

## **ZARZĄDZENIE WOJEWODY LUBUSKIEGO**

z dnia 22 października 2018 r.

### **w sprawie zasad i zakresu współpracy Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz jednostkami współpracującymi**

Na podstawie art. 18 pkt 2 oraz art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195 ze zm.) w związku z art. 17 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2017 r., poz. 2234 ze zm.) zarządza się, co następuje:

#### **Rozdział 1. Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa kompetencje, zasady i zakres współpracy Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medyczne oraz jednostkami współpracującymi.

**§ 2.** Użyte w Zarządzeniu określenia i skróty oznaczają:

- 1) WKRM-Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego
- 2) PRM-Państwowe Ratownictwo Medyczne
- 3) ZRM-Zespoły Ratownictwa Medycznego

**§ 3.** WKRM działa w Wydziale Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego.

**§ 4.** WKRM wykonuje zadania ściśle związane z funkcjonowaniem systemu PRM. Zakres obowiązków WKRM określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1655).

**§ 5.** Dysponenci jednostek systemu PRM oraz jednostki organizacyjne szpitala wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego dwa razy na dobę tj. w godzinach 8.30–9.30 i 14.00–15.00 zobowiązani są do przekazywania drogą elektroniczną do systemu informacyjnego WKRM danych dotyczących możliwości wykorzystania posiadanych przez nie sił i potencjału medycznego (INFOMED).

**§ 6.** Analogiczne dane z obszarów przyległych do województwa lubuskiego WKRM może pozyskać od swoich odpowiedników z województw sąsiadujących.

**§ 7.** Oprócz WKRM dostęp do pełnych danych zawartych w systemie informatycznym mogą uzyskać wojewódzkie stanowiska kierowania Komendy Wojewódzkiej Policji i Komendy Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej.

**§ 8.** W przypadku gdy zachodzi konieczność wsparcia medycznych czynności ratunkowych jednostkami systemu z terenów województw sąsiednich, wniosek o podjęcie takich działań WKRM przekazuje do swojego odpowiednika w danym województwie.

**§ 9. 1.** Realizując zadania z zakresu prowadzenia medycznych czynności ratunkowych oraz czynności związanych z opieką zdrowotną, do wykonania których jest zobowiązana placówka szpitalna, kontakt z nią WKRM nawiązuje za pośrednictwem służb organizacyjnych placówki zobowiązanych do całodobowej aktywności.

2. Głównym narzędziem łączności jest łączność telefoniczna i telefaksowa z alternatywnym uwzględnieniem drogi radiowej i poczty elektronicznej. Do spełnienia warunku gwarantującego skuteczną łączność zobowiązany jest dyrektor placówki.

**§ 10.** Realizując zadania związane z udzielaniem pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego WKRM współdziała z innymi służbami działającymi na terenie województwa (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Inspekcja Farmaceutyczna i inne) w zależności od potrzeb.

**§ 11.** W obliczu zdarzenia, którego skutki wymagają użycia ZRM spoza obszaru działania jednego dysponenta, po uzyskaniu stosownej informacji od dyspozytora medycznego, na którego obszarze powstała dana sytuacja WKRM:

- 1) wyznacza dyspozytorów medycznych stosownie do potrzeb i dyspozytora wiodącego dla całego obszaru;
- 2) koordynuje współpracę dyspozytorów medycznych;
- 3) koordynuje działania innych jednostek systemu i dysponentów uruchomionych jednostek.

§ 12. W przypadkach wymagających prowadzenia działań w zakresie ratownictwa technicznego, ekologicznego, gaszenia pożarów, itp. WKRM współdziała z będącym na miejscu zdarzenia kierującym medycznymi działaniami ratowniczymi, głównie w zakresie informacyjnym i merytorycznym w zależności od potrzeb. W szczególnych sytuacjach taka działalność WKRM może mieć miejsce przy zdarzeniach epidemicznych, radiacyjnych i w sytuacjach kryzysowych.

## **Rozdział 2. Gotowość jednostek systemu**

§ 13. W celu przygotowania placówki szpitalnej do wypełnienia obowiązku wynikającej z ustawy o PRM i ustawy o świadczeniach zdrowotnych, a dotyczy postawienia jednostki w stan podwyższonej gotowości, kierownicy wszystkich jednostek szpitalnych włączonych do systemu PRM, zobowiązani są do opracowania wewnętrznych procedur na wypadek zdarzeń masowych.

§ 14. Wewnętrzne procedury powinny także uwzględniać postępowanie z osobami poszkodowanymi w wyniku działania substancji radiacyjnych, chemicznych i biologicznych.

§ 15. Zakres procedur i regulacji wewnętrznych powinien być dostosowany do charakterystyki jednostki oraz zawierać zagadnienia opisane w załączniku Nr 1 i mieć charakter planu ratowniczego szpitala na wypadek zdarzeń masowych, pod nazwą „Plan działania (podmiot leczniczy) na wypadek katastrof i klęsk żywiołowych.”

§ 16. 1. Placówki szpitalne, które wymagać będą stanu podwyższonej gotowości otrzymają decyzję administracyjną pod rygorem natychmiastowej wykonalności od Wojewody Lubuskiego lub upoważnionego przez wojewodę WKRM.

2. Wydanie takiej decyzji będzie każdorazowo awizowane telefonicznie, a treść decyzji będzie przekazana drogą telefaksową lub pocztą elektroniczną.

§ 17. Plany i procedury, o których mowa w § 13, § 14 i § 15 sporządzone są w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie zarządzenia.

§ 18. Traci moc Zarządzenie Wojewody Lubuskiego z dnia 3 lipca 2015 roku.

§ 19. Wykonanie Zarządzenia powierza się Dyrektorowi Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

§ 20. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wojewoda Lubuski

**Władysław Dajczak**

Załącznik do zarządzenia  
Wojewody Lubuskiego  
z dnia 22 października 2018 r.

§ 1. W celu opracowania realnych i przydatnych planów ratowniczych szpitali należy określić i zinwentaryzować posiadane siły i środki oraz określić szczegółowe procedury realizowane w praktyce codziennej tj. standardowy poziom gotowości szpitala.

§ 2. Plan ratowniczy szpitala powinien uwzględniać

1. Liczbę łóżek w szpitalu.
2. Liczbę i rodzaj oddziałów w szpitalu
3. Liczbę łóżek w oddziałach zabiegowych.
4. Liczbę stanowisk w OIT.
5. Liczbę łóżek toksykologicznych.
6. Liczbę łóżek w oddziale dializ.
7. Liczbę sal operacyjnych.
8. Liczbę sal zabiegowych.
9. Informacje, czy szpital posiada możliwość 24-godzinnej diagnostyki rtg i jaka jest „przepustowość” pracowni.
10. Informacje, czy szpital posiada możliwość przyłóżkowego rtg, jeśli tak to ile jest aparatów i jaka jest ich dostępność.
11. Informacje, czy szpital posiada KT.
12. Informacje, czy szpital posiada MRI.
13. Informacje, czy szpital posiada lądowisko dla śmigłowców ratowniczych.
14. Informacje, czy szpital posiada SOR i jednokierunkowy podjazd do IP lub SOR.
15. Jakie są możliwości ratunkowe SOR.
16. Liczba stanowisk do tlenoterapii biernej 100% tlenem na terenie szpitala.
17. Liczba respiratorów dla dorosłych i dla dzieci.
18. Informacje, czy szpital posiada i stosuje procedury postępowania w hipotermii.
19. Jakie są możliwości dekontaminacji poszkodowanych (czy są procedury, czy jest na wyposażeniu mobilny zestaw do dekontaminacji).
20. Informacje, czy w strukturach SOR są zespoły ratownictwa medycznego.
21. Informacje, czy szpital posiada plan ratowniczy i jaki jest czas osiągnięcia nominalnej gotowości.
22. Informacje, czy szpital posiada zapasy na wypadek dużej liczby poszkodowanych, jeśli tak to jakie.

23. Jaka jest liczba środków transportu wewnętrznego dla osób siedzących i leżących.

24. Informacje, czy szpital posiada środki łączności bezprzewodowej z innymi placówkami ochrony zdrowia, PSP, Policji i lokalnymi władzami.

25. Informacje, czy szpital posiada kostnicę i jakiej pojemności.

26. Informacje, czy szpital posiada inne urządzenia i aparaturę np. komora hiperbaryczna, centralna tlenownia, przenośne stanowiska do tlenoterapii, itp.

27. Informacje, jaki jest system komunikacji wewnętrznej w szpitalu.

28. Informacje, czy szpital posiada siły i środki przeznaczone do wykorzystania w miejscu zdarzenia, jeśli tak to jakie.

29. Informacje, czy szpital posiada sprzęt dozymetryczny.

30. Informacje, czy szpital posiada awaryjne zasilanie w wodę i energię elektryczną – jakie są możliwości w porównaniu z zapotrzebowaniem nominalnym.

### **§ 3. Zalecenia dotyczące tworzenia planów ratowniczych szpitala.**

#### **1. Uwagi ogólne**

- 1) około 50% poszkodowanych w wypadku masowym zgłasza się do szpitala (SOR, Izba Przyjęć), często zanim pierwszego pacjenta przywiezie pogotowie ratunkowe. Im bliżej miejsca zdarzenia tym więcej lekko rannych dotrze do szpitala,
- 2) czynnikiem determinującym wydolność szpitala dla poszkodowanych w stanie krytycznym jest liczba czynnych sal operacyjnych i zabiegowych,
- 3) czynnikiem determinującym wydolność szpitala dla poszkodowanych w stanie ciężkim jest dostępność diagnostyki obrazowej (rtg, mnr, Tk).

#### **2. Przygotowanie szpitala**

- 1) opracowanie listy powiadomień personelu szpitala, do wezwania w przypadku zdarzenia masowego, z określeniem listy lekarzy odpowiedzialnych za aktywację planu ratunkowego.
- 2) opracowanie listy danych teleadresowych wszystkich pracowników szpitala dostępnej w sieci wewnętrznej szpitala lub u głównego dyżurnego szpitala,
- 3) opracowanie systemu powiadamiania o wprowadzeniu w stan podwyższonej gotowości szpitala- wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za powiadomienie wyznaczonych pracowników,
- 4) określenie czasu osiągnięcia stanu podwyższonej gotowości, stosownie dla uwarunkowań I lub II poziomu gotowości (jasne sprecyzowanie możliwości planowych i zwiększonych dla szpitala w czasie dyżuru i pracy dopołudniowej)
- 5) przygotowanie i magazynowanie dodatkowego sprzętu i materiałów,
- 6) przygotowanie dodatkowych miejsc szpitalnego oddziału ratunkowego/izby przyjęć w innych częściach szpitala,
- 7) przygotowanie stref oczekiwania dla dużej ilości poszkodowanych z kodem zielonym (stołówka, bufet, biblioteka itp.)
- 8) wyznaczenie grafiku lekarzy i pielęgniarek do opieki nad pacjentami w dodatkowych strefach zielonych (np. 3 zespoły lekarz/pielęgniarka i odpowiedni sprzęt),

- 9) wyznaczenie strefy dla poszkodowanych zakwalifikowanych przez lekarza SOR/IP prowadzącego triage do kodu czarnego (uraz krytyczny)
- 10) szkolenie personelu – stworzenie grafiku osób przeszkolonych,
- 11) ćwiczenie personelu (2 razy w roku)
- 12) analiza planu ratunkowego i opracowanie procedur współpracy z innymi oddziałami szpitala (np. transport pacjenta wykonuje personel docelowego oddziału).

**3. Tryb postępowania w wypadku z dużą liczbą poszkodowanych po:** przyjęciu zgłoszenia od pogotowia ratunkowego przez personel SOR/ Izby przyjęć (pielęgniarka, ratownik, lekarz-procedury) lub przyjęcia zgłoszenia od pierwszego poszkodowanego, który samodzielnie dotarł do SOR/IP (procedury potwierdzania wezwania i oceny skali zdarzenia).

- 1) powiadomienie lekarza odpowiedzialnego za uruchomienie planu ratunkowego,
- 2) powiadomienie ochrony szpitala,
- 3) nawiązanie kontaktu z pogotowiem ratunkowym w celu ustalenia:
  - a) charakteru zdarzenia,
  - b) szacunkowej liczby poszkodowanych (ilu w stanie ciężkim-kod czerwony, ilu w stanie średniociężkim- kod żółty, ilu w stanie lekkim-kod zielony),
  - c) godziny dostarczenia pierwszego pacjenta do SOR/IP,
  - d) transportu pacjentów „rutynowych” skierowanych do innych szpitali,
- 4) powiadomienie dyrektora szpitala,
- 5) dyrektor szpitala zorganizuje miejsce kontaktu z dziennikarzami-oddalone od SOR/IP oraz wyznacza osobę odpowiedzialną do kontaktu z mediami,
- 6) dyrektor szpitala ogłasza numer telefonu do kontaktu rodzin ofiar zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych,
- 7) powołanie dodatkowego personelu wg grafiku osób przeszkolonych z listy powiadomień i optymalizacja wydolności laboratorium i apteki,
- 8) powiadomienie i otwarcie dodatkowych stref zielonych oraz zespołów tych stref,
- 9) odprawa dla personelu stałego SOR/IP, omówienie zadań i przydzielenie funkcji,
- 10) uzbrojenie stanowisk-monitor, źródło tlenu, zestaw do tlenoterapii biernej 100% tlenem, worek AMBU, zestaw do intubacji, krystaloidy, deska ortopedyczna, kołnierz, komplety formularzy-skierowania na badania do rtg itp., aparat USG na SOR/IP,
- 11) zamknięcie SOR i IP dla rutynowych pacjentów,
- 12) przeniesienie pacjentów przebywających aktualnie w SOR/IP do oddziału docelowego lub na oddział zachowawczy,
- 13) zamknięcie bloków operacyjnych dla zabiegów planowych,
- 14) koncentracja pozostałych chorych w jednej części szpitala w celu oddzielenia ich od napływających poszkodowanych,
- 15) zabezpieczenie płynności ruchu karetek przez podjazd (ruch w jedną stronę)
- 16) założenie przez personel SOR/IP ubrań ochronnych, rękawic, i gogli,

- 17) gdy liczba poszkodowanych jest mniejsza niż 10 osób triage prowadzi lekarz dyżurny SOR/IP w obszarze szpitalnego oddziału ratunkowego - dla zdarzenia z większą liczbą poszkodowanych, triage prowadzony jest przed wejściem do SOR przez lekarza dyżurnego,
- 18) pacjentów z kodem zielonym przekazuje się do otwartych poza SOR stref zielonych celem obserwacji i zaopatrzenia w późniejszym czasie,
- 19) pacjentów z kodem czerwonym przekazuje się do natychmiastowego zaopatrzenia w SOR/IP zespołom złożonym z lekarza i 2 ratowników/pielęgniarek,
- 20) pacjentów z kodem żółtym przekazuje się do strefy żółtej SOR lub doraźnie zorganizowanej, monitorowanej przez lekarza sali w pobliżu izby przyjęć,
- 21) poszkodowanych w stanie krytycznym należy gromadzić w strefie oznaczonej kolorem czarnym. Na całą strefę należy wyznaczyć zespół lekarz + pielęgniarka/ratownik. Jeśli któryś z poszkodowanych zostanie błędnie zakwalifikowany do koloru czarnego należy przenieść go do grupy czerwonej lub żółtej,
- 22) każdemu pacjentowi przyjmowanemu do SOR/IP, należy założyć na nadgarstek opaskę identyfikującą, na której zapisuje się dane pacjenta lub numer przyjęcia. Każdemu pacjentowi zakłada się kartę segregacyjną. Wskazane byłoby wykonać zdjęcie aparatem cyfrowym,
- 23) pacjenci w stanie ciężkim „czerwoni” po wstępnym zaopatrzeniu przekazywani są na blok operacyjny lub OIT (pacjenci niestabilni, z urazem brzucha, klatki piersiowej lub naczyń, zagrożenie kończyny). Pozostali pacjenci wymagający zaopatrzenia chirurgicznego są przekazywani na chirurgię i czekają, lub do OIOM,
- 24) pacjenci z kodem żółtym- triage wtórny diagnostyka i leczenie po zaopatrzeniu wszystkich pacjentów z kodem czerwonym,
- 25) triage wtórny prowadzony przez lekarza do chwili ogłoszenia końca napływu nowych poszkodowanych do SOR/IP,
- 26) ochrona szpitala nie dopuszcza innych pracowników, odwiedzających osób postronnych do strefy „zamkniętej”,
- 27) w zależności od liczby poszkodowanych uruchomienie magazynu sprzętu dodatkowego,
- 28) w zależności od liczby przypadków uruchomienie dodatkowych miejsc SOR/IP w wyznaczonych miejscach szpitalnych,
- 29) zabezpieczenie czynności życiowych pacjentów (protokoły BLS<ALS<BTLS),
- 30) decyzja o zakończeniu akcji deklарowana w oparciu o zarządzenie dyrektora,
- 31) przywrócenie SOR/IP do stanu przed wypadkiem.