

Nie wystarczy poświęcenie, trzeba jeszcze dobrze koordynować akcje ratownicze



Fot. iStockphoto.com

## 999 czy 112

Obserwując ewolucję polskiego systemu powiadamiania ratunkowego, można opisać ją w trzech etapach. Pierwszy to rozpoczęcie budowy zintegrowanego systemu powiadamiania, następny – próba wydania bardzo dużych funduszy z projektów UE oraz w końcu... zrobienia czegokolwiek użytecznego. Z różnym, często marnym skutkiem.

Początkowa koncepcja przyjęta w 2000 r. polegała na tworzeniu powiatowych (miejskich) centrów powiadamiania ratunkowego rozumianych jako zintegrowane stanowiska przyjmowania i kwalifikowania zgłoszeń oraz kierowania służb ratowniczych (pogotowia ratunkowego oraz straży pożarnej). Z założenia miało to skrócić czas reakcji tych służb, zwłaszcza w sytuacjach

wymagających ich współdziałania. Poza systemem CPR pozostawała policja. Ona także przez wiele kolejnych lat odpowiadała za obsługę numeru alarmowego 112.

### Wady i zalety

Niewątpliwą zaletą CPR była integracja, a wadą – rozproszenie, czyli ograniczenie do powiatu, co powo-

dowało, że w każdym województwie istniało zazwyczaj od kilku do kilkunastu CPR. Problemem było także to, że brakowało jednolitego systemu informatycznego do obsługi zgłoszeń i raportowania. Skala i zakres projektów budowy CPR zależały od wsparcia i aktywności samorządów oraz zrozumienia potrzeby ich budowy.

Druga połowa roku 2000 dała szansę przeznaczenia znacznych funduszy pochodzących z UE na informatyzację, a co za tym idzie – na przeskok technologiczny zarówno w łączności, jak i w budowie nowoczesnego systemu powiadamiania ratunkowego i dysponowania jednostkami systemu.

### Zamieszanie z numerem 112

Równocześnie pojawiła się konieczność rozwiązania zagadnienia numeru alarmowego 112. Regulacje obowiązujące w krajach UE nakazują, aby w każdym z krajów członkowskich numer ten był obsługiwany oraz pozwalał na komunikację z operatorami w językach obcych.

Nie jest natomiast prawdą, że 112 ma być jedynym numerem alarmowym w krajach członkowskich, kwestia wykorzystania odrębnych numerów dla poszczególnych służb pozostaje decyzją każdego z tych państw.

Przyjęty w Polsce wariant polegał na stworzeniu modelu 112 jako formy *call center* zajmującego się dystrybucją wezwań i przekazywaniem ich dalej do poszczególnych służb. Nie eliminowało to niedostatków dyspozytorni, lecz jedynie wprowadzało dodatkowe ogniwo pomiędzy wzywającym a dyspozytorem, co jak nietrudno przewidzieć, nie skraca czasu reakcji służb.

W założeniu program budowy systemu i łączności miał zostać ukończony do roku 2012. Losy realizującego go Centrum Projektów Informatycznych MSWiA do dziś opisywane są w kategorii kronik kryminalno-korupcyjnych, a skutkiem jest zarówno brak rozwiązań, jak i funduszy. W ten sposób płynnie dotarliśmy do obecnego etapu, czyli „zrobienia czegokolwiek”.

### Co mamy?

Z pewnością trudno mówić o obowiązywaniu jednolitego modelu w całym kraju. W zasadzie (pomimo jednolitych uwarunkowań prawnych) każde województwo ma inne autorskie rozwiązania w zakresie systemu powiadamiania ratunkowego.

Zacznijmy od straży pożarnej. Działania podmiotów Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego (KSRG) opierają się na powiatowych (miejskich) stanowiskach kierowania PSP. System jest jednolity w całym kraju i koordynowany przez wojewódzkie stanowiska koordynacji ratownictwa na poziomie krajowym, spięte przez Krajowe Centrum Koordynacji Ratownictwa i Ochrony Ludności. Jednolity jest także system informatyczny.

Zupełnie inaczej wygląda dysponowanie w ratownictwie medycznym. Istnieją dwie drogi powiadamiania (bezpośrednio poprzez numer alarmowy 999 lub też poprzez wojewódzkie centra 112). W obu wypadkach zgłoszenia spływają do dyspozytorni medycznych lub centrów dyspozytorskich.

Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym osobami uprawnionymi do przyjmowania i kwalifikowania zgłoszeń są dyspozytorzy medyczni (nie operatorzy 112!). Za ich zatrudnianie oraz utrzymanie stanowisk dyspozytorskich odpowiadają „dyspenci ratownictwa medycznego”.

Skutkiem tego przepisu jest różnorodność rozwiązań, w wyniku czego niektóre województwa mają jedno centrum operacyjne, a inne kilkanaście niewielkich dyspozytorni. Nie ma też jasnego przepisu ani jedno-

„Skala i zakres projektów budowy CPR zależały od wsparcia i aktywności samorządów oraz zrozumienia potrzeby ich powstania”

rodnej praktyki, kto powinien sprawować nadzór nad dyspozytorniami. Gdy zajmie się tym województwo i dojdzie do porozumienia z innymi podmiotami, jest szansa na powołanie centralnej dyspozytorni. Gdy województwo tego trudu nie podejmie, dyspozytornię może powołać powiat na swój wyłączny użytek. Może to być też zespół powiatów, który umówi się na prowadzenie jednej wspólnej dyspozytorni, można wreszcie scedować zadanie na firmy prywatne. Dopuszczalnych rozwiązań jest wiele, a efekt taki, że polskie dyspozytornie zarządzają liczbą od trzech do kilkudziesięciu zespołów ratownictwa medycznego.

### Chaos

Nie ma także jednolitych rozwiązań w zakresie informatycznych systemów wspomagania pracy dyspozytorów. Należy jednak zaznaczyć, że część centrów operacyjnych stosuje bardzo nowoczesne rozwiązania, zabezpieczając dość znaczny obszar. Przykładem może być Centrum Operacyjne Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, nowoczesnie zarządzane, posiadające narzędzia teleinformatyczne.

Kolejnym ogniwem w systemie są lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego. W założeniu mają oni koordynować pracę dyspozytorni i wspomagać system podczas zdarzeń masowych oraz w wypadku różnych zdarzeń problematycznych.

„Nie istnieje uniwersalne rozwiązanie, które mogłoby być w prosty sposób dostosowane do różniących się od siebie potrzeb polskich miast i regionów”

Niestety nie zadbano o należyte przygotowanie stanowisk do udzielania tego wsparcia i ciągle głównymi narzędziami pracy dyspozytora są telefon i rozbudowany do granic absurdu system zbierania raportów.

O konsekwencjach braków dowiadujemy się raz po raz w takich sytuacjach, jak chociażby karambol w Kowiesach (3 maja 2014 r.), gdzie problemem okazała się nie tyle skala zdarzenia, ile działanie na pograniczu dwóch dyspozytorni, dwóch wojewódzkich centrów 112 i dwóch LKRM.

Drugim elementem, który ciągle sprawia problem, są odmowy przyjęcia zgłoszenia do realizacji przez dyspozytorów. Wprawdzie zgodnie z zaleceniem ministra zdrowia przyjmowanie zgłoszeń powinno być oparte na algorytmie, jednak praktyka wskazuje, że nie jest to realizowane w większości dyspozytorni. Polska pozostaje krajem o znacznym stopniu nadużywania systemu ratownictwa medycznego w stanach niespełniających kryterium nagłego zagrożenia zdrowotnego.

### Drogi i rozwiązania

Z tego obrazu wypływa jeden, dość smutny wniosek. Nie mamy jednolitej i spójnej koncepcji działania. Stworzono wiele autorskich (czasem bardzo dobrych) rozwiązań. Realizując jakąkolwiek wizję, nie wolno jednak zaprzepaścić lokalnych doświadczeń i inwestycji.

Jakie obszary wymagają uporządkowania? Po pierwsze, trzeba jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, jaką rolę mają odgrywać wojewódzkie CPR-112. Czy pozostaną centrami dystrybucji rozmów do odpowiednich służb? Jaka będzie przyszłość pozostałych numerów alarmowych (999, 998, 997)?

Jeśli system zostanie oparty na CPR-112, w jaki sposób będzie on chroniony na wypadek awarii systemów informatycznych, zasilania lub też wręcz zagrożen w samym budynku (np. pożar). Jak wiadomo, centralizacja daje ogromne możliwości, jednak stwarza także znaczne ryzyko.

Kolejnym istotnym zagadnieniem jest zdecydowane wprowadzenie zasad (procedur) dyspozytorskich. Bez jasnych reguł współpracy ratownictwa medycznego z POZ oraz możliwości odmowy zadysponowania zespołu w wypadkach nieuzasadnionych system będzie

narazony na ciągle przeciążenie bezzasadnymi wezwaniami.

Trzecim elementem jest „urealnienie” działania stanowisk LKRM. W obecnej koncepcji jednoosobowej obsady nie mogą one realizować wszystkich zadań wynikających z ich roli. Paradoksalnie sprawne prowadzenie stanowiska LKRM być może lepiej wyglądałoby w wydaniu doświadczonych dyspozytorów, oczywiście pod warunkiem wsparcia odpowiednimi narzędziami. Do tej pory nie znaleziono jednak odpowiedzi na powyższe pytania.

### Rzetelny audyt

Najlepszym punktem wyjścia jest rzetelny audyt systemu, dostępnych narzędzi, określenie punktów węzłowych oraz luk. Jest to ważne, ponieważ poza wszelkimi wątpliwościami dysponujemy dobrym potencjałem reagowania, czyli zespołami ratownictwa medycznego (ZRM) oraz pogotowiem lotniczym (HEMS). Liczba i dyslokacja tych jednostek dają spore możliwości, zdecydowanie jednak ich skuteczność zależy od sprawności podstawowego i pierwszego ogniwa systemu ratownictwa, jakim jest powiadamianie ratunkowe oraz łączność.

Nie istnieje uniwersalne rozwiązanie, które mogłoby być w prosty sposób dostosowane do różniących się od siebie potrzeb polskich miast i regionów. Są dobre systemy oparte zarówno na pojedynczym numerze alarmowym (112, 999, 911), jak i na oddzielnym powiadamianiu poszczególnych służb. Można znaleźć przykłady sprawnie funkcjonujących systemów skrajnie scentralizowanych, działających na dużych obszarach i zabezpieczających wielomilionowe aglomeracje, jak i opartych na lokalnych dyspozytorniach.

Z całą pewnością można stwierdzić, że model wyrzucenia *call center* poza system kwalifikacji zgłoszeń i ich przyjmowania nie przynosi nic poza wydłużeniem łańcucha o jedno ogniwo (strata czasu i kolejne ryzyko błędu).

Podsumowując: czas na przyjęcie jednolitej koncepcji działania, w której należy uwzględnić liczne funkcjonujące już rozwiązania oraz właściwie wykorzystać istniejący potencjał.

W obecnym systemie większość kompetencji w zakresie planowania działań ratowniczych w województwach mają wojewodowie. Jednak główną rolę muszą odegrać ministerstwa: spraw wewnętrznych, zdrowia oraz administracji i cyfryzacji, aby stworzyć jednolitą platformę i regulacje ustawowe do dalszych działań. Oczywiście nie można zapominać, że nowoczesny system łączności i systemy wspomagania pochłoną (zgodnie z poprzednimi projektami) miliardy złotych. Wydaje się jednak, że odkładanie rozwiązań na kolejne 15 lat nie wchodzi już w rachubę.

dr n. med. Przemysław Guła  
Autor jest ekspertem Wojskowego Instytutu Medycznego.