub kiedy szpital jest powodem przekroczenia dopuszczalnych norm albo alarmowych poziomów substancji niebezpiecznych.

SOP 24 „Procedura wycofania leku”

Jest to procedura, która we wszystkich placówkach szpitalnych funkcjonuje i regulują ją odrębne przepisy.

SOP 25 „Procedura zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości”

Procedura ta ma za zadanie zakończenie wszystkich procedur kryzysowych, weryfikację stanu po jej wprowadzeniu ze stanem przed kryzysem, zebranie całej dokumentacji dotyczącej sytuacji kryzysowej i osób w niej uczestniczących. Ma to

posłużyć udoskonaleniu procedur, naprawie błędów w nich zawartych i rozliczeniu kosztów poniesionych z powodu kryzysu.

4. Karty postępowania

Karty postępowania to przypisane do danego stanowiska pracy lub osoby pełniącej daną funkcję, zestaw wytycznych do postępowania w sytuacji ogłoszenia wdrożenia danej procedury. Konkretny pracownik posiada takich kart tyle, ile procedur go dotyczy, czyli maksymalnie dwadzieścia pięć. Przyjmuje się zasadę, że powinny one być zbliżone do naturalnego działania w danej sytuacji. Zawierają one informacje dotyczące czynności, które ma podjąć konkretna osoba. Na karcie czynności są rozpisane w sposób chronologiczny i usystematyzowany. O ostatecznym kształcie działań decyduje jednak pracownik i w jego kompetencji leżą podejmowane kroki. Wszystko to jest przećwiczone i sprawdzone w praktyce w ramach ćwiczeń symulacyjnych.

Szpital opiera się na personelu zarówno medycznym, jak i niemedycznym. Budując procedurę, poszczególne zawarte w niej działania opieramy na tym, że konkretny pracownik wie, co ma robić, jeśli dotrze do niego informacja o wdrożeniu danej procedury. Wymóg ten musi być uściślony w procedurach i dokładnie rozpisany na poszczególnych pracowników w postaci kart postępowania, które każda osoba funkcyjna posiada.

Kolejna tabela przedstawia przykładową kartę postępowania dla Pielęgniarki Oddziałowej, która pełni funkcję Lidera Ewakuacji. Ta karta postępowania jest przypisana tylko do tego stanowiska, jakim jest Pielęgniarka Oddziałowa oddziału nr 1. Na odwrocie znajduje się plan ewakuacji, dokładna droga do wyjścia dla tego oddziału, do punktu zbiórki. Wraz z tą kartą w miejscu dla Pielęgniarki Oddziałowej łatwo dostępnym znajduje się kamizelka odblaskowa z napisem „Zarządzający Ewakuacją” lub „Lider Ewakuacji”.

Tabela 5. Karta postępowania (przykład).

KARTA POSTĘPOWANIA NR: 6		DO PROCEDURY: EWAKUACJI
LIDER EWAKUACJI ODDZIAŁU NR 1		
STANOWISKO PRACY:		PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA
Kroki postępowania Nr:	Działania	
1	Po usłyszeniu sygnału ewakuacji sprawdź prawdziwość sygnału.	
2	Ogłoś ewakuację. (ubierz odbłaskową kamizelkę)	
3	Zbierz wszystkich w strefie do ewakuacji, sprawdź czy wszyscy z oddziału są.	
4	Wyprowadź wszystkich zgodnie z planem ewakuacji. (na odwrocie)	
5	Kieruj się prosto do punktu zbiórki	
6	<u>Nie podejmuj ryzyka związanego z ogniem</u>	
7	<u>Nie podejmuj jakichkolwiek akcji ratowniczych</u>	
8	Sprawdź, czy są wszyscy i skontaktuj się z Sztabem kryzysowym.	
Uwagi:	Jeśli masz wątpliwości co do liczebności lub innych spraw natychmiast poinformuj o tym Sztab kryzysowy lub odpowiednie służby.	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Copenhagen uniwersytet – emergency plan.

Karta postępowania jest w formacie A4, jest laminowana i znajduje się w miejscu łatwo dostępnym dla osoby, której dotyczy. Na odwrocie mogą znajdować się dodatkowe informacje.

Karta postępowania opiera się na wzorcu zaczerpniętym z Uniwersytetu Kopenhaskiego. Wygląd takiej karty przedstawiono na rysunku poniżej.

Rys. 7. Lider ewakuacji.

Evacuation Leader

KØBENHAVNS UNIVERSITET

Last updated: April 2008

Faculty: Det Naturvidenskabelige Fakultet

Area: Zoologisk Institut

03.0.B

Task	Instruction
1	When alerted - check the cause and decide evacuation!
2	Dress up in the yellow waistcoat!
3	Alert all personnel in your area of responsibility!
4	Sweep your area (according to the map on the back page) and make sure that everybody is out, and that all doors and windows are closed!
5	Do not take any risks involving open fire or smoke inhalation!
6	Do not participate in any kind of rescue work!
7	Go directly to the assembly point and report to the Assembly Point Leader (orange waistcoat)!
8	
9	
10	
11	

NOTE!
If the sweep isn't completed successfully, you must state your worry immediately to the Assembly Point Leader!

Źródło: Copenhagen uniwersytet – emergency plan.

Uproszczony wzór karty postępowania wygląda w sposób następujący:

Tabela 6. Karta postępowania (Wzór)

KARTA POSTĘPOWANIA NR:		DO PROCEDURY NR: Nazwa:
Nazwa osoby funkcyjnej		
STANOWISKO PRACY:	Funkcja pełniona	
Kroki postępowania Nr:	Działania	
1	...	
2	...	
3	...	
4	...	
5	...	
...	...	
Uwagi:	...	

Źródło: Opracowanie własne

Wszystkie skopiowane karty postępowania posiada Sztab kryzysowy i dyrekcja szpitala jako załącznik do Planu Zarządzania Kryzysowego. Tego typu dane najlepiej sprawdzają się w ujęciu informatycznym w postaci programu komputerowego działającego na użytek szpitala i generującego dane przydatne do zarządzania zarówno w bieżącej działalności jak i sytuacjach kryzysowych.

5. Algorytmy działań kryzysowych

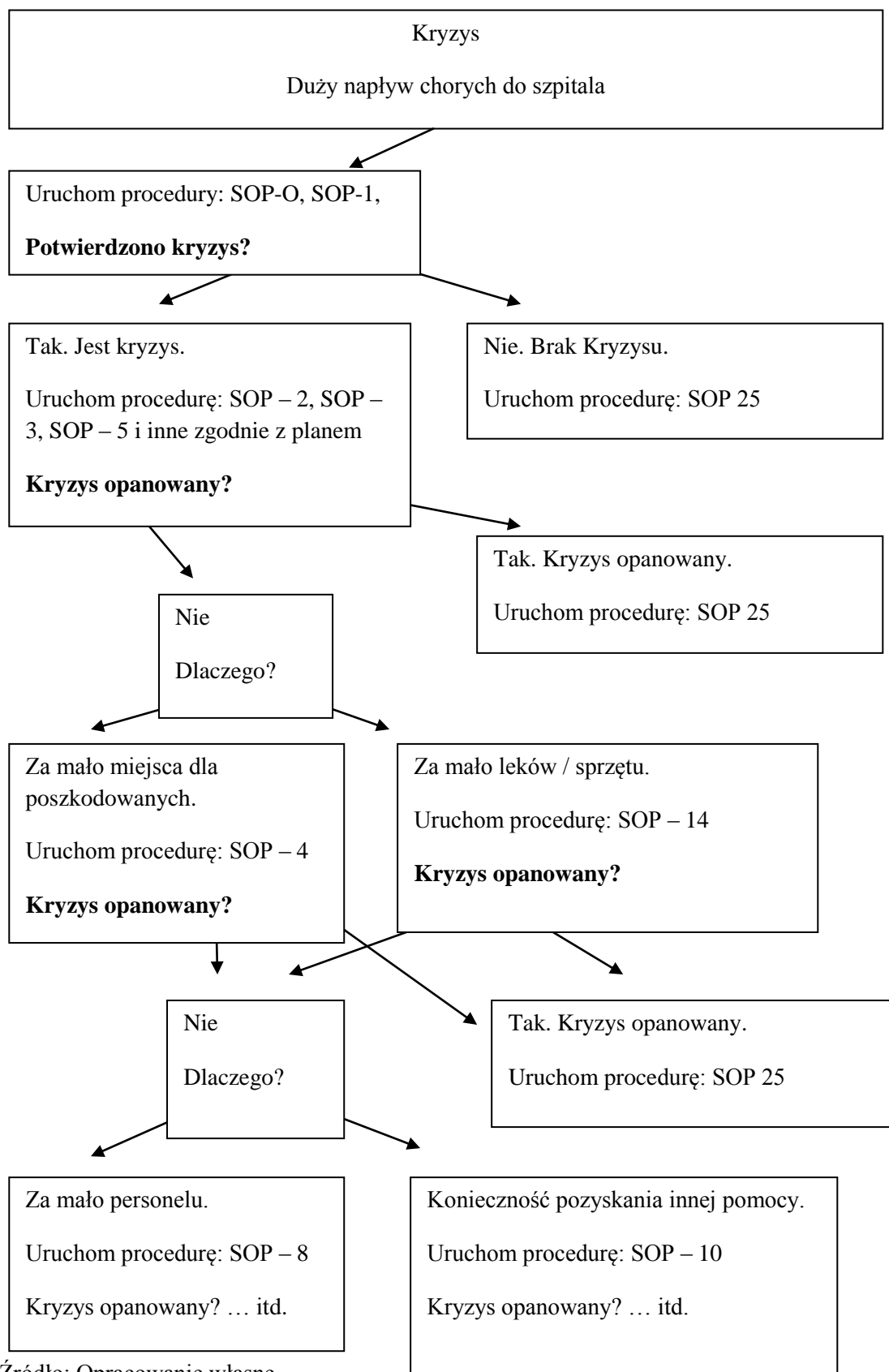
Cykl działania zorganizowanego to logiczny układ etapów, z których powinno się składać każde prawidłowo przemyślane działanie. Cykl ten najczęściej jest ujmowany w następujące etapy, ułożone chronologicznie, którymi są: określenie celu działania, zbadanie środków koniecznych do zrealizowania celu i dostępnych realizatorom, planowanie działania, gromadzenie i porządkowanie koniecznych środków (osobowych, materialnych i informacji) oraz organizowanie struktur pojmowanych statycznie, realizację przedsięwzięcia zgodnie z planem, kontrolę uzyskanych efektów (czy cel został zrealizowany zgodnie z planem).

W teorii organizacji można spotkać różne propozycje takiego cyklu. Proponuje się na przykład trzy fazy: przygotowawczą, realizacyjną i kontrolną, czy też pięć faz:

- przegląd sytuacji,
- przygotowanie informacji,
- podjęcie decyzji,
- przekazanie zadań wykonawcom,
- kontrola wykonania.

Algorytm działania – to zestaw procedur uruchamianych do rozwiązania i zażegnania sytuacji kryzysowej, zawierający opis danych o kryzysie wraz z opisem czynności, które należy wykonać, aby zakończyć sytuację kryzysową.

Rys. 8 Algorytm działania - szpitala w kryzysie. Schemat postępowania.



Źródło: Opracowanie własne

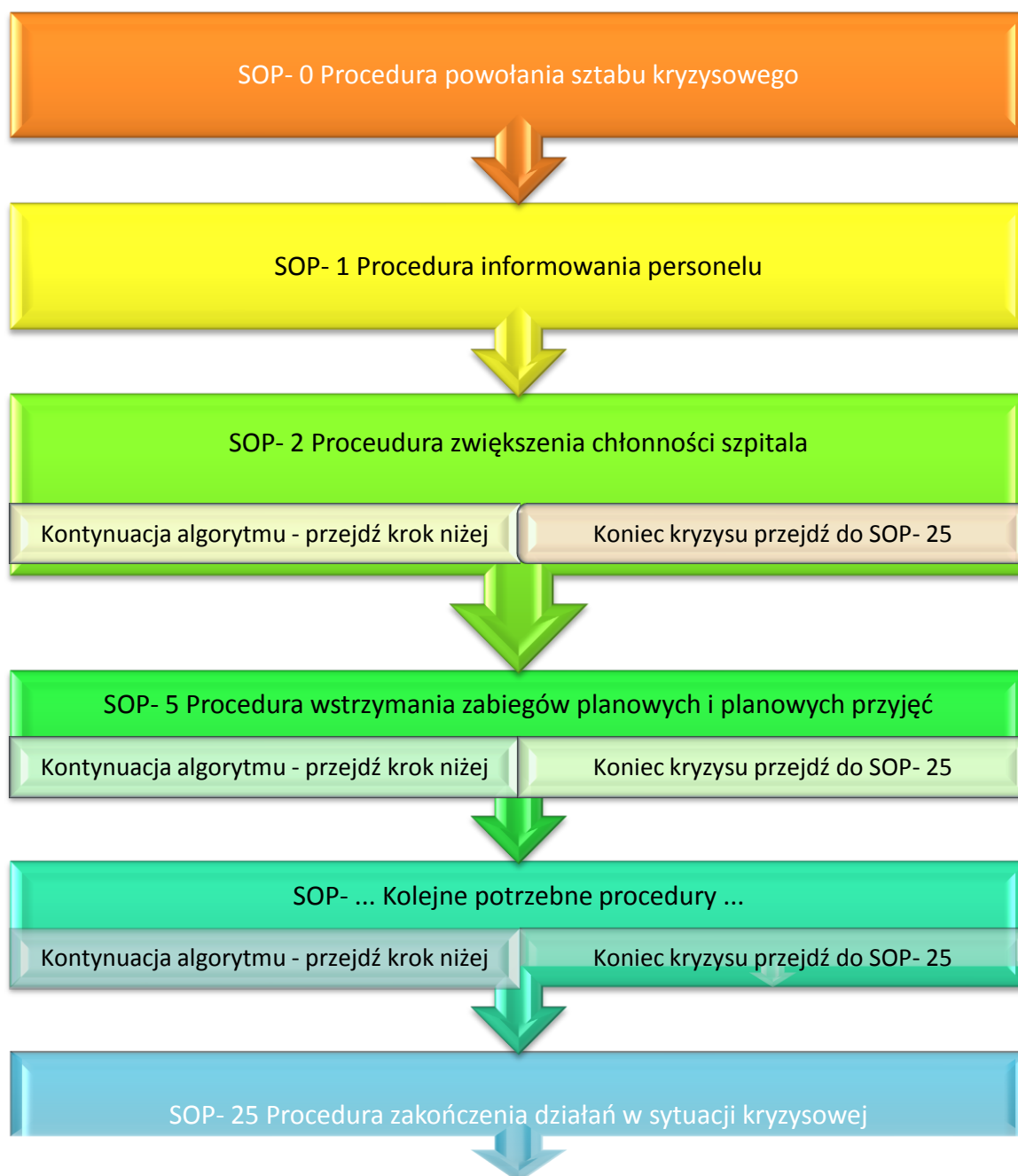
Z szerszego punktu widzenia „algorytmem działań” nazywamy połączenie w zestawy pewnych procedur, zarówno tych, które funkcjonują równocześnie, jak i procedur oraz zastawów procedur, które funkcjonują kolejno po sobie. Algorytmy działań przygotowane są wcześniej przez szpital i są odpowiedzią na pytanie, jak poradzić sobie z konkretną sytuacją kryzysową krok po kroku, czyli procedura po procedurze lub zestaw procedur po zestawie procedur. Procedury łączone są w algorytmy działań, które dostosowane są do konkretnego kryzysu. Ustalone są one i doprecyzowane przez sztab kryzysowy, który powoływany jest zawsze jako procedura SOP-0, zaraz po zidentyfikowaniu kryzysu. Jest to jedna procedura występująca zawsze jako pierwsza w składzie algorytmu. Ma to na celu rozpoznanie czy jest kryzys czy go nie ma. Jeśli jest kryzys i procedura 0 go potwierdza, to zostaje uruchomiony odpowiedni algorytm. Do algorytmu można dołożyć lub odjąć od niego jakąś procedurę. O tym decyduje sztab kryzysowy.

Na podstawie tego wzorca i przygotowanych wszystkich procedur, zarządzający szpitalem układa algorytmy działań. Takie algorytmy muszą być opracowane przez szpital, przećwiczone i doprecyzowane. Dotyczy to całego szpitala, wszystkich komórek organizacyjnych i wszystkich pracowników, ale także służb powiązanych, tj. straży pożarnej, policji itp. Każda z nich musi znać swoje wytyczne działania oraz obowiązki, ich kolejność i czas, a także musi posiadać kartę postępowania dostosowaną do konkretnej osoby funkcyjnej.

Po zaistnieniu kryzysu wprowadzany jest algorytm działania przedstawiony poniżej jako schemat 2. W sposób uproszczony pokazano na nim, jak zbudować i przedstawić graficznie poszczególne procedury.

Rys. 9. Algorytm działań (wzór)

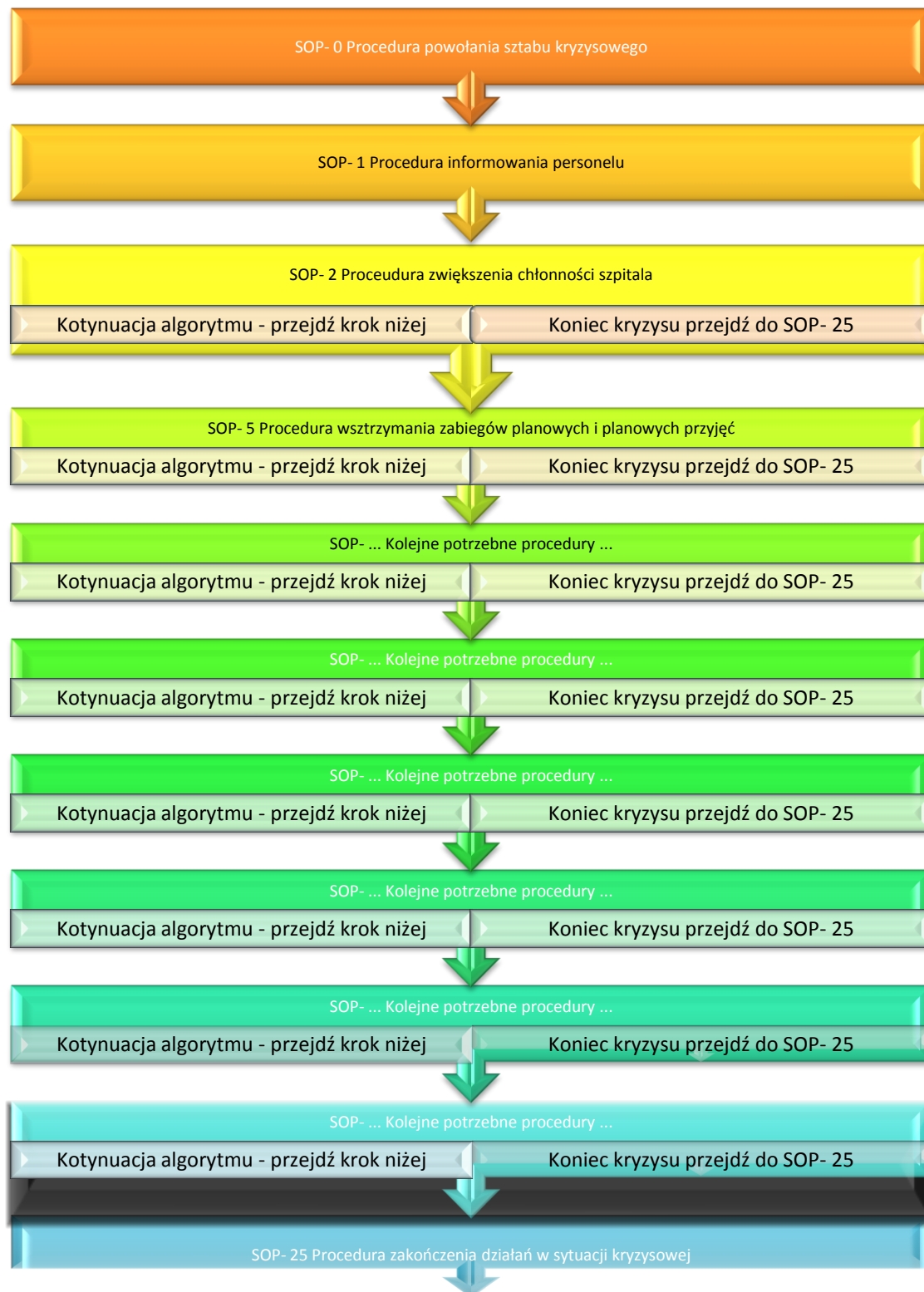
Sytuacja kryzysowa (wypadek masowy) konieczność przyjęcia dużej liczby poszkodowanych.



Źródło: Opracowanie własne

Rys. 10. Algorytm działania

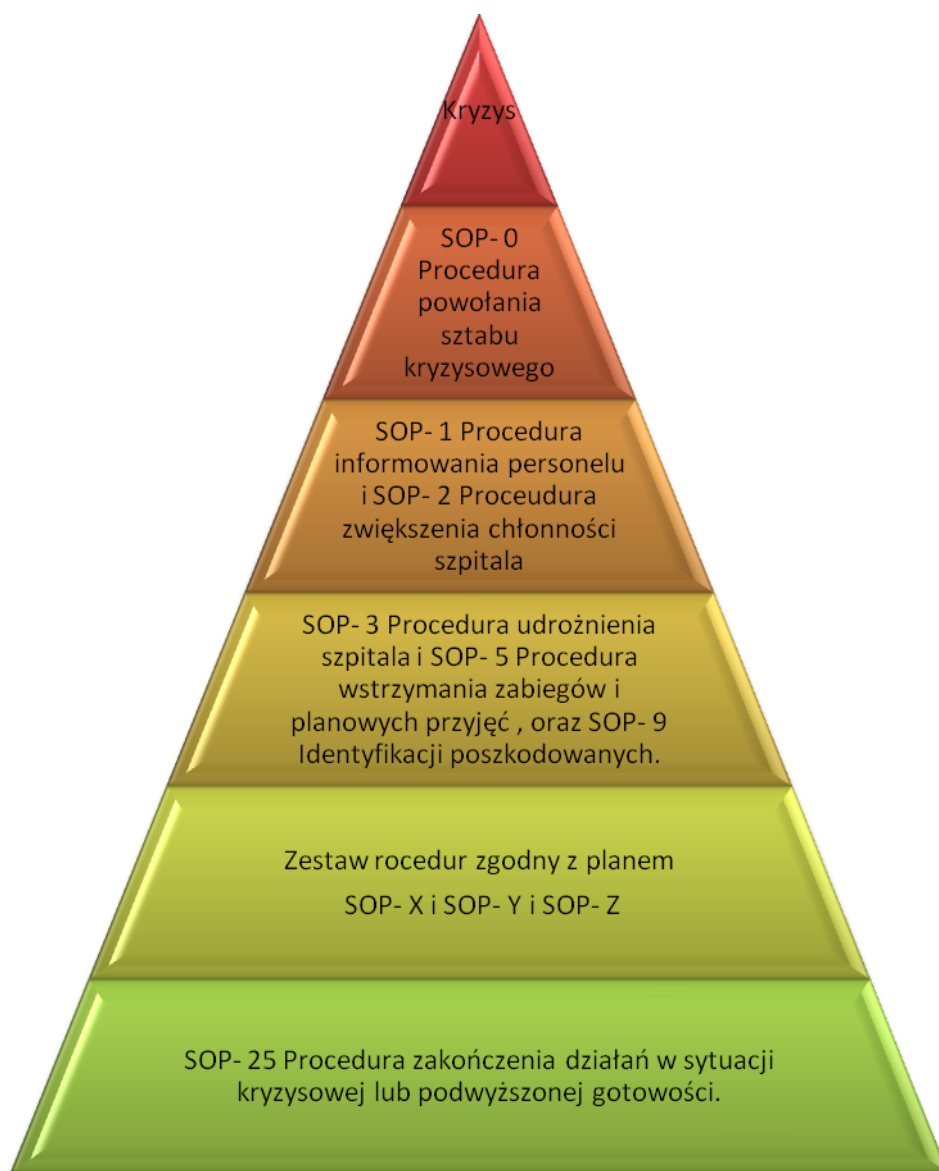
Sytuacja kryzysowa (Stan podwyższonej gotowości) konieczność przyjęcia dużej liczby poszkodowanych.



Źródło: Opracowanie własne

Przedstawione na rysunkach 9 i 10 przykładowe Algorytmy są w wersji uproszczonej, ponieważ zakładają, że następuje po sobie tylko jedna procedura. W wielu sytuacjach trzeba jednak wziąć pod uwagę, że kilka procedur musi rozpoczynać się jednocześnie i funkcjonować w tym samym czasie. Dlatego najczęściej do budowy algorytmów posłuży Algorytm działania – piramida przedstawiony w rycinie nr 11. Sytuacja kryzysowa (Stan podwyższonej gotowości) konieczność przyjęcia dużej liczby poszkodowanych.

Rys. 11. Algorytm działania – piramida



Źródło: Opracowanie własne

Algorytm działania – to zestaw procedur uruchamianych do rozwiązania i zażegnania sytuacji kryzysowej, zawierający opis danych o kryzysie wraz z opisem czynności, które należy wykonać, aby zakończyć sytuację kryzysową.

Wykraczając poza plan wewnątrz szpitala należy skupić się na zależnościach zewnętrznych. Wynikanie z siebie planów zarządzania wojewódzkich i szpitalnych to istotne spoiwo systemu działań w kryzysie. Istotą funkcjonowania wzoru planu zarządzania kryzysowego szpitala jest wynikanie pewnych systemowych rozwiązań z planu wojewódzkiego. Dla zobrazowania poniżej przedstawione zostały elementy z planu wojewódzkiego.

Powiązanie planu wojewódzkiego z wzorcem. Jako przykład procedury w planie wojewódzkim podane są poniższe przykładowe warianty działania. Pozostałe procedury dotyczące szpitali znajdują się w załącznikach. Procedura reagowania kryzysowego zawarta w Wojewódzkim wielkopolskim planie zarządzania kryzysowego dla wystąpienia zdarzeń radiacyjnych zbudowana przez WCZK czyli Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego działające przy Urzędzie Wojewódzkim przewiduje trzy warianty:

- Wariant I – obejmuje zdarzenie które zaistniało w jednostce organizacyjnej.
- Wariant II – zdarzenie o zasięgi wojewódzkim.
- Wariant III – obejmuje zdarzenie powodujące zagrożenie publiczne o krajowym zasięgu.

W ramach Procedury reagowania kryzysowego uruchamiane są standardowe procedury operacyjne takie jak procedury: informowania ludności, wprowadzania działań interwencyjnych, działania PRM (Państwowe Ratownictwo Medyczne), PSP (Państwowej Straży Pożarnej), PWIS (Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego), Policji, działania WCZK, organizowanie punktu informacyjnego, działania WZZK (Wojewódzkiego Zespołu Zarządzania Kryzysowego) itp. Pośród standardowych procedur operacyjnych Urzędu Wojewódzkiego szczególnie istotna jest procedura „podwyższania gotowości działania szpitala”.

W załącznikach znajdują się procedury Wojewódzkiego planu zażądania kryzysowego, które dotyczą podwyższania gotowości szpitali oraz obrazują działanie na poziomie wojewódzkim.

Rozdział IV. Wyniki badań

1. Analiza SWOT, TOWS/SWOT

W praktyce pierwsze badanie, jakie przeprowadzono w niniejszej pracy w ramach procesu badawczego, to standaryzowana analiza jednostki i otoczenia, dotycząca dwóch szpitali z Wielkopolski.

Analiza, którą przyjęto to analiza SWOT rozbudowana, TOWS/SWOT dla badanych szpitali. Jest to metoda badania relacji oraz funkcjonowania szpitali i ich otoczenia. Polega na rozpoznaniu mocnych i słabych stron szpitala oraz zagrożeń i szans, czyli badaniu otoczenia.

Pierwszy etap to wybór kluczowych obszarów:

- finanse,
- zarządzanie ludźmi,
- technologia,
- produkcja,
- zarządzanie,
- marketing i dystrybucja,
- obsługa posprzedażowa i serwis.

Pierwszy etap analizy obejmował także wybór kolejnych obszarów. Wybrano cztery obszary, istotne z punktu widzenia zarządzania kryzysowego:

- zarządzanie ludźmi,
- obsługa posprzedażowa i serwis – co w przypadku szpitali należy nazwać hospitalizacją (pooperacyjną/zabiegową) lub obserwacją, opieką szpitalną i badaniem kontrolnym,
- produkcja – co w przypadku szpitali należy nazwać usługami medycznymi lub świadczeniem usług z zakresu ochrony zdrowia, hospitalizacją,
- zarządzanie – szeroko rozumiane jako całość organizacji szpitala,

- finanse – jako rozliczanie procedur i ich finansowanie oraz współzależności z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Kolejny etap to wybór układu odniesienia do oceny sił i słabości szpitali. Główne podejście to porównanie z podobnymi placówkami w mieście lub w innych miastach. Takie placówki, które funkcjonują na dobrym poziomie i są bardzo wysoko oceniane przez niezależne instytucje i ministerstwo zdrowia. Na podstawie porównania funkcjonowania kilku placówek wybrano elementy ujęte w wykazie w dalszej części opracowania.

Główne obszary potencjalnych cech to:

- marketing,
- finanse i rachunkowość,
- personel,
- technologia/produkcja,
- organizacja/zarządzanie.

Przeformowane na obszar służby zdrowia i ujęcie w szpitalach klasyfikuje się w następujący sposób:

- marketing, informacja pacjentów i wykorzystanie limitów na konkretne usługi medyczne,
- finanse i rachunkowość, unikanie zbytniego zadłużania i płynność finansowa,
- personel, podział na personel biały (medyczny) i pozostały (pomocniczy i administracyjny),
- sprzęt medyczny i nowoczesne procedury medyczne,
- organizacja i zarządzanie, uwzględniając zarządzanie kryzysowe.

Analizując siły i słabości szpitali, można przyjąć jako układ odniesienia konkurencyjne szpitale, nazywane fundamentalnym konkurentem. Stosunkowo łatwo wtedy rozpoznać, w czym dany szpital jest słabszy, a w czym silniejszy. Fundamentalny konkurent jest niejako wizją szpitala, jaką chciałby zrealizować w najbliższej przyszłości. Łatwo też na tej podstawie zaprojektować takie programy działania, które pozwolą nam zmniejszyć dzielący te szpitale dystans. W badaniu wybrano jako fundamentalnego konkurenta najlepsze szpitale polskie w danej dziedzinie i inny szpital wzięty do badania. Analizując uwarunkowania sukcesów

i porażek fundamentalnego konkurenta lub konkurentów, można poszerzyć analizę o dodatkowe kategorie.

Wymieniane już wcześniej kategorie uszczegółowiono i uzupełniono o dodatkowe. Są to kategorie istotne z punktu widzenia dalszych analiz. Zebrano je w tabelę i przyznano im podział na dwa badane szpitale oraz określenie zakresu w analizie. Zakres ten to podział na:

- mocną stronę,
- neutralną (nie braną do dalszej analizy),
- słabą stronę.

Oznacza to, że w danym szpitalu dla danej kategorii, konkretny zakres w analizie jest na wysokim poziomie – mocna strona, na średnim – neutralna lub na niskim – słaba strona.

Tabela 7. Kategorie analizy SWOT wybrane do porównania badanych szpitali.

Kategorie analizy SWOT wybrane do porównania:	Szpital MSWiA Poznań	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie
Zarządzanie personelem,	Mocna strona	Mocna strona
Jakość - hospitalizacji (po operacyjną/zabiegową), opieki i badania kontrolne,	Neutralne	Neutralne
Ilość - świadczenie usług z zakresu ochrony zdrowia, hospitalizacja,	Neutralne	Mocna strona
Organizacja i zarządzanie, uwzględniając zarządzanie kryzysowe,	Mocna strona	Neutralne
Marketing, informacja pacjentów,	Słaba strona	Neutralne
Finanse i rachunkowość, unikanie zbytniego zadłużania i płynność finansowa,	Neutralne	Słaba strona
Personel, podział na personel biały (medyczny) i pozostały (pomocniczy i administracyjny),	Mocna strona	Neutralne
Sprzęt medyczny i nowoczesne procedury medyczne,	Mocna strona	Neutralne
Infrastruktura budowlana szpitala,	Słaba strona	Mocna strona
Wykorzystanie/nieprzekraczanie limitów na konkretne usługi medyczne,	Neutralne	Mocna strona

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Wyniki analizy TOWS/SWOT dla badanych szpitali, przedstawiono tabelarycznie w zestawieniach mocnych i słabych stron wyszczególnionych dla konkretnych jednostek. Poszerzono ich ilość do ośmiu najistotniejszych mocnych stron i ośmiu najistotniejszych słabych stron dla każdego szpitala. Szanse i zagrożenia poszerzono do sześciu. Zestawienia zbudowano w identyczny sposób dla obydwu szpitali. Dla każdego z nich indywidualnie przeprowadzono badania mające na celu rozpoznanie mocnych i słabych stron każdego szpitala, oraz zagrożeń i szans dla każdego szpitala osobno.

Tabela.8. Analiza TOWS/SWOT - Szpital MSWiA w Poznaniu

Mocne strony		Słabe strony	
1	Posiadanie planu zarządzania kryzysowego oraz wynikających z MSWiA planów militaryzacji.	1	Brak możliwości prowadzenia pełnej wolnorynkowej sprzedaży usług medycznych.
2	Szeroki wachlarz świadczonych usług medycznych. Posiada 13 oddziałów i 21 poradni.	2	Brak możliwości wprowadzania nowoczesnych rozwiązań medycznych
3	Gwarancja wypłacalności. Gwarancje państwowe.	3	Brak możliwości finansowania leczenia nowoczesnymi specjalistycznymi metodami. Ograniczenia kontraktowe z NFZ (limity).
4	System Zarządzania Jakością: Wielkopolski Instytut Jakości, The Executive Registry, NCAGE.	4	Uzależnienie od MSWiA
5	Stan zasobów: zasoby ludzkie i infrastruktura medyczna, które pozwalają na realizację usług najwyższej jakości.	5	System koordynacji wewnętrznej faktycznego zużycia środków medycznych i materiałów.
6	Zaufanie klientów/pacjentów, dobra opinia.	6	Ograniczenia lokalowe / budowlane.
7	Doświadczenie, ugruntowana pozycja rynkowa.	7	Lokalizacja: Bliskość dużej konkurencji (sąsiedztwo szpitala wojewódzkiego)
8	Duża ilość szkoleń oraz doskonalenie zawodowe pracowników	8	Wysoki poziom rotacji / fluktuacji personelu
Szanse		Zagrożenia	
1	Rosnący popyt na poznańskim rynku usług medycznych.	1	Zagrożenia zewnętrzne (opisane we wcześniejszym rozdziale)
2	Zwiększenie dostępu do nowoczesnej technologii i wiedzy medycznej.	2	Zagrożenia wewnętrzne (opisane we wcześniejszym rozdziale)
3	Rozwój systemu zarządzania kryzysowego. Nowoczesne rozwiązania.	3	Duży rozwój konkurencji, szczególnie placówek służby zdrowia prywatnych.
4	Czynniki demograficzne, starzenie się społeczeństwa (pojawienie się nowych grup klientów).	4	Problem zasobów ludzkich – zwiększenie kosztów pracy, brak specjalistów, lekarzy i pielęgniarek, związany z masowymi wyjazdami Polaków do pracy w państwach Europy Zachodniej.
5	Zapowiadane reformy prawne, które mają poprawić sytuację	5	Rosnące koszty – wzrost cen materiałów medycznych, leków itp.
6	Rozwój miasta/rozbudowa infrastruktury i zwiększenie ilości ludności Poznania.	6	Zapowiadane reformy prawne, które mogą pogorszyć sytuację.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela.9. Interakcje TOWS/SWOT- Szpital MSWIA w Poznaniu

Potencjał		MOCNE STRONY								SŁABE STRONY							
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Otoczenie																	
SZANSE	1		X	X		X	X			X					X		
	2	X	X		X	X			X			X			X	X	
	3	X	X		X	X		X	X				X	X			
	4	X	X	X		X	X			X	X				X		X
	5								X		X			X		X	
	6	X	X		X			X					X		X		
ZAGROŻENIA	1	X								X			X		X		
	2	X	X							X		X	X	X	X		
	3		X		X		X			X	X					X	
	4	X				X		X	X								X
	5			X		X								X		X	
	6		X	X				X		X	X	X					

Zródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych.

TOWS – interakcje poziome – Szpital MSWIA w Poznaniu.

Zagrożenia/Mocne strony – suma 15 interakcji.

- 4 interakcje dla pozycji 4 w „zagrożenia”,
- 3 interakcje dla pozycji 3 i 6 w „zagrożenia”.

Zagrożenia/Słabe strony – suma 17 interakcji.

- 5 interakcji dla pozycji 2 w „zagrożenia”,
- 3 interakcji dla pozycji 1, 3 i 6 w „zagrożenia”.

Szanse/Mocne strony – suma 25 interakcji.

- 6 interakcji dla pozycji 3 w „szanse”,

- 5 interakcji dla pozycji 2 i 4 w „szanse”.

Szanse/Słabe strony – suma 16 interakcji.

- 4 interakcje dla pozycji 4 w „szanse”,
- 3 interakcje dla pozycji 2 i 5 w „szanse”.

SWOT – interakcje pionowe – Szpital MSWiA w Poznaniu.

Mocne strony / szanse – suma 25 interakcji.

- 5 interakcji dla pozycji 2 (Szeroki wachlarz świadczonych usług medycznych. Posiada 13 oddziałów i 21 poradni.),
- 4 interakcje dla pozycji 1 i 5 (Posiadanie planu zarządzania kryzysowego oraz wynikających z MSWiA planów militaryzacji i stan zasobów: zasoby ludzkie i infrastruktura medyczna, które pozwalają na realizację usług najwyższej jakości).

Mocne strony / zagrożenia – suma 15 interakcji.

- 3 interakcje dla pozycji 1 i 2,
- 2 interakcje dla 3, 5 i 7.

Słabe strony / szanse – suma 16 interakcji.

- 4 interakcje dla pozycji 6,
- 2 interakcje dla pozycji 1, 2, 4, 5 i 7.

Słabe strony / zagrożenia suma 17 interakcji.

- 4 interakcje dla pozycji 1,
- 2 interakcje dla pozycji 2, 3, 4, 5, 6 i 7.

Tabela 10. Analiza TOWS/SWOT – Woj. Szpital Zespolony w Lesznie

Mocne strony		Słabe strony	
1	Dobre zarządzanie, doświadczona kadra kierownicza.	1	Niskie zarobki personelu.
2	Pozycja monopolisty na lokalnym rynku.	2	Brak możliwości prowadzenia pełnej sprzedaży usług medycznych.
3	Szeroki wachlarz świadczonych usług medycznych. Posiada 17 oddziałów i 23 poradni.	3	Brak możliwości wprowadzania nowoczesnych rozwiązań medycznych
4	Duży zasięg terytorialny	4	Brak możliwości finansowania leczenia nowoczesnymi specjalistycznymi metodami
5	Stan zasobów: zasoby lokalowe – duży funkcjonalny budynek, zasoby ludzkie i infrastruktura medyczna, które pozwalają na realizację usług najwyższej jakości.	5	Brak środków do rozwoju.
6	Lądowisko helikopterów	6	Starzejący się personel (wysoka średnia wieku)
7	Zaufanie klientów/pacjentów, dobra opinia, Ugruntowana pozycja rynkowa.	7	Ograniczenia kontraktowe z NFZ (limity)
8	Niska rotacja / fluktuacja personelu	8	Niska rentowność, wysokie koszty
Szanse		Zagrożenia	
1	Prognozy - duży popyt rynku usług medycznych. Starzenie się społeczeństwa.	1	Zagrożenia zewnętrzne (opisane we wcześniejszym rozdziale)
2	Zwiększenie dostępu do nowoczesnej technologii i wiedzy.	2	Zagrożenia wewnętrzne (opisane we wcześniejszym rozdziale)
3	Rozwój aglomeracji miasta (Leszno).	3	Problemy finansowania i umów z NFZ
4	Oslabienie się konkurencji na lokalnym rynku. Istniejące placówki słabną, brak nowych.	4	Problem zasobów ludzkich – zwiększenie kosztów pracy, brak specjalistów, lekarzy i pielęgniarek, związany z masowymi wyjazdami Polaków do pracy w państwach Europy Zachodniej.
5	Zapowiadane reformy prawne, które mają poprawić sytuację.	5	Rosnące koszty – wzrost cen materiałów medycznych, leków itp.
6	Rozwój zarządzania kryzysowego i ratownictwa, w tym ratownictwa medycznego.	6	Zapowiadane reformy prawne, które mogą pogorszyć sytuację.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Tabela 11. Interakcje TOWS/SWOT – Woj. Szpital Zespolony w Lesznie

Potencjał		MOCNE STRONY								SŁABE STRONY									
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8		
Otoczenie																			
SZANSE	1	X	X	X	X	X					X	X					X	X	
	2	X						X		X			X	X					
	3		X	X	X	X	X	X		X	X						X		
	4		X	X		X								X			X		
	5	X		X				X					X		X				
	6	X	X	X	X		X			X						X	X		
ZAGROŻENIA	1		X		X	X	X							X					
	2	X					X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	
	3			X				X			X		X	X		X			
	4	X	X						X	X	X		X	X	X				
	5	X	X	X		X				X				X	X			X	
	6		X	X			X			X	X								

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych.

TOWS – interakcje poziome – Woj. Szpital Zespolony w Lesznie.

Zagrożenia/Mocne strony – suma 20 interakcji.

- 4 interakcje dla pozycji 1, 2 i 5 w „zagrożenia”,
- 3 interakcje dla pozycji 4 w „zagrożenia”.

Zagrożenia/Słabe strony – suma 22 interakcji.

- 6 interakcji dla pozycji 2 w „zagrożenia”,
- 5 interakcji dla pozycji 4 w „zagrożenia”.

Szanse/Mocne strony – suma 25 interakcji.

- 6 interakcji dla pozycji 3 w „szanse”,
- 5 interakcji dla pozycji 1 i 6 w „szanse”.

Szanse/Słabe strony – suma 16 interakcji.

- 4 interakcje dla pozycji 1 w „szanse”,
- 3 interakcje dla pozycji 3 i 6 w „szanse”.

SWOT interakcje pionowe – Woj. Szpital Zespolony w Lesznie.

Mocne strony / szanse – suma 25 interakcji.

- 5 interakcji dla pozycji 3,
- 4 interakcje dla pozycji 1, 2 i 6.

Mocne strony /zagrożenia – suma 20 interakcji.

- 4 interakcje dla pozycji 2,
- 3 interakcje dla 1, 3, i 6.

Słabe strony / szanse – suma 16 interakcji.

- 4 interakcje dla pozycji 7,
- 3 interakcje dla pozycji 3.

Słabe strony / zagrożenia suma 22 interakcji.

- 5 interakcje dla pozycji 5,
- 4 interakcje dla pozycji 1.

W wyniku analizy SWOT, ujmując najogólniej, powstały cztery zestawienia obejmujące wykaz:

- silnych stron szpitali,
- słabych stron szpitali,
- rzeczywiście występujących i potencjalnych szans,
- rzeczywiście występujących i potencjalnych zagrożeń.

Po przeprowadzeniu analizy SWOT określono, iż strategia dla nich proponowana to strategia rozwoju. Dla obydwu badanych szpitali jest to strategia agresywna, czyli maxi-maxi.

Analiza SWOT przeprowadzona na badanych jednostkach wykazała największą ilość interakcji w obydwu szpitalach dla „Mocnych stron” w relacji z „szansami”. Dla szpitala MSWiA w Poznaniu oraz dla Woj. Szpitala Zespolonego w Lesznie ilość interakcji wynosiła 25 (w relacji mocne strony/szanse).

Dla pozostałych pozycji analizy SWOT dla Woj. Szpitala Zespołowego w Lesznie:

Mocne strony /zagrożenia – suma 20 interakcji.

Słabe strony / szanse – suma 16 interakcji.

Słabe strony / zagrożenia suma 22 interakcji.

Zidentyfikowanie mocnych i słabych stron, zagrożeń i szans, daje obraz badanej jednostki. Przeprowadzenie analizy TOWS/SWOT pozwala na poznanie interakcji między nimi. Dla analizy poziomej, czyli TOWS największą ilość interakcji zapisano dla punktu: „Rozwój systemu zarządzania kryzysowego. Nowoczesne rozwiązania”. Było to sześć interakcji, co oznacza wpływ na bardzo duży obszar mocnych stron organizacji.

2. Wyniki metody Delfickiej z IDI

Po zakończeniu analizy literatury i dokumentacji oraz otoczenia i wnętrza szpitali rozpoczęto badanie kluczowe do budowy wzorca planów kryzysowych szpitali. Aby wzorzec był w adekwatny do realiów, potrzeba, aby powstał na podstawie niezależnych sugestii i rozwiązań zaproponowanych przez ekspertów. Następnie ważne było, aby w kolejnym etapie uzgodnień ci sami eksperci ocenili i skorygowali plan, który zostanie im przedstawiony jako system zarządzania kryzysowego. Ocena ekspertów jest zasadna jeśli zostanie osiągnięta zgoda co do zasadności planów kryzysowych w szpitalu. Szanse na taki proces badawczy daje metoda Delficka. Po dwóch turach ankiet została uzupełniona o wywiad pogłębiony ekspercki IDI (In-Depth-Interview).

Zdefiniowanie problemu opierało się na braku wzorców planów zarządzania kryzysowego dla szpitali. Określono zakres i zasięg problemu dla terenu całej Polski. Obejmuje on swym zasięgiem wszystkie placówki szpitalne w kraju. Brak przymusu prawnego oraz brak wzorca planu zarządzania kryzysowego szpitalem powoduje duże rozbieżności w planach kryzysowych różnych szpitali, aktualnie w nich obowiązujących, lub ich brak. Celem metody Delfickiej stało się uzyskanie zgody

ekspertów co do zasadności posiadania przez szpital planu zarządzania kryzysowego i rozwiązań w nim zawartych. A następnie ocena zaproponowanego wzorca na podstawie, którego szpitale budowałyby plany zarządzania kryzysowego oraz dodatkowo uzupełnienie i ulepszenie tego wzorca.

Wybór grona ekspertów został dokonany na podstawie wiedzy i/lub praktyki w tematyce dotyczącej zarządzania kryzysowego szpitalem. Eksperti wyrazili zgodę na wypełnienie dwóch ankiet i udzielenie wywiadu IDI. Ze względów prawnych podane są jedynie stanowiska zajmowane przez niektórych ekspertów.

Eksperti to:

- Lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego z Centrum Zarządzania Kryzysowego Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.
- Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego.
- Inspektorzy, Starsi Inspektorzy oraz specjaliści, do spraw obronnych w Zakładach opieki zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
- Dyrektorzy Szpitali zarówno MSWiA jako i SPZOZów.
- Kierownik Wydziału Operacyjnego Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego.
- Pełnomocnik dyrektora do spraw militaryzacji.
- Kierownik komórki, Działu administracyjno – gospodarczego szpitala.
- Specjaliści do spraw organizacji i zarządzania.
- Dziekan wydziału.

Liczba ekspertów to 24 osoby.

Pierwsza ankieta to zestaw czterech pytań rozesłany do ekspertów wraz z prośbą o propozycję rozwiązań do wzorca planu kryzysowego szpitali. Pytania brzmiały następująco:

1. Czy w Pana/i opinii wszystkie szpitale powinny mieć plany zarządzania kryzysowego?
2. Czy wszystkie szpitale posiadają plany zarządzania kryzysowego?
3. Czy takie plany powinny być kompatybilne z Planami Zarządzania Kryzysowego Wojewódzkimi, Krajowymi itp.?
4. Czy plany zarządzania kryzysowego, funkcjonujące aktualnie w szpitalach działają w sposób prawidłowy?

Poniżej eksperci wpisywali propozycje do wzorca. Na podstawie tych propozycji, literatury i analizy dokumentów powstał wzorzec który został dołączony do drugiej ankiety w której pytania zostały powtórzone i ponownie otrzymano takie same wyniki jak w pierwszej turze dotyczące tych samych pytań.

Po przygotowaniu drugiej ankiety, zawierającej zestaw trzynastu pytań, rozesłano ją do ekspertów. Główne i kluczowe pytanie dla metody Delfickiej zostały umieszczone jako pierwsze i były powtórzeniem z pierwszej ankiety. Do ankiety załączony został wzór planu oraz podstawowe założenia systemu zarządzania kryzysowego szpitali celem poddania ocenie przez ekspertów i uzyskania wskazówek do poszerzenia i uszczegółowienia planu. Ankieta z wzorcem znajduje się w załącznikach.

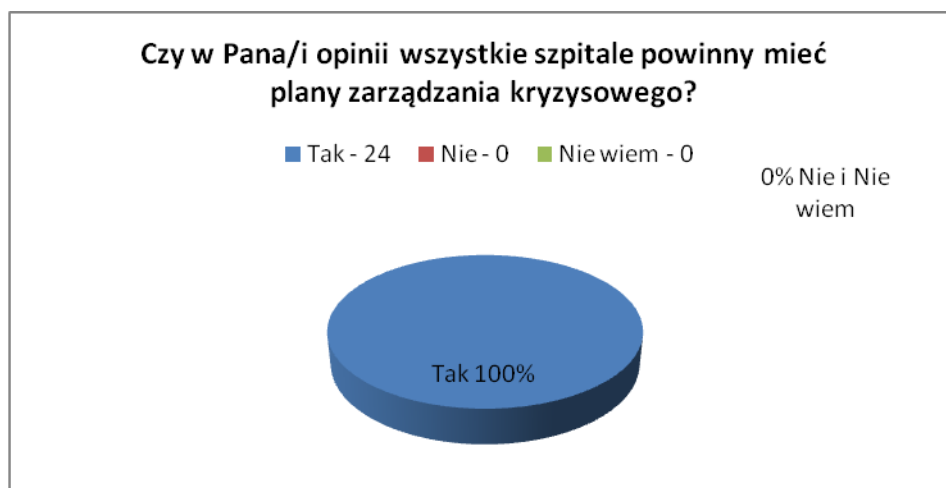
Po otrzymaniu odpowiedzi ankiety zostały przeanalizowane. Najistotniejsze z punktu widzenia metody badawczej było pierwsze pytanie, na które uzyskano zgodność wszystkich ekspertów. 100% ekspertów odpowiedziało „TAK” na pytanie: Czy w Pana/i opinii wszystkie szpitale powinny mieć plany zarządzania kryzysowego? W ten sposób udało się uzyskać zgodność Delficką, dotyczącą zasadności posiadania planów zarządzania kryzysowego szpitali.

Czy zgoda została osiągnięta:

Zgoda na kluczowe pytanie została osiągnięta. Wszyscy eksperci zgodzili się przez zaznaczenie odpowiedzi „TAK” w pytaniu pierwszym.

Przedstawienie wyników ankietowych oraz z metody uzupełniającej, czyli wywiadu pogłębionego eksperckiego – IDI (In-Depth-Interview).

Wykres 1. Pytanie 1.



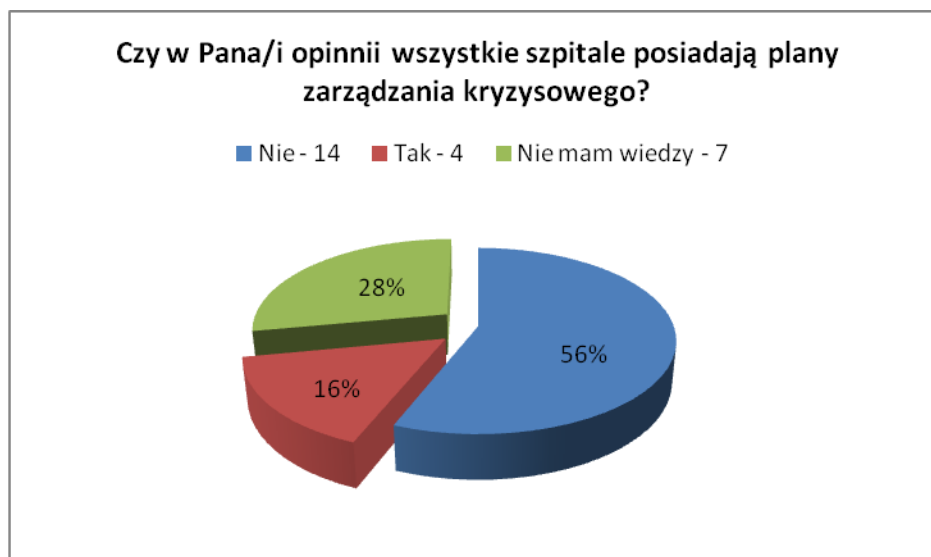
Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Pytanie pierwsze to kluczowe pytanie w metodzie Delfickiej: Czy w Pana/i opinii wszystkie szpitale powinny mieć plany zarządzania kryzysowego? Uzyskując odpowiedź „TAK” od wszystkich ekspertów, uzyskuje się zgodę w metodzie Delfickiej. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. I odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz odpowiedzi uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- pozwala usystematyzować, zorganizować działania jednostki organizacyjnej,
- jest podstawą działania osób funkcyjnych instytucji w przypadku wystąpienia zewnętrznych lub wewnętrznych sytuacji kryzysowych,
- wymogi racjonalnego zarządzania w sytuacjach nadzwyczajnych,
- zdarzenia (masowe) kryzysowe są faktem częstym, Przedmiotowy plan ułatwi kierowanie i działania podrzędne,
- określa działanie szpitala w czasie kryzysu,
- niezbędny przy zdarzeniach masowych,
- poprawi efektywność działania w sytuacjach kryzysowych,
- usprawnia przedsięwzięcia ratunkowe i określa osoby odpowiedzialne za poszczególne czynności,

- każdy szpital powinien być przygotowany na każdy wypadek,
- zapewnia bezpieczeństwo pacjentów i personelu w różnych sytuacjach kryzysowych,
- ułatwia w krytycznych chwilach podejmowanie właściwych i szybkich decyzji,
- ponieważ wszystkie działania w opanowaniu sytuacji kryzysowej powinny być modelowo przewidziane i skoordynowane w działaniu w celu osiągnięcia właściwego celu,
- bo ułatwi sposób postępowania osób funkcyjnych, które będą znały swoje zadania,
- w celu sprawnego przeprowadzenia działań w okresie kryzysu. Zespoły kryzysowe oraz wyznaczeni pracownicy znają swoje obowiązki podczas kryzysowych sytuacji,
- systematyzuje działania, ułatwia dyrektorowi skuteczne kierowanie,
- prowadził działania w trudnych sytuacjach, jest konieczny,

Wykres 2. Pytanie 2.



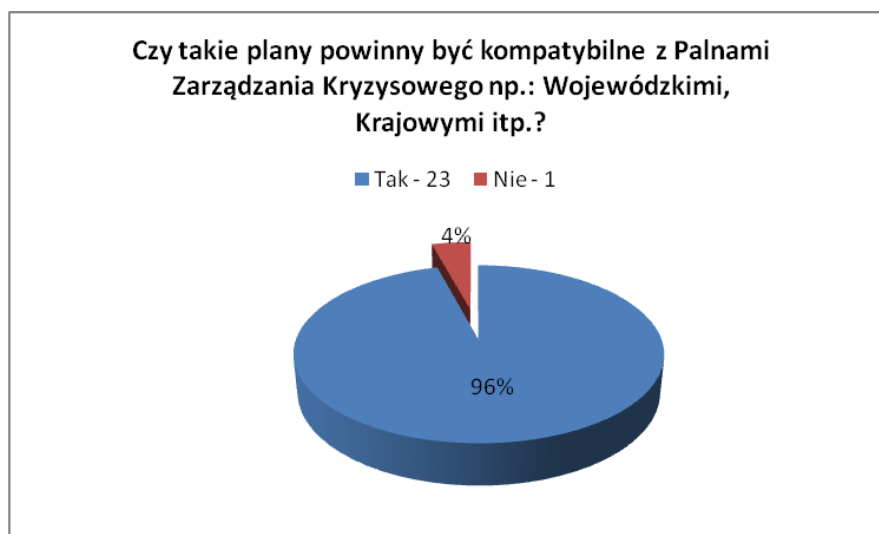
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Pytanie: Czy w Pana/i opinii wszystkie szpitale posiadają plany zarządzania kryzysowego? Większość ekspertów udzieliła odpowiedzi „nie”.

Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. I odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- nie spotkałem się z takim planem w szpitalach nie wojskowych,
- nie ma obowiązku prawnego, brak rozwiązań prawnych i organizacyjnych,
- nie ma wymogów formalnych i nie ma woli organów założycielskich, brak jest fachowców w szpitalach,
- powinny mieć wszystkie szpitale, ponieważ określa to ich sposób reakcji w sytuacjach innych niż bieżąca działalność,
- problemowi nie nadano odpowiedniej rangi i znaczenia,
- nie było takiej odgórnej potrzeby, brak też wykwalifikowanego pracownika, brak doświadczenia w takich sytuacjach,
- gdyby zapytać szpitale, czy mają plan reagowania kryzysowego, to pewnie każdy odpowiedziałby, że posiadają (leży na półce),
- nie można traktować deklaracji szpitala, że posiada plan kryzysowy, bez określenia co to jest i co powinno zawierać. Dlatego po przekazaniu wszystkim szpitalom wzorca takiego jak ten przedstawiony, można dopiero pytać o to, czy szpital na podstawie wzorca przygotował plan kryzysowy i czy go wdrożył.

Wykres 3. Pytanie 3.

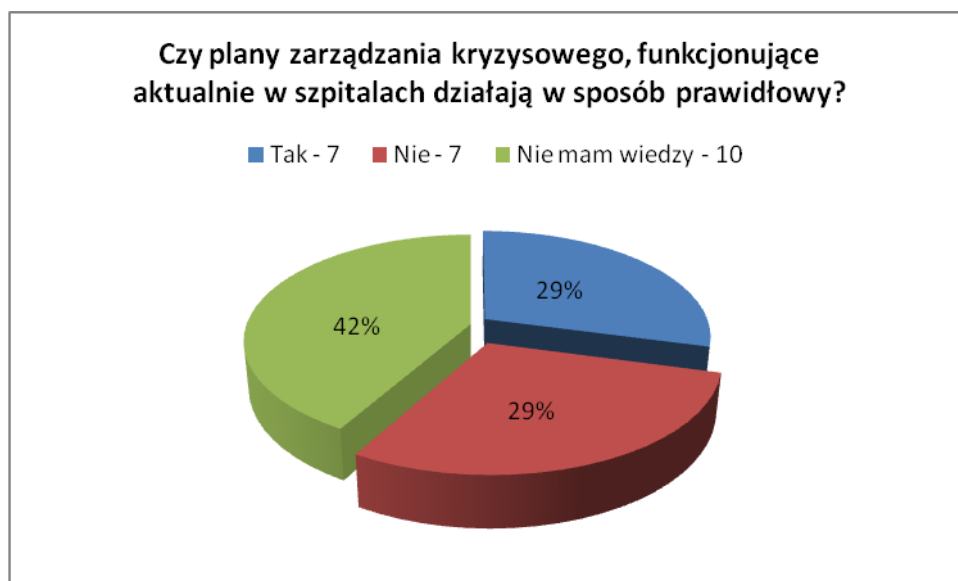


Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Pytanie trzecie brzmiało następująco: Czy takie plany powinny być kompatybilne z Planami Zarządzania Kryzysowego Wojewódzkimi, Krajowymi itp.? Pojawiła się jedynie jedna odpowiedź negatywna. Ekspert, który jej udzielił, twierdził, że szpital jest samodzielny i nie ma potrzeby kompatybilności, wystarczy określić zakres obowiązków i współpracy. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. I odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- szpital jest elementem infrastruktury krytycznej, zgodnie z ustawą o zarządzaniu kryzysowym. To już powoduje konieczność kompatybilności z całym systemem,
- zewnętrzne działania antykryzysowe powinny być spójne z planami wojewódzkimi, krajowymi bo ułatwiają koordynację z innymi służbami,
- właściwie powinny stanowić integralną część tych planów lub ich kontynuację,
- powinny być niemal ich częścią składową, każdy odpowiada za swój kawałek, odcinek,
- powinny być podobne, by szpitale mogły między sobą współdziałać w ramach planów wojewódzkich i innych,
- ułatwiają sprawne przeprowadzenie działań,
- w kryzysie muszą współdziałać sprawnie,
- w pierwszej kolejności gmina, potem powiat, wojewódzkie, krajowe,
- właściwa koordynacja i współdziałanie, informacja, szybkość reakcji,
- bezwzględnie TAK!
- w niektórych sytuacjach kryzysowych nie jesteśmy w stanie załatwić wszystkiego we własnym zakresie. Np.: ewakuacja – trzeba miejsce ewakuacji uzgodnić z władzami lokalnymi.
- w praktyce są jednak trudności w uzgodnieniach ze względu na różnice poglądów organów założycielskich i szpitali,
- aby mogły liczyć na pomoc władz państwowych i samorządowych.

Wykres 4. Pytanie 4.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

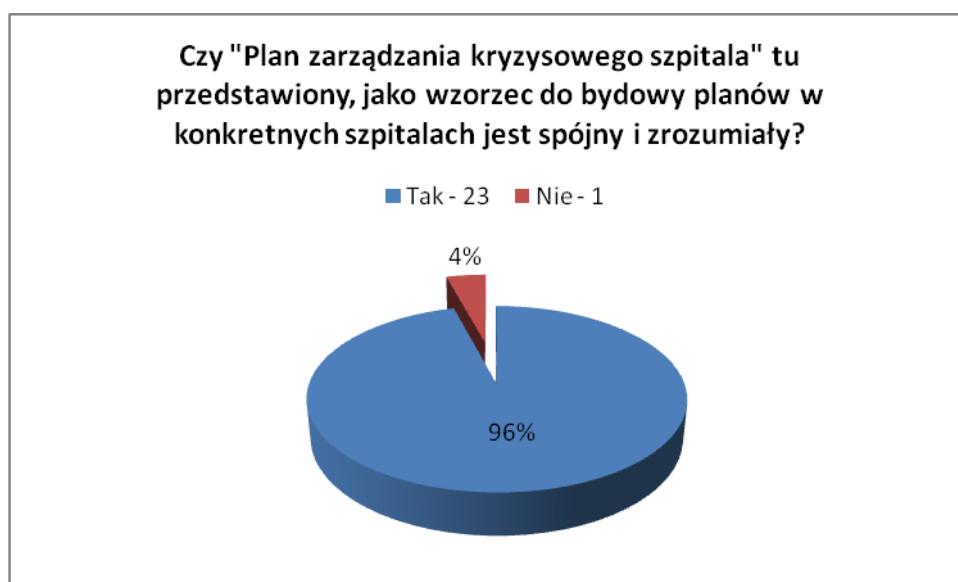
Pytanie czwarte w ankiecie brzmiało: Czy plany zarządzania kryzysowego, funkcjonujące aktualnie w szpitalach działają w sposób prawidłowy? Z konstrukcji pytania wynika, że dotyczy to tych szpitali, które posiadają plany kryzysowe i w jakiś sposób je weryfikują. Eksperti podzielili się, twierdząc, że jak już są plany kryzysowe, to funkcjonują prawidłowo lub mimo posiadania planu nie funkcjonują prawidłowo. Takich było po siedmiu. Dziesięciu odpowiedziało – „nie mam wiedzy”. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. I odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- jak takie plany są w szpitalu to zwykle polegają na papierowym zapisie, o którym nikt nic nie wie, nie mają więc prawa działać bez szkoleń,
- nie są doprowadzone do poszczególnych osób funkcyjnych w stosunku do występujących konkretnych sytuacji kryzysowych,
- w realnych sytuacjach zostają sprawdzone przyjęte rozwiązania – dlatego plany powinny być tak opracowane, by rozwiązania w nich zawarte były sprawdzone i przyjęte,

- zaznaczam TAK – wypowiadam się na przykładzie ZOZ, który reprezentuję,
- nie da się tego sprawdzić do czasu nadejścia kryzysu,
- nie, bo nie są skoordynowane z planami miejskimi i wojewódzkimi,
- tak – jeśli jest wdrożony w ramach zintegrowanego systemu zarządzania,
- brak jest informacji na ten temat,
- to pierwszy raz kiedy spotykam się, że ktoś bada tę tematykę.

Kolejne pytania to pytania dotyczące wzorca: „Plan Zarządzania Kryzysowego Szpitala”. Wzorzec ten był załączony do ankiety i znajduje się w załączniku nr 1, a jego dokładny opis znajduje się w rozdziale czwartym. Eksperci otrzymali wraz z ankietami wzorzec i począwszy od pytania 5., wypowiadali się na jego temat. Podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego pytania kierowane były w kolejności zgodnej z ankietami, uzupełnione jednak o pytania pomocnicze zadawane w ramach rozmowy zależnie od odpowiedzi eksperta. Do pytań dołączono kilka uzupełniających. Zestaw pytań do wywiadu pogłębionego eksperckiego znajduje się w załączniku nr 2.

Wykres 5. Pytanie 5.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Pytanie szóste dotyczyło badanego wzorca. Prawie wszyscy eksperci stwierdzili, że wzorzec jest spójny i zrozumiały. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. Odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- jest zrozumiały i na tyle prosty by go łatwo wprowadzić,
- układ algorytmny – procedury – karty postępowania to proste, zrozumiałe, a tym samym łatwe do wdrożenia i wyszkolenia,
- łatwe i krok po kroku można przeprowadzić działania,
- pozwala zapewnić logiczny i spójny mechanizm zachowania w sytuacjach kryzysowych,
- jasny schematyczny dobra informacja,
- po wprowadzeniu do szpitala wymaga stworzenia konkretnych instrukcji.

Wykres 6. Pytanie 6.



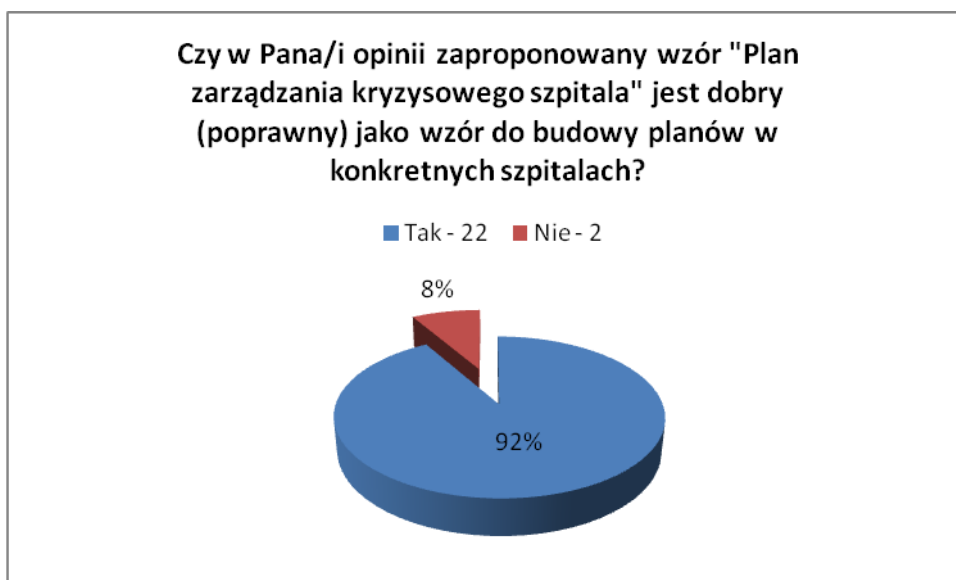
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Na temat pytania szóstego mogli się wypowiedzieć tylko eksperci znający Wojewódzki Plan Zarządzania Kryzysowego. Stąd jedenastu odpowiedziało „nie mam wiedzy”.

Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. I odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- wojewódzkie są opracowywane na podstawie podobnych wzorców,
- w zakresie na ile jest to potrzebne to – tak,
- brak konkretów na co może liczyć szpital od WZK (Wydziału Zarządzania Kryzysowego),
- procedury w Wojewódzkim są narzędziami, a szpital jest często jednym z kroków,

Wykres 7. Pytanie 7.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Pytanie siódme dotyczy poprawności wzorca i jego możliwości zastosowania do budowy planu w konkretnych szpitalach. Dwóch ekspertów stwierdziło, że wzór nie jest dobry do wprowadzenia w konkretnych szpitalach, do wzoru powinny szpitale dostać wytyczne od organów nadrzędnych. Większość ekspertów stwierdziła jednak, że plan jest dobry, poprawny jako wzór do budowy planów w konkretnych szpitalach. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. I odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas

wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- nie – powinien być uzupełniony o wytyczne z Wojewódzkiego Planu,
- nie – należy dodać zakres współdziałania z innymi służbami i organami,
- opiera się na konkretnych działaniach przy wystąpieniu możliwych sytuacji kryzysowych,
- ze względu na jego dużą uniwersalność i możliwość zaadoptowania do każdego szpitala, tak, jest poprawny,
- zrozumiały przejrzysty i prosty w obsłudze,
- konkretyzuje działania dla zarządzającego i osób funkcyjnych,
- stanowi doskonały szkielet i według specyfiki jednostki powinien być rozbudowany.

Wykres 8. Pytanie 8.

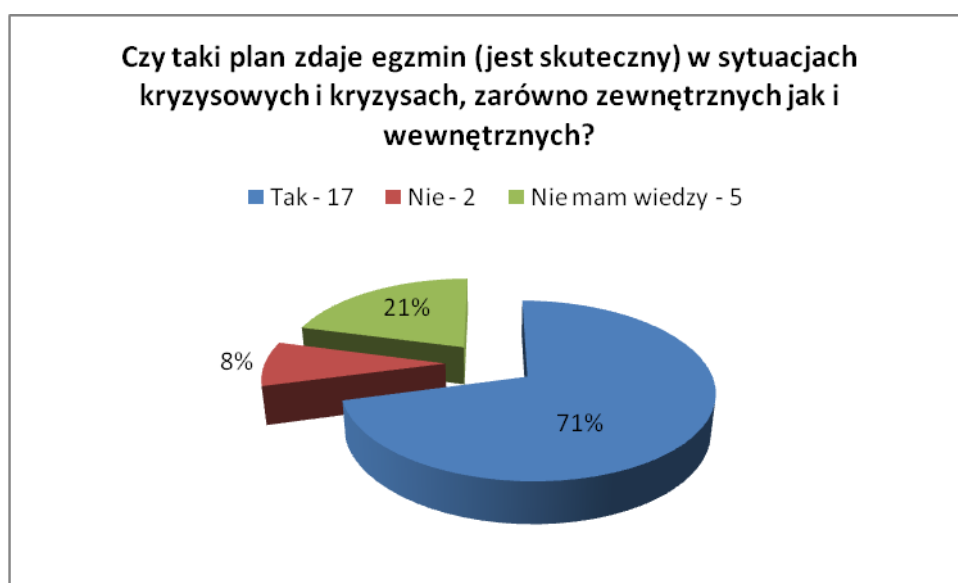


Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

W pytaniu ósmym pojęcie każdego szpitala stało się problematyczne. Trzech ekspertów nie zgodziło się na określenie „w każdym szpitalu”. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. I odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- nie – w bardzo małych szpitalach lub wąsko specjalistycznych szpital powinien sam zdecydować czy korzystać z wzorca, czy samemu przygotować plan,
- sposób postępowania w kryzysie każdy szpital może dostosować do własnych potrzeb,
- ponieważ nie narusza idei przeznaczenia szpitala, a wręcz ją uzupełnia o czynnik bezpieczeństwa,
- może być zastosowany w każdym szpitalu małym i dużym,
- pod warunkiem dopasowania go do struktury (specyfiki) danego szpitala,
- zwracam uwagę na skutki finansowe, koszt wprowadzenia planu, koszt szkolenia i ponoszenia kosztów za wprowadzenie stanu podwyższonej gotowości, koszty wprowadzania danych procedur,

Wykres 9. Pytanie 9.

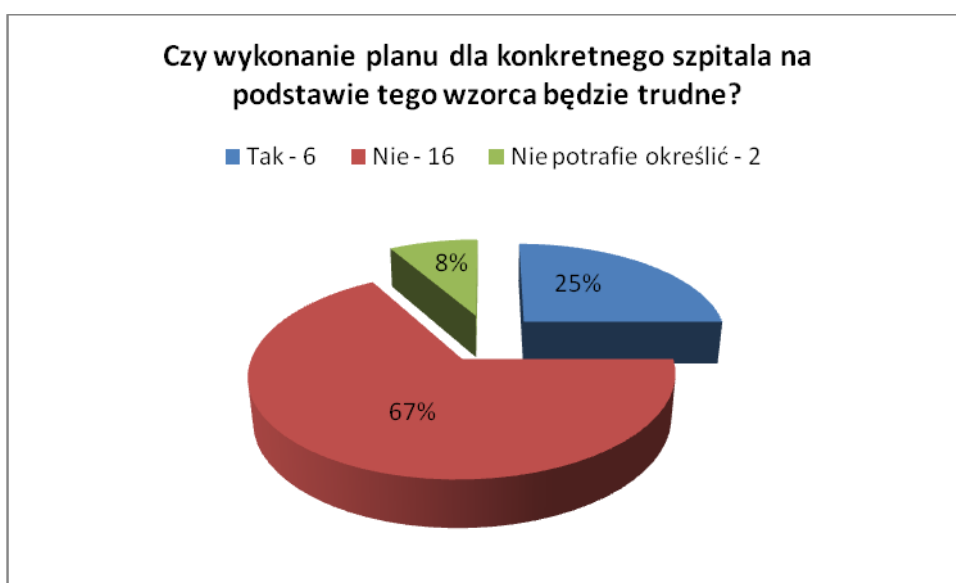


Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Pytanie o skuteczność działania szpitala w oparciu o wzór było różnie interpretowane przez ekspertów, czego wynikiem są odpowiedzi negatywne. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. I odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- nie – Plan jako taki nie gwarantuje skutecznego prowadzenia działań w konkretnych sytuacjach kryzysowych, jednak dostosowany do jednostki i wypraktykowany przez szkolenia wszystkich szczebli – z pewnością „tak”,
- jest skuteczny bo szpital jest na wszystko przygotowany i ma scenariusze działań, jedyne, co jest jeszcze istotne, to szkolenie i aktualizowanie takiego planu na bieżąco,
- należy przeprowadzić symulacje i ćwiczenia i na ich podstawie poprawić plan – wtedy na pewno zwiększa skuteczność działania,
- jeżeli jest trenowany i wszystkie ogniwa go znają, to tak,
- pod warunkiem że kierownicy są zainteresowani tym tematem i biorą w tym udział!

Wykres 10. Pytanie 10.

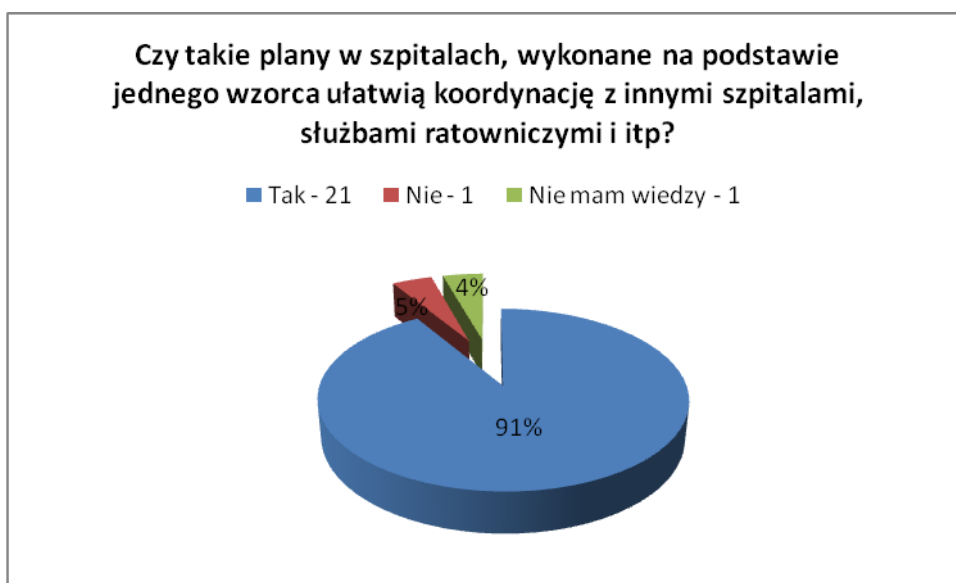


Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Pytanie dziesiąte brzmiało: Czy wykonanie planu dla konkretnego szpitala na podstawie tego wzorca będzie trudne? Większość ekspertów odpowiedziało, że nie. Była to liczba szesnastu ekspertów. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. Odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- tak, bo brak sił i środków do realizacji celów (wymaga sprawdzenia w ramach symulacji), ale wtedy nie byłby to uniwersalny wzorzec,
- nie, jest na tyle przejrzysty, prosty i uniwersalny, że nie będzie stanowiło problemu dla żadnego szpitala zbudowanie swojego planu kryzysowego na podstawie tego wzorca,
- karty postępowania pracowników funkcyjnych wykonane przez pracowników funkcyjnych we współpracy z przełożonymi stanowią najistotniejszy element w takim planie,
- musi wprowadzanie takiego planu nadzorować osoba przygotowana merytorycznie,
- tak – z pewnością łatwiej będzie sporządzić plan kryzysowy na podstawie tego wzorca niż zbudować taki plan od podstaw (bez wzorca). Ale samo sporządzanie planu nawet na podstawie wzorca i jego rzetelne wprowadzenie w życie będzie trudne i kosztowne.

Wykres 11. Pytanie 11



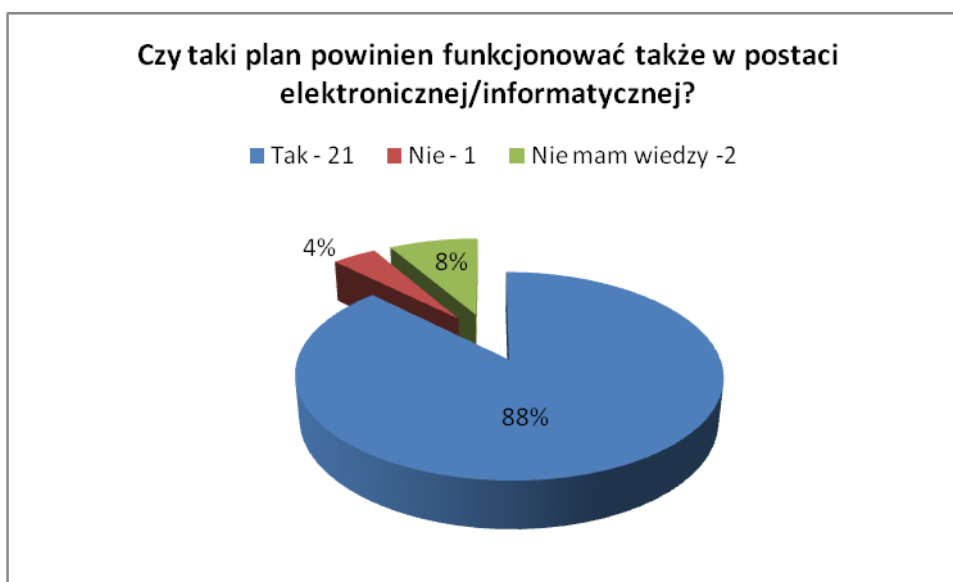
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Pytanie jedenaste: Czy takie plany w szpitalach, wykonane na podstawie jednego wzorca, ułatwią koordynację z innymi szpitalami i służbami ratowniczymi? Zdecydowana większość ekspertów, w liczbie 21, odpowiedziała twierdząco. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. Odpowiedzi na to pytanie

dotatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- to najistotniejszy element planu kryzysowego, jest przewidywalny dla innych służb i szpitali – koordynacja jest w ogóle możliwa,
- nie – by mówić o koordynacji musi być dobry nadzór zewnętrzny nad całością systemu kryzysowego,
- plan musi być otwarty i podlegać ciągłej aktualizacji i sprawdzaniu, wliczając w to koordynację z innymi,
- wszyscy wiedzą, o czym jest mowa, bo mają takie same procedury i ułatwia to komunikację między szpitalami,
- jeden typ działań będzie zrozumiały dla wszystkich,
- wszystkie szpitale będą stosować takie samo nazewnictwo – to istota problemu jaki jest teraz. To samo będzie znaczyć dana procedura!
- wprowadzenie danego algorytmu działań na jakiś kryzys i użycie konkretnych procedur będzie jasnym sygnałem, o tym, co się dzieje i zakresie.

Wykres 12. Pytanie 12.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Pytanie dwunaste brzmiało: Czy taki plan powinien funkcjonować także w postaci elektronicznej/informatycznej? Mimo że większość ekspertów

powiedziała pozytywnie, to każdy z nich podkreślał, że taki plan ma być przede wszystkim wyuczony, następnie wydrukowany i odpowiednie części powinny być w stosownych miejscach łatwo dostępne, (umiejscowione na widoku), a dopiero potem obecne jako informatyczna aplikacja lub program. Do ankiety dołączono pytanie dodatkowe „Dlaczego?”. Odpowiedzi na to pytanie dodatkowe oraz uzyskane podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In-Depth-Interview) brzmiały następująco:

- taki plan ma być przede wszystkim znany i zapamiętany, wyćwiczony przez osoby funkcyjne na każdym szczeblu, potem jako wydruk i dopiero uzupełniająco i porządkująco jako informatyczny zapis,
- powinien być w takiej postaci, bo wtedy łatwo go aktualizować i wprowadzać szybko zmiany np. numery kontaktowe,
- należy wszystko mieć także jako wytyczne wydrukowane i laminowane w dostępnym miejscu – szczególnie karty postępowania,

3. Analiza czasów wykonania procedur

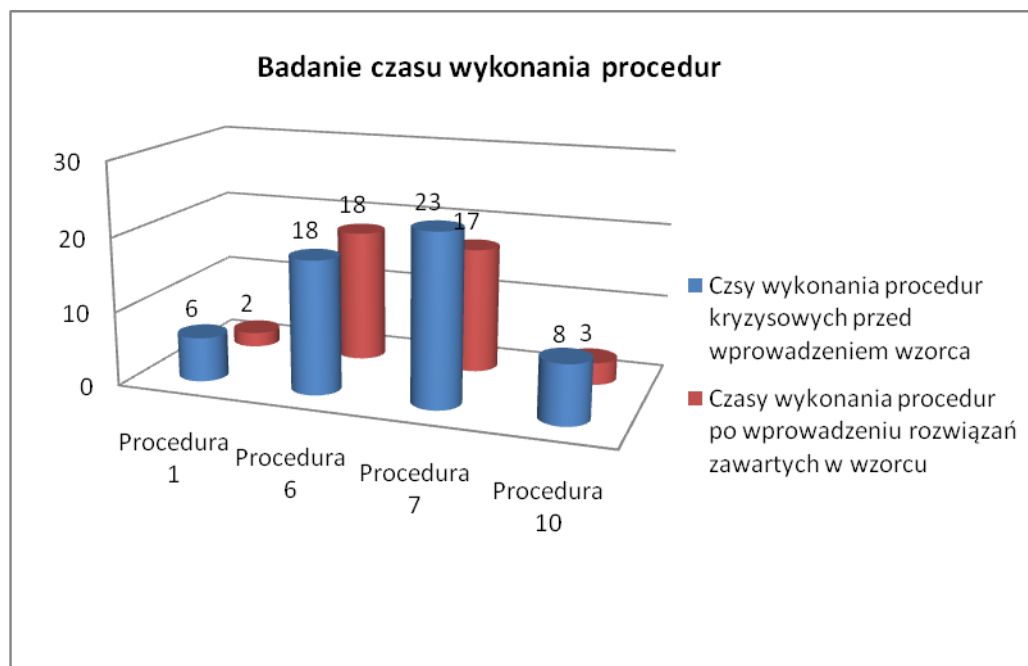
Do badania wybrano procedury z zestawu procedur zaproponowanych we wzorcu i przedstawionych w rozdziale trzecim:

- procedurę ewakuacji,
- procedurę informowania personelu,
- procedurę powiadamiania kryzysowego,
- uruchomienia miejsc kwarantanny i izolacji.

Procedura ewakuacji została wybrana, ponieważ w badanych jednostkach istnieje i jest ćwiczona według wyznaczonych przez szpital wytycznych. Konieczność posiadania planów ewakuacji, oznaczeń wyjść ewakuacyjnych oraz map z zaznaczonymi drogami ewakuacyjnymi wynika z przepisów pożarowych.

Procedura informowania personelu to kluczowa procedura w zarządzaniu kryzysowym. Pozostałe dwie zostały wybrane losowo.

Wykres 13. Badanie czasu wykonania procedur.



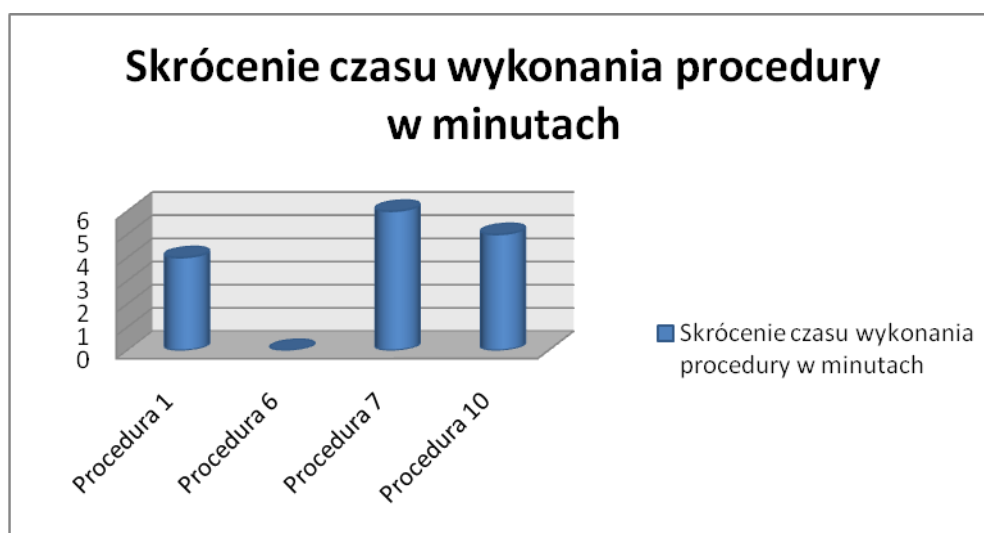
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych

Wyniki badania czasu wykonania procedur przedstawiają się w następujący sposób:

- procedura 1 – procedura informowania personelu, czas potrzebny do poinformowania wszystkich pracowników funkcyjnych wynosił 6 minut. Po wprowadzeniu rozwiązań wzorcowych, w skład których wchodziły listy osób funkcyjnych z dokładnym planem pracy tych osób oraz listy z aktualnymi danymi telefonów i listy kontaktowe, czas informowania został skrócony do 2 minut.
- procedura 6 – procedura ewakuacji, szacowany czas potrzebny do jej wykonania oraz czas zmierzony w czasie ćwiczeń to 18 minut. Po wprowadzeniu rozwiązań ewakuacja przebiegała w warunkach ćwiczeń w sposób bardziej zorganizowany i uporządkowany, lecz czas potrzebny na wykonanie tej procedury wynosił także 18 minut.

- procedura 7 – uruchomienie miejsc kwarantanny i izolacji. Aby uruchomić takie miejsca, czas potrzebny przed przygotowaniem wynosił 23 minuty, po wprowadzeniu rozwiązań skrócił się do 17 minut.
- procedura 10 – powiadamiania kryzysowego. Poinformowanie konkretnych i celowych służb, centrum zarządzania kryzysowego, instytucji, organów państwowych oraz innych podmiotów koniecznych do działania w kryzysie wymaga posiadania stosownej listy z aktualnymi numerami telefonów, zakresów fal radiowych itp. Posiadanie takiej listy w formie wydruku zaktualizowanego oraz w formie informatycznej skróciło czas wykonania tej procedury z 8 minut do 3.

Wykres 14. Skrócenie czasu wykonania procedur.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań własnych.

Procedura ewakuacji jest w szpitalach ćwiczona i w praktyce sprawdzona. Dowodem tego jest brak zmiany czasu wykonania zawartych w niej czynności. Udowadnia to także podstawowe założenie, że posiadanie planu, czyli przygotowanie się na różne ewentualności, usprawnia działanie w razie powstania zagrożenia. Przygotowanie się przez szpital do ewakuacji spowodowało, że zmiany wytycznych i ich przeciwiczenie zmieniło organizację i uporządkowało działania podczas ewakuacji, ale czas nie uległ zmianie.

Rozdział V. Dyskusja

W literaturze przedmiotu wiele mówi się o rozwiązaniach dotyczących przygotowań kryzysowych [Ciraulo 2004, ss. 1033-1041, Hanna 1995, ss. 317–318, Kai 1994 ss. 29-34, Laughy 1991, MacIntyre 2000, ss. 283, Wilson 1987, ss. 267-270, Treat 2001, ss. 562-565, Lai 2003, ss. 1109-1112, Sternberg 2003, ss. 291-299, Simon 2001, ss. 1-3, Cyganik 2003, ss. 80 -86, Singer 2007, ss. 87-92, Dyke 2010, ss. 301-315]. Często podejmuje się temat, co zawiodło podczas różnych katastrof, kryzysów, aktów terrorystycznych. Wiele jest wąsko specjalistycznych artykułów podejmujących tę tematykę. Brak jednak propozycji szerszych rozwiązań lub wzorców. Bardzo mało jest poważnych badań dotyczących zasadności posiadania planów zarządzania kryzysowego w szpitalach, nie ma także zbyt wielu badań nad ich skutecznością. Wynikać to może z przekonania o tym, że szpitale powinny mieć takie plany i być przygotowane, bo tak podpowiada zdrowy rozsądek. Brak aktów prawnych i innych formalnych wytycznych na ten temat powoduje, że plany są fikcyjne lub uznaniowe i zarządzanie kryzysowe w szpitalu opiera się na działaniach podejmowanych na bieżąco. Wniosek z tego wynikający i podparty przedstawionymi tu badaniami jest następujący:

Wszystkie szpitale powinny przygotować plany zarządzania kryzysowego oparte na jednym wzorcu i plany te powinny być skoordynowane z innymi planami nadrzędnymi. Powinny zostać sformułowane stosowne do tego akty prawne i rozwiązania formalne, uwzględniające finansowanie tych przedsięwzięć. Ponadto plany powinny być:

- opracowane na podstawie wzorca, ale wynikać ze specyfiki danej jednostki,
- dostosowane do warunków jednostki oraz funkcjonujące na podstawie sił i środków, jakimi dysponuje dany szpital,
- opracowane przez osoby funkcyjne przy współpracy specjalistów,
- aktualizowane i ćwiczone (szkolenia).

W procesie badawczym, jaki miał miejsce podczas realizacji tej pracy przeprowadzono analizy literatury oraz dokumentów (planów szpitalnych, wojewódzkich i innych), użyto metody Delfickiej oraz IDI (In-Depth-Interview), czyli wywiadu pogłębionego eksperckiego. Jako dopełnienia badań użyto analizy SWOT oraz analizy porównawczej czasu wykonania procedur.

Poszczególne etapy pracy i zawarte w niej badania udowadniają, że szpital posiadający plan zarządzania kryzysowego jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w kryzysie. Taka wiedza pozwala na wprowadzanie planów zarządzania kryzysowego w szpitalach w oparciu o udowodnione twierdzenie dotyczące zasadności ich posiadania.

Najistotniejsze z punktu widzenia metody badawczej, jaką jest metoda Delficka, było pierwsze pytanie w ankiecie, na które uzyskano zgodność wszystkich ekspertów. 100% ekspertów odpowiedziało „TAK” na pytanie: Czy w Pana/i opinii wszystkie szpitale powinny mieć plany zarządzania kryzysowego? W ten sposób udało się uzyskać zgodność Delficką, dotyczącą zasadności posiadania planów zarządzania kryzysowego szpitali. Posiadanie planów zarządzania kryzysowego szpitala, jak wykazały wnioski z metody Delfickiej oraz z wywiadu pogłębionego eksperckiego, w większym stopniu przygotowuje szpital do sprawnego działania w kryzysie. Jednym z głównych pytań w wywiadzie pogłębionym eksperckim było pytanie: Czy szpital posiadający plan zarządzania kryzysowego jest w większym stopniu przygotowany do działania w kryzysie? Kryterium, jakie się pojawiło to posiadanie lub nieposiadanie planu zarządzania kryzysowego w szpitalu. Samo posiadanie planu jest zwiększeniem stopnia przygotowania na kryzys, ale naprawdę skuteczne przygotowanie musi opierać się na kompleksowych dla wszystkich szczebli zarządzania rozwiązaniach, szkoleniach i praktycznym sprawdzaniu skuteczności poszczególnych działań w nim zawartych i całego planu na wszystkie możliwe zagrożenia. Jest to potwierdzenie hipotezy głównej, która mówi: „Szpital posiadający plan zarządzania kryzysowego jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w kryzysie”. Wszyscy eksperci zgodnie potwierdzali w wywiadzie pogłębionym, iż posiadanie planu zarządzania kryzysowego przez szpital, przygotowuje do sprawnego działania w razie kryzysu lub zagrożenia nim, w większym stopniu niż w przypadku nieposiadania takiego planu w szpitalu.

Określenie skali stopnia przygotowania szpitala, jak stwierdzali eksperci, jest albo niemożliwe, albo wymagające wielu warunków powodujących zakłamanie badania, ponieważ można jedynie ogólnie stwierdzić większy stopień. Jedynym z kryteriów potwierdzających większy stopień przygotowania do kryzysu jest więc posiadanie planu kryzysowego i praktyczne go wdrożenie oraz szkolenia. Realne sprawdzenie skuteczności i stopnia przygotowania nastąpi dopiero po zajściu kryzysu. Eksperti stwierdzili także konieczność możliwości modyfikacji zarówno planu, jak i wzorca po sprawdzeniu go w praktyce, tak w czasie szkoleń i symulacji, jak i w czasie prawdziwego kryzysu. Jednocześnie jest to potwierdzenie jednej z hipotez szczegółowych: „Przygotowanie placówki służby zdrowia, jaką jest szpital, na szeroko rozumiany kryzys może poprawić bezpieczeństwo pacjentów, pracowników i samego szpitala jako organizacji”.

Przedstawiony w tej pracy wzór planu zarządzania został przygotowany w oparciu o plany wojewódzkie województwa wielkopolskiego i w zgodności z nimi. Kolejna hipoteza szczegółowa, która brzmi w sposób następujący: „Jednolity wzór planu zarządzania kryzysowego szpitala, zgodny z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, zwiększa sprawność systemu organizacji szpitala oraz infrastruktury krytycznej”, jest prawdziwa. Potwierdzeniem tej hipotezy szczegółowej są wyniki ankiety oraz odpowiedzi ekspertów w wywiadzie pogłębionym. Wniosek z pytań dotyczących wzorca planu oraz zgodności z Planami Kryzysowymi Wojewódzkimi czy Krajowymi pokazuje, jak ogromne znaczenie ma istnienie wzorca planu i jego zgodność w wyżej wymienionymi planami, ponieważ szpitale wykazują zwiększoną sprawność w kryzysie. Tym samym potwierdzają słuszność hipotezy szczegółowej, która mówi: „Jednolity wzór planu zarządzania kryzysowego szpitala, zgodny z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, zwiększa sprawność systemu organizacji szpitala oraz infrastruktury krytycznej”. Eksperti potwierdzają inną hipotezę: „Przygotowanie placówki służby zdrowia, jaką jest szpital, na szeroko rozumiany kryzys może poprawić bezpieczeństwo pacjentów, pracowników i samego szpitala jako organizacji”. Podczas wywiadu pogłębionego eksperckiego eksperci potwierdzali także hipotezę mówiącą: „Wzorzec planu zarządzania kryzysowego przedstawiony w tej pracy jest poprawny, spójny, zrozumiały i może zostać wprowadzony w każdym szpitalu”. Zastrzeżenia, jakie się pojawiały, dotyczyły możliwości wprowadzenia planu zarządzania kryzysowego w każdym szpitalu. W tej

kwestii nie wszyscy byli zgodni. Kolejna hipoteza mówiła o tym, że: „Głównym zagrożeniem dla funkcjonowania placówki szpitalnej są kryzysy wewnętrzne i zewnętrzne”. Eksperti uznali, że szerokie ramy znaczeniowe pojęcia kryzysu zewnętrznego i wewnętrznego dają podstawę do zgodzenia się z powyższym stwierdzeniem.

Ogólne wnioski wynikające z analizy SWOT i TOWS/SWOT są bardzo proste, ale tym samym trudne do realizacji. Brzmiały one następująco: unikać zagrożeń, wzmocnić słabe strony, wykorzystywać szanse, opierać się na mocnych stronach. Po przeprowadzeniu analizy SWOT określono, na podstawie jej wyników, rodzaj strategii, jaką ma się kierować przedsiębiorstwo. Dla obydwu badanych szpitali jest to strategia agresywna nazywana w literaturze „maxi-maxi”. Szpitale powinny przyjąć strategię silnej ekspansji rynku usług medycznych i zdywersyfikowanego rozwoju. Taka strategia dla szpitala jest oczywiście nierealna z powodu ograniczeń prawnych i limitowych, ale przedstawia pozytywną ocenę samych jednostek. Na tej podstawie można stwierdzić, że badane szpitale posiadają silną pozycję na rynku usług medycznych. Rozszerzają swą działalność również poza ten obszar, jak chociażby w świadczenia usług paramedycznych i niemedycznych. Analiza SWOT przedstawia dobry obraz funkcjonowania badanych szpitali. Z analizy TOWS/SWOT można wyciągnąć wiele wniosków, z których najważniejszy dotyczy wysokiej istotności sfery zarządzania i przygotowania się na różne sytuacje kryzysowe i najogólniej mówiąc zmiany sposobu myślenia o zarządzaniu szpitalem i gotowości na zagrożenia. Najbardziej istotne okazuje się znaczenie rozwoju systemu zarządzania kryzysowego dla szpitala i widać to po największej ilości interakcji w analizie TOWS dla szpitala MSWiA w Poznaniu. Jest to potwierdzenie jednej z hipotez szczegółowych, która mówi, że: „Przygotowanie placówki służby zdrowia, jaką jest szpital, na szeroko rozumiany kryzys może poprawić bezpieczeństwo pacjentów, pracowników i samego szpitala jako organizacji”. Analiza ta wykazała również, że zwiększenie dostępu do nowoczesnej technologii i wiedzy medycznej oraz czynniki demograficzne w społeczeństwie polskim, a konkretnie starzenie się społeczeństwa, mają istotny wpływ na szpitale i ustalanie przez nie strategii rozwoju na następne lata. Pozycje w zagrożeniach „Zagrożenia wewnętrzne” i „Zagrożenia zewnętrzne” miały wysokie ilości interakcji w analizie TOWS/SWOT w obydwu badanych szpitalach. Przyjmując dużą zawartość znaczeniową zagrożeń

wewnętrznych i zewnętrznych analizowanych w tej pracy oraz interdyscyplinarne do nich podejście, analiza ta potwierdza jedną z hipotez szczegółowych, która brzmi: „Głównym zagrożeniem dla funkcjonowania placówki szpitalnej są kryzysy wewnętrzne i zewnętrzne”. Na podstawie tej analizy przyjęto szerokie znaczenie pojęcia kryzysu, co pozwala w pełni zgodzić się z tą hipotezą.

Analiza TOWS/SWOT wykazała dużą ilość interakcji z „słabymi stronami” szpitali takimi jak: brak możliwości prowadzenia pełnej wolnorynkowej działalności sprzedaży usług medycznych oraz brak możliwości finansowania leczenia nowoczesnymi specjalistycznymi metodami, a także ograniczenia kontraktowe z NFZ. Jest to potwierdzenie często pojawiającego się stwierdzenia mówiącego, że: „Szpitale są przedsiębiorstwami funkcjonującymi nieefektywnie w warunkach aktualnie panujących w ich otoczeniu”.

Szpital MSWiA wykazał w analizie TOWS/SWOT jako pierwszą w zbiorze „mocnych stron” pozycję o następującej treści: „Posiadanie planu zarządzania kryzysowego oraz planów militaryzacji”. Pozycja ta wykazała interakcje z zagrożeniami wewnętrznymi i zewnętrznymi. W grupie „szans” w analizie obydwu szpitali pojawiły się pozycje dotyczące rozwoju zarządzania kryzysowego oraz zwiększenia dostępu do nowoczesnych technologii i wiedzy. Pozycje te jako „szanse” dla szpitali wskazują konieczność rozwoju zarówno zarządzania kryzysowego, jak i technologii i wiedzy z tym zarządzaniem związanym. Rozwój zarządzania kryzysowego bezapelacyjnie jest ściśle powiązany z technologicznym rozwojem i jego celem jest zwiększanie sprawności działania. Szersze ujęcie całej przeprowadzonej analizy TOWS/SWOT pozwala na potwierdzenie hipotezy głównej, która brzmi: „Szpital posiadający plan zarządzania kryzysowego jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w kryzysie”. Sprawność działania jest bezpośrednio związana ze współpracą z innymi jednostkami i służbami. Pozwala to na potwierdzenie także jednej z hipotez szczegółowych: „Jednolity wzór planu zarządzania kryzysowego szpitala, zgodny z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, zwiększa sprawność systemu organizacji szpitala oraz infrastruktury krytycznej”.

Można zaryzykować stwierdzenie, że wprowadzając ćwiczenia z całości planu zarządzania kryzysowego, usprawni się w znacznym stopniu działania podczas

kryzysu. Badanie czasu wykonania procedur pokazuje, że biorąc pod uwagę czas wykonania procedury jako mierzalny wyznacznik stopnia sprawnego działania w kryzysie, znacznie skraca się czas trwania procedury w trzech na cztery badane procedury. Znaczne skrócenie czasu trwania to wielkości rzędu od 4 do 6 minut. Określenie „znaczące skrócenie” jest uprawnione o tyle, o ile dla ratowania życia i zdrowia ludzkiego nie jesteśmy w stanie wycenić wartości czasu i tym samym minuty. Dla procedury trwającej sześć minut skrócono czas jej trwania do dwóch, dla procedury trwającej osiem minut skrócono jej czas do trzech minut, natomiast dla procedury trwającej dwadzieścia trzy minuty skrócono czas do siedemnastu. Jest niemożliwe statystyczne przełożenie tych wyników. Niemożliwe jest także wycenienie jakiegokolwiek wartości przypadającej na minutę. Można jednak przychylić się do stwierdzenia, że takie skrócenie czasu jest zwiększeniem sprawności działania. Należy zwrócić także uwagę, że wprowadzenie rozwiązań z wzorca usystematyzowało działanie we wszystkich czterech badanych procedurach. Dotyczy to także procedury, w której czas nie został skrócony, ale działania podejmowane według wzorca były mniej przypadkowe i przewidywalne. Takie podejście może pomóc zapobiec panice, oraz pozwolić prawidłowo przeprowadzić zadania zawarte w procedurze nawet osobie nieprzeszkolonej do danej funkcji.

Czas odgrywa niezwykle istotną rolę w ratowaniu ludzi. Dobra organizacja w czasie wystąpienia sytuacji kryzysowej pozwala na jego skrócenie. Wykazały to przedstawione badania i na ich podstawie można potwierdzić zasadność przygotowań kryzysowych w szpitalu.

Jak istotne jest przygotowanie się na kryzys i sporządzenie planu zarządzania kryzysowego z konkretnymi procedurami, podkreśla się często w literaturze [Davoli 2007, Simon 2001, Peral-Gutierrez de Caballos 2005, Sternberg 2003, Barbera 2002, Perry 2003, Kulling 2003, Richter 1997, Suppe 1993, Tai 1994, Wang 2004, Schreiber 2004, Treat 2001, Galea 2002, Benedek 2002, Kenar 2004, Simon 2001, Georgopoulos 2004, Nozaki 1995]. Na zarządzanie kryzysowe w szpitalu należy spojrzeć z innej perspektywy niż na normalne funkcjonowanie i kierowanie szpitalem ze względu na brak ciągłości czasowej. Planując jakiegokolwiek działanie, zadania zarządcze, określa się ramy czasowe. Wyznacza się moment rozpoczęcia, dzieli się czas na poszczególne etapy i ustala termin zakończenia. Inaczej jest w przypadku zarządzania kryzysowego, ponieważ przygotowanie planu

odbywa się dla poszczególnych grup zagrożeń i obarczone jest ciągłą gotowością do jego wprowadzenia. W tym miejscu, na etapie gotowości, kończy się ciągłość czasowa. Brak ciągłości czasowej wynika z tego, że sytuacja kryzysowa zwykle jest sytuacją nagłą, a jeśli nawet sytuacja kryzysowa jest spodziewana, to nigdy nie da się określić precyzyjnie jej rozmiarów czy zakresu, czasu trwania i momentu zakończenia. Dobrze zarządzana organizacja przygotowuje pewne rezerwy i plany na wypadek sytuacji kryzysowych. Możemy jedynie szacować możliwości powstania kryzysu, czy też przewidywać pewne zagrożenia, najczęściej na podstawie poprzednich okresów, ale także obserwując otoczenie i inne uwarunkowania działalności. Dokładna charakterystyka otoczenia oraz analiza szczegółowa zagrożeń w szerokim pojęciu pozwala na zminimalizowanie ryzyka, jakie niosą za sobą zagrożenia.

W procesie opracowania planu najważniejszymi czynnikami okazały się: sposób, w jaki plan został napisany, jego niezawodność i możliwość jego realizacji, poziom znajomości i świadomości zasad opisanych w planie, praktyczność prezentowana przez jego głównych wykonawców, wreszcie elastyczność samego planu i najistotniejszy element, czyli czas wykonania. Czas to jedyny mierzalny i możliwy do porównania aspekt, którego nie można podważyć lub błędnie zinterpretować. Czas w znaczeniu skrócenia trwania wykonania danej procedury to polepszenie jej działania i dowód na skuteczność wykonania działań. Skrócenie wykonania konkretnej procedury osiągnięto przez wdrożenie i sprawdzenie najlepszych rozwiązań oraz przeszkolenie osób funkcyjnych i szkolenie.

Z punktu widzenia czasu kolejność elementów zdarzenia jest następująca: 1) zauważenie zdarzenia – konieczny jest system monitorowania i alarmowania, 2) prawidłowe zinterpretowanie kryzysu, które leży w kompetencji zarządzającego lub sztabu kryzysowego, 3) rozpoczęcie działań, 4) poprawne rozpoznanie konkretnego rodzaju kryzysu. W trakcie działania konieczne jest ciągle monitorowanie sytuacji, przewidywanie skutków w oparciu o wiedzę i doświadczenie, a także umiejętność organizowania i utrzymywania łączności w całym obrębie i poza nim. Kolejny etap to realizacja planu do końca. W zależności od sytuacji może istnieć konieczność zmiany części planu lub sił i środków na niego przeznaczonych. Takie zmiany podejmuje sztab kryzysowy. Na końcu – z punktu widzenia czasu – ma mieć miejsce usunięcie skutków i powrót do normalnej

działalności. Ważne jest uczenie się na błędach, a do tego potrzebne jest dobre udokumentowane przebiegu zdarzenia.

Przygotowując plan konieczne jest kierowanie się trzema zasadami:

- zasadą zgodności działań – obliguje organizację do spójnego działania w realizacji zadań przewidzianych na wypadek takich sytuacji.
- zasadą kompleksowości i podmiotowości – polega na uwzględnieniu wszystkich działań na poszczególnych szczeblach organizacyjnych oraz bezpośredniej podmiotowej odpowiedzialności każdego podmiotu za przygotowanie planu wewnętrznego i współdziałanie w przygotowaniu i wdrażaniu planów zarządzania kryzysowego.
- zasada jednolitości i ciągłości planowania – stanowi podstawę strategii działania i organizacji w jednolitym planie. Jest to ciągle uzupełnianie i aktualizacja wszystkich danych i przygotowanie poszczególnych etapów w czasie powstawania zmian wpływających na plan kryzysowy.

Z punktu widzenia planów kryzysowych istotne jest, by były one trwale obowiązujące, czyli w ciągłej gotowości. Plany trwale obowiązujące, które są opracowane i podejmowane dla powtarzalnych działań, dzielimy na:

4. zasady postępowania – będące ogólnymi wytycznymi podejmowanych decyzji, wyznaczającymi ich granicę, zwane wytycznymi polityki [Giffin 1996, s. 318].
5. reguły (Standardowa procedura [Giffin 1996, s. 318]) – określające konkretne działania, jakie należy podejmować w określonej sytuacji.
6. procedury (Przepisy i reguły postępowania [Giffin 1996, s. 318]) – inaczej standardowe procedury operacyjne jako zbiór szczegółowych instrukcji określających sposób wykonywania powtarzalnych działań [Pakuła 2005, s. 459].

Plany kryzysowe istnieją równolegle z planami normalnymi, ale są skonstruowane w taki sposób, by ich działanie w kryzysie było sprawne i przewidywalne dla służb współpracujących. Budowa i działanie planu kryzysowego i wynikającego z niego działania oparte jest na maksymalnie uproszczonym wzorcu podzielonym na trzy poziomy:

4. Algorytm działania (procedura główna) – są to zasady postępowania, będące ogólnymi wytycznymi podejmowania decyzji, wyznaczającymi procedury operacyjne, jakie należy uruchomić i opisujące, w jakiej kolejności je zastosować na wypadek danej sytuacji kryzysowej lub katastrofy.
5. Standardowa procedura operacyjna – określa konkretne działania, jakie należy podejmować w określonej sytuacji, z wyszczególnieniem osób lub stanowisk funkcyjnych odpowiedzialnych za dane zadania.
6. Karty postępowania – są to konkretne działania dla konkretnego stanowiska lub osoby. Dla różnych procedur są różne karty postępowania.

Istotne jest to, że na każdym z tych poziomów nie może być ścisłych wytycznych. Zawsze w sytuacjach nadzwyczajnych, a tylko takie są tu analizowane, musi zostać możliwość podjęcia innej decyzji przez osobę funkcyjną na każdym poziomie decyzyjnym. Wynika to z braku możliwości przygotowania się na wszystkie sytuacje nadzwyczajne, w każdej wersji i zakresie. Stąd bardzo istotne, by na stanowiskach odpowiedzialnych za zadania kryzysowe obsadzać osoby z wysokimi kwalifikacjami i dobrze przeszkolone.

Dyrekcja szpitala tworzy plan zarządzania kryzysowego z algorytmów. Algorytmy to ogólne kroki postępowania w kryzysie. Średni poziom zarządzania szpitalem tworzy procedury do budowy algorytmów. Proponowane procedury są podane w tym opracowaniu, muszą być one dostosowane do potrzeb konkretnego szpitala i opracowane według nich. W procedurach są podane osoby/stanowiska funkcyjne, czyli pracownicy funkcyjni i oni tworzą karty postępowania we współpracy z przełożonymi. Na poniższym rysunku przedstawiony jest zakres odpowiedzialności za tworzenie planu zarządzania kryzysowego.

Rys. 12. Budowa planu.



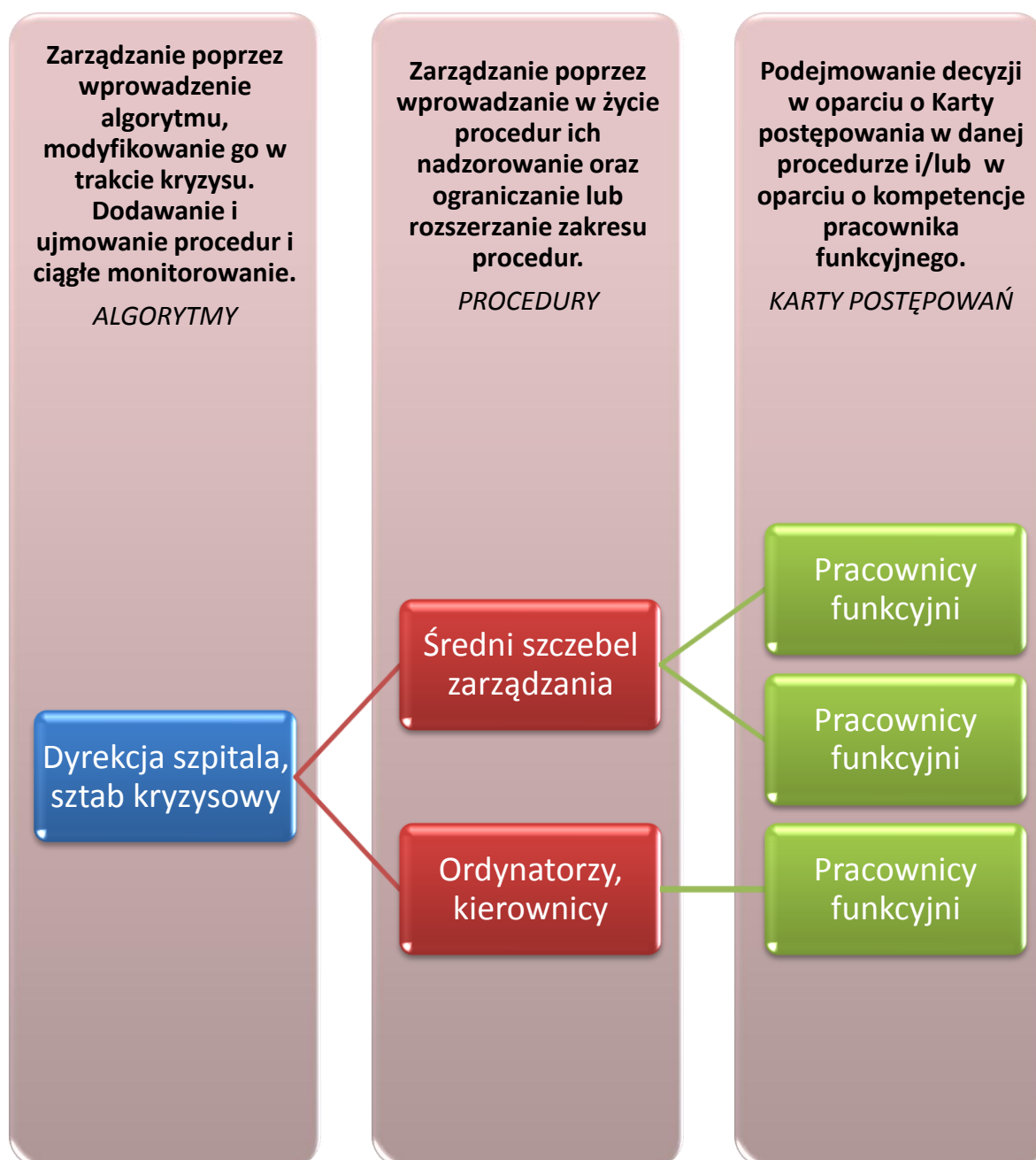
Źródło: Opracowanie własne

Algorytm działania – to zestaw procedur uruchamianych do rozwiązania i zażegnania sytuacji kryzysowej, zawierający opis danych o kryzysie wraz z opisem czynności, które należy wykonać, aby zakończyć sytuację kryzysową.

Aby oszacować ryzyko wystąpienia zagrożeń, konieczne jest poznanie otoczenia szpitala, czyli znajdujących się w pobliżu szlaków komunikacyjnych, przedsiębiorstw, uwarunkowań środowiskowych oraz poznanie całej specyfiki przestrzeni, szczególnie pod względem epidemiologicznym, społecznym i kulturowym. Ważne jest także przeanalizowanie samej placówki służby zdrowia, jej specyfiki działalności, warunków lokalowych, organizacji, personelu, uwarunkowań medycznych, sanitarnych, ekonomicznych i prawnych. W szacowaniu ryzyka wystąpienia zagrożenia, należy wziąć pod uwagę czynniki wewnętrzne i zewnętrzne oraz częstość występowania takich zdarzeń w przeszłości w danym szpitalu oraz w jego otoczeniu. Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia pewnych zdarzeń jest zależny od konkretnej placówki służby zdrowia i jej otoczenia. Pomocny jest podział na konkretne kategorie i skupienie uwagi na uwarunkowania sprzyjające pewnym zagrożeniom.

Schemat zarządzania kryzysowego jest przedstawiony na rysunku 11 poniżej.

Rys. 13. Schemat zarządzania w kryzysie.



Źródło: Opracowanie własne

Po zidentyfikowaniu kryzysu/sytuacji kryzysowej na każdym szczeblu zarządzania muszą natychmiast zostać podjęte działania antykryzysowe. W przypadku zidentyfikowania kryzysu na poziomie pracownika funkcyjnego,

pracownik ten podejmuje stosowne działania przewidziane i zawarte na kartach postępowania. Następnie informuje odpowiednie osoby o zaistniałej sytuacji, aby w szpitalu mogły już w trakcie działań antykryzysowych zostać uruchomione odpowiednie algorytmy działań i procedury. Kryzys może zaistnieć zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz szpitala. Kiedy mamy do czynienia z zewnętrznym kryzysem czy z sytuacją kryzysową, zwykle informacja dociera z zewnątrz do szpitala i trafia natychmiast do zarządzających szpitalem. Natomiast, kiedy mówimy o kryzysie wewnętrznym, rozumiemy, że może on zaistnieć na każdym poziomie zarządzania oraz w każdym miejscu szpitala.

Cel główny, czyli „Zaprojektowanie wzorca planu zarządzania kryzysowego szpitala, przebadanie go i ocena możliwości jego funkcjonowania”, został osiągnięty dzięki zbudowaniu wzorca na podstawie literatury i przeprowadzonych badań. Budowa wzorca oraz ocena możliwości jego funkcjonowania została pozytywnie oceniona przez ekspertów w badaniu metodą Delficką oraz przez wywiad pogłębiony ekspercki. Udowodniono, że szpitale posiadające plany zarządzania kryzysowego są lepiej przygotowane do sprawnego działania w kryzysie. Stan aktualnego przygotowania szpitali na sytuacje kryzysowe oraz przeanalizowanie otoczenia szpitali i zagrożeń, został przebadany za pomocą analizy SWOT i TOWS/SWOT, jako uzupełnienie do metod eksperckich i poszerzenie zakresu badawczego pracy, na podstawie ich wyników określono słabe i mocne strony oraz szanse i zagrożenia.

Rozdział VI. Wnioski

- Szpitale powinny mieć plan zarządzania kryzysowego.
- Szpital posiadający plan zarządzania kryzysowego jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w kryzysie.
- Zwiększenie sprawności działania wynika ze skrócenia czasu wykonania poszczególnych procedur.
- Plan zarządzania kryzysowego dla szpitali musi być oparty na jednym wzorcu, zgodny z planami kryzysowymi – wojewódzkimi i innymi nadrzędnymi.
- Posiadanie planu opartego na przedstawionym w pracy wzorcu, usprawnia działanie całego systemu infrastruktury krytycznej.
- Badania metodą Delficką, czasu wykonania procedur oraz SWOT, TOWS/SWOT potwierdziły, że szpital posiadający plan zarządzania kryzysowego jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w kryzysie.
- Badanie metodą Delficką potwierdziło również, że jednolity wzór planu zarządzania kryzysowego, zgodny z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, zwiększa sprawność systemu organizacji szpitala oraz infrastruktury krytycznej.

Streszczenie

Praca składała się z kilku etapów ściśle powiązanych i nawzajem z siebie wynikających. Pierwszym etapem była analiza literatury dotyczącej funkcjonowania szpitali ze szczególnym uwzględnieniem zarządzania w sytuacjach kryzysowych, oraz zarządzania kryzysowego w rozumieniu krajowym, wojewódzkim i z punktu widzenia szpitala, a także powiązane z tym prawne aspekty. Analiza literatury została uzupełniona o zakres dotyczący kluczowych pojęć oraz zarządzania kryzysowego w organizacjach gospodarczych. Bardzo istotna była analiza planów kryzysowych badanych szpitali, Planu Zarządzania Kryzysowego Województwa Wielkopolskiego, wytycznych WHO i innych dokumentów. Kolejnym etapem była analiza zagrożeń dla szpitali, wykonana na przykładzie dwóch szpitali o szerokim zakresie działalności, tak by jak najszerszej zobrazować zagrożenia, jakie mogą występować na obszarze działania szpitali. Do tego celu posłużyła analiza SWOT. W jej wyniku scharakteryzowano mocne i słabe strony szpitali oraz zagrożenia i szanse dla tych jednostek. Kolejnym etapem było wypracowanie wzorca Planu zarządzania kryzysowego szpitala, opartego na rozwiązaniach zaczerpniętych z literatury, dokumentów, propozycji ekspertów oraz wynikających z Wojewódzkiego Planu Zarządzania Kryzysowego. Wzorzec ten powstał w oparciu o rozwiązania zaproponowane przez ekspertów i został poddany badaniu eksperckiemu, jakim jest metoda Delficka oraz wywiad pogłębiony ekspercki. Celem metody Delfickiej było uzyskanie zgody ekspertów co do zasadności posiadania przez szpital planu zarządzania kryzysowego i rozwiązań w nim zawartych, co udało się osiągnąć. Uzgodniony plan przedstawiony jest w rozdziale trzecim, a wyniki szczegółowe badań w kolejnym rozdziale. Dzięki tym metodom wzorcowy plan zarządzania kryzysowego szpitala został dopracowany, uzupełniony i uznany przez ekspertów za poprawny i możliwy do wprowadzenia w szpitalach. Ostatnim etapem było sprawdzenie działania i zbadanie rozwiązań zawartych w zaproponowanym planie wzorcowym. Za pomocą analizy porównawczej czasu wykonania procedur wyniki wykazały wyraźne skrócenie czasu w większości procedur, obrazuje to jak prawidłowe przygotowanie się do kryzysu skraca czas wykonania koniecznych czynności w razie jego zaistnienia.

Bibliografia:

1. Aguirre B., *Planning. Warning. Evacuation and Search and Rescue. A Review of the Social Science Research Literature*, Recovery Center, Texas A&M University, Texas 1994.
2. Alesch D. J., W. J. Petak, *The Politics and Economics of Earthquake Hazard Mitigation*, Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Boulder, CO, 1986.
3. Barbera J. A., Macintyre A. G., *Medical and health management system*, Washington DC, George Washington University, 2002.
4. Benedek D. M., Holloway H. C., Becker S. M., *Emergency mental health management in bioterrorism events*. „Emerg Med Clin North Am” 2002, nr 20, 2002.
5. *Biznes*, w: *Słownik pojęć ekonomicznych*, cz. 1, PWN, Warszawa 2007.
6. Borys G., *Zarządzanie ryzykiem kredytowym w banku*, PWN, Warszawa-Wrocław 1996.
7. Brennan R. J., Waeckerle J. F., Sharp T. W., Lillibridge S. R., *Chemical warfare agents. Emergency medical and emergency public health issues*. „Ann Emerg Med” 1999, nr 34, 1999.
8. Bronstein A. C., Currance P. L., *Emergency care for hazardous materials exposure*, wyd. 2, St. Louis, MO: Mosby Lifeline, Bush L. M., Abrams B. H., Beall A., Johnson C.C. 2001. *Index case of fatal inhalational anthrax due to bioterrorism in the United States*. „N Engl J Med.” 1994, nr 345, 1994.

9. Budra-Madej W., Leśniak E., *Po powodzi. Zasady pomocy psychologicznej dla działań w kryzysie. Informacja dla nauczycieli, opiekunów i pedagogów.* „Nowiny Psychologiczne” 1997, nr 3, 1997.
10. Cameron R., *A concise Economic History of the World. From Paleolithic Times to the Present*, Oxford University Press, Oxford 1997.
11. Chrisidu-Budnik A., Korczak J., Pakuła A., Supernat J., *Nauka organizacji i zarządzania*, Kolonia Limited, Wrocław 2005.
12. Ciećkiewicz J., *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych*, Górnicze Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2005.
13. Cieślak M., *Prognozowanie gospodarcze. Metody i zastosowania*, PWN, Warszawa 2004.
14. Ciraulo D. L. et al., *A survey assessment of the level of preparedness for domestic terrorism and mass casualty incidents among eastern association for the surgery of trauma members.* „Trauma” nr 56, ss. 1033-1041, 2004.
15. Cushman J. C., Pachter H. L., Beaton H. L., *Two New York City Hospitals surgical response to the September 11 2001 terrorist attack In New York City.* „Trauma” 2003, nr 54, ss. 147-155, 2003.
16. Cyganik K. A., *Disaster Preparedness in Virginia Hospital Center – Arlington after Sept 11, 2001.* “Emergency Nurses Association”, Disaster Management & Respons, 10. 1016/S1540-2487(03)00048-8 2003.
17. Czermiński M. (red.), *Wybrane zagadnienia z teorii organizacji i zarządzania*, Warszawa 1982.
18. Davoli E. (red.), *Praktyczne narzędzie do przygotowania Planu Przygotowań Kryzysowych dla szpitali ze szczególnym uwzględnieniem pandemii grypy*, World Helth Organization Europe, Ministerstwo Zdrowia, Edycja polska 2007.

19. Drożik L. (red.), *Restrukturyzacja ekonomiczna przedsiębiorstwa w świetle polskiego prawa upadłościowego i naprawczego*, PWE, Warszawa 2006.
20. Drucker P. F., *The Practice of Management*, Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford 1993.
21. Durlik I., *Inżynieria zarządzania, Strategia i projektowanie systemów produkcyjnych*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1995.
22. Dyke G. et.al, *Dream Project: Applications of earth observations to disaster risk management*. Acta Astronautica 68 10.1016/.actaastro.1010.06.018 ss. 301-315. 2010.
23. Einav S., Feigenberg Z., Weissman C., Zaichik D., Caspi G., Kotler D., Freund H. R., *Evacuation priorities in mass casualty terrorrelated events. Implications for contingency planning*. „Ann Surg” 2004, nr 239, ss. 304-310, 2004.
24. *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, PWN, Warszawa 1981.
25. Fayol H., *Administracja przemysłowa i ogólna*, Wydawnictwa Instytutu Naukowego Organizacji i Kierownictwa, Poznań 1947.
26. Fedele P., Georgopoulos P., Shade P., Lioy P., Hodgson M. J., Longmire A., Sands M., Brown M., *In-hospital response to external chemical emergencies. Site operations planning, training, personal protective equipment and medical programs*, 2003.
27. Fehler W., *Współczesne bezpieczeństwo*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2003.
28. Ferrier N., *Demographics and emergency management. Knowing your stakeholders*, „Austral. J. Emergency Management” 1999, nr 14 (4), 1999.

29. Frykberg E. R., *Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombings. How can we cope?* „Trauma” 2004, nr 53, ss. 201-212, 2004.
30. Galea S., Ahern J., Resnick H., Kilpatrick D., Bucuvalas M., Gold J. et al., *Psychiatric sequelae of the September 11 terrorist attacks in Manhattan, New York City.* „N Engl J Med” 2002 nr 346, ss. 982 – 987, 2002.
31. Galicki J. *Dynamiczne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, M. D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs (red.), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
32. Galicki J. *Innowacje a rozwój zakładu opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, M. D. Głowacka, J. Nowomiejski (red.), Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2009.
33. Galicki J., Pagórski P., *Doradztwo – konsulting w doskonaleniu zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, w: *Zarządzanie w ochronie zdrowia* (red.) M. D. Głowacka, J. Nowomiejski, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2009.
34. Geller R. J., Singleton K. L., Tarantino M. L., Drenzek C. L., Toomey K. E., *Nosocomial poisoning associated with emergency department treatment of organophosphate toxicity – Georgia.* „J Toxicol Clin Toxicol” 2001, nr 39 (1), 2001.
35. Georgopoulos P. G., Fedele P., Shade P., Liroy P. J., Hodgson M., Longmire A. et al., *Hospital response to chemical terrorism. Personal protective equipment, training and operations planning.* „Am J Ind Med.” 2004, nr 46, ss. 432–245, 2004.

36. Gierszewska G., Romanowska M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 2007.
37. Głowacka M. D., *Mobilność organizacji wobec zmian*, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, M. D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs (red.), ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
38. Głowacka M. D., *Zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia ogólne*, ss. 11-17, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej* M. D. Głowacka (red.), terMedia, Poznań 2004.
39. Głowacka M. D., *Wybrane uwarunkowania zarządzania promocją zdrowia*, W: *Promocja Zdrowia Konteksty społeczno – kulturowe*, (M. D. Głowacka (red.)), Wolumin, Poznań 2000.
40. Głowacka M. D., *Zarządzanie informacją w szpitalu* ss. 134-139, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, (red.) M. D. Głowacka, terMedia, Poznań 2004.
41. Głowacka M. D., *Czynniki inspirujące zmiany w procesie doskonalenia kadr szpitala*, ss. 223-228, w: *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, (red.) M. D. Głowacka, terMedia, Poznań 2004.
42. Głowacka M. D., Dłużewska M., *Wypalenie zawodowe występujące w środowisku pielęgniarek – przyczyny i konsekwencje*, w: M. D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*, Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.
43. Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 1996.
44. Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, przekład Michał Rusiński, PWN, Warszawa 1998.

45. Gruszczak A., *Problem rządzenia w krajach Europy Środkowoschodniej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
46. Gutierrez de Caballos J. et al., *11 March 2004. The terrorist bomb explosion in Madrid, Spain – an analysis of the logistics, injuries sustained and clinical management of casualties treated at the closest hospital*. „Critical Care” 2005 vol. 9, nr 1, 2005.
47. Hajduk Z., *Ogólna metodologia nauk*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2007.
48. Hanna J. A., *Disaster Planning for Health Care Facilities*, third edition, Ottawa, Ontario, Canada, Canadian Hospital, Association, ss. 317–318. 1995.
49. Haque C. E., *Scoping of Issues Concerning Risk Reduction to All Hazards in Canadian Non-Urban Communities. Final Report (prepared for Emergency Preparedness Canada)*, Westarc Group Inc., Brandon University, Brandon 2000.
50. Hick L. J., Hanfling D., Burstein J. L., Markham J., Macintyre A. G., Barbera J. A., *Protective equipment for health care facility decontamination personnel. Regulations, risks, and recommendations*. „Ann Emerg Med” 2003, nr 42, 2003.
51. Horton D. K., Berkowitz Z., Haugh G. S., Orr M. F., Kaye W. E., *Acute public health consequences associated with hazardous substances released during transit, 1993–2000*. „J Hazard Mater” 2003, nr 98, 2003.
52. Hutt M. D., Speh T. W., *Business Marketing Management. A Strategic View of Industrial and Organizational Markets*, wyd. 5, USA 1995.
53. Hutt M. D., Speh T. W., *Zarządzanie marketingiem. Strategia rynku dóbr i usług przemysłowych*, PWN, Warszawa 1997.

54. Jakubczyk R., *Bezpieczeństwo Narodowe Polski w XXI wieku*, Bellona, Warszawa 2006.
55. Juras B., *Analiza symptomów kryzysu ekonomicznego w przedsiębiorstwie*, w: A. Kamela-Sowińska (red.), *Czy to kryzys czy recesja?*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Handlu i Rachunkowości, Poznań 2009.
56. Juras B., *Planowanie na wypadek sytuacji Kryzysowych*, w: „Pielęgniarstwo Polskie” 2008, nr 3 (29), Poznań 2008, ss. 212-213.
57. Juras B., Zdanowska J., *Jak przygotować się na sytuację kryzysową w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych?*, w: M. D. Głowacka, E. Mojs (red.), *Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne*, Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.
58. Juras B., Zdanowska J., Krawczyk A., *Bezpieczeństwo a zagrożenia cywilizacyjne i kryzys*, w: „Pielęgniarstwo Polskie” 2008, nr 4 (30), Poznań 2008, ss. 317-322.
59. Kaczmarek T. T., *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem. Ujęcie interdyscyplinarne*, wyd. 2 rozszerz., Difin, Warszawa 2006.
60. Kaczmarek T. T., *Zarządzanie ryzykiem handlowym i finansowym dla praktyków*, Wydawnictwo ODDK, Gdańsk 1999.
61. Kai T., Ukai T., Ohta M., Pretto E., *Hospital disaster preparedness in Osaka Japan*. „Prehosp Dis Med” 1994; nr 9, ss. 29-34, 1994.
62. Kenar L., Karayilanoglu T., *Prehospital management and medical intervention after a chemical attack*. „Emerg Med J” 2004, nr 21, 2004.
63. Kieżun W., *Podstawy organizacji i zarządzania*, Książka i Wiedza, Warszawa 1977.

64. Kieżun W., *Sprawne zarządzanie organizacją*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 1997.
65. Kizer K. W., Cushing T. S., Nishimi R. Y., *The Department of Veterans Affairs' role in Federal Emergency Management*. „Ann Emerg Med.” 2000, nr 36, 2000.
66. Klein J. S., Weigelt J. A., *Disaster management. Lessons learned*. „Surg Clin North Am” 1991, nr. 71, ss. 257-66, 1991.
67. *Kryzys*, w: *Encyklopedia PWN*,
<http://encyklopedia.pwn.pl/lista.php?co=kryzys>, [17.04.2010].
68. Konieczny J., *Nadzwyczajne zagrożenia środowiskowe. Leksykon administracji bezpieczeństwa*, Garmond Oficyna Wydawnicza, Poznań 2009.
69. Konieczny J. (red.), *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych. Rola i zadanie administracji publicznej*, Wydawnictwo POZKAL, Inowrocław 2000.
70. Konsytuacja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483).
71. Koontz H., O'Donnell C., *Zasady zarządzania*, PWN, Warszawa 1969.
72. Kortan J., *Podstawy ekonomiki i zarządzania przedsiębiorstwem. Ekonomia i gospodarka*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 1997.
73. Kotarbiński T., *Traktat o dobrej robocie*, Ossolineum, Wrocław 1975.
74. Kowalak R., *Ocena kondycji finansowej przedsiębiorstwa w badaniu zagrożeń upadłością*, Wydawnictwo ODD Kadr, Gdańsk 2008.
75. Koźmiński K., Piotrowski W. (red.), *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2002.
76. Krupski R., *Podstawy organizacji i zarządzania*, I-BIS, 1997.
77. Krupski R. (red.), *Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu. Ku superelastycznej organizacji*, PWN, Warszawa 2005.

78. Krzakiewicz K., *Zarządzanie antykryzysowe w organizacji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2008.
79. Kulling P. E., Holst J. E., *Educational and training systems in Sweden for prehospital response to acts of terrorism*. „Prehosp Dis Med.” 2003, nr 18, 2003.
80. Kurnal J. (red.), *O sprawności i niesprawności organizacji. Szkice o biurokracji i biurokratyzmie*, PWE, Warszawa 1972.
81. Kurnal J., *Zarys teorii organizacji i zarządzania*, Warszawa 1969.
82. Laughy L., *A Planner's Handbook for Emergency Preparedness*, Centre for Human Settlements, University of British Columbia, Vancouver BC 1991.
83. Lee C. Y., Goh S. H., Wong H. P., Anantharaman V., *Emergency department organization for disasters. A review of emergency department disaster plan in public hospitals of Singapore*. „Prehosp Disaster Med.” 2000, nr 15, 2000.
84. Leszek W., *Badania empiryczne*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Radom 1997.
85. Łodziana A., Makuch B., *Upadłość likwidacyjna. Inwentaryzacja i wycena majątku, ewidencja i sprawozdawczość finansowa*, Difin, Warszawa 2004.
86. Łuczak M., *Strategie w działalności przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej, Warszawa 2003.
87. MacIntyre A. G., Christopher G. W., Eitzen E., Gum R., Weir S., DeAtley C., Tonat K., Barbera J. A., *Weapons of mass destruction events with contaminated casualties. Effective planning for health care facilities*. „Jama” 2000, nr 283, 2000.
88. Martysiak Z., *Prekursorzy nauki organizacji i zarządzania*, PWE, Warszawa 1989.

89. Mendel T. *Metodyka pisania prac doktorskich*, Wydawnictwo Naukowe Contact, Poznań 2010.
90. Mierzejewski D. J., *Bezpieczeństwo współczesnych państw. Europa – Początek XXI wieku*, PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile, Piła 2006.
91. Mileti D. S., *Disaster by Design*, Joseph Henry Press, Washington D.C. 1999.
92. Mileti D., *Disasters by Design. A Reassessment of Natural Hazards in the United States*, Joseph Henry Press, Washington D.C. 1999.
93. Moliszewski W. J., *Bezpieczeństwo człowieka i zbiorowości społecznych*, Bydgoszcz 2005.
94. Niedtój R., *Zarządzanie marketingiem. Aspekty strategiczne*, PWN, wyd. 2, Warszawa 2002.
95. *Nowa Encyklopedia PWN*, Warszawa 1996.
96. Nowak E., *Prognozowanie gospodarcze. Metody, modele, zastosowania, przykłady*. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1998.
97. Nozaki H., Hori S., Shinozawa Y, Fujishima S., Takuma K., Sagoh M. et al. *Secondary exposure of medical staff to sarin vapor in the emergency room.* „Intens Care Med.” 1995, nr 2, ss. 1032–1035, 1995.
98. Obłój K., *Strategia organizacji. W poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej*, PWN, Warszawa 1998.
99. Okrent D., *Comment on societal risk*, „Science” 1980, nr 208, ss. 372–305, 1980.
100. Okudera D., *Clinical features on nerve gas terrorism in Matsumoto.* „J Clin Neurosci” 2002, nr 9, 2002.

101. Okumura T., Suzuki K., Fukuda A. et al., *The Tokyo subway sarin attack. Disaster management, part 3: National and international responses.* „Acad Emerg Med.” 1998, nr 5, 1998.
102. Pakuła A., *Planowanie i kontrola w organizacji*, w: A. Chrisdu-Budnik, J. Korczak, A. Pakuła, J. Supernat, *Nauka organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Kolonia Limited, Wrocław 2005.
103. Palmer A., Worthington I., *The Business and Marketing Environment*, McGraw-Hill, London 1992.
104. Partington J. A., Savage P., *Disaster planning. Managing the media.* „Brit Med. J.” 1985, nr 291, ss. 590-592, 1985.
105. Paszke H., *Koncepcja kontraktu pracowniczego w zarządzaniu zasobami ludzkim*, w: K. Ziemniewicz (red.), *Instrumenty zarządzania w współczesnym przedsiębiorstwie*, Poznań 2003.
106. Pearce L. D., *An Integrated Approach For Community Hazard, Impact, Risk and Vulnerability Analysis: HIRV*, University of British Columbia, Vancouver, BC, 2000.
107. Peleg P. et al., *Patterns of injury in hospital terrorist victims.* „Am J Emerg Med.” 2003, nr 21, ss. 358-262, 2003.
108. Perry R. W., Lindell M. K., *Preparedness for emergency response.* „Disasters” 2003, nr 27, 2003.
109. Petak W. J., *Emergency management. A challenge for public administration*, „Public Administration Review” 1985, nr 45 (1), 1985.
110. Pszczołowski T., *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, PWN, Wrocław 1978.

111. Prusak B. (red.), *Ekonomiczne i prawne aspekty upadłości*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2007.
112. Przybyła S. P. (red.), *Organizacja i zarządzanie. Podstawy wiedzy menedżerskiej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003.
113. Pytkowski W., *Organizacja badań i ocena prac naukowych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Wydanie drugie, Warszawa 1985.
114. Richter P. V., *Hospital disaster preparedness*. „Healthcare Facil Manag Ser” 1997, nr 8, 1997.
115. Robbins S. P., DeCenzo D. A., *Podstawy zarządzania*, PWE, Warszawa 2002.
116. Rubin C., *Recovery from disaster*, w: T. E. Drabek and G. J. Hoetmer (red.), *Emergency Management. Principles and Practice for Local Government*, International City Washington, DC, 1991.
117. Suppe A. N., *Disaster management – are we ready?* „J Postgrad Med” 1993; nr 39, ss. 2-4, 1993.
118. Scanlon T. J., *The roller coaster story of civil defence planning in Canada*, *Emergency Planning Digest*, April-June 1982.
119. Schreiber S., Yoeli N., Paz G., Barbash G. I., Varssano D., Fertel N., Hassner A. et al., *Hospital preparedness for possible nonconventional casualties. An Israeli experience*. „Gen Hosp Psychiatry” 2004, nr 26, ss. 359-366, 2004.
120. Shapira S. C., Shemer J., *Medical management of terrorist attacks*. „Isr Med Assoc J” 2002, nr 4, ss. 489-492, 2002.
121. Simon R., Teperman S., *The world trade center attack. Lessons for disaster management*. „Critical Care” 2001, nr 5, ss. 1-3, 2001.

122. Simon R., Teperman S., *The World Trade Center Attack Lessons for disaster management*. „Critical Care” 2001, vol. 5, nr 6, 2001.
123. Singer A. J. et.al. *Medical lesson from terror attacks in Israel*, The Journal of Emergency Medicine, Vol. 32, no. 1, ss. 87-92, 2007.
124. Skowron S., Dziwulski J., *Nowe kierunki zmian w zarządzaniu strategicznym opieką zdrowotną*, w: J. Putz (red.), *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – bariery i możliwości*, Wydawnictwo IPiS, Warszawa 2002.
125. Skrzydło W., *Konstytucja RP. Komentarz*, Kraków 2000.
126. Sławińska M., Witczak H., *Podstawy metodologiczne prac doktorskich w naukach ekonomicznych*, Polskie wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2008.
127. Sobiech Ł., *Zarządzanie kryzysowe w województwie, powiecie i gminie*. „Gazeta Prawna” 2007, nr 148/2007.
128. Stachak S., Woźniak Z., *Elementy metodologii nauk agroekonomicznych*, PWN, Warszawa 1984.
129. Staehle W. H., *Handbuch Management. Die 24 Rollen der Exzellenten Führungskraft*, Verlag Gabler, Wiesbaden 1991.
130. Steinmann H., Schreyogg G., *Zarządzanie, podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje, funkcje, przykłady*, Oficyna wydawnicza Politechniki Opolskiej, Opole 2001.
131. Steczkowski J., *Metoda reprezentacyjna w badaniach zjawisk ekonomiczno-społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa-Kraków 1995.
132. Sternberg E., *Planning for resilience in hospital internal disaster. Prehospital and Disaster*. „Med” 2003, nr 18, ss. 291-299, 2003.

133. Stoner J. A. F., Freeman R. E., Gilbert D. R. jr., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001.
134. Supernat J., *Management. Tezaurus kierownictwa*, Kolonia Ltd 2000.
135. Suwara S., *Czy plany kryzysowe zadziałają jak trzeba?* „Gazeta Prawna” 2008, nr 167/2008.
136. Talaga J., *Obszary zarządzania strategicznego i operacyjnego szpitalem*, w: M. D. Głowacka (red.), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane aspekty teoretyczno-praktyczne*, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2004.
137. Taylor F. W., *The Principles of Scientific Management*, Harper & Row, New York 1911.
138. Ting-I Lai et al., *Strategies of Disaster Response in the Health Care System for Tropical Cyclones. Experience Following Typhoon Nari in Taipei City*. „Acad Emerg Med” 2003, vol. 10, nr 10, ss. 1109-1112, 2003.
139. Tobin G. A., Montz B. E., *Natural Hazards. Explanation and Integration*, The Guilford Press, New York 1997.
140. Tokarski J. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1971.
141. Treat K. N., Williams J. M., Furbee P. M., Manley W. G., Russell F. K., Stamper D. C. Jr, *Hospital preparedness for weapons of mass destruction incidents. An initial assessment*. „Ann Emerg Med.” 2001, nr 38, ss. 562-565, 2001.
142. Urbanowska-Sojkin E., *Zarządzanie przedsiębiorstwem. Od kryzysu do sukcesu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1998.
143. Urbanowska-Sojkin E., Banaszyk P., Witczak H., *Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem*, PWE, Warszawa 2004.

144. *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*, (Dz. U. Nr 91 poz 408. ze zm.)
145. *Ustawa z 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.).
146. *Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej* (Dz.U. Nr 62, poz. 558 ze zm.).
147. *Ustawa z dnia z 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym* (Dz.U. Nr 89, poz. 590).
148. *Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* (Dz. U. Nr 45, poz. 391).
149. Wang T., Chen H., Chang H., *Hospital preparedness for weapons of mass destruction incidents*. „Ann Dis Med” 2004, nr 2, ss. 330-338, 2004.
150. Waters D., *Zarządzanie operacyjne. Towary i usługi*, PWN, Warszawa 2007.
151. Węglińska M., *Jak pisać pracę magisterską?* Oficyna wydawnicza Impuls, Kraków 1997.
152. Wilson R., Crouch E. A., *Risk assessment and comparisons*. „Science” 1987, nr 236, ss. 267-270, 1987.
153. Witkowska D., *Podstawy ekonometrii i teorii prognozowania*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
154. Wesołowski W. J., *Metodyka badań w dziedzinie nauk o zarządzaniu*, Wydawnictwo Prywatna Wyższa Szkoła Handlowa, Warszawa 1996
155. *Wojewódzki Wielkopolski Plan Zarządzania Kryzysowego*, Wielkopolski Urząd Wojewódzki, 2009.
156. Zakrzewski Z. *O pracy doktorskiej w naukach ekonomicznych*, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 1971.
157. Zasieczna B., *Encyklopedia terroryzmu*, Bellona, Muza S.A., Warszawa 2004.

158. Zarzecki D., *Metody wyceny przedsiębiorstw*, Wydawnictwo FRR, Warszawa 1999.
159. Zelas A., Pawełek B., Wanat S., *Prognozowanie ekonomiczne. Teoria, przykłady, zadania*. PWN, Warszawa 2004.
160. Zieleniewski J., *Organizacja i zarządzanie*, PWN, Warszawa 1971.
161. Zimniewicz K., *Podstawy Zarządzania*, Wydawnictwo Forum Naukowe Poznań 2001.
162. Zimniewicz K., *Koncepcje zarządzania*, Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań 2008.
163. Zimniewicz K., *Nauka o organizacji i zarządzaniu*, PWN, Warszawa 1990.
164. http://bip.mswia.gov.pl/portal/bip/34/543/Rozporzadzenie_Ministra_Spraw_Wewnetrznych_i_Administracji_z_dnia__2006_r_w_spra.html. Wzór - Karta segregacyjna, z dnia 25.11.2010.
165. www.wikipedia.org/kryzys.
166. www.wikipedia.org/Metoda_delficka.
167. www.wsz.leszno.pl
168. www.zozmswia.poznan.pl

Spis rysunków:

	str.
Rys. 1. Zarządzanie.....	10
Rys. 2. Hierarchia planów zarządzania.....	19
Rys. 3. Schemat zarządzania w szpitalu.....	27
Rys. 4. Budowa planu.....	86
Rys. 5. Schemat zarządzania w kryzysie.....	87
Rys. 6. Wzór - Karta segregacyjna.....	101
Rys. 7. Lider ewakuacji.....	108
Rys. 8. Algorytm działań w kryzysie.....	111
Rys. 9. Algorytm działań (wzór).....	113
Rys. 10. Algorytm działań sytuacja kryzysowa.....	114
Rys. 11. Algorytm działań, Piramida.....	115
Rys. 12. Budowa planu.....	155
Rys. 13. Schemat zarządzania w kryzysie.....	156

Spis tabel:

	str.
1. Zestaw procedur kryzysowych szpitala.....	89
2. Budowa standardowej procedury operacyjnej.....	91
3. Obłożenia chorych – raport dzienny.....	97
4. Sale chorych z symbolami ewakuacji.....	98
5. Karta postępowania (przykład).....	107
6. Karta postępowania (wzór).....	109
7. Kategorie analizy SWOT.....	120
8. Analiza TOWS/SWOT dla szpitala MSWiA Poznań.....	121
9. Interakcje dla szpitala MSWiA Poznań.....	122
10. Analiza TOWS/SWOT dla szpitala w Lesznie.....	124
11. Interakcje dla szpitala w Lesznie.....	125

Spis wykresów:

	str.
1. Pytanie 1.....	130
2. Pytanie 2.....	131
3. Pytanie 3.....	132
4. Pytanie 4.....	134
5. Pytanie 5.....	135
6. Pytanie 6.....	136
7. Pytanie 7.....	137
8. Pytanie 8.....	138
9. Pytanie 9.....	139
10. Pytanie 10.....	140
11. Pytanie 11.....	141
12. Pytanie 12.....	142
13. Badanie czasu wykonania procedur.....	144
14. Skrócenie czasu wykonania procedur.....	145

Załączniki:

1. Ankieta ekspercka z wzorcem planu
2. Scenariusz wywiadu pogłębionego eksperckiego
3. Sprawozdanie końcowe z ćwiczenia obronnego Jesień 09
4. Procedura – sytuacja kryzysowa
5. Procedura – podwyższenie gotowości szpitali
6. Procedura – obieg informacji
7. Plan zarządzania kryzysowego szpitala w Lesznie – algorytm na wypadek dużej liczby poszkodowanych.

Ankieta ekspercka

Zwracam się z prośbą o zapoznanie się z propozycją rozwiązań dla wszystkich rodzajów szpitali nazwanym tu: Planem zarządza kryzysowego szpitala, a następnie odpowiedzi na poniższe pytania.

Stanowisko i miejsce pracy.....
.....

Stopień naukowy/wojskowy eksperta.....
.....

(wedle uznania) Imię i Nazwisko eksperta.....

Pytania ogólne:

1. Czy w Pana/i opinii wszystkie szpitale powinny mieć plany zarządzania kryzysowego?

Tak ... Nie ... Dlaczego.....
.....

2. Czy wszystkie szpitale posiadają plany zarządzania kryzysowego?

Tak ... Nie ... Nie posiadam wiedzy na ten temat Dlaczego?.....
.....

3. Czy takie plany powinny być kompatybilne z Planami Zarządzania Kryzysowego Wojewódzkimi, Krajowymi itp.?

Tak ... Nie ... Dlaczego.....
.....

4. Czy plany zarządzania kryzysowego, funkcjonujące aktualnie w szpitalach działają w sposób prawidłowy?

Tak ... Nie ... Nie posiadam wiedzy na ten temat Dlaczego?.....
.....

Pytania do zaproponowanego „Planu zarządzania kryzysowego szpitalem”:

5. Czy „Plan zarządzania kryzysowego szpitala” tu przedstawiony, jako wzorzec do budowy planów w konkretnych szpitalach jest spójny i zrozumiały?

Tak ... Nie ... Dlaczego?.....
.....

6. Czy taki wzorzec jest spójny z Wojewódzkimi Planami Zarządzania Kryzysowego?

Tak ... Nie ... Nie posiadam wiedzy na ten temat Dlaczego?.....

7. Czy w Pana/i opinii zaproponowany tu wzór „Plan zarządzania kryzysowego szpitala” jest dobry (poprawny) jako wzór do budowy planów w konkretnych szpitalach?

Tak ... Nie ... Dlaczego.....

.....

8. Czy propozycja zawartych tu rozwiązań jako „Plan zarządzania kryzysowego szpitala” może być wprowadzony w każdym szpitalu?

Tak ... Nie ... Nie wiem... Dlaczego?.....

.....

9. Czy taki plan zdaje egzamin (jest skuteczny) w sytuacjach kryzysowych i kryzysach, zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych?

Tak ... Nie ... Nie wiem... Dlaczego?.....

.....

10. Czy wykonanie planu dla konkretnego szpitala na podstawie tego wzorca będzie trudne?

Tak ... Nie ... Nie wiem... Dlaczego?.....

.....

11. Czy takie plany w szpitalach, wykonane na podstawie jednego wzorca ułatwią koordynację z innymi szpitalami, służbami ratowniczymi i innymi?

Tak ... Nie ... Nie wiem.... Dlaczego?.....

.....

12. Czy taki plan powinien funkcjonować także w postaci elektronicznej/informatycznej?

Tak ... Nie ... Nie wiem... Dlaczego?.....

.....

13. Które elementy zaproponowanego „Planu zarządzania kryzysowego szpitala” powinny ulec zmianie i dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

Proszę o uwagi, sugestię oraz ogólną opinię: (proszę o wpisanie na drugiej stronie kartki)

Plan zarządzania kryzysowego szpitala (Plan Reagowania Kryzysowego Szpitala)

Propozycja rozwiązań

(wzór)



Bartłomiej Juras

Zakład Organizacji i Zarządzania

Katedra Nauk o Zdrowiu

Wydział Nauk o Zdrowiu

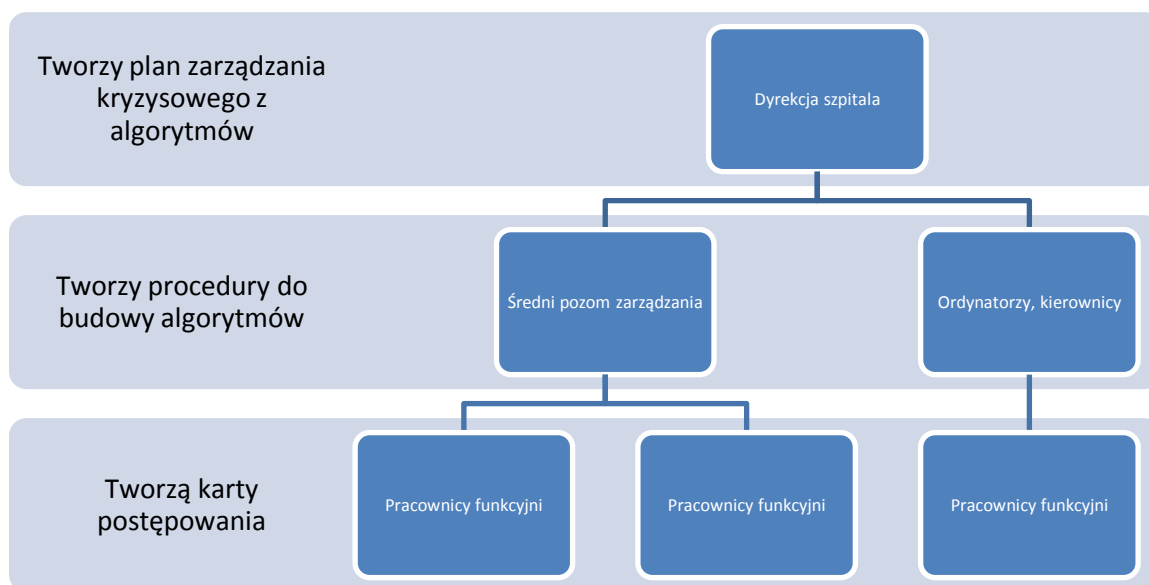
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Plan zarządzania kryzysowego szpitala – to opracowanie, służące do zbudowania planu kryzysowego dla jednostki służby zdrowia, jaką jest szpital. Plan opracowuje każdy szpital indywidualnie w oparciu o zawarte tutaj zapisy i dostosowuje do własnych potrzeb. W dokumencie tym zawarty jest sposób opracowania planu, z podziałem na procedury i algorytmy działania. Duży poziom ogólności i uniwersalne podejście, daje możliwość dostosowania go do każdego rodzaju szpitala. Dotyczy wszystkich możliwych sytuacji kryzysowych w jakich może znaleźć się szpital, zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych.

Dyrekcja szpitala tworzy plan zarządzania kryzysowego z algorytmów. Algorytmy to ogólne kroki postępowania w kryzysie. Średni poziom zarządzania szpitalem tworzy procedury do budowy algorytmów. Proponowane procedury są w tym opracowaniu podane, ale muszą być one dostosowane i opracowane na potrzeby konkretnego szpitala. W procedurach są podane osoby/stanowiska pracy funkcyjne czyli pracownicy funkcyjni i oni tworzą karty postępowania we współpracy z przełożonymi.

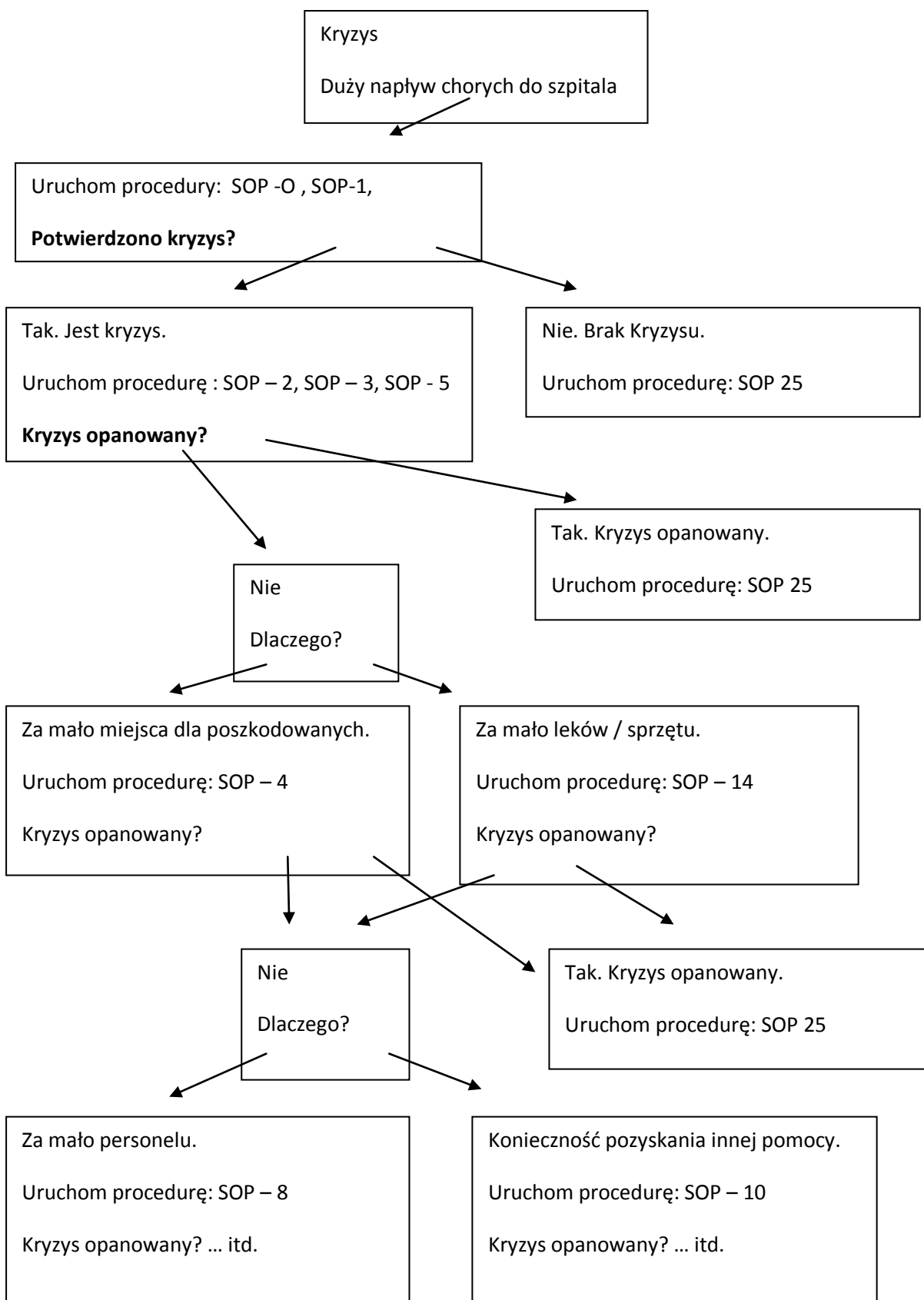
Na poniższym schemacie przedstawiony jest zakres odpowiedzialności za tworzenie planu zarządzania kryzysowego.

Schemat 1.



Algorytm działania - to zestaw procedur uruchamianych do rozwiązania i zażegnania sytuacji kryzysowej, zawierający opis danych o kryzysie wraz z opisem czynności, które należy wykonać aby zakończyć sytuację kryzysową.

Algorytm działania szpitala w Kryzysie. Schemat postępowania.



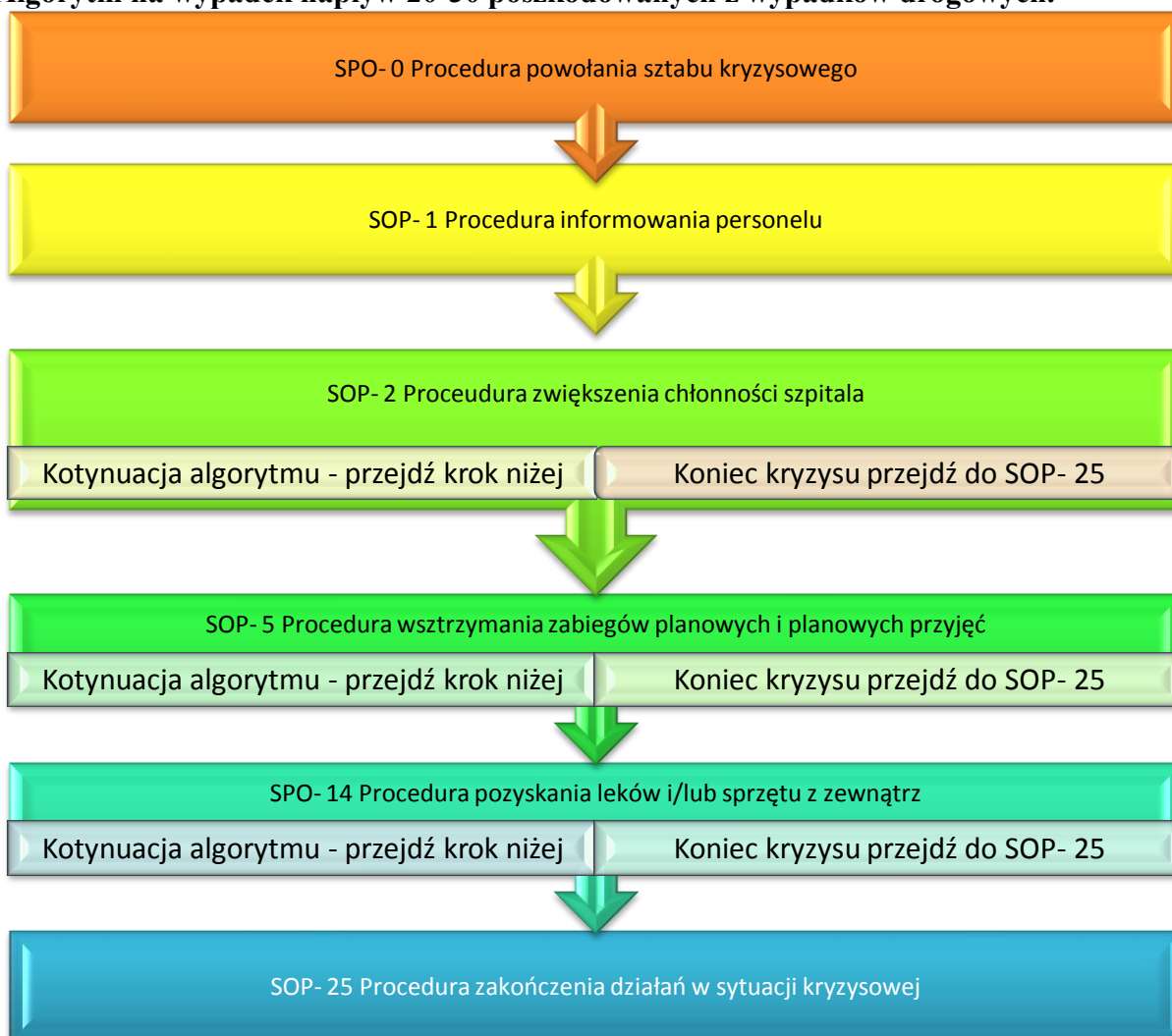
Przykładowy algorytm schemat uproszczony:

Sytuacja: Do szpitala przyjeżdża 23 rannych w tym 5 ciężko z wypadku masowego na autostradzie.

Działanie: Uruchomienie poniższego algorytmu działania.

Pierwsze trzy procedury (SPO- 0, 1, 3) uruchomione są jednocześnie, kolejne po weryfikacji skuteczności już uruchomionych procedur. Ujęcie lub dodanie procedur leży w kompetencji zarządzającego lub sztabu kryzysowego.

Algorytm na wypadek napływ 20-30 poszkodowanych z wypadków drogowych.



Algorytmy mogą mieć budowę etapową, jak wyżej, lub inną w zależności od rodzaju kryzysu. Ilość algorytmów jest uzależniona od ilości możliwych kryzysów dla danego szpitala.

W algorytmach znajdują się procedury, które w tym opracowaniu nazywane są: Standardowe Procedury Operacyjne w skrócie SOP (z ang. Standard Operating Procedure). Ale w pełni powinny być określane procedurami „kryzysowymi”. Dlatego kiedy mowa w tym opracowaniu o procedurach mówimy o procedurach kryzysowych, których zestaw jest przedstawiony poniżej. Ważne jest by nie mylić ich ze standardowymi procedurami, które funkcjonują na co dzień w szpitalu.

Zestawienie typów/rodzajów procedur kryzysowych lub inaczej zwanych antykryzysowymi:

Tabela 1.

SOP typu:	Nazwa procedury:
SOP- 0	Procedura powołania sztabu kryzysowego
SOP- 1	Procedury informowania personelu
SOP- 2	Procedury zwiększenia chłonności szpitala
SOP- 3	Procedura udroźnienia szpitala
SOP- 4	Procedura przekształcenia charakteru oddziału lub oddziałów na potrzeby innego oddziału
SOP- 5	Procedura wstrzymania zabiegów i planowych przyjęć do szpitala
SOP- 6	Procedura ewakuacji
SOP- 7	Uruchomienie miejsc kwarantanny i izolacji
SOP- 8	Procedura mobilizacji personelu i pozyskania dodatkowego
SOP- 9	Procedura segregacji i identyfikacji poszkodowanych
SOP- 10	Procedura powiadamiania kryzysowego
SOP- 11	Procedura organizowania punktu informacyjnego dla rodzin osób poszkodowanych
SOP- 12	Procedura informowania
SOP- 13	Procedura wykorzystania sprzętu z magazynu
SOP- 14	Procedura pozyskania leków i/lub sprzętu z zewnątrz
SOP- 15	Procedura kontroli osób, sprzętu, leków
SOP- 16	Procedura dezynfekcji specjalnej
SOP- 17	Procedura badania personelu na obecność czynnika zagrażającego
SOP- 18	Procedura zwiększenia ilości badań laboratoryjnych
SOP- 19	Procedura dekontaminacji zewnętrznej (namioty dekontaminacyjne)
SOP- 20	Procedura pozyskania ogrzewania
SOP- 21	Procedura pozyskania wody
SOP- 22	Procedura pozyskania prądu
SOP- 23	Procedura informowania o przekroczeniach dopuszczalnych norm albo alarmowych poziomów substancji niebezpiecznych
SOP- 24	Procedura wycofania leku
SOP- 25	Procedura zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości

Standardowe Procedury Operacyjne w skrócie SOP (z ang. Standard Operating Procedure) - dotyczą zadań i procesów o charakterze powtarzalnym opisujących co wykonujemy w zakresie danego tematu, kto jest kompetentny do wykonywania danych działań, kto odpowiada za ich realizację, gdzie i kiedy działania są wykonywane oraz w jakiej logicznej kolejności, a także w oparciu o jakie dokumenty są wykonywane. W specyficznych warunkach jakie są w szpitalu i dodatkowo dotyczą kryzysu i sytuacji kryzysowych procedury nie są ścisłą ścieżką postępowania. Procedury stanowią zestaw wytycznych do postępowania, a nie nakaz wykonania kolejnych kroków. Postępowanie jest zależne od osób funkcyjnych i to w ich kompetencji leży ostateczne podejmowanie działań.

Budowa Standardowej Procedury Operacyjnej (wzór):

SOP-NR.	Rodzaj dokumentu	Standardowa Procedura Operacyjna	Data opracowania
	Nazwa dokumentu	Nazwa procedury	
Cel procedury		Określenie celu procedury (co da wprowadzenie tej procedury).	
Lider Uczestnicy procedury		Określenie osoby / osób odpowiedzialnej za nadzór i przeprowadzenie procedury oraz określenie jednostek organizacyjnych uczestniczących.	
Wykonawcy		Określenie osób wykonujących	
WDROŻENIE PROCEDURY			
WEJŚCIA		PRZEDSIĘWZIĘCIA	WYJŚCIA
Określenie przyczyny wprowadzenia procedury.		Działania do podjęcia.	Zakończenie procedury, sprawdzenie czy cel procedury został spełniony.

Budowanie procedury w konkretnym szpitalu, opiera się na rozpoznaniu jakie działania, w jakich miejscach, w jakim czasie, będą wykonywane. Sprecyzowaniu jaki konkretny pracownik będzie je wykonywał. Wszystko to powinno zostać spisane jako całość procedury. Natomiast wytyczne dla pracowników, którzy w danej procedurze mają brać udział spisać należy w karty postępowania – czyli wytyczne dla danego pracownika do danej procedury. Konkretny pracownik/stanowisko posiada wiedzę z zakresu tego co ma robić, w momencie gdy dociera do niego informacja o wdrożeniu danej procedury. Karta postępowania to jednak tylko wytyczne, a jakie konkretne działania w konkretnej sytuacji pracownik podejmie to zostaje w jego kompetencji. Osoba funkcyjna/pracownik wie kogo, i o czym poinformować, jakie działania podjąć i w jakim czasie. Karty postępowania powinny opierać na najbardziej pożądanym postępowaniach najczęściej opierają się na naturalnych zachowaniach w danej sytuacji. Wszystko to musi zostać przećwiczone i sprawdzone w praktyce, przynajmniej w ramach ćwiczeń symulacyjnych.

Karty postępowania to przypisane do danego stanowiska pracy lub osoby pełniącej daną funkcję, zestaw wytycznych do postępowania w sytuacji ogłoszenia wdrożenia danej procedury. Konkretny pracownik posiada takich kart, ile procedur go dotyczy, czyli maksymalnie 25.

Poniższa tabela przedstawia przykładową kartę postępowania dla Pielęgniarki Oddziałowej, która pełni funkcję Lidera Ewakuacji. Ta karta postępowania jest przypisana tylko do tego stanowiska: jakim jest Pielęgniarka Oddziałowa oddziału Nr.1. Na odwrocie znajduje się plan ewakuacji, dokładna droga do wyjścia dla tego oddziału, do punktu zbiórki. Wraz z tą kartą w miejscu dla Pielęgniarki Oddziałowej łatwo dostępnym znajduje się kamizelka odblaskowa z napisem „Zarządzający Ewakuacją” lub „Lider Ewakuacji”.

Tabela Karta postępowania (PRZYKŁAD)

KARTA POSTĘPOWANIA NR: 6		DO PROCEDURY: EWAKUACJI
LIDER EWAKUACJI ODDZIAŁU NR 1		
STANOWISKO PRACY:	PIEŁĘGNIARKA ODDZIAŁOWA	
Kroki postępowania Nr:	Działania	
1	Po usłyszeniu sygnału ewakuacji sprawdź prawdziwość sygnału.	
2	Ogłoś ewakuację. (ubierz odblaskową kamizelkę)	
3	Zbierz wszystkich w strefie do ewakuacji, sprawdź czy wszyscy z oddziału są.	
4	Wyprowadź wszystkich zgodnie z planem ewakuacji. (na odwrocie)	
5	Kieruj się prosto do punktu zbiórki	
6	<u>Nie podejmuj ryzyka związanego z ogniem</u>	
7	<u>Nie podejmuj jakichkolwiek akcji ratowniczych</u>	
8	Sprawdź czy są wszyscy i skontaktuj z Sztabem kryzysowym.	
Uwagi:	Jeśli masz wątpliwości co do liczebności lub innych spraw natychmiast poinformuj o tym Sztab kryzysowy lub odpowiednie służby.	

Karta postępowania jest w formie A4 jest laminowana i znajduje się w miejscu łatwo dostępnym dla osoby której dotyczy. Na odwrocie mogą znajdować się dodatkowe informacje.

Uproszczony wzór karty postępowania wygląda w sposób następujący:

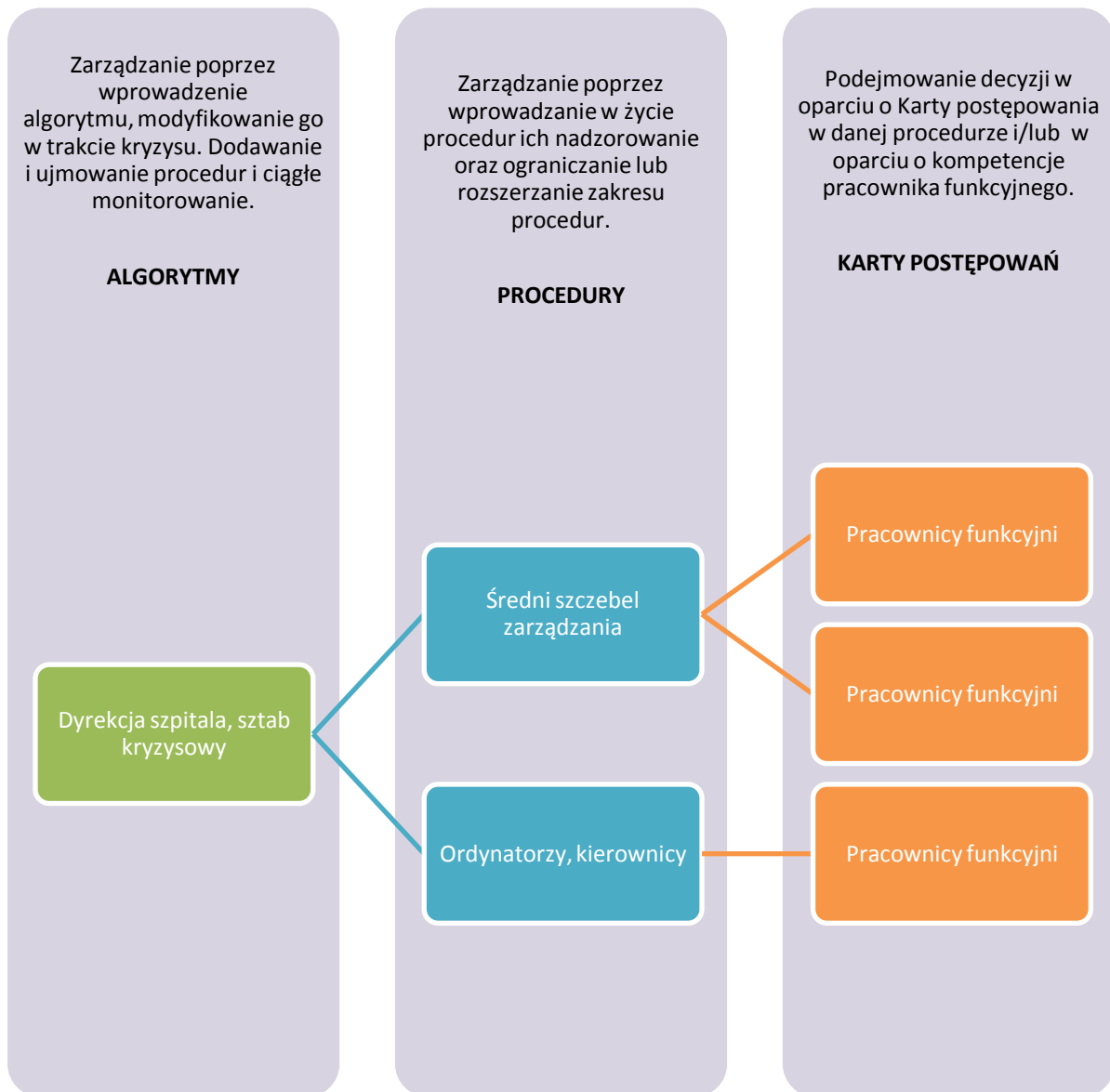
Tabela Karta postępowania (Wzór)

KARTA POSTĘPOWANIA NR:		DO PROCEDURY NR: Nazwa:
Nazwa osoby funkcyjnej		
STANOWISKO PRACY:	Funkcja pełniona	
Kroki postępowania Nr:	Działania	
1	...	
2	...	
3	...	
4	...	
5	...	
...	...	
Uwagi:	...	

Wszystkie karty postępowania skopiowane posiada Sztab kryzysowy i dyrekcja szpitala jako załącznik do Planu Zarządzania Kryzysowego. Tego typu dane najlepiej sprawdzają się w ujęciu informatycznym w postaci programu komputerowego działającego na użytek szpitala i generującego dane przydatne do zarządzania zarówno w bieżącej działalności jak i sytuacjach kryzysowych.

Aby oszacować ryzyko wystąpienia zagrożeń konieczne jest poznanie otoczenia szpitala, czyli znajdujących się w pobliżu szlaków komunikacyjnych, przedsiębiorstw, uwarunkowań środowiskowych oraz poznanie całej specyfiki przestrzeni szczególnie pod względem epidemiologicznym, społecznym i kulturowym. Ważne jest także przeanalizowanie samej placówki służby zdrowia, jej specyfiki działalności, warunków lokalowych, organizacji, personelu, uwarunkowań medycznych, sanitarnych, ekonomicznych i prawnych. W szacowaniu ryzyka wystąpienia zagrożenia, należy wziąć pod uwagę czynniki wewnętrzne i zewnętrzne oraz częstość występowania takich zdarzeń w przeszłości w danym szpitalu oraz w jego otoczeniu. Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia pewnych zdarzeń jest zależny od konkretnej placówki służby zdrowia i jej otoczenia. Pomocny jest podział na konkretne kategorie i skupienie uwagi na uwarunkowania sprzyjające pewnym zagrożeniom.

Schemat zarządzania kryzysowego:



Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych oparte o rozwiązania zawarte w tym opracowaniu przedstawione jest na poniższym schemacie. Po zidentyfikowaniu kryzysu/sytuacji kryzysowej na każdym szczeblu zarządzania muszą zostać podjęte działania antykryzysowe natychmiast. W przypadku zidentyfikowania kryzysu na poziomie pracownika funkcyjnego podejmuje on stosowne działania przeciwiczone i zawarte w kartach postępowań. Następnie informuje odpowiednie osoby o zaistniałej sytuacji. Tak aby w szpitalu mogły już w trakcie działań antykryzysowych zostać uruchomione odpowiednie algorytmy działań i procedury. Kryzys może zaistnieć zarówno na zewnątrz jak i wewnątrz szpitala. Kiedy mamy do czynienia z zewnętrznym kryzysem czyli z sytuacją kryzysową, bo szpital ma cza na reakcję, informacja dociera do szpitala i trafia natychmiast do zarządzających szpitalem. Natomiast kiedy mówimy o kryzysie wewnętrznym może on zaistnieć w każdym miejscu i na każdym poziomie zarządzania. Konieczność podejmowania stosownych działań natychmiast, jest oczywista na przykład w przypadku pożaru, konieczne jest jednak także jak najszybsze informowanie o zaistniałej sytuacji, zarówno odpowiednich służb jak i odpowie jednostki w szpitalu.

Scenariusz wywiadu pogłębionego eksperckiego IDI (In Depth Interview).

1. Czy szpital posiadający plan zarządzania kryzysowego jest w większym stopniu przygotowany do sprawnego działania w kryzysie.
2. Czy jednolity wzór planu zarządzania kryzysowego szpitala, zgodny z Wojewódzkim Planem Kryzysowym, zwiększa sprawność systemu organizacji szpitala oraz infrastruktury krytycznej.
3. Przygotowanie placówki służby zdrowia jaką jest szpital, na szeroko rozumiany kryzys może poprawić bezpieczeństwo pacjentów, pracowników i samego szpitala jako organizacji.
4. Wzorzec planu zarządzania kryzysowego przedstawiony w tej pracy jest poprawny, spójny, zrozumiały i może zostać wprowadzony w każdym szpitalu.
5. Głównym zagrożeniem są dla funkcjonowania placówki szpitalnej są kryzysy wewnętrzne i zewnętrzne.
6. Czy w Pana/i opinii wszystkie szpitale powinny mieć plany zarządzania kryzysowego?
7. Czy w Pana/i opinii wszystkie szpitale posiadają plany zarządzania kryzysowego?
8. Czy takie plany powinny być kompatybilne z Planami Zarządzania Kryzysowego Wojewódzkimi, Krajowymi itp.?
9. Czy plany zarządzania kryzysowego, funkcjonujące aktualnie w szpitalach działają w sposób prawidłowy?
10. Czy „Plan zarządzania kryzysowego szpitala” tu przedstawiony, jako wzorzec do budowy planów w konkretnych szpitalach jest spójny i zrozumiały?

11. Czy w Pana/i opinii zaproponowany tu wzór „Plan zarządzania kryzysowego szpitala” jest dobry jako wzór do budowy planów w konkretnych szpitalach?
12. Czy propozycja zawartych tu rozwiązań jako „Plan zarządzania kryzysowego szpitala” może być wprowadzony w każdym szpitalu?
13. Czy taki plan zdaje egzamin (jest skuteczny) w sytuacjach kryzysowych i kryzysach, zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych?
14. Czy wykonanie planu dla konkretnego szpital na podstawie tego wzorca będzie trudne?
15. Czy takie plany w szpitalach, wykonane na podstawie jednego wzorca ułatwią koordynację z innymi szpitalami, służbami ratowniczymi i innymi?
16. Czy taki plan powinien funkcjonować także w postaci elektronicznej/informatycznej?



SPRAWOZDANIE KOŃCOWE Z ĆWICZENIA OBRONNEGO JESIEŃ 09

przeprowadzonego w ZOZ MSWiA w Poznaniu w dniach: 18 – 19 listopada 2009 r.

1. Pismo wprowadzające:

Zgodnie z przyjętym planem szkolenia doskonalącego w zakresie obronności oraz działalności profilaktycznej w zakresie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników Zakładu podjęto decyzję do zaplanowania, zorganizowania i przeprowadzenia ćwiczenia obronnego. Przedmiotowe ćwiczenie jest początkiem cyklu szkoleniowego i cyklu ćwiczeń, którego celem jest utrzymanie zdolności operacyjnej Zakładu do realizacji zadań określonych statutem w czasie pokoju oraz zdolności operacyjnej do rozwinięcia mobilizacyjnego i realizacji zadań w czasie zagrożenia zewnętrznego i wojny.

Podstawa prawne przeprowadzenia ćwiczenia:

- Ustawa z dn. 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (tekst jednolity) (Dz. U. z 2004 r. nr 241, poz. 2416);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 30 listopada 2004 r. w sprawie powoływania do odbycia ćwiczeń w jednostkach przewidzianych do militaryzacji (Dz. U. z 2004 r. nr 264, poz. 2627);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 18 maja 2004 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. z 2004 r. nr 143, poz. 1515);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 13 stycznia 2004 r. w sprawie szkolenia obronnego (Dz. U. z 2004 r. nr 16, poz. 150 z późn. zm. § 5, ust. 3 lit. b);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie nadawania przydziałów organizacyjno-mobilizacyjnych do jednostek zmilitaryzowanych (Dz. U. z 2004 r. nr 285, poz. 2847);
- Regulamin organizacyjny jednostki zmilitaryzowanej (Zał. do decyzji nr Z-1 Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dn. 03.04.2007 r.);
- Zarządzenie Dyrektora ZOZ MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu z dnia 14 października 2009 r.;

Dokumenty odniesienia:

- Jednolite tło strategiczno-operacyjne do ćwiczeń i treningów w SZ RP na lata 2008-2010– Szt. Gen. 2007;
- Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 31.03.2004 r. w sprawie wojewódzkich sztabów wojskowych i wojskowych komend uzupełnień (Dz. U. Nr 66, poz. 613);
- Zasady planowania operacyjnego w Siłach Zbrojnych RP – DD/3.5 – Szt. Gen. WP 1553/03;
- Organizacja Szkolenia dowództw i sztabów w Siłach Zbrojnych RP” – DD/7.1;
- Instrukcja o przygotowaniu i prowadzeniu ćwiczeń z dowództwami, sztabami i wojskami w SZ RP’ – DD/7.1.1;
- Zbiór znaków i skrótów wojskowych cz. II, Warszawa 2004, szt. gen. 1561/2004;
- Zbiór wojskowych przepisów wykonawczych (wykazów aktów prawnych) z zakresu powszechnego obowiązku obrony obywateli i przebiegu czynnej służby wojskowej żołnierzy niezawodowych” Szt. Gen. 1575/05;
- Poradnik – planowanie i realizacja świadczeń gospodarki narodowej w procesie zabezpieczenia mobilizacyjnego rozwinięcia Sił Zbrojnych RP” – DD/3.12.2;
- Kompendium planowania i realizacji uzupełnień mobilizacyjnych SZ RP Szt. Gen. 18/3/2006;
- Metodyka przygotowania i prowadzenia ćwiczeń podsystemu niemilitarnego w systemie obronnym RP, pod redakcją Waldemara Kitlera, Towarzystwo Wiedzy Obronnej.

2. Streszczenie ćwiczenia:

1) Identyfikacja ćwiczenia;

Kryptonim ćwiczenia: JESIEŃ 09;

Cel główny: celem ćwiczenia było doskonalenie praktycznych umiejętności indywidualnych kierowniczej kadry szpitala w zakresie wykonywania obowiązków wynikających z początkowej fazy militaryzacji oraz zgrywanie wszystkich osób i zespołów funkcyjnych na rzecz wypracowania danych do podjęcia decyzji w sytuacjach zdarzeń masowych i nagłych zdarzeń losowych.

Temat: „Aktywacja procedury militaryzacji ZOZ MSWiA. Działanie szpitala w stanach zdarzeń masowych”.

Forma i rodzaj ćwiczenia: ćwiczenie obronne z elementami gry decyzyjnej i praktycznego pokazu.

Termin przeprowadzenia ćwiczenia: 18 – 19 listopada 2009 roku.

Miejsce przeprowadzenia ćwiczenia: ZOZ MSWiA w Poznaniu.

Uczestnicy i struktura organizacyjna ćwiczenia:

- a) główni ćwiczący w składzie SK czasu „P”:
 - kierownicza kadra
 - wybrane osoby funkcyjne klinik i oddziałów
 - wybrane osoby funkcyjne pozostałych komórek organizacyjnych ZOZ
- b) drugoplanowy ćwiczący w składzie Zmiany Dyżurnej
 - stan osobowy szpitala
- c) przedstawiciele militarnych i pozamilitarnych ogniw obronnych województwa wielkopolskiego z:
 - WSzW w Poznaniu;
 - WKU Poznań 3;
 - Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego WUW;

- KW Policji w Poznaniu;
- KW i KM Państwowej Straży Pożarnej w Poznaniu;
- Jednostka ratowniczo-gaśnicza PSP.



2) Dane kierownictwa ćwiczenia;

Realizując założone cele ćwiczenia przyjęto trzy podstawowe relacje sprawowania dowodzenia i kontroli oraz oceny przez poszczególne komórki organizacyjne kierownictwa i sztabu kierownictwa ćwiczenia:

Pełną kontrolę wynikającą z relacji pełnego dowodzenia (FULLCOM) i kontroli operacyjnej (OPCOM) realizowaną przez Kierownika Ćwiczenia i jego zastępcę poprzez Szefa Zespołu zabezpieczenia teleinformatycznego i kierownictwa ćwiczenia w aspekcie realnego zabezpieczenia. Zespół Analizy, oceny i omówienia w aspekcie kontroli relacji kierowania i zarządzania głównych i drugoplanowych uczestników ćwiczenia oraz kontroli operacyjnej;

Pełnego dowodzenia (FULLCOM) realizowanego w odniesieniu do głównych i drugoplanowych ćwiczących przez Kierownika Ćwiczenia i jego zastępcę bezpośrednio oraz poprzez zespół podawania wiadomości;

Kontroli operacyjnej (OPCON) realizowanej przez sztab kierownictwa ćwiczenia w odniesieniu do procesu zarządzania i kierowania realizowanego przez głównego i drugoplanowych uczestników ćwiczenia.

W procesie przygotowania i prowadzenia ćwiczenia obronnego JESIEŃ 09 główne zadania w kierownictwie, zespole autorskim i sztabie kierownictwa ćwiczenia sprawowali:

- a) kierownik ćwiczenia – Dyrektor ZOZ lek. med. Przemysław DAROSZEWSKI;

- b) zastępca kierownika ćwiczenia oraz szef zespołu analizy i oceny – płk rez. dr Ryszard SZYMAŃSKI;
- c) szef sztabu kierownictwa – Ordynator SOR Zbigniew SZYMANOWSKI;
- d) szef zespołu autorskiego – płk rez. dr Ryszard SZYMAŃSKI;
- e) inne osoby funkcyjne:
 - centrum koordynacyjne ćwiczenia:
 - Przemysław DAROSZEWSKI
 - Ryszard SZYMAŃSKI
 - Małgorzata POLACZEK-BADZIŃSKA
 - zespół podawania wiadomości
 - szef Zespołu z-ca Dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych Walerian SZYMAŃSKI
 - Zenon KONIECZNY
 - zespół zabezpieczenia teleinformatycznego i stanowiska kierowania treningiem sztabowym:
 - szef Zespołu Dariusz KARMIŃSKI
 - Piotr SKRODZKI
 - Remigiusz KARMIŃSKI
 - sekcja bezpieczeństwa i dystrybucji dokumentów (w tym kancelaria):
 - szef Zespołu Karolina SZAFRAŃSKA-BAK
 - Katarzyna KRZYŻAGÓRSKA
 - sekretariat ćwiczenia:
 - Łucja TOMASZEWSKA
 - Patrycja TOMASZEWSKA-SOBIK

3) Wykaz współdziałających instytucji administracji zespolonej:

- a) przedstawiciele pozamilitarnych ogniw obronnych województwa wielkopolskiego z:
 - Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego WUW;
 - KW Policji w Poznaniu;
 - KW Państwowej Straży Pożarnej w Poznaniu;
 - KM PSP w Poznaniu
 - Jednostka Ratowniczo – Gaśnicza (JRG) nr 5 w Poznaniu.

4) Wykaz ćwiczących instytucji TOAW województwa wielkopolskiego:

- a) główni ćwiczący w składzie:
 - WSzW w Poznaniu
 - WKU Poznań-3;
 - WKU Poznań-1;
- b) drugoplanowy ćwiczący w składzie Zmiany Dyżurnej (tylko Komendant i Zastępca)
 - WKU Gniezno;
 - WKU Leszno.

STRUKTURA KIEROWNICTWA ĆWICZENIA JESIEŃ 09



KIEROWNIK ĆWICZENIA

Przemysław DAROSZEWSKI

ZASTĘPCA KIEROWNIKA ĆWICZENIA
ANALIZA, OCENA i OMÓWIENIE (1)
Ryszard SZYMAŃSKI

CENTRUM KOORDYNACYJNE ĆWICZENIA (3)
Przemysław DAROSZEWSKI
Małgorzata POLACZYK-BADZIŃSKA
Ryszard SZYMAŃSKI

**SZEF SZTABU
KIEROWNICTWA ĆWICZENIA (1)**
Zbigniew SZYMANOWSKI

SZTAB KIEROWNICTWA ĆWICZENIA

ZESPÓŁ PODGRYWAJĄCY PRZEŁOŻONYCH
SZCZEBŁA NADRZĘDNEGO (1)

ZESPÓŁ ZABEZPIECZENIA TELEINFORM. I
STANOWISKA KIEROWANIA ĆWICZENIEM (3)
Dariusz KARMIŃSKI
Piotr SKRODZKI
Remigiusz KARMIŃSKI

ZESPÓŁ PODGRYWAJĄCY JEDNOSTKI SPOZA
ŁAŃCUCHA ZARZĄDZANIA i KIEROWANIA (3)

SEKRETARIAT ĆWICZENIA (2)
Łucja TOMASZEWSKA
Patrycja TOMASZEWSKA-SOBIK

ZESPÓŁ PODAWANIA WIADOMOŚCI (2)
Walerian SZYMAŃSKI
Zenon KONIECZNY

SEKCJA BEZPIECZEŃSTWA i DYSTRYBUCJI
INFORMACJI (w tym kancelaria) (2)
Karolina SZAFRAŃSKA-BAK
Katarzyna DUMAŁA

ĆWICZĄCY

Rozmieszczenie kierownictwa i ćwiczących:

- kierownictwo i sztab kierownictwa ćwiczenia rozmieszczono w Sali konferencyjnej Dyrektora Zakładu. Przedmiotowe pomieszczenie jest jednocześnie miejscem pracy dla sztabu kryzysowego Zakładu oraz miejscem pracy Sztabu Szpitala po mobilizacyjnym rozwinięciu;
- główni i drugoplanowi ćwiczący zadania operacyjne i dydaktyczne realizowali w swoich stałych miejscach pracy;
- ćwiczące i współdziałające, podmioty spoza łańcucha kierowania i zarządzania Dyrektora Zakładu tj.: przedstawiciele Terenowych Organów Administracji Publicznej i Terenowych Organów Administracji Wojskowej, cele i zadania ćwiczenia realizowały w swoich miejscach pracy;
- zespół ratowniczo-gaśniczy zadania wsparcia ewakuacji realizował praktycznie wewnątrz i na zewnątrz budynku szpitalnego.

5) Dla zapewnienia osiągnięcia celu głównego ćwiczenia obronnego JESIEŃ 09 przyjęto następujące cele szczegółowe:

cel główny : doskonalić i zgrzywać praktyczne umiejętności wszystkich osób funkcyjnych na zajmowanych stanowiskach na rzecz utrzymania zdolności operacyjnej do zapoczątkowania procesu militaryzacji oraz kierowniczej kadry szpitala do działania w sytuacji zdarzeń masowych i losowych;

ćwiczenie miało na celu:

- Uczyć – procedur postępowania przy wykonaniu określonego zadania i umiejętnego stosowania w praktyce przez poszczególne osoby funkcyjne

- komórek organizacyjnych szpitala postanowień dokumentów doktrynalnych z zakresu planowania i organizowania działań;
- b) Uczyć – postępowania wybranych osób funkcyjnych w procesie alarmowania i powiadamiania oraz cały personel szpitala działania w warunkach zdarzeń masowych i losowych;
 - c) Doskonalić – organizację współdziałania i obiegu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi szpitala oraz umiejętności reagowania na zmieniające się zagrożenia i sytuację medyczną;
 - d) Zgrywać – podsystemy zarządzania i kierowania w realizacji zadań zgodnie z przeznaczeniem szpitala;
 - e) Sprawdzić i ustalić – potrzeby wsparcia osobowego i sprzętem poszczególne kliniki i oddziały w przypadku konieczności ewakuacji;
 - f) Opracować i wdrożyć procedury alarmowania i powiadamiania oraz postępowania w przypadku zdarzeń masowych i losowych.

Tworząc metodyczne podstawy osiągnięcia zakładanych celów szczegółowych przyjęto następujące zagadnienia szkoleniowe ćwiczenia:

- a) System alarmowania i powiadamiania, zapoczątkowanie procesu militaryzacji Zakładu – ćwiczenie praktyczne;
- b) Działanie w warunkach zdarzeń masowych – gra decyzyjna;
- c) Ewakuacja częściowa i pełna szpitala – ćwiczenie praktyczne i pokaz działania elementów wsparcia.

Kalendarium rozwoju sytuacji kryzysowej oraz przebieg ćwiczenia:

Ćwiczenie obronne JESIEŃ 09 zostało poprzedzone szkoleniem zbiorowym, które zostało przeprowadzone 21 października 2009 r.

18 listopada 2009 roku

- a) godz. 08.15 przekazanie sygnału o wezwaniu kierowniczej kadry szpitala do miejsca pracy i stawienia się w centrum koordynacyjnym ćwiczenia (sala odpraw dyrektora);
- b) godz. 09.00 wydanie kart kontroli i oceny alarmowania poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala;
- c) godz. 10.00 rozpoczęcie gry decyzyjnej z kierowniczą kadrą nt.: procedury działania po zdarzeniu masowym (segregacja i identyfikacja porażonych);
- d) godz. 12.30 rozpoczęcie gry decyzyjnej z kierowniczą kadrą nt.: procedury i wsparcie ewakuacji szpitala.

19 listopada 2009 roku

- e) godz. 08.15 przekazanie do SOR sygnału o zdarzeniu masowym;
- f) procedury działania przy przyjmowaniu, segregacji i identyfikacji porażonych;
- g) godz. 10.30 przekazanie sygnału o zagrożeniu i konieczności ewakuacji szpitala;
- h) godz. 12.30 wezwanie wsparcia PSP i pokaz ewakuacji z zagrożonych obszarów.

19 listopada 2009 roku

- a) godz. 14.30 omówienie wstępne przeprowadzonego ćwiczenia.

Przyjęło następujące pożądane stany końcowe:

- opracowanie procedur alarmowania i powiadamiania w systemie wybiórczym i pełnym;
- opracowanie procedur postępowania medycznych komórek organizacyjnych szpitala po zdarzeniu masowym;
- opracowanie procedur ochrony obiektu szpitala i zasad informowania rodzin i mediów w warunkach zdarzeń masowych;
- opracowanie i wdrożenie skróconej dokumentacji medycznej;
- opracowanie procedur postępowania w czasie ewakuacji;
- opracowanie koncepcji użycia, innego niż medyczny, personelu szpitala do wsparcia ewakuacji;
- uzgodnienie i ustalenie relacji współdziałania z Jednostką Ratowniczo – Gaśniczą (JRG) nr 5 w Poznaniu;
- określenie potrzeb i relacji współdziałania z militarnymi i pozamilitarnymi ogniwami obronnymi rządowymi i samorządowymi szczebla wojewódzkiego.

3. Opis ćwiczenia;

Ćwiczenie obronne JESIEŃ 09 jest pierwszym z cyklu szkoleń przewidzianych dla ZOZ MSWiA w Poznaniu. Zgodnie z postanowieniami dokumentów normatywnych i doktrynalnych ćwiczenia obronne realizowane są co dwa lata w sześcioletnim cyklu szkoleniowym, który obejmuje szkolenia doskonalące, szkolenia zbiorowe, treningi zespołów funkcyjnych oraz ćwiczenia obronne jako najwyższą formę doskonalenia jednostek organizacyjnych przewidzianych do militaryzacji. Sześcioletni cykl szkoleniowy składa się z następujących przedsięwzięć: w latach nieparzystych (2009, 2011, 2013) prowadzone będą ćwiczenia obronne z całym stanem osobowym szpitala. W latach parzystych cyklu szkoleniowego (2010, 2012, 2014) prowadzone będą treningi (obronne, specjalistyczne, alarmowe) z wybranymi komórkami organizacyjnymi szpitala. W każdym roku cyklu szkoleniowego prowadzone będą dwa szkolenia doskonalące oraz szkoleniami zbiorowymi poprzedzone będą wszystkie ćwiczenia i treningi obronne.

W pierwszym roku tj. 2009 sześcioletniego cyklu szkoleniowego, w ćwiczeniu JESIEŃ 2009 przyjęto utworzenie podstaw metodyczno-organizacyjnych do realizacji zadań w procesie szkolenia. Wytypowanie ZOZ MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu jako jednego ze szpitali do zabezpieczenia mistrzostw Europy w piłce nożnej EURO 2012 wymogło przyspieszenie realizacji przedsięwzięć cyklu szkoleniowego.

Istotą ćwiczenia JESIEŃ 09 jest zgrywanie, w zakresie planistycznym i organizacyjnym podsystemów zarządzania i kierowania szpitalem oraz opracowanie procedur i doskonalenie jego uczestników w wykonywaniu czynności zgodnie ze stałymi procedurami (SP) na wyznaczonych stanowiskach aż do osiągnięcia pożądanego stanu ich opanowania. Określenie potrzeb osobowych i materiałowych do wsparcia: identyfikacji, segregacji medycznej porażonych oraz ewakuacji częściowej lub całkowitej szpitala.

Odniesienia i powiązania z innymi ćwiczeniami:

Ćwiczenie JESIEŃ 09 jest początkiem cyklu ćwiczeń obronnych ZOZ MSWiA w Poznaniu. Przygotowuje do ćwiczenia obronnego JESIEŃ 11, tematyką koresponduje z ćwiczeniem epizodycznym Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego (WSzW) w Poznaniu pk. NOTEĆ 09.

4. Załączniki tematyczne:

(A) Szkolenie obronne oraz współdziałanie z komendami i jednostkami PSP oraz Policji:

- 1) Szkolenie obronne w ZOZ MSWiA w Poznaniu realizowane będzie w sześcioletnim cyklu szkoleniowym.
- 2) Współdziałanie z komendami i jednostkami PSP realizowane będzie na bieżąco:
 - a) rekonesanse bojowe z dwiema pozostałymi zmianami przeprowadzone będą w obszarze szpitala do 15 grudnia 2009 r;
 - b) ćwiczenie ewakuacyjne z użyciem ciężkiego sprzętu, technik linowych oraz pozorantów przy współdziałaniu z KM PSP, JRG nr 5 i Szkołą Aspirantów Pożarnictwa przeprowadzone będą na przełomie kwietnia i maja 2010 roku.

(B) Zarządzanie – kierowanie, łączność i zabezpieczenie teleinformatyczne:

W czasie ćwiczenia rozwinięto:

- Stanowisko Kierowania Ćwiczeniem;
- Miejsce pracy Sztabu kierownictwa i Sztabu Szpitala;
- Punkt dowodzenia JRG nr 5;

Przedstawiciele militarnych i pozamilitarnych ogniw obronnych województwa wielkopolskiego włączono do ćwiczenia w dwojakim układzie: jako podgrywających jednostki spoza łańcucha zarządzania i kierowania w sztabie kierownictwa ćwiczenia oraz jako elementy ich Stanowisk Dowodzenia (SD) i Stanowisk Kierowania (SK) w Dotychczasowych Miejscach Pracy (DMP).

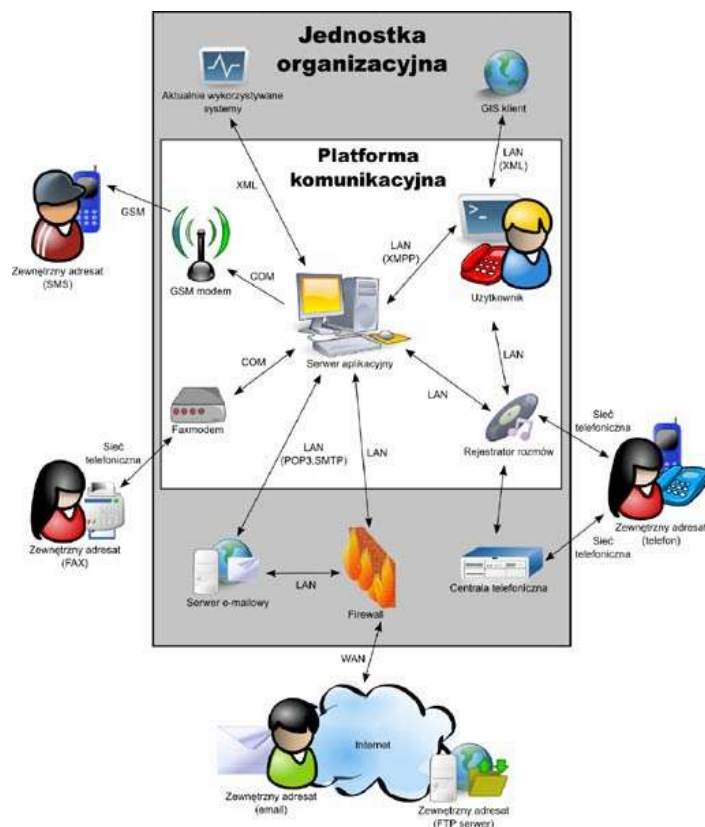
System telefonicznej łączności jawnej funkcjonował w oparciu o stacjonarny system łączności TP SA oraz operatorów telefonii komórkowej, a dla współdziałania ze SK WBiZK WUW w oparciu o jawną sieć telefoniczną i niejawny system łączności internetowej OPAL.

W dalszym ciągu podstawowym systemem łączności w Zakładzie jest system łączności stacjonarnej. W wypadku jego naruszenia Dyrektor traci ciągłość zarządzania i kierowania.

W zakresie współdziałania z TOAW i TOAP oraz realizacji zadań obronnych w obszarze odpowiedzialności wykorzystywano zasoby bazy danych oraz możliwości komunikacyjne systemu C3M. Zawartość narzędzi współdziałania pomiędzy TOAW i TOAP w Wielkopolsce:

- **SYSTEM C3M;**
- **ARCUS 2005** baza danych sił i środków utworzona przez WBiZK WUW;
- **CEL:** usprawnienie procesu realizacji zadań zarządzania kryzysowego, obronności, HNS, zarządzania zasobami osobowymi, pojazdami, przyczepami i maszynami;

ZAWARTOŚĆ: zestawienie zasobów niezbędnych do zabezpieczenia potrzeb zarówno SZ RP, jak i sił sojuszniczych NATO przebywających lub przemieszczających się przez teren województwa (mapy wojew. pow. gmin zawierające podstawowe obiekty m.in. szpitale, stacje paliw, noclegi, pralnie, przychodnie itp.).



System informatycznego wspomaganie i koordynowania działaniami w sytuacjach nadzwyczajnych i kryzysowych C3M. W tym podsystem Platforma komunikacyjna zarządzania kryzysowego (IKK – Integrowana Konsola Komunikacyjna). System niejawnej poczty internetowej „OPAL”

Celowym jest, dla zapewnienia ciągłości kierowania Zakładem, szczególnie w sytuacjach kryzysowych i zagrożenia zewnętrznego wyposażenie Zakładu w środki łączności radiotelefonicznej. Optymalnym rozwiązaniem byłoby wyposażenie Zakładu w radiotelefon bazowy typu MOTOROLA – zamontowany w pomieszczeniu pracy Sztabu Kryzysowego lub Sztabu Szpitala i 12 (dwanaście) radiotelefonów mobilnych.

(C) Zabezpieczenie logistyczne i koszty ćwiczenia:

- 1) Przejazdy samochody służbowe 300 km x 0,5 zł = 150 zł.
- 2) Połączenia telefoniczne = 350 zł.
- 3) Koszty obsługi administracyjnej = 250 zł.

Razem

- a) planowane koszty szacunkowe ok. 750,00 zł;
- b) planowane wydatki – **bez wydatków**;
- c) wykorzystanie limitu kilometrów - 300 km;
- d) wykorzystanie limitu paliw - 45,5 l;

Ćwiczenie realizowane było w godzinach służbowych, żywienia i skoszarowania stanów osobowych nie realizowano.

5. Podsumowanie działania:

Na podstawie doświadczeń praktyki szkoleniowej oraz wniosków z analizy procesu przygotowania i prowadzenia ćwiczenia obronnego JESIEŃ 09 wygenerowano następujące wnioski i zadania operacyjne:

- 1) Przyjęto i wdrożono plany szkolenia w cyklu sześcioletnim.

- 2) Opracowano i wdrożono do działalności bieżącej procedury postępowania dla osób funkcyjnych w zakresie:
 - a) alarmowania i powiadamiania wybranych osób i grup osób funkcyjnych oraz całego stanu osobowego Zakładu;
 - b) działania w czasie segregacji i identyfikacji porażonych w zdarzeniu masowym;
 - c) informowania rodzin i mediów o stanie zdrowia porażonych w zdarzeniu masowym;
 - d) izolacji i ochrony obiektów szpitala, szczególnie SOR-u w czasie przyjmowania i segregacji porażonych;
 - e) działania osób funkcyjnych w punktach kontrolno-informacyjnych w czasie ewakuacji bloku szpitalnego;
 - f) działania osób funkcyjnych wydzielonych do wzmocnienia personelu medycznego klinik i oddziałów w czasie ewakuacji;
 - g) meldunki – informacje sytuacyjne dla ratowników z jednostek ratowniczo-gaśniczych.
- 3) Kontynuować modernizację bazy informatycznego wspomaganie zarządzania i kierowania oraz utworzyć bazę łączności wspomagającą proces zarządzania i kierowania w układzie pokojowym, kryzysowym, a także wojennym (w tym dla potrzeb ćwiczeń).
- 4) Wdrożono uproszczoną dokumentację medyczną zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. z dnia 23 czerwca 2004 r.)
- 5) Ze względu na bezwzględną konieczność zapewnienie warunków bezpieczeństwa pacjentów i personelu ZOZ MSWiA w Poznaniu niezbędne są środki inwestycyjne na budowę i modernizację dróg pożarowych, wjazdu (bramy) pożarowego oraz dwóch placów manewrowych (wschodnia i południowa ściana budynku szpitalnego) dla ciężkiego sprzętu ewakuacyjnego.
- 6) Koniecznością jest budowa niezależnego konstrukcyjnie i niezależnie zasilanego dźwigu osobowego o udźwigu 2 ton.
- 7) Koniecznością jest wsparcie i wyposażenie Zakładu w środki łączności radiotelefonicznej.
- 8) Oceniam, że zakładane cele szkoleniowe zostały osiągnięte. Stany osobowe głównych i drugoplanowych uczestników ćwiczenia obronnego JESIEŃ 09 są dobrze przygotowane do realizacji zadań operacyjno-taktycznych i zarządzania kryzysowego wynikających z ich pokojowego, kryzysowego oraz wojennego przeznaczenia.

Wykonano w 3 egz.:

Egz. nr 1 – a/a ZOZ MSWiA w Poznaniu (teczka ćwiczeń)

Egz. nr 2 – Departament Zdrowia MSWiA

Egz. nr 3 – Komenda Miejska PSP w Poznaniu

Sporządził: R. SZYMAŃSKI (tel. 061 848 47 90, 516 061 170)

Wykonał: R. SZYMAŃSKI

23.11.2009 r.

RAPORT SYSTEMU C3M

Procedury

PRK-X	Nazwa dokumentu: Procedura działania w nietypowych sytuacjach kryzysowych
	Rodzaj dokumentu: PRK Data: 10. 8. 2010 Podmiot opracowujący:

I. Cel procedury

Określenie zasad postępowania Wojewody i podległych służb, inspekcji i straży w przypadku wystąpienia nietypowych sytuacji kryzysowych.

II. Lider / Uczestnicy procedury

Wojewoda / WUW, służby, inspekcje i straże wojewódzkie oraz inne podmioty

III. Wejście, wyjście oraz formalne podstawy realizacji procedury

Wejście	Otrzymanie informacji o zdarzeniu.
Wyjście	Likwidacja zagrożenia.

Podstawy prawne realizacji procedury

1) Ustawa z dnia 18 kwietnia o stanie klęski żywiołowej. 2) Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r o zarządzaniu kryzysowym. 3) Dekret z dnia 23 kwietnia 1953 r. o świadczeniach w celu zwalczania klęsk żywiołowych. 4) Rozporządzenie RM z dnia 14 lipca 1953 r. w sprawie wykonania art. 5 dekretu o świadczeniach w celu zwalczania klęsk żywiołowych. 5) Ustawa z dnia 24 lutego 2006 r. o zmianie ustawy – Prawo ochrony środowiska oraz niektórych innych ustaw. 6) Ustawa z dnia 22 listopada 2002 r. o wyrównywaniu strat majątkowych wynikających z ograniczenia w czasie stanu nadzwyczajnego wolności i praw człowieka i obywatela. 7) Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym 8) Rozporządzenie RM z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad oraz trybu ustalania i wypłaty odszkodowań za szkody poniesione w związku z akcjami zwalczania klęsk żywiołowych. 9) Rozporządzenie RM z dnia 20 lutego 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad udziału pododdziałów SZ RP w zapobieganiu skutkom klęski żywiołowej lub ich usuwaniu. 10) Rozporządzenie RM z dnia 12 listopada 2002 r. w sprawie określenia dokumentów potwierdzających wykonywanie przez przedsiębiorcę przewozów w ramach pomocy humanitarnej, medycznej lub w przypadku klęski żywiołowej. 11) Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 22 sierpnia 2007r. w sprawie podmiotów, którym państwowa służba hydrologiczno-meteorologiczna i hydrologiczna są obowiązane przekazywać ostrzeżenia, prognozy, komunikaty i biuletyny oraz sposobu i częstotliwości ich przekazywania

IV. Przebieg procedury

Lp.	Zadanie	Wykonawcy	Uwagi	Czynności	Oblig.	Czas
1.	Monitorowanie wystąpienia zagrożeń					
1.1.	przyjmowanie informacji z prowadzonego monitoringu od dyżurujących służb, inspekcji i straży oraz innych jednostek organizacyjnych szczebla wojewódzkiego	WCZK			✓	
1.2.	przyjmowanie informacji o wypadkach kolejowych od służb kolejowych	dyżurny ruchu węzła PKP w Poznaniu			✓	
1.3.	przyjmowanie informacji o katastrofach lotniczych.	dyżurny Portu Lotniczego Ławica w Poznaniu			✓	
2.	Bilans i tryb uruchamiania sił i środków					

Lp.	Zadanie	Wykonawcy	Uwagi	Czynności	Oblig.	Czas
2.1.	Przyjmowanie informacji z prowadzonego monitoringu od dyżurujących służb, inspekcji i straży oraz innych jednostek organizacyjnych szczebla wojewódzkiego	WCZK			×	
2.2.	pododdziały specjalistyczne Sił Zbrojnych RP – na wniosek Wojewody - SPO-11.08.	Wojewoda			×	
2.3.	sprzęt w wojewódzkim magazynie obrony cywilnej (załącznik nr 1) uruchamiany na polecenie Wojewody	WBiZK			×	
2.4.	Wykorzystanie osadzonych w zakładach karnych - SPO-11.05	Wojewoda			×	
3.	Uruchamianie działań					
3.1.	Prognozowanie rozwoju zagrożeń na obszarze województwa oraz dostarczanie niezbędnych informacji dotyczących aktualnego stanu bezpieczeństwa dla WZZK, CZK ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz do Rządowego Centrum Bezpieczeństwa.	WCZK			×	
3.2.	Ocenianie występujących i potencjalnych zagrożeń mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo publiczne i prognozowanie tych zagrożeń. Przygotowanie propozycji działań i przedstawianie wojewodzie wniosków dotyczących wykonywania, zmiany lub zaniechania działań ujętych w planie.	WZZK			×	
3.3.	Informowanie, ostrzeganie i alarmowanie ludności - SPO-11.03	WZZK / WCZK			×	
3.4.	Podwyższanie gotowości szpitali do działania - PRM-2	LKRM			×	
3.5.	Organizacja punktu informacyjnego dla ludności - SPO-11.01.	WCZK			×	
3.6.	Jeśli zdarzenie powoduje konieczność wprowadzenia świadczeń osobistych i rzeczowych - SPO-11.07:	Wojewoda poprzez WCZK			×	
3.7.1	stwierdzenie konieczności wprowadzenia świadczeń osobistych i rzeczowych w myśl przepisów dekretu z dnia 23 kwietnia 1953 r. o świadczeniach w celu zwalczania klęsk żywiołowych podejmowane jest na poziomie województwa przez Wojewodę z uwzględnieniem opinii członków WZZK w trybie posiedzenia zespołu,				×	
3.7.2	świadczenia na rzecz zorganizowanej akcji społecznej na poziomie województwa obejmować będą: dostarczanie środków przewozowych, wykonywaniu określonych robót				×	
3.7.3	koordynacja podejmowanych działań realizowana jest poprzez WZZK działający w trybie całodobowym złożonym ze zmieniających się odpowiednio przedstawiciel inspekcji, służb i straży.				×	
3.8.	Zapewnienie współdziałania wszystkich jednostek organizacyjnych administracji rządowej i samorządowej w ramach działania WZZK.	Wojewoda poprzez WZZK			×	
3.9.	Wydawanie poleceń obowiązujących wszystkie organy administracji rządowej oraz organy samorządu terytorialnego w tym informowanie właściwego ministra o postawionych poleceniach. Działania te Wojewoda realizuje przy udziale WZZK.	Wojewoda poprzez WZZK			×	
3.10.	W przypadku eskalacji zjawisk przekraczających możliwości przeciwdziałania skutkom zjawisk w normalny stan prawny wojewoda wnioskuje do rady Ministrów o	Wojewoda			×	

Lp.	Zadanie	Wykonawcy	Uwagi	Czynności	Oblig.	Czas
	wprowadzenie stanu klęski żywiołowej zgodnie z SPO-7.01. Dalsze postępowanie realizowane jest zgodnie z PRK-7.					
3.11.	W uzasadnionych sytuacjach lub konieczności Wojewoda wnioskuję o użycie sił i środków wojska - SPO-11.08	Wojewoda			×	
3.12.	Przyznawanie odszkodowania oraz szacowanie i dokumentowanie strat - SPO-07.4 i SPO-11.06.	WCZK, WFIB WUW.			×	
4.	zdarzenie terrorystyczne					
4.1	Wprowadza wyższe stopnie alarmowe (ALFA, BRAVO, CHARLIE, DELTA), zgodnie z zarządzeniem Prezesa RM	Wojewoda			×	
4.2.	Wojewoda zajmuje się koordynacją ratownictwa medycznego – poprzez działania Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego – PRM-2. Jeśli skutki zdarzenia terrorystycznego powodują zagrożenia w zakresie: możliwości wystąpienia epidemii (chorób zakaźnych ludzi); zdarzenia radiacyjnego, poważnej awarii przemysłowej lub klęski żywiołowej wówczas Wojewoda realizuje procedury zawarte w planie reagowania kryzysowego właściwe do tych zagrożeń. Wsparcie w zakresie środków transportu i pomocy socjalno-bytowej.	WCZK, LKRM			×	
5.	katastrofy komunikacyjne					
5.1.	Wojewoda zajmuje się koordynacją ratownictwa medycznego – poprzez działania Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego – według procedury koordynacji ratownictwa medycznego w przypadkach zdarzeń masowych PRM-2. Jeśli skutki katastrofy komunikacyjnej związane są z wystąpieniem zdarzenia radiacyjnego lub poważnej awarii przemysłowej realizowane są odpowiednie PRK. Wsparcie w zakresie środków transportu i pomocy socjalno-bytowej- SPO-11.5.	WCZK, LKRM, WPS WUW			×	
6.	katastrofy budowlane					
6.1.	Wojewoda				×	
6.1.1	koordynuje działania systemu ratownictwa medycznego – poprzez działania Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego,	WCZK			×	
6.1.2	podwyższa w razie potrzeby gotowość szpitali do działania – PRM-2,	WCZK, LKRM, WPS WUW			×	
6.1.3	koordynuje działania nadzoru budowlanego – SPO-10.4	WINB			×	
6.1.4	wspiera w razie potrzeby w zakresie środków transportu i pomocy socjalno-bytowej – SPO-11.5				×	
7.	pożary obiektów wielkopowierzchniowych i pożary lasów					
7.1.	Wojewoda:	(działania ratownicze prowadzi PSP) WCZK, LKRM, WPS WUW.			×	
7.1.1	koordynuje działania państwowego systemu ratownictwa medycznego – poprzez działania Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego,				×	

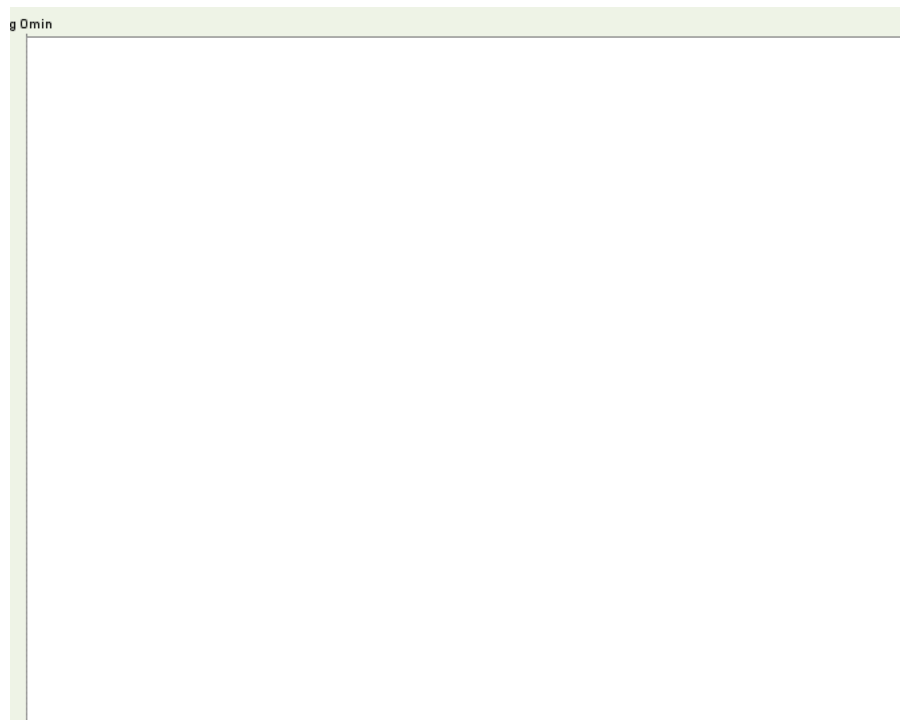
Lp.	Zadanie	Wykonawcy	Uwagi	Czynności	Oblig.	Czas
7.1.2	podwyższa w razie potrzeby gotowość szpitali do działania – PRM-2				×	
7.1.3	wspiera w razie potrzeby w zakresie środków transportu i pomocy socjalno-bytowej – SPO-11.5.				×	
8.	brak dostaw energii elektrycznej					
8.1.	monitorowanie przebiegu zdarzenia	WCZK, PSP, Policja, Polskie Sieci Energetyczne – Zachód SA, Operator systemu dystrybucyjnego ENEA, Operator systemu dystrybucyjnego ENERGA.			×	
8.2.	informowanie ludności				×	
8.3.	wspieranie w razie potrzeb i możliwości energetycznych służb technicznych, wspieranie w razie potrzeb i możliwości właścicieli obiektów o szczególnym znaczeniu w agregaty prądotwórcze.				×	
9.	wystąpienie zatrucia wody w wodociągach					
9.1.	monitorowanie przebiegu zdarzenia,	WCZK, PCZK, PWIS, Wójt			×	
9.2.	podjęcie działań przywracających zdatność wody do spożycia	WCZK, PCZK, PWIS, Wójt			×	
9.3.	dokonywanie badań przydatności wody do spożycia – wg procedury SPO-10.7	WCZK, PCZK, PWIS, Wójt			×	
10.	podejrzanie choroby zakaźnej u obcokrajowców					
10.1.	choroby ujęte w wykazie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2007 r. w sprawie wykazu chorób, które uzasadniają podjęcie decyzji o wydaleniu z terytorium RP obywatela UE lub członka rodziny nie będącego obywatelem UE z powodu zagrożenia dla zdrowia publicznego (Dz. U. nr 18, poz. 112). Uwaga! Do czasu zakończenia budowy szpitala zakaźnego w Poznaniu (wg planu IV kwartał 2009 r.) nie zgadzać się na opuszczenie przez osoby chore samolotu, a znajdujące się w innych miejscach transportować karetką przy użyciu noszy izolacyjnych do szpitali w Warszawie, Łodzi, Wrocławiu lub Gdańsku.	Wojewoda, służby lotniska Ławica, jednostki PRM, Straż Graniczna, Konsultant wojewódzki ds. chorób zakaźnych			×	

Załączniki:

Nazwa: [Stopnie alarmowe.pdf](#)

Opis: projekt rozporządzenia Rady Ministrów

Wykres Gantta



RAPORT SYSTEMU C3M

Procedury

PRM-2	Nazwa dokumentu: PRM - Podwyższenie gotowości działania szpitali
	Rodzaj dokumentu: SPO Data: 14. 3. 2010 Podmiot opracowujący: WBiZK

I. Cel procedury

Określenie sposobu podwyższania gotowości działania szpitali.

II. Lider / Uczestnicy procedury

Wojewoda/Dyrektor WBiZK, Lekarz Koordynator Ratownictwa Medycznego (LKRM), dyrektorzy zespołów opieki zdrowotnej.

III. Wejście, wyjście oraz formalne podstawy realizacji procedury

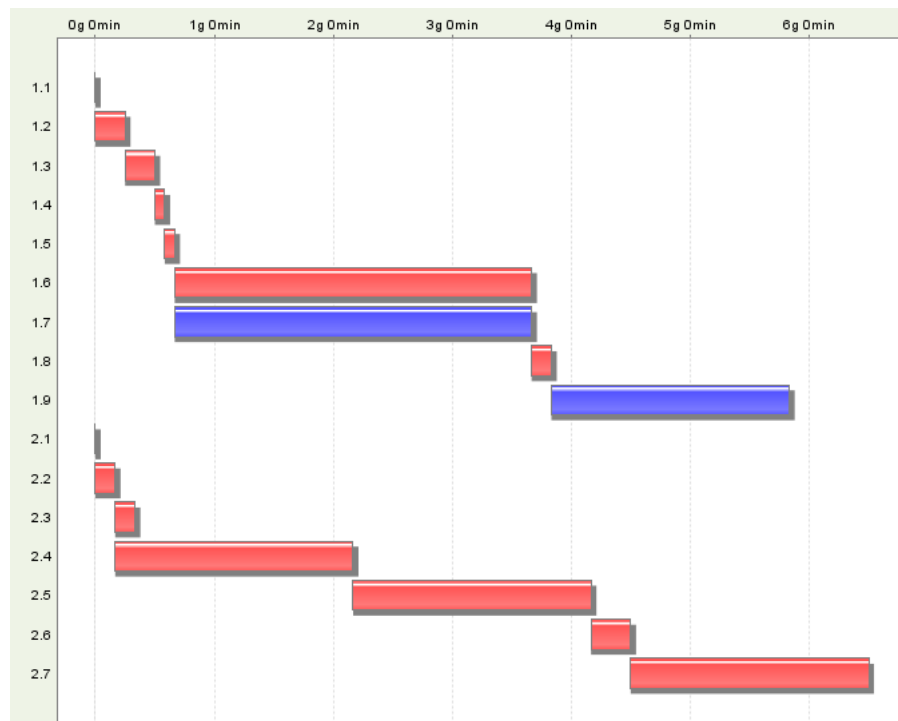
Wejście	Wystąpienie katastrofy naturalnej lub awarii technicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej.
Wyjście	Przekazanie decyzji Wojewody do Zakładu Opieki Zdrowotnej
Podstawy prawne realizacji procedury	
1) Ustawa z dnia 8 września 2006 r. r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.06.191.1410 ze zm.).	

IV. Przebieg procedury

Lp.	Zadanie	Wykonawcy	Uwagi	Czynności	Oblig.	Czas
1.	Procedura podnoszenia gotowości szpitali w wyniku zdarzeń czasu pokoju					
1.1	Ustalenie w ramach prowadzącego monitoring zdarzeń konieczności podniesienia stanu gotowości określonych szpitali.	LKRM	LKRM przygotowuje koncepcje zakresu podniesienia gotowości szpitala/i		✓	0g 0min
1.2	Przekazanie propozycji merytorycznej Dyrektorowi WBiZK	LKRM	LKRM określa jaki szpital i w jakim zakresie medycznym podlegać będzie podniesieniu gotowości		✓	0g 15min
1.3	Poinformowanie Wojewody o potrzebie podniesienia stanu gotowości szpitali	Dyrektor WBiZK	telefonicznie (jeśli nie można skontaktować się z Wojewodą lub Wicewojewodą a działanie jest pilne podejmuje		✓	0g 15min

Lp.	Zadanie	Wykonawcy	Uwagi	Czynności	Oblig.	Czas
			samodzielnie taką decyzję)			
1.4	Decyzja Wojewody	Wojewoda	TAK lub NIE		✓	0g 5min
1.5	Wyznaczenie zespołu osób do opracowania decyzji administracyjnych.	Dyrektor WBiZK	Z Oddziału Ratownictwa Medycznego i Planowania Cywilnego		✓	0g 5min
1.6	Opracowanie treści decyzji administracyjnych	powołany zespół	bez zbędnej zwłoki		✓	3g 0min
1.7	Zaprobowanie projektu decyzji przez oddział prawny	ORP	jeśli czas pozwoli jeśli działania będą prowadzone pod presją czasu wówczas nie		✗	3g 0min
1.8	Podpisanie decyzji przez Wojewodę	Wojewoda	bezwzględnie		✓	0g 10min
1.9	Skuteczne dostarczenie decyzji do wskazanego szpitala /i	WCZK	za osobistym doręczeniem		✗	2g 0min
2.	Podnoszenie stanu gotowości szpitali w sytuacjach określonych w NSPK					
2.1	Przyjęcie zadania w ramach NSPK	WCZK	przekazanie do zespołu wykonawczego		✓	0g 0min
2.2	Odczytanie zadania i rozpoczęcie uruchamiania zaplanowanych procedur	zespół wykonawczy na bazie wyznaczonych pracowników z WBiZK	w zależności od postawionego zadania		✓	0g 10min
2.3	Poinformowanie Wojewody i kierownictwa wydziału o zadaniu	zespół wykonawczy j. w.	w zależności od postawionego zadania		✓	0g 10min
2.4	Opracowanie projektu decyzji administracyjnych podnoszących gotowość działania szpitali zgodnie z postawionym zadaniem	zespół wykonawczy j. w.	w zależności od postawionego zadania		✓	2g 0min
2.5	Zaprobowanie treści decyzji administracyjnej	Oddział prawny	niezwłocznie		✓	2g 0min
2.6	Podpisanie decyzji	Wojewoda	niezwłocznie		✓	0g 20min
2.7	Skuteczne dostarczenie decyzji adresatom	zespół wykonawczy j. w. oraz WCZK	czas zależny od liczby adresatów		✓	2g 0min

Wykres Gantta



RAPORT SYSTEMU C3M

Procedury

PRM-1	Nazwa dokumentu: PRM - Obieg informacji w systemie PRM
	Rodzaj dokumentu: SPO Data: 15. 3. 2010 Podmiot opracowujący: WBiZK

I. Cel procedury

Pozyskiwanie informacji na temat czasowego, całkowitego lub częściowego braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych wraz z informacjami o przyczynie i przewidywanym okresie trwania tych ograniczeń; czasowym wyłączeniu z użycia aparatury wysokospecjalistycznej np. do dializoterapii, tomografu komputerowego, rezonansu magnetycznego, sprzętu do koonografii i angioplastyki

II. Lider / Uczestnicy procedury

Lekarz Koordynator Ratownictwa Medycznego/ dysponenci jednostek systemu PRM. zakłady opieki zdrowotnej i jednostki współpracujące z systemem

III. Wejście, wyjście oraz formalne podstawy realizacji procedury

Wejście	informacja do LKRM
Wyjście	Decyzja LKRM
Podstawy prawne realizacji procedury	
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. 39 nr 3790 poz. 322).	

IV. Przebieg procedury

Lp.	Zadanie	Wykonawcy	Uwagi	Czynności	Oblig.	Czas
1.	Monitorowanie dostępu do świadczeń medycznych					
1.1	Informowanie LKRM o czasowym, całkowitym lub częściowym braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych	dysponenci systemu, zakłady opieki zdrowotnej i jednostki współpracujące z systemem	łącznie z informacją o przyczynie i przewidywanym okresie trwania tych ograniczeń		✓	0g 0min
1.2	Informowanie o czasowym wyłączeniu z użycia aparatury wysokospecjalistycznej np. do dializoterapii, tomografu komputerowego, rezonansu magnetycznego, sprzętu do koonografii i angioplastyki	zakłady opieki zdrowotnej	do LKRM		✓	0g 0min
1.3	Informowanie o liczbie aktualnie wolnych miejsc szpitalnych na poszczególnych oddziałach	zakłady opieki zdrowotnej	e-szpitala do godz. 9.00		✓	0g 0min
1.4	Informowanie o liczbie sal operacyjnych i zespołów operacyjnych, rodzajów zabiegów wykonywanych w danym oddziale szpitala	zakłady opieki zdrowotnej	na żądanie LKRM		✓	0g 0min

Lp.	Zadanie	Wykonawcy	Uwagi	Czynności	Oblig.	Czas
1.5	Informowanie LKRM o liczbie dostępnych zespołów ratownictwa medycznego poszczególnych dysponentów jednostek	dysponenci systemu	do LKRM		✓	0g 0min
1.6	Informowanie o liczbie aktualnie wolnych stanowisk intensywnej terapii	zakłady opieki zdrowotnej	w ramach aplikacji e-szpitala do godz. 9.00		✓	0g 0min
1.7	Przekazywanie informacji na żądanie LKRM o miejscu i rodzaju zdarzenia oraz liczbie osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a także o stanie zdrowia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz danych obejmujących w miarę możliwości imię, nazwisko, wiek i płeć osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego	dysponenci systemu, zakłady opieki zdrowotnej i jednostki współpracujące z systemem	na żądanie LKRM		✓	0g 0min
2.	Monitorowanie ZRM					
2.1	Prowadzenie ewidencji odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego i udostępnianie (przesyłanie) w każdy poniedziałek do godz. 16.00	dysponenci systemu PRM	w formie tabelarycznej w pliku pdf		✓	
2.2	Informowanie LKRM o liczbie i rodzaju dostępnych zespołów ratownictwa medycznego	dysponenci systemu PRM	na żądanie LKRM		✓	
3.	Wymiana informacji					
3.1	Aktualizowanie wykazu jednostek współpracujących z systemem PRM	Wydział Polityki Społecznej WUW w Poznaniu	raz w miesiącu wykaz przekazywany jest do Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego		✓	
3.2	Analiza aktualnego wykazu jednostek współpracujących z systemem PRM i przekazywanie zmian wykazu do dysponentów systemu PRM	LKRM	niezwłocznie po uzyskaniu wykazu z WPS wykaz przesyłany jest do dysponentów systemu		✓	
3.3	Przekazywanie informacji o decyzjach Wojewodów odniesieniu do ZOZ w zakresie zaprzestania działalności całkowicie lub w określonym zakresie	Wydział Polityki Społecznej WUW w Poznaniu	każdorazowo i niezwłocznie, dane przekazywane są do Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego		✓	

Wykres Gantta



Plan zarządzania kryzysowego. Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie.
Algorytm postępowania na wypadek przyjęcia dużej liczby poszkodowanych. Dotyczy wypadków komunikacyjnych, budowlanych itp.

Algorytm numer: ...

Algorytm postępowania (Procedura główna) na wypadek **przyjęcia dużej liczby poszkodowanych**.(wypadek masowy)

Informacja o wypadku i transporcie ciężko poszkodowanych do szpitala w liczbie od **9 poszkodowanych.**

Potwierdzono konieczność przyjęcia poszkodowanych w liczbie powyżej 8 poszkodowanych.

Cel algorytmu: Udzielenia pierwszej pomocy, selekcji poszkodowanych, zabiegi medyczne... hospitalizacja.

Zakres algorytmu: Szpital może przyjąć 8 poszkodowanych w tym samym czasie bez uruchamiania procedur kryzysowych. Powyżej tej liczby uruchamia się algorytm postępowania na wypadek przyjęcia dużej liczby poszkodowanych. W trzech wariantach zależnych od liczby poszkodowanych. Szpital w maksymalnej mobilizacji sił i środków w ciągu doby jest w stanie przeprowadzić ten algorytm dla 50 poszkodowanych wymagających pomocy medycznej z hospitalizacją. Nie brane pod uwagę są osoby które po udzieleniu pomocy medycznej (opatrzeniu ran) zostają zwolnione do domu.

Warianty algorytmu:

Wariant 1. Liczba **poszkodowanych** do przyjęcia to do **9 do 16**
strona 2

Wariant 2. Liczba **poszkodowanych** do przyjęcia to do **17 do 29**
strona 4

Wariant 3. Liczba **poszkodowanych** do przyjęcia to do **30 do 50**
strona 6

Wariant 1 Liczba poszkodowanych do przyjęcia to do 9 do 16
strona 2

1. Etap postępowania: Czas około 1 min

Uruchom procedure:

SOP- 0	Procedura powołania sztabu kryzysowego
--------	--

Przebieg dowodzenia w SOR i innych częściach szpitala potrzebnych do realizacji algorytmu przez osobę wyznaczoną (lekarz pełniący dyżur na SOR) lub sztab kryzysowy.

Dowódca / sztab kryzysowy może nie uruchamiać wszystkich procedur i może uruchamiać dodatkowe zgodnie z zapotrzebowaniem. W czasie działań ma uprawnienia (przełożonego) do podejmowania wszelkich decyzji w sprawach bieżących działań. Nie wykonanie jego poleceń traktowane jest jako niewykonanie polecenia służbowego i może skutkować zwolnieniem dyscyplinarnym.

2. Etap postępowania: Czas około 5 min

Uruchom procedure:

SOP- 1	Procedury informowania personelu
--------	----------------------------------

Osoba dowodząca (lekarz pełniący dyżur na SOR) lub sztab kryzysowy uruchamia procedurę, a osoba wyznaczona informuje cały potrzebny personel do realizacji algorytmu. W razie potrzeby

Uruchom procedure:

SOP- 3	Procedura udrożnienia szpitala
--------	--------------------------------

Jeśli działania algorytmu wymagają wstrzymaj konkretne zabiegi i niektóre planowe przyjęcia

Uruchom procedure:

SOP- 5	Procedura wstrzymania zabiegów i planowych przyjęć do szpitala
--------	--

3. Etap postępowania: Czas od momentu przybycia poszkodowanych

Uruchom procedure:

SOP- 9	Procedura segregacji i identyfikacji poszkodowanych
--------	---

4. Etap postępowania: Czas od momentu rozpoznania zapotrzebowania bieżącego

Jeśli jest konieczność umieszczenia poszkodowanych poza posiadanymi stanowiskami pozyskaj dodatkowe poprzez

Uruchom procedure:

SOP- 4	Procedura przekształcenia charakteru oddziału lub oddziałów na potrzeby innego oddziału
--------	---

5. Etap postępowania: Czas do zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości.

Uruchom procedure:

SOP- 25	Procedura zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości
---------	--

Wariant 2 Liczba **poszkodowanych** do przyjęcia to do **17 do 29**
strona 4

1. Etap postępowania: Czas około 1 min

Uruchom procedure:

SOP- 0	Procedura powołania sztabu kryzysowego
--------	--

Przebieg dowodzenia w SOR i innych częściach szpitala potrzebnych do realizacji algorytmu przez osobę wyznaczoną (lekarz pełniący dyżur na SOR) lub sztab kryzysowy.

Dowodzący / sztab kryzysowy może nie uruchamiać wszystkich procedur i może uruchamiać dodatkowe zgodnie z zapotrzebowaniem. W czasie działań ma uprawnienia (przełożonego) do podejmowania wszelkich decyzji w sprawach bieżących działań. Nie wykonanie jego poleceń traktowane jest jako niewykonanie polecenia służbowego i może skutkować zwolnieniem dyscyplinarnym.

2. Etap postępowania: Czas około 5 min

Uruchom procedure

SOP- 1	Procedury informowania personelu
--------	----------------------------------

Osoba dowodząca (lekarz pełniący dyżur na SOR) lub sztab kryzysowy uruchamia procedurę, a osoba wyznaczona informuje cały potrzebny personel do realizacji algorytmu. W celu przygotowania miejsc dla poszkodowanych uruchom procedure zwolnienia do domu osób nie wymagających pilnego pozostania w szpitalu czyli

Uruchom procedure:

SOP- 2	Procedury zwiększenia chłonności szpitala
--------	---

Udroźnij szpital wyprasząc odwiedzających i osoby trzecie z terenu szpitala poprzez

Uruchom procedure:

SOP- 3	Procedura udrożnienia szpitala
--------	--------------------------------

Wstrzymaj działania bieżące poprzez

Uruchom procedure:

SOP- 5	Procedura wstrzymania zabiegów i planowych przyjęć do szpitala
--------	--

3. Etap postępowania: Czas od momentu przybycia poszkodowanych

Uruchom procedure:

SOP- 9	Procedura segregacji i identyfikacji poszkodowanych
--------	---

W razie niewydolności z powodu braku personelu uruchom

Uruchom procedure:

SOP- 8	Procedura mobilizacji personelu i pozyskania dodatkowego
--------	--

4. Etap postępowania: Czas od momentu rozpoznania zapotrzebowania bieżącego

Jeśli jest konieczność umieszczenia poszkodowanych poza posiadanymi stanowiskami pozyskaj dodatkowe lub całe oddziały poprzez

Uruchom procedure:

SOP- 4	Procedura przekształcenia charakteru oddziału lub oddziałów na potrzeby innego oddziału
--------	---

W wypadku braku leków

Uruchom procedure:

SOP- 14	Procedura pozyskania leków i/lub sprzętu z zewnątrz
---------	---

5. Etap postępowania: Czas do zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości.

Po zakończeniu działań pilnych

Uruchom procedure:

SOP- 11	Procedura organizowania punktu informacyjnego dla rodzin osób poszkodowanych
---------	--

Po zakończeniu działań pilnych

Uruchom procedure:

SOP- 25	Procedura zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości
---------	--

Wariant 3 Liczba poszkodowanych do przyjęcia to do 30 do 50

strona 6

1. Etap postępowania: Czas około 1 min

Uruchom procedure:

SOP- 0	Procedura powołania sztabu kryzysowego
--------	--

Przebieg dowodzenia w SOR i innych częściach szpitala potrzebnych do realizacji algorytmu przez osobę wyznaczoną (lekarz pełniący dyżur na SOR) lub sztab kryzysowy.

Dowodzący / sztab kryzysowy może nie uruchamiać wszystkich procedur i może uruchamiać dodatkowe zgodnie z zapotrzebowaniem. W czasie działań ma uprawnienia (przełożonego) do podejmowania wszelkich decyzji w sprawach bieżących działań. Nie wykonanie jego poleceń traktowane jest jako niewykonanie polecenia służbowego i może skutkować zwolnieniem dyscyplinarnym.

2. Etap postępowania: Czas około 5 min

Uruchom procedure

SOP- 1	Procedury informowania personelu
--------	----------------------------------

Osoba dowodząca (lekarz pełniący dyżur na SOR) lub sztab kryzysowy uruchamia procedurę, a osoba wyznaczona informuje cały potrzebny / dostępny personel do realizacji algorytmu.

Uruchom procedure:

SOP- 2	Procedury zwiększenia chłonności szpitala
--------	---

Wyprowadź odwiedzających i osoby trzecie

Uruchom procedure:

SOP- 3	Procedura udrożnienia szpitala
--------	--------------------------------

Wstrzymaj wszystkie zabiegi i przyjęcia planowe, oraz prace przychodni i gabinetów zabiegowych celem wyprowadzenia osób trzecich i pozyskania personelu medycznego do działań algorytmu

Uruchom procedure:

SOP- 5	Procedura wstrzymania zabiegów i planowych przyjęć do szpitala
--------	--

3. Etap postępowania: Czas od momentu przybycia poszkodowanych

Uruchom procedure:

SOP- 9	Procedura segregacji i identyfikacji poszkodowanych
--------	---

Wezwij wszystkich dostępnych w szpitalu (personel medyczny) z przychodni i gabinetów zabiegowych oraz dostępnych do przyjazdu do szpitala poprzez

Uruchom procedure:

SOP- 8	Procedura mobilizacji personelu i pozyskania dodatkowego
--------	--

W razie potrzeby i napływu poszkodowanych samodzielnych pozyskaj pomoc od Straży Pożarnej (namioty dekontaminacyjne) pomoc w organizacji ratunkowej

Uruchom procedure:

SOP- 19	Procedura dekontaminacji zewnętrznej (namioty dekontaminacyjne)
---------	---

4. Etap postępowania: Czas od momentu rozpoznania zapotrzebowania bieżącego

Pozyskaj miejsca w szpitalu poprzez

Uruchom procedure:

SOP- 4	Procedura przekształcenia charakteru oddziału lub oddziałów na potrzeby innego oddziału
--------	---

Pozyskaj sprzęt medyczny i miejsca w szpitalu poprzez

Uruchom procedure:

SOP- 13	Procedura wykorzystania sprzętu z magazynu
---------	--

Pozyskaj leki i sprzęt poprzez

Uruchom procedure:

SOP- 14	Procedura pozyskania leków i/lub sprzętu z zewnątrz
---------	---

Poinformuj WZK i inne służby o sytuacji w szpitalu

Uruchom procedure:

SOP- 10	Procedura powiadamiania kryzysowego
---------	-------------------------------------

Jeśli nie pozyskałeś pomocy w etapie 3 a teraz jest taka potrzeba i napływ poszkodowanych samodzielnych pozyskaj pomoc od Straży Pożarnej (namioty dekontaminacyjne) pomoc w organizacji ratunkowej Pozyskaj od Straży Pożarnej

Uruchom procedure:

SOP- 19	Procedura dekontaminacji zewnętrznej (namioty dekontaminacyjne)
---------	---

5. Etap postępowania: Czas do zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości.

Po opanowaniu działań

Uruchom procedure:

SOP- 11	Procedura organizowania punktu informacyjnego dla rodzin osób poszkodowanych
---------	--

Przedstaw stan aktualny stosownym służbą:

Uruchom procedure:

SOP- 10	Procedura powiadamiania kryzysowego
---------	-------------------------------------

Wyznacz osobę i oświadczenie dla mediów

Uruchom procedure:

SOP- 12	Procedura informowania
---------	------------------------

W razie potrzeby zarządź

Uruchom procedure:

SOP- 16	Procedura dezynfekcji specjalnej
---------	----------------------------------

Po zakończeniu działań pilnych

Uruchom procedure:

SOP- 25	Procedura zakończenia działania w sytuacji kryzysowej lub podwyższonej gotowości
---------	--