



# WYZWANIA W ZAKRESIE EWAKUACJI OBIEKTÓW SZPITALNYCH



Jednym z tragicznych symboli powodzi w 2024 r. była ewakuacja szpitala w Nysie. Historyczne doświadczenia pokazują, że ewakuacje szpitali są normalną częścią ich funkcjonowania. Jednak ze względu na różnorodność potrzeb pacjentów, wielość zaangażowanych podmiotów i konieczność zachowania ciągłości opieki medycznej, jest to proces, który wymaga bardzo starannego i wszechstronnego przygotowania.

Szpitaly to kluczowa infrastruktura, która wykorzystywana jest w systemie opieki najbardziej poszkodowanych osób lokalnych społeczności, noworodków, osób chorych i wracających do zdrowia. Mimo, że pierwsze skojarzenie z ewakuacją to zagrożenie pożarowe, w rzeczywistości powody ewakuacji szpitali są znacznie bardziej różnorodne. Awaria instalacji tlenowej szpitala tymczasowego w Poznaniu<sup>1</sup>, zalanie szpitala w Nysie<sup>2</sup>, strajk pracowników oddziału internistycznego w Głowniu<sup>3</sup> albo informacja o podłożeniu bomby

<sup>1</sup> Online: <https://tiny.pl/fy3pflk9>, dostęp: 9.01.2025.

<sup>2</sup> Online: <https://tiny.pl/9bsd6s79>, dostęp: 9.01.2025.

<sup>3</sup> Online: <https://tiny.pl/cq9cwjsj>, dostęp: 9.01.2025.

w Szpitalu Wojewódzkim we Wrocławiu<sup>4</sup>. Niezależnie od sytuacji, za zarządzanie placówką, w tym za bezpieczeństwo, odpowiada kierownik placówki<sup>5</sup>. I to na nim spoczywa odpowiedzialność za organizację sposobu ewakuacji. Ewakuacja szpitala może być konieczna w przypadku różnych zagrożeń, w tym:

- 1) katastrofy naturalnej: powódzie, huragany, trzęsienia ziemi,
- 2) pożary: zarówno wewnętrzne, jak i w pobliżu placówki,
- 3) awaria infrastruktury: przerwy w dostawie energii, uszkodzenia budynków, awarie systemów wodnych,
- 4) zagrożenia chemiczne lub biologiczne: skażenia chemiczne, epidemie,
- 5) zagrożenia terrorystyczne: ataki bombowe, zagrożenia typu „aktywny strzelec”,
- 6) braki możliwości świadczenia usług: strajki pracownicze.

Ewakuacja obiektu szpitalnego jest znacznie bardziej złożonym procesem niż ewakuacja hotelu albo centrum handlowego i wymaga zaangażowania dodatkowych sił i środków. Zostało to zauważone przez ustawodawcę. Szpitale są zaliczane do kategorii ZL II (zagrożenie ludności II). „Sa to strefy pożarowe przeznaczone przede wszystkim do użytku ludzi o ograniczonej zdolności poruszania się, takie jak szpitale, żłobki, przedszkola, domy dla osób starszych”<sup>6</sup>. Mimo, że w tekście będzie używany zwrot *ewakuacja* to trzeba pamiętać, że w przypadku placówek ochrony zdrowia bardziej właściwe jest określenie *ewakuacja medyczna*. Warto przeanalizować na czym polega wyjątkowość placówek medycznych na tle innych obiektów.

Pierwszy element to osoby przebywające na terenie obiektu i ich stan zdrowia. Wszystko zależy od charakteru szpitala, natomiast najczęściej pacjentami są osoby starsze, w podeszłym wieku albo noworodki. Pacjenci są często osobami o ograniczonej sprawności ruchowej, będące w trakcie procesu zdrowienia albo rekonwalescencji po zabiegach. Dodatkowo na ich sprawność oraz percepcję rzeczywistości mogą wpływać przyjmowane leki, również narkotyczne. U niektórych pacjentów mogą być obecne choroby i niepełnosprawności współistniejące, takie jak głuchota, ślepota lub upośledzenia umysłowe<sup>7</sup>. W przypadkach zakładów psychiatrycznych mogą to być osoby niepełnosprawne, z utrudnionym kontaktem lub ubezwłasnowolnione.

Zupełnie innym wyzwaniem, bliższym technicznie zakładom karnym, jest bezpieczne przeprowadzenie procesu ewakuacji osób znajdujących się na oddziałach zamkniętych. Pobyt w szpitalu jest sam w sobie trudnym doświadczeniem. Dodatkowy stresor w postaci ewakuacji może generować silne napięcia psychiczne i skutkować zachowaniami lękowymi oraz agresywnymi u pacjentów, którzy nie mieli wcześniej zaburzeń w tym obszarze. Jak zauważają autorzy pracy *Praktyczne aspekty ewakuacji ludzi ze szpitali*<sup>8</sup>. „Proces ewakuacji dotyczy nie tylko pacjentów przebywających na oddziałach, ale także tych w trakcie operacji, przebywających na blokach operacyjnych. Personel szpitala musi zadać sobie trudne pytania, kiedy przerwać operację i w jakich warunkach podjąć decyzję o ewakuacji sali operacyjnej, zwłaszcza w kontekście konieczności przygotowania pacjenta do ewakuacji”<sup>9</sup>.

Ewakuacja szpitala jest również ogromnym wyzwaniem zarządczym, wymagającym skoordynowania ze sobą wielu jednostek i służb. Szpital nie jest placówką, którą można nagle zamknąć i wszystkich wyprosić na zewnątrz. Niezbędne jest zapewnienie wszystkim pacjentom kontynuacji opieki medycznej na akceptowalnym poziomie. Dlatego w przypadku ewakuacji, może zostać podjęta decyzja o relokacji pacjentów do innych szpitali w regionie. Każde takie działanie powoduje ogromne obciążenie dla lokalnego systemu ochrony zdrowia. Jest to obciążenie podwójne. Nawet jeżeli ze względu na ewakuację zostaną wstrzymane planowe zabiegi, to w lokalnej społeczności wciąż będą występować nagłe stany zagrożenia życia i zdrowia. W efekcie inne szpitale z jednej strony (w miarę możliwości) muszą przyjąć pacjentów z ewakuowanego szpitala, a z drugiej przejmują pacjentów „z ulicy”, którzy normalnie zostaliby skierowani do ewakuowanego obiektu.

Ewakuacja szpitala może też wpływać na zwiększenie obciążenia systemu ratownictwa medycznego. Zdecydowana większość pacjentów wymaga kwalifikowanego transportu medycznego. Karetki pogotowia z odpowiednim wyposażeniem i personelem na pokładzie. O ile każdy szpital ma podpisany kontrakt na realizację takich transportów medycznych, to w przypadku ewakuacji medycznej może zostać podjęta decyzja o zaangażowaniu karetek systemowych, jeżdżących do zdarzeń w trybie alarmowym. Skutkuje to zmniejszeniem liczby karetek możliwych do zadysponowania w stacjach nagłych. Sytuację może jeszcze komplikować ewakuacja niektórych oddziałów specjalistycznych. Nie każdy ambulans ma możliwość zorganizowania takiego transportu. Może być konieczność zaangażowania specjalistycznych

<sup>4</sup> Online: <https://tiny.pl/79r8n71t>, dostęp 9.01.2025.

<sup>5</sup> Art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (ISAP: Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

<sup>6</sup> § 209 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (ISAP: Dz.U. z 2010 r. nr 109, poz. 719).

<sup>7</sup> Współpraca z tego typu osobami wykracza poza zakres tego artykułu, natomiast zostanie poruszona w przyszłości.

<sup>8</sup> BiTP, Vol. 41, Iss. 1, 2016, s. 97–106.

<sup>9</sup> Ibidem.

karetek umożliwiających transport noworodków w inkubatorze albo pacjentów chorobliwie otyłych (karetki bariatryczne). Inną trudnością, którą należy uwzględnić w takim procesie to zapewnienie świadomości sytuacyjnej i wiedzy, do której placówki trafił jaki pacjent.

Kolejnym podmiotem zaangażowanym w proces ewakuacyjny są jednostki Państwowej Straży Pożarnej. W przypadku zagrożenia pożarowego „do prowadzenia działań ratowniczo-gaśniczych na oddziale z 30 pacjentami potrzeba zapewnić 12–15 zastępów ratowników: 4–5 zastępów prowadzić będzie działania gaśnicze, a pozostałe 10 zastępów ewakuuje pacjentów<sup>10</sup>. Jeden zastęp liczy od 4 do 6 osób, czyli szacunkowo, ewakuacja oddziału z 30 pacjentami wymaga zaangażowania około 50 strażaków. Nawet jeżeli w szpitalu pojawi się szybko wsparcie z zewnątrz, to ktoś musi tym wsparciem pokierować i ustalić priorytety, w tym którzy pacjenci i w jakiej kolejności będą ewakuowani. Tutaj jest ogromna rola odpowiednio wyszkolonego personelu medycznego. Personel jest również niezbędny w zakresie obsługi specjalistycznego sprzętu podtrzymującego życie pacjentów: respiratorów, pomp infuzyjnych czy kardiomonitorów. O ile część tego wyposażenia występuje w formie mobilnej, to standardowo są zasilane „z gniazodka”. Nawet w przypadku tego mobilnego wyposażenia trzeba uwzględnić odpowiedni poziom naładowania baterii i nabicia butli tlenem na czas dostarczenia pacjenta do zastępczej lokacji. Dodatkowo, taki pacjent musi zostać „przepięty” z urządzeń stacjonarnych na mobilne. Zgodnie z istniejącymi normami kadrowymi, zależnie od typu oddziału,

<sup>10</sup> Ibidem.

na jednej zmianie powinna być przynajmniej jedna pielęgniarka na 10 (oddziały chirurgiczne) lub 15 (oddziały geriatryczne) łóżek<sup>11</sup>. W rzeczywistości, obecność personelu jest na jeszcze niższym poziomie. Mimo, że takie liczby wydają się zaskakująco niskie, to ze względu na braki kadrowe obsady na zmianie bywają jeszcze niższe.

Inne wyzwanie jakie wymaga organizacji to świadome zarządzanie komunikacją zewnętrzną. Pacjent nie jest tylko sam, ale to również jego rodzina i najbliżsi. Łatwo sobie wyobrazić sytuację, w której rodzina pacjenta słysząc, że jest ewakuacja szpitala ze względu na zagrożenie pożarowe będzie chciała podjechać na miejsce, żeby odebrać swojego bliskiego. Jeżeli taki sam pomysł będzie miała większa grupa osób, to może to całkowicie zablokować dojazd do szpitala i uniemożliwić efektywną ewakuację. A to wszystko jest realizowane w sytuacji silnego stresu, niepewności i ryzyka wystąpienia zagrożenia dla życia i zdrowia.

Efektywne przeprowadzenie ewakuacji jest zwieńczeniem długiego procesu logistyczno-planistycznego, który powinien zostać wcześniej zrealizowany, opisany i przetestowany. Przygotowanie planu ewakuacyjnego powinno się składać z czterech, zależnych od siebie elementów. Identyfikacji kontekstu organizacji, przeprowadzenia analizy zagrożeń wraz z oceną ryzyka, opracowania planu, przetestowania planu.

Analiza ryzyka i ocena zagrożeń powinna być jednym ze standardowych procesów zarządczych realizowanych w placówkach ochrony zdrowia. Wyniki takiej analizy są elementem niezbędnym, aby oszacować z jakimi zagrożeniami

<sup>11</sup> Online: <https://mps.org.pl/blog/normy-zatrudnienia-pielgniarek-w-polsce/>, dostęp 9.01.2025.



organizacja może się mierzyć i na jakie sytuacje należy się przygotować. Często pierwsza myśl to zagrożenie pożarowe, ale może się okazać, że szpital znajduje się też na terenach zalewowych i bardziej prawdopodobnym zagrożeniem jest powódź.

Wiedząc kto będzie ewakuowany i z jakiego powodu, można przystąpić do opracowywania planu ewakuacyjnego. W ramach takiego planu (bądź innej powiązanej dokumentacji) niezbędne jest określenie sposobów monitorowania potencjalnych zagrożeń, określenie progów aktywacji procedur awaryjnych oraz osób odpowiedzialnych za zarządzanie daną sytuacją. W przypadku zagrożenia pożarowego narzędziem monitoringu może być system detekcji pożaru. Wzbudzenie dwóch czujek dymu może być progiem aktywującym alarm pożarowy, a personel pielęgniarski, na podstawie usłyszanego alarmu rozpoczyna proces ewakuacji w przypisanym do siebie obszarze. W przypadku zagrożenia powodziowego taki monitoring może opierać się na informacji o zagrożeniu przekazanym przez lokalne centrum zarządzania kryzysowego. Jest to podstawa od aktywowania spotkania właściwego zespołu, który na podstawie zebranych informacji podejmuje decyzje o dalszym postępowaniu, zakresie i rodzaju ewakuacji.

Ewakuacje obiektów szpitalnych można podzielić na dwa sposoby, pod względem zakresu oraz tempa realizacji. Zakres ewakuacji, jak duża część obiektu jest ewakuowana. W większości sytuacji awaryjnych pełna ewakuacja nie będzie wymagana. Ze względu na opisane wcześniej elementy, pełna ewakuacja jest traktowana jako ostateczność. Rodzaje ewakuacji można podzielić również ze względu na jej tempo. Przykłady takiego podziału są przedstawione na rys. 1.

W realnych sytuacjach te dwa podziały będą się przenikać. W przypadku lokalnego zdarzenia może być wymagana natychmiastowa ewakuacja jednego oddziału, natomiast pozostałe oddziały będą musiały przejść w stan gotowości do ewakuacji, tak aby w przypadku negatywnego rozwoju pożaru zminimalizować czas reakcji. Dobrze przygotowany plan ewakuacyjny powinien uwzględniać takie elementy jak:

- 1) sposób informowania personelu o zagrożeniu,
- 2) wskazanie funkcji wraz z odpowiedzialnościami,
- 3) standardy przygotowania pacjentów, w tym przygotowanie ich do transportu,
- 4) standardy komunikacji z innymi służbami i mediami,
- 5) standardy komunikacji z rodzinami pacjentów wraz ze wskazaniem numerów i punktów kontaktowych,
- 6) dwa niezależne punkty przekazania pacjentów do transportu,
- 7) przywrócenie sprawności obiektu po wyeliminowaniu zagrożenia,

Typ ewakuacji	Opis
<b>Natychmiastowa</b>	Przeprowadzana natychmiast po wykryciu zagrożenia, związana z bezpośrednim wystąpieniem zagrożenia życia i zdrowia dla pacjentów personelu  Przykład – pożar w pomieszczeniu
<b>Szybka</b>	Przeprowadzana tak szybko jak to możliwe, bez negatywnego wpływu na stan pacjentów, szacowany czas przeprowadzenia ewakuacji to 1 do 2 godzin  Przykład – wykrycie niewybuchu podczas prac ziemnych w pobliżu szpitala
<b>Stopniowa</b>	Brak bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia. Czas realizacji od kilku godzin do kilku dni  Przykład – remont oddziału
<b>Postawienie w stan gotowości</b>	Brak decyzji o ewakuacji, wymagane przygotowanie pacjentów i wyposażenia do potencjalnej ewakuacji  Przykład – informacja o planowanym strajku pracowniczym, jednak wciąż trwają negocjacje

**Rysunek 1.** Rodzaje ewakuacji

*Źródło: HOSPITALS DON'T BURN! Hospital Fire Prevention and Evacuation Guide, Washington 2014.*

- 8) sposoby i częstotliwość testowania planów awaryjnych.

Szczególnie ważny jest punkt dotyczący sposobów i częstotliwości testowania planów awaryjnych. Jest to praktyka niezbędna do weryfikacji na ile przyjęte założenia wytrzymują konfrontację z rzeczywistością. Ujawnienie słabych punktów i braków pozwala na lepsze przygotowanie organizacji na wypadek realnego zagrożenia. Jest szczególnie istotne, aby w takich ćwiczeniach brała udział jak największa liczba podmiotów, które będą działały w sytuacji faktycznego zagrożenia. Mimo, że plan ewakuacyjny jest częścią instrukcji bezpieczeństwa pożarowego, to w każdej jednostce organizacyjnej powinien być regularnie przeglądany i aktualizowany segregator z dokumentami określającymi sposób działania w sytuacji awaryjnej. Taka instrukcja powinna być możliwie krótka i prosto napisana w formie listy kontrolnej.

Właściwe opracowanie procesu ewakuacji w obiekcie szpitalnym to złożony, ale kluczowy proces, który wymaga skrupulatnego planowania, koordynacji i realizacji. Priorytetowe traktowanie przygotowania, inwestowanie w szkolenia i technologie oraz rozwijanie współpracy pozwalają w szpitalach zapewnić bezpieczeństwo nie tylko pacjentom, ale też i pracownikom w sytuacjach awaryjnych. Solidny plan ewakuacji to nie tylko wymóg prawny, ale także element ochrony najstarszych członków społeczności. ■

#### **Łukasz Stępień**

Specjalista w obszarach zarządzania kryzysowego, bezpieczeństwa pożarowego i ciągłości działania. Ekspert think tanku ObserwatoriumBezpieczenstwa.pl.