



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY



Samorząd
Województwa
Mazowieckiego

Organizacja

wojewódzkiego systemu szkolenia cywilnego personelu medycznego

w zakresie medycyny pola walki
oraz budowania odporności psychicznej
na wypadek zagrożeń o charakterze wojennym
– opracowanie koncepcyjne



Opracował zespół w składzie:

Grzegorz Gielerak
Anna Brzezińska
Robert Gałązkowski
Paweł Wiktorzak
Radosław Tworus
Justyna Klingemann



Spis treści

1. Wprowadzenie	3
1.1. Empiryczne podstawy nowego modelu gotowości – wnioski z cywilno-wojskowych przedsięwzięć szkoleniowych	3
2. Poziomy szkolenia i grupy docelowe	4
2.1. Poziom podstawowy	5
2.2. Poziom rozszerzony	5
2.3. Poziom zaawansowany	6
2.4. Szkolenie instruktorów – Train the Trainers	7
3. Warunki i sposoby utrzymania kompetencji	8
3.1. Okresowa recertyfikacja	8
3.2. Szkolenia uzupełniające i ćwiczenia przypominające	9
3.3. Ćwiczenia MASCAL i scenariusze kompleksowe	9
4. Budowanie zasobów kadrowych i form rezerwowych dla systemu zabezpieczenia medycznego województwa	10
5. Budowanie trwałej motywacji uczestników	12
5.1. Etos służby i korzyść zawodowa – motywacja personelu medycznego w systemie szkoleń obronnych	12
5.2. Mechanizmy motywacyjne i bodźce systemowe – strategię trwałego zaangażowania personelu i podmiotów leczniczych	13
6. Realistyczny model wdrożenia programu w regionie	14
6.1. Transfer kompetencji jako fundament programu – model delegowania i usamodzielniania regionu	15
6.2. Architektura wdrożenia programu – od pilotażu do trwałego mechanizmu operacyjnego ..	15
6.3. Regionalizacja programu – dostosowanie scenariuszy szkoleniowych do profilu zagrożeń województwa	17
6.4. Model wojewódzki jako ogniwo systemu krajowego – instytucjonalne ramy realizacji programu	17
6.5. Platforma e-learningowa – narzędzie ciągłego kształcenia i utrzymania gotowości operacyjnej	18
7. Budowanie odporności psychicznej personelu medycznego	20
7.1. Etap przygotowawczy	21
7.2. Poziomy szkolenia i grupy docelowe	21
7.3. Program szkolenia instruktorów (TTT)	22
7.4. Zadania instruktorów i wdrażanie odporności w systemie	23
7.5. System budowania odporności psychicznej na poziomie regionu	24

1. Wprowadzenie

Pełnoskalowy konflikt zbrojny trwający za wschodnią granicą Polski oraz narastające napięcia geopolityczne wymuszają pilne działania na rzecz przygotowania cywilnej ochrony zdrowia do funkcjonowania w warunkach kryzysu wojennego. Doświadczenia ostatnich lat – zarówno z pandemii COVID-19, jak i z wojny na Ukrainie – ujawniły poważne luki w gotowości medycznej na wypadek zdarzeń masowych i działań zbrojnych. Nowoczesny system ochrony zdrowia, dysponujący odpowiednio przeszkolonym personelem, zyskuje znaczenie strategiczne porównywalne z zaawansowanym uzbrojeniem – ratując życie i wzmacniając morale społeczeństwa, podnosi odporność całego państwa.

Niniejsza rekomendacja przedstawia propozycję zorganizowania regionalnego programu szkolenia cywilnego personelu medycznego w zakresie **medycyny taktycznej** oraz budowania odporności psychicznej wobec zagrożeń wojennych.

Opracowanie koncentruje się na aspektach operacyjnych i organizacyjnych, przedstawiając realistyczny model możliwy do wdrożenia przez samorząd województwa mazowieckiego w ramach obowiązujących regulacji i dostępnych mechanizmów finansowania, pozwalający w krótkim czasie **podnieść gotowość** regionalnej ochrony zdrowia do **funkcjonowania w warunkach kryzysu**, w tym związanego z konfliktem zbrojnym.

1.1. Empiryczne podstawy nowego modelu gotowości – wnioski z cywilno-wojskowych przedsięwzięć szkoleniowych

Zrealizowane w 2025 r. przedsięwzięcia szkoleniowe łączące cywilne i wojskowe systemy medyczne dostarczyły wniosków o bezpośrednim znaczeniu dla projektowania przedmiotowego programu wojewódzkiego.

Ćwiczenie „Dzielny Tygrys-25”, przeprowadzone na poligonie w Drawsku Pomorskim z udziałem żołnierzy 12. Brygady Zmechanizowanej oraz około 50 lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych ze szczecińskich podmiotów leczniczych, stanowiło jedno z pierwszych polskich przedsięwzięć szkoleniowych integrujących cywilny personel medyczny z wojskowymi procedurami pola walki. Zakres ćwiczenia obejmował pełny łańcuch zabezpieczenia medycznego – od udzielania pomocy w strefie bezpośredniego zagrożenia, przez ewakuację rannych z pola walki, po przekazanie poszkodowanych do szpitali cywilnych, włącznie z transportem śmigłowcowym do szpitala klinicznego w Szczecinie. Realistyczny scenariusz ujawnił zarówno wyzwania logistyczne, jak i kluczowe znaczenie wypracowania wspólnych procedur przekazywania pacjentów między zespołami polowymi a cywilnymi placówkami. Wnioski z ćwiczenia potwierdzają, że wspólne szkolenia cywilno-wojskowe usprawniają procedury i budują zaufanie między służbami, co bezpośrednio przekłada się na jakość zabezpieczenia medycznego zarówno w warunkach konfliktu, jak i w codziennej pracy systemu ratownictwa.

Równie istotne doświadczenia płyną z programu szkoleniowego zrealizowanego przez Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy (WIM-PIB) w Szpitalu Powiatowym w Hajnówce – placówce funkcjonującej w regionie przygranicznym narażonym na zagrożenia bezpieczeństwa. WIM-PIB objął szpital opieką merytoryczną, organizując cykl specjalistycznych szkoleń z zakresu procedur Damage Control Resuscitation (DCR) i Damage Control Surgery (DCS). Program, przygotowany we

współpracy z personelem szpitala, został precyzyjnie dopasowany do lokalnych realiów operacyjnych – scenariusze odzwierciedlały sytuacje kliniczne występujące w codziennej praktyce placówki. Zajęcia praktyczne obejmowały tamowanie masywnych krwotoków, udrażnianie dróg oddechowych, zaawansowane techniki resuscytacji oraz doraźne interwencje chirurgiczne ratujące życie do czasu uzyskania definitywnego zaopatrzenia chirurgicznego. Wyniki szkoleń, potwierdzone testami wiedzy i ewaluacją ze strony uczestników, wykazały wyraźny wzrost kompetencji personelu oraz wysokie zapotrzebowanie na tego rodzaju przygotowanie w podmiotach leczniczych wschodniego pasa Polski.

Doświadczenia obu przedsięwzięć – ogólnopolskiego ćwiczenia „Dzielny Tygrys-25” oraz regionalnego programu szkoleniowego w Hajnówce – stanowią punkt wyjścia dla rekomendowanego systemu, którego architektura integruje trzy zasadnicze elementy: współdziałanie cywilno-wojskowe, intensywny trening praktyczny oraz dostosowanie programu do indywidualnie zdefiniowanych potrzeb podmiotów leczniczych.

2. Poziomy szkolenia i grupy docelowe

W ramach regionalnego programu należy wyodrębnić trzy zasadnicze poziomy szkolenia: **podstawowy, rozszerzony oraz zaawansowany**. Każdy z poziomów skierowany jest do odrębnej grupy docelowej personelu medycznego i odpowiada specyficznym potrzebom kompetencyjnym wynikającym z planowanej roli uczestników w systemie zabezpieczenia medycznego województwa na wypadek konfliktu zbrojnego.

Proponowana struktura pozostaje zgodna z systematyką szkoleniową NATO oraz z hierarchicznym modelem kwalifikacji przyjętym w koncepcji powstania Krajowego Centrum Doskonalenia Medycyny Taktycznej (KC-MEDTAC).

Precyzyjne zdefiniowanie grup docelowych dla każdego poziomu szkolenia zapewnia, że kompetencje zostają alokowane proporcjonalnie do rzeczywistych potrzeb operacyjnych regionalnego systemu ochrony zdrowia, a środki przeznaczone na szkolenia są kierowane tam, gdzie przynoszą najwyższy zwrot w postaci gotowości operacyjnej – eliminując ryzyko kosztownego przeszkalania personelu ponad faktyczne wymogi przypisanej mu roli w systemie zabezpieczenia medycznego.

Grupy docelowe poszczególnych kursów zawężają się na kolejnych poziomach, przy czym warunkiem uczestnictwa w kursie wyższego poziomu jest ukończenie poziomu niższego. Dzięki temu na najbardziej zaawansowanym etapie szkolenia uczestnik dysponuje pełną świadomością operacyjną funkcjonowania całego systemu.

Na każdym poziomie szkolenia uczestnicy zdobywają praktyczne kompetencje w zakresie postępowania podczas zdarzeń masowych, adekwatne do zakresu merytorycznego danego kursu. Szczególny nacisk położony jest na zasady i prowadzenie segregacji medycznej (triage).

Stałym elementem każdego poziomu szkolenia jest nauka funkcjonowania w kryzysie w oparciu o zasady zarządzania zasobami w sytuacjach kryzysowych – Crisis Resource Management (CRM).

Uczestnicy rozwijają umiejętność pracy zespołowej, skutecznej komunikacji, zarządzania stresem oraz elastycznego wykorzystania dostępnych zasobów w sytuacjach, w których standardowe procedury medyczne muszą zostać dostosowane do realiów pola walki, katastrofy i innych okoliczności nadzwyczajnych.

Kompetencje nabyte podczas wszystkich proponowanych szkoleń mają charakter uniwersalny i znajdują zastosowanie nie tylko w warunkach konfliktu zbrojnego, ale również w przypadku wypadków masowych, katastrof, aktów terrorystycznych czy klęsk żywiołowych – wszędzie tam, gdzie kluczowe znaczenie ma szybka segregacja poszkodowanych oraz zdolność do działania w warunkach chronicznego niedoboru zasobów.

2.1. Poziom podstawowy

Kurs podstawowy z **medycyny pola walki** adresowany jest do najszerszego grona pracowników ochrony zdrowia – począwszy od *personelu Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – zespołów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć – przez personel medyczny oddziałów szpitalnych – w szczególności ratowników medycznych, pielęgniarki, lekarzy, fizjoterapeutów, farmaceutów szpitalnych, techników diagnostyki obrazowej i opiekunów medycznych – po personel podstawowej opieki zdrowotnej*, który potencjalnie może znaleźć się w sytuacji udzielania pomocy poszkodowanym w wyniku działań zbrojnych, aktów terrorystycznych oraz innych zdarzeń kryzysowych. Celem poziomu podstawowego jest wyposażenie możliwie najszerszej grupy personelu w kluczowe umiejętności ratujące życie, stosowane w warunkach pola walki oraz kryzysu, w tym podczas zdarzeń masowych.

Program kursu koncentruje się na procedurach algorytmu MARCH: tamowaniu masywnych krwotoków przy użyciu opasek uciskowych i opatrunków hemostatycznych, zabezpieczaniu drożności dróg oddechowych – w tym z wykorzystaniem przyrządów nadgłośniowych – odbarczaniu odmy prężnej, prewencji hipotermii, a także szybkiej ewakuacji rannego z miejsca zdarzenia i podstawach segregacji medycznej. Uczestnicy przyswajają procedury zgodne z wytycznymi TCCC i TECC oraz uczą się rozróżniać poszczególne strefy działań. Program obejmuje również zasady komunikacji ze służbami ratunkowymi i wojskowymi.

Kurs podstawowy obejmuje dwa intensywne dni szkoleniowe, przy czym co najmniej 50% czasu stanowią ćwiczenia symulacyjne, scenariusze pozoracyjne i treningi umiejętności manualnych. Absolwent kursu powinien potrafić samodzielnie wykonać podstawowe czynności zatrzymujące proces umierania na miejscu zdarzenia, istotnie zwiększając szanse przeżycia poszkodowanych do czasu objęcia ich zorganizowaną opieką medyczną.

2.2. Poziom rozszerzony

Kurs rozszerzony przeznaczony jest dla personelu medycznego, który ukończył kurs podstawowy i jest przewidziany do pełnienia kluczowych ról w opiece nad poszkodowanymi urazowymi. *Grupę docelową stanowią przede wszystkim ratownicy medyczni, lekarze i pielęgniarki szpitalnych oddziałów ratunkowych, oddziałów urazowych, intensywnej terapii, zespołów anestezjologicznych i interwencyjnych, chirurdzy ogólni i ortopedzi oraz wybrani ratownicy medyczni pracujący w zespołach*

ratownictwa medycznego. Zasadne jest również włączenie fizjoterapeutów, farmaceutów szpitalnych oraz techników diagnostyki obrazowej pełniących role w łańcuchu zabezpieczenia medycznego – w ograniczonej formie, obejmującej szkolenie e-learningowe oraz udział w części symulacyjnej kursu odzwierciedlającej realne warunki pracy szpitala w sytuacji masowego napływu rannych przy ograniczonych zasobach. Celem nie jest szkolenie tej grupy w zaawansowanych procedurach klinicznych zespołu urazowego, ale praktyczne przećwiczenie rzeczywistych ról tych specjalistów w procesach chirurgii ograniczonej i resuscytacji ograniczonej – w obszarze logistyki, diagnostyki, zabezpieczenia farmakoterapii i organizacji przepływu pacjentów. Podejście to pozwala lepiej przygotować cały system opieki zdrowotnej do funkcjonowania w kryzysie, rozwijając elastyczność, współpracę interdyscyplinarną oraz zdolność do działania poza standardowymi schematami organizacyjnymi.

Kurs rozszerzony przygotowuje uczestników do działania w warunkach długotrwałego kryzysu przy ograniczonych zasobach. Zakres merytoryczny obejmuje elementy resuscytacji ograniczonej oraz procedury chirurgii ograniczonej dla zespołów szpitalnych, w szczególności torakotomię ratunkową, leczenie odmy prężnej i laparotomię ograniczoną do kontroli krwawienia. Kolejnym komponentem jest koordynacja opieki nad wieloma poszkodowanymi jednocześnie oraz organizacja pracy szpitala w trybie masowego napływu pacjentów, w tym zaawansowane decyzje z zakresu segregacji medycznej. Uczestnicy rozwijają również kompetencje związane z zarządzaniem zespołem medycznym w warunkach kryzysu i konfliktu zbrojnego, obejmujące podział ról w zespole urazowym, komunikację ze sztabem kryzysowym szpitala oraz koordynację z dowództwem wojskowym.

Scenariusze symulacyjne kursu rozszerzonego odzwierciedlają realia działania pod presją czasu, w chaosie informacyjnym i przy deficycie personelu oraz sprzętu. Szkolenie realizowane jest w formacie modułowym o łącznym wymiarze 5-7 dni, a udział wymaga ukończenia poziomu podstawowego. Absolwent kursu rozszerzonego dysponuje kompetencjami do pełnienia funkcji lidera zespołu urazowego w szpitalu podczas zdarzenia masowego, potrafi podejmować złożone decyzje kliniczne i taktyczne oraz koordynować działania ratownicze w warunkach konfliktu zbrojnego i kryzysu.

2.3. Poziom zaawansowany

Kurs zaawansowany adresowany jest do wąskiej grupy specjalistów przewidzianych do pełnienia ról dowódczych, eksperckich lub szkoleniowych w systemie zabezpieczenia medycznego województwa. Grupę docelową stanowią przede wszystkim *lekarze specjaliści dziedzin kluczowych dla medycyny urazowej – chirurdzy urazowi, anestezjolodzy, chirurdzy klatki piersiowej, neurochirurdzy oraz doświadczeni specjaliści medycyny ratunkowej – a także wybrani ratownicy medyczni*. Kadra ta w warunkach konfliktu zbrojnego stanowić będzie trzon wojewódzkich centrów urazowych i odpowiadać za koordynację opieki nad najciężej poszkodowanymi. *Do grupy docelowej należą również osoby wyłonione jako kandydaci na instruktorów medycyny pola walki. Warunkiem uczestnictwa jest ukończenie kursu rozszerzonego.*

Program poziomu zaawansowanego obejmuje dwa główne obszary: *działanie zespołu urazowego oraz koordynację zarządzania zasobami medycznymi na poziomie szpitala, powiatu, miasta i województwa*. Ze względu na szeroki zakres materiału kurs podzielony jest na moduły tematyczne realizowane w cyklu kilkutygodniowym, rozłożonym na kilka zjazdów szkoleniowych.

Moduł I koncentruje się na najtrudniejszych scenariuszach z zakresu medycyny pola walki, obejmując pełen zakres zabiegów ratujących życie wykonywanych w warunkach szpitalnych – między innymi amputacje, zaopatrzenie krwawień z dużych naczyń i odbarczenie krwiaka wewnątrzczaszkowego. Komponent praktyczny tego modułu oparty jest na sprawdzonym międzynarodowym standardzie szkoleniowym ASSET – Advanced Surgical Skills for Exposure in Trauma – opracowanym przez American College of Surgeons. Realizacja kursu ASSET w grudniu 2023 roku w WIM-PIB potwierdziła możliwość wdrażania tego modelu w warunkach polskich oraz jego pełną interoperacyjność z wojskowym i cywilnym systemem zabezpieczenia medycznego.

Moduł II zakłada realizację analogicznych procedur w warunkach przygodnych i improwizowanych, w dynamicznie zmieniającym się środowisku taktycznym – w tymczasowym punkcie zbiórki poszkodowanych, miejscach schronienia czy punktach stabilizacji pacjenta.

Moduł III obejmuje zarządzanie i koordynację wielu zasobów medycznych w sytuacjach kryzysowych oraz w trakcie konfliktu zbrojnego. Istotnym elementem są ćwiczenia sztabowe i gry decyzyjne z zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia, obejmujące współpracę z centrami zarządzania kryzysowego, dowodzenie akcją medyczną podczas katastrofy oraz integrację cywilno-wojskowej opieki medycznej.

Na wszystkich etapach kursu nacisk położony jest również na etykę medyczną w warunkach wojennych – dylematy segregacji rannych i alokacji ograniczonych zasobów – oraz na ramy prawne angażowania personelu medycznego w konflikcie zbrojnym.

Personel niewchodzący bezpośrednio w skład zespołów urazowych – w szczególności ratownicy medyczni wyróżniający się doświadczeniem, zaangażowaniem i potencjałem – uczestniczy w pełni w Module III, a w Modułach I i II w roli obserwatorów lub w roli wspierającej.

Absolwenci kursu zaawansowanego pełnić będą funkcję ekspertów regionalnych w dziedzinie medycyny pola walki, zdolnych do leczenia najciężiej poszkodowanych, prowadzenia zespołów medycznych oraz doradzania decydentom systemu ochrony zdrowia w warunkach kryzysu.

2.4. Szkolenie instruktorów – Train the Trainers

Równolegle do trzech poziomów merytorycznych zasadne jest uruchomienie odrębnej ścieżki kształcenia instruktorów medycyny pola walki. Województwo mazowieckie powinno dążyć do samowystarczalności szkoleniowej poprzez wyłonienie lokalnej kadry instruktorskiej zdolnej do samodzielnego prowadzenia kolejnych edycji kursów na poziomie podstawowym i rozszerzonym. Kursy instruktorskie realizowane są na dwóch poziomach – podstawowym i rozszerzonym – i przygotowują absolwentów do nauczania zagadnień objętych analogicznymi kursami merytorycznymi. Warunkiem dopuszczenia do ścieżki instruktorskiej są udokumentowane predyspozycje dydaktyczne oraz wyróżniająca się postawa, wiedza i doświadczenie wykazane w trakcie szkolenia.

Program kształcenia instruktorów obejmuje prowadzenie symulacji medycznych, zasady oceny umiejętności praktycznych i udzielania informacji zwrotnej oraz standaryzację przekazu zgodnie z przyjętymi wytycznymi programowymi. Warunkiem ukończenia kursu jest nie tylko perfekcyjne opanowanie procedur medycznych, ale również wykazanie zdolności do skutecznego przekazywania wiedzy, weryfikowane w formie zajęć próbnych ocenianych przez supervisorów. Absolwenci uzyskują certyfikat instruktora medycyny pola walki, akredytowany przez WIM-PIB oraz Warszawski

Uniwersytet Medyczny, i wchodzi do regionalnej bazy kadry szkoleniowej. Trójstopniowy system szkolenia z uzupełniającą dwustopniową ścieżką instruktorską tworzy hierarchiczny model kształcenia, pozwalający przeszkolić personel w niezbędnym minimum kompetencji, a zarazem wyłonić wysoko wykwalifikowane zespoły specjalistów zdolnych do pełnienia roli liderów i trenerów – analogicznie do poziomów szkolenia TCCC, od All Service Members przez Combat Lifesaver po Combat Medical Provider.

3. Warunki i sposoby utrzymania kompetencji

Jednorazowe przeszkolenie personelu, jakkolwiek niezbędne, nie zapewni trwałej gotowości – kompetencje medyczne nieutrwalane regularną praktyką ulegają postępującej degradacji. Kluczowym elementem systemu jest zatem wdrożenie mechanizmów ciągłego utrzymania i odnawiania kwalifikacji. Rekomenduje się wprowadzenie formalnej recertyfikacji uprawnień oraz cyklicznych szkoleń przypominających i ćwiczeń zespołowych, w tym ćwiczeń typu MASCAL.

3.1. Okresowa recertyfikacja

Wszystkie kursy objęte programem powinny kończyć się egzaminem i wydaniem oficjalnego certyfikatu, sygnowanego przez KC-MEDTAC we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i urzędem marszałkowskim. Certyfikaty należy wydawać z ograniczonym okresem ważności, a ich przedłużenie uzależnić od potwierdzenia aktualizacji wiedzy i umiejętności praktycznych. Rekomendowany okres ważności certyfikatu wynosi 3 lata dla poziomu podstawowego oraz 3-4 lata dla poziomu rozszerzonego, zaawansowanego i instruktorskiego – zgodnie ze standardami recertyfikacji przyjętymi w systemach TCCC i TECC. Po upływie okresu ważności certyfikat wygasa, jeżeli jego posiadacz nie przystąpi do procesu recertyfikacji.

Recertyfikacja może przyjąć formę krótkiego kursu odświeżającego o wymiarze 1-2 dni, zakończonego testem wiedzy i weryfikacją umiejętności praktycznych, lub alternatywnie – wymogu uczestnictwa w określonej liczbie ćwiczeń doskonalących w danym okresie rozliczeniowym.

Na etapie wydawania pierwszych certyfikatów należy jednoznacznie określić ich ograniczoną ważność oraz uruchomić centralny rejestr osób przeszkolonych z terminami wygaśnięcia uprawnień. System okresowej odnowy kwalifikacji zapewni utrzymanie wysokiego poziomu wyszkolenia personelu, a jednocześnie podniesie wartość rynkową samego certyfikatu – uprawnienie wymagające cyklicznego potwierdzenia jest postrzegane przez pracodawców i środowisko zawodowe jako wiarygodniejsze niż dokument wydany bezterminowo, co może przekładać się na większe zainteresowanie personelu medycznego udziałem w programie szkoleniowym. Rejestr, prowadzony przez wojewódzki ośrodek koordynujący, umożliwi planowanie recertyfikacji z odpowiednim wyprzedzeniem, a w warunkach mobilizacyjnych pozwoli na szybką identyfikację osób posiadających aktualne kompetencje i ich alokację zgodnie z potrzebami operacyjnymi systemu zabezpieczenia medycznego.

3.2. Szkolenia uzupełniające i ćwiczenia przypominające

Oprócz formalnych cykli recertyfikacji niezbędne jest wdrożenie systemu ciągłego doskonalenia kompetencji taktyczno-medycznych. Na szczeblu regionalnym należy organizować regularne warsztaty podtrzymujące – kwartalne lub półroczne kilkugodzinne zajęcia praktyczne dla personelu posiadającego certyfikaty, obejmujące trening wybranych procedur – np. na poziomie podstawowym: zakładanie opaski uciskowej, pakowanie ran, udrożnienie dróg oddechowych, szybką segregację poszkodowanych. Warsztaty powinny odbywać się w formie rotacyjnej w kolejnych szpitalach, co jednocześnie służy ćwiczeniu współpracy międzyszpitalnej i standaryzacji procedur między placówkami.

Zasadne jest również włączanie elementów medycyny pola walki do standardowych szkoleń prowadzonych w podmiotach leczniczych – zajęć z zakresu BLS i ACLS, ćwiczeń przeciwpożarowych czy szkoleń z zarządzania kryzysowego – poprzez rozszerzenie scenariuszy o komponenty urazów wojennych. Absolwenci kursów powinni pełnić funkcję multiplikatorów wiedzy w swoich miejscach pracy, prowadząc krótkie szkolenia wewnętrzne dla personelu dotychczas nieobjętego programem. Systemowe wbudowanie mechanizmów ciągłego doskonalenia w codzienne funkcjonowanie podmiotów leczniczych zapewni trwałość nabytych kompetencji w okresach między szkoleniami głównymi i recertyfikacjami.

3.3. Ćwiczenia MASCAL i scenariusze kompleksowe

Integralną częścią programu powinny stać się regularne ćwiczenia symulacyjne typu MASCAL, angażujące wiele służb – pogotowie ratunkowe, szpitale, Państwową Straż Pożarną, Policję, Wojska Obrony Terytorialnej oraz administrację samorządową – prowadzone w warunkach zbliżonych do realiów działań wojennych i sytuacji kryzysowych. Ćwiczenia realizowane w cyklu co najmniej raz w roku w każdym szpitalu pozwolą praktycznie zweryfikować gotowość systemu ochrony zdrowia na wypadek masowego napływu rannych.

Scenariusze ćwiczeń powinny obejmować pełne spektrum zagrożeń: od zdarzeń masowych na tle cywilnym – katastrofa komunikacyjna, atak terrorystyczny – przez incydenty hybrydowe z licznymi poszkodowanymi, po pełnowymiarowe scenariusze wojenne zakładające ostrzał rakietowy i masowy napływ rannych żołnierzy i cywilów. Zasadnicze znaczenie ma udział wszystkich kluczowych ogniw łańcucha ratunkowego oraz zapewnienie współdziałania cywilnych medyków z personelem wojskowym, co potwierdziły wnioski z ćwiczenia „Dzielny Tygrys-25”.

Po każdym ćwiczeniu MASCAL wymagane jest przeprowadzenie szczegółowej odprawy analitycznej – instruktorzy wraz z uczestnikami analizują przebieg akcji, identyfikują błędy i dobre praktyki oraz formułują wnioski operacyjne. Za wdrożenie wniosków odpowiadają w pierwszej kolejności wydziały zarządzania kryzysowego samorządu terytorialnego i administracji wojewódzkiej, które zapewniają ich przełożenie na konkretne działania organizacyjne i programowe. Wnioski powinny bezpośrednio zasilać programy kolejnych edycji szkoleń w ramach mechanizmu sprzężenia zwrotnego – jeśli zidentyfikowano deficyty w komunikacji między zespołem przedszpitalnym a szpitalnym oddziałem ratunkowym, odpowiedni moduł szkoleniowy wymaga wzmocnienia w następnym cyklu kursów.

Regularne ćwiczenia MASCAL pełnią podwójną funkcję: podnoszą bieżącą gotowość poprzez trening zespołowy w warunkach zbliżonych do operacyjnych oraz utrwalają i aktualizują kompetencje zdobyte na kursach poszczególnych poziomów. Docelowo system powinien zapewnić regularne uczestnictwo w ćwiczeniach MASCAL całego personelu medycznego objętego programem szkoleniowym w skali województwa.

Szkolenia i ćwiczenia należy zaplanować jako proces ciągły, oparty na stałym cyklu realizacji. W początkowej fazie wdrażania programu wojewódzkiego zasadne jest przyjęcie zintensyfikowanego harmonogramu – organizacja edycji kursów podstawowych w cyklu comiesięcznym, realizowanych rotacyjnie w różnych częściach województwa, co pozwoli w krótkim czasie przeszkolić priorytetowe grupy personelu.

Po objęciu szkoleniem większości osób z grupy priorytetowej, orientacyjnie w ciągu 1-2 lat, intensywność należy dostosować do poziomu podtrzymującego – 3-4 edycje kursu podstawowego i rozszerzonego rocznie w skali województwa, co zapewni stały dostęp do szkoleń dla nowo zatrudnianych pracowników oraz osób dotychczas nieobjętych programem.

Utrzymanie kompetencji stanowi niezbędny warunek skuteczności całego systemu. Każdy uczestnik szkolenia objęty jest obowiązkowym cyklem recertyfikacji, a w okresach między szkoleniami głównymi – regularnym udziałem w ćwiczeniach i warsztatach doskonalących. Wyłącznie długofalowa realizacja programu, oparta na systematycznym doskonaleniu kadry instruktorskiej i cyklicznych ćwiczeniach, pozwoli uczynić z niego trwały i funkcjonalny element systemu obronnego państwa na poziomie regionu.

4. Budowanie zasobów kadrowych i form rezerwowych dla systemu zabezpieczenia medycznego województwa

Skuteczne zorganizowanie zaplecza kadrowego dla projektowanego systemu wymaga nie tylko przeszkolenia istniejącego personelu, ale także wdrożenia mechanizmów jego ewidencji, mobilizacji i wykorzystania w warunkach kryzysowych. Zasadne jest wykorzystanie dostępnych form organizacyjnych – rezerwy pasywnej i aktywnej Sił Zbrojnych RP oraz nowo powołanego Legionu Medycznego – jako instrumentów formalnego włączenia przeszkolonych medyków cywilnych w system zabezpieczenia obronnego państwa. Integracja z tymi strukturami powinna przebiegać z zachowaniem proporcji – program w warstwie organizacyjnej i komunikacyjnej zachowuje charakter cywilny i dobrowolny, służąc wzmocnieniu systemu ochrony zdrowia, nie zaś jego militaryzacji.

Zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny osoby posiadające określone kwalifikacje mogą zostać włączone do aktywnej rezerwy – na podstawie ochotniczego kontraktu przewidującego okresowe ćwiczenia wojskowe – lub pozostawać w rezerwie pasywnej, podlegając powołaniu

wyłącznie na wypadek mobilizacji. Zawody medyczne – lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni – zaliczane są do kategorii priorytetowych i podlegają obowiązkowi stawiennictwa w warunkach zagrożenia wojennego.

Doświadczenia państw realizujących model obrony powszechnej, w szczególności Finlandii, potwierdzają zasadność systemowego podejścia do ewidencji specjalistów medycznych – w fińskim systemie wszystkie osoby z wykształceniem medycznym automatycznie figurują w krajowym rejestrze specjalistów przeznaczonych do wykorzystania w sytuacji kryzysowej, co społeczeństwo akceptuje jako naturalny element obowiązku obronnego.

W warunkach polskich rekomenduje się, aby urząd marszałkowski we współpracy z właściwym Wojskowym Centrum Rekrutacji zapewnił ewidencję osób przeszkolonych w ramach programu i – za ich zgodą – przypisanie odpowiednich przydziałów kryzysowych. Nie oznacza to automatycznego wcielenia do sił zbrojnych, ale ustanowienie wojewódzkiej rezerwy medycznej – ewidencji osób posiadających aktualne certyfikaty, które w warunkach klęski żywiołowej lub zagrożenia militarnego mogą zostać niezwłocznie skierowane do wskazanych szpitali polowych lub punktów medycznych. Ewidencja ta powinna być spójna z rozwijanymi na szczeblu centralnym rejestrami kompetencji medyczno-obronnych, w tym rejestrem KC-MEDTAC.

Uczestnik szkolenia powinien mieć możliwość zadeklarowania przynależności do rezerwy kryzysowej, z czym wiązać się będą dodatkowe korzyści szkoleniowe – pierwszeństwo udziału w kursach zaawansowanych oraz dostęp do szkoleń poligonowych organizowanych przez siły zbrojne.

Aktywna rezerwa stanowi opcję dla osób o najwyższej motywacji – wymaga regularnych ćwiczeń wojskowych w wymiarze 2-3 tygodni rocznie w jednostkach medycznych, co zapewnia stały kontakt z wojskowym systemem ochrony zdrowia i znajomość jego struktur oraz procedur. Ze względu na znaczne wymagania czasowe i formalne aktywna rezerwa powinna pozostać opcją indywidualną, nie warunkiem uczestnictwa w programie wojewódzkim.

Wykorzystanie form rezerwowych powinno opierać się na dwóch równoległych mechanizmach: formalizacji roli przeszkolonych medyków poprzez ewidencję i porozumienia na wypadek mobilizacji oraz utrzymaniu motywacji i rozwoju kompetencji poprzez dobrowolne zaangażowanie w programy takie jak Legion Medyczny i cywilno-wojskowe ćwiczenia szkoleniowe. Rozwiązania te zapewnią, że wyszkolony personel nie pozostanie rozproszony i pozbawiony planu użycia, ale będzie stanowił realną, ewidencjonowaną rezerwę systemu ochrony zdrowia na czas kryzysu.

Cywilny i dobrowolny charakter programu należy zachować jako zasadę nadrzędną, zapewniając jednocześnie, że każda przeszkolona osoba posiada jasno określoną rolę w systemie zabezpieczenia medycznego województwa na wypadek konfliktu zbrojnego – niezależnie od formy zaangażowania w strukturę rezerwy wojskowej.

5. Budowanie trwałej motywacji uczestników

Skuteczność programu szkoleniowego warunkowana jest trwałym zaangażowaniem personelu medycznego w proces kształcenia i doskonalenia kompetencji. Urząd marszałkowski, wdrażając system szkoleń z medycyny pola walki, powinien zatem wbudować w jego strukturę mechanizmy motywacyjne oddziałujące zarówno na sferę wewnętrzną – poczucie misji zawodowej i odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa – jak i zewnętrzną – wymierne korzyści zawodowe i uznanie społeczne. Zasadne jest przy tym wykorzystanie doświadczeń nordyckich, gdzie wypracowano systemowe podejście do powszechnego angażowania obywateli, w tym profesjonalistów medycznych, w przygotowania obronne państwa.

5.1. Etos służby i korzyść zawodowa – motywacja personelu medycznego w systemie szkoleń obronnych

Skuteczność programu szkoleniowego warunkowana jest trwałym zaangażowaniem personelu medycznego w proces kształcenia i doskonalenia kompetencji. Strategia motywacyjna powinna oddziaływać zarówno na sferę wewnętrzną – poczucie misji zawodowej i odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa – jak i zewnętrzną, obejmującą wymierne korzyści zawodowe i uznanie instytucjonalne.

Cennych wskazówek w tym zakresie dostarczają doświadczenia państw nordyckich, w szczególności Finlandii. W kraju tym 78% obywateli deklaruje gotowość do zbrojnej obrony, a 82% wyraża zaufanie do państwa w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa – wskaźniki te należą do najwyższych w Europie i przewyższają średnią OECD o ponad 30 punktów procentowych. Przy populacji 5,6 mln Finlandia dysponuje rezerwą osobową liczącą 900 000 przeszkolonych osób, co stanowi stosunek 1:6 wobec ogólnej populacji – najwyższy wśród państw europejskich. Fińskie Stowarzyszenie Szkolenia Obronnego, działające we współpracy z Siłami Obronnymi, organizuje rocznie kursy dla ok. 50 000 ochotników, a zapotrzebowanie społeczne konsekwentnie przewyższa dostępność miejsc szkoleniowych. Wysoki poziom akceptacji społecznej dla obowiązków obronnych jest efektem wieloletniej, systematycznej edukacji realizowanej na wszystkich poziomach – od szkół po kursy obrony narodowej dla liderów z różnych sektorów, prowadzone nieprzerwanie od 1961 r.

Przeniesienie tych doświadczeń na grunt regionalny wymaga odwołania się do motywacji wewnętrznej personelu medycznego – grupy zawodowej o tradycyjnie wysokim etosie służby.

Komunikacja programu powinna akcentować, że udział w szkoleniach stanowi naturalne rozszerzenie kompetencji zawodowych i misji ratowania życia na warunki, w których pomoc medyczna jest najbardziej potrzebna i najtrudniejsza do zapewnienia. Badania nordyckie potwierdzają, że odwołanie do dumy zawodowej, odpowiedzialności za bezpieczeństwo społeczności lokalnej i poczucia uczestnictwa w misji o znaczeniu ogólnokrajowym stanowi skuteczniejszy i trwalszy mechanizm motywacyjny niż wyłącznie bodźce zewnętrzne.

Motywacja wewnętrzna wymaga jednak instytucjonalnego wzmocnienia, aby przekładała się na trwałe uczestnictwo. Istotnym elementem strategii jest wykorzystanie autorytetu instytucjonalnego i środowiskowego. Oficjalny patronat Marszałka Województwa nad programem, wspierany publicznym zaangażowaniem konsultantów wojewódzkich w dziedzinach kluczowych dla medycyny urazowej, podnosi rangę przedsięwzięcia i komunikuje jego priorytetowy charakter. Równie ważna jest konsekwentna komunikacja osiągnięć programu – informowanie o kolejnych edycjach szkoleń i ich rezultatach buduje pozytywny wizerunek przedsięwzięcia i sprzyja rekrutacji kolejnych uczestników.

Zrównoważenie motywacji wewnętrznej z konkretnymi korzyściami zawodowymi – uznaniem kwalifikacyjnym, punktami edukacyjnymi i dostępem do zaawansowanych form doskonalenia – zapewni, że program będzie postrzegany przez personel medyczny nie jako dodatkowe obciążenie, ale jako wartościowa inwestycja w rozwój kompetencji o wymiarze zarówno indywidualnym, jak i społecznym.

5.2. Mechanizmy motywacyjne i bodźce systemowe – strategie trwałego zaangażowania personelu i podmiotów leczniczych

Istotnym czynnikiem motywacyjnym jest zapewnienie, aby kompetencje nabywane w ramach programu przynosiły wymierną wartość również w codziennej praktyce klinicznej. Program należy profilować w sposób uwidaczniający bezpośrednie przełożenie szkolonych procedur na jakość pracy w warunkach pokojowych – techniki kontroli krwotoków, szybkiej segregacji poszkodowanych czy organizacji pracy szpitalnego oddziału ratunkowego w warunkach masowego napływu rannych stanowią kompetencje podnoszące skuteczność personelu niezależnie od kontekstu operacyjnego. Wnioski z dotychczasowych przedsięwzięć szkoleniowych, w tym z ćwiczenia „Dzielny Tygrys-25”, potwierdzają, że uczestnicy dostrzegają praktyczną użyteczność zdobytych umiejętności w bieżącej pracy zawodowej.

W wymiarze formalnym rekomenduje się zgłoszenie programu do właściwych izb zawodowych i towarzystw medycznych jako formy doskonalenia zawodowego uprawniającej do uzyskania punktów edukacyjnych. Uznanie udziału w programie za element rozwoju kariery zawodowej stanowi mechanizm motywacyjny o udowodnionej skuteczności – badania nad motywacją personelu medycznego wskazują, że możliwości szkoleniowe i zdobywanie nowej wiedzy należą do najwyższej ocenianych czynników satysfakcji zawodowej. Uzyskanie certyfikatu, w szczególności poziomu rozszerzonego i zaawansowanego, powinno być traktowane jako wyróżnienie zawodowe i odpowiednio eksponowane przez podmioty lecznicze.

Obok mechanizmów motywujących indywidualnych pracowników zasadne jest wdrożenie bodźców systemowych adresowanych bezpośrednio do podmiotów leczniczych, zachęcających placówki do aktywnego delegowania personelu na szkolenia. Samorząd województwa, w ramach posiadanych kompetencji, może uwzględniać poziom przeszkolenia kadry jako kryterium w procedurach oceny gotowości podmiotów leczniczych, ustanowić system wyróżnień dla placówek osiągających najwyższe wskaźniki przeszkolenia personelu, a także priorytetyzować podmioty aktywnie zaangażowane

w program szkoleniowy przy alokacji środków w ramach regionalnych programów dofinansowania – inwestycji w infrastrukturę medyczną, zakupu sprzętu czy modernizacji oddziałów ratunkowych.

Powiązanie zaangażowania szkoleniowego placówki z preferencyjnym dostępem do funduszy rozwojowych tworzy bezpośredni bodziec ekonomiczny dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi, przekładając priorytet obronny na wymierną korzyść instytucjonalną. Elementy pozytywnej konkurencji między podmiotami leczniczymi, oparte na przejrzystych kryteriach i mierzalnych wskaźnikach, stanowią skuteczny mechanizm systemowego podnoszenia poziomu przygotowania obronnego w skali województwa.

6. Realistyczny model wdrożenia programu w regionie

Proponuje się ustanowienie w województwie regionalnego ośrodka koordynacyjnego ds. medycyny pola walki, pełniącego funkcję centrum zarządzania programem szkoleniowym na poziomie regionu. Potrzeba powołania takiego ośrodka wynika z braku instytucji zdolnej do integracji rozproszonego potencjału szkoleniowego województwa – poszczególne podmioty lecznicze, uczelnie i służby dysponują częściowymi kompetencjami, ale żaden z nich nie pełni funkcji koordynatora scalającego te zasoby w spójny system odpowiadający na potrzeby obronne regionu.

Naturalnym partnerem merytorycznym przy realizacji programu na poziomie regionalnym jest Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. WIM-PIB łączy potencjał badawczy, kliniczny i dydaktyczny z bezpośrednim doświadczeniem we współpracy cywilno-wojskowej – potwierdzonym między innymi programem szkoleniowym w Hajnówce – i dysponuje kompetencjami niezbędnymi do zapewnienia nadzoru merytorycznego, standaryzacji programów nauczania oraz wsparcia eksperckiego na etapie uruchamiania ośrodków regionalnych. Wybór instytucji gospodarza ośrodka wojewódzkiego powinien także uwzględniać kryteria zbieżne z planowanymi ogólnopolskimi wymogami akredytacyjnymi: dostępność sal i sprzętu szkoleniowego, wykwalifikowaną kadrę z doświadczeniem dydaktycznym oraz lokalizację zapewniającą korzystną dostępność komunikacyjną z całego województwa.

Pod względem formalnoprawnym marszałek województwa może powołać ośrodek jako jednostkę organizacyjną współpracującą z departamentem zdrowia urzędu marszałkowskiego lub ustanowić go na podstawie porozumienia z wybraną placówką.

Realizacja programu powinna opierać się na maksymalnym wykorzystaniu istniejącej infrastruktury szkoleniowej i klinicznej w regionie. Zasadne jest utworzenie sieci lokalnych ośrodków partnerskich – najlepiej szpitali dysponujących zapleczem z zakresu medycyny symulacyjnej, obejmującym centra lub pracownie symulacji medycznej wyposażone w fantomy wysokiej wierności, trenażery proceduralne, systemy pozoracji urazowej oraz infrastrukturę umożliwiającą odtwarzanie warunków zbliżonych do realiów pola walki. Dostępność nowoczesnego zaplecza symulacyjnego stanowi warunek kluczowy dla skuteczności szkolenia, ponieważ kompetencje z zakresu medycyny taktycznej – w odróżnieniu od wiedzy teoretycznej – mogą być efektywnie nabywane wyłącznie w warunkach zbliżonych do rzeczywistych, angażujących jednocześnie sferę manualną, decyzyjną i emocjonalną uczestników.

Sieć ośrodków partnerskich powinna uwzględniać hierarchiczny podział kompetencji szkoleniowych odpowiadający poziomom zaawansowania programu.

Kursy poziomu podstawowego i rozszerzonego mogą być realizowane przez akredytowane ośrodki regionalne – szpitale i centra symulacji spełniające kryteria programowe. Szkolenia poziomu zaawansowanego, wymagające najwyższej klasy zaplecza symulacyjnego, kadry eksperckiej i dostępu do zaawansowanej infrastruktury klinicznej, zastrzeżone będą wyłącznie dla WIM-PIB oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Szkolenia w ścieżce instruktorskiej – kształcenie trenerów medycyny pola walki – ze względu na konieczność zapewnienia najwyższego poziomu standaryzacji i bezpośredniego powiązania z doświadczeniem operacyjnym, realizowane będą wyłącznie przez WIM-PIB.

Przyjęty podział gwarantuje jednolitość standardów na najwyższych poziomach szkolenia przy jednoczesnej decentralizacji kursów masowych.

Placówki spełniające kryteria akredytacyjne – obejmujące zapewnienie wykwalifikowanych instruktorów, odpowiednich sal i sprzętu symulacyjnego – uzyskają formalną akredytację urzędu marszałkowskiego jako ośrodki szkoleniowe programu. Decentralizacja szkoleń podstawowych i rozszerzonych do ośrodków partnerskich przybliży je do miejsca pracy uczestników, usprawni logistykę naboru, a jednocześnie pozwoli na pełne wykorzystanie istniejącej infrastruktury symulacyjnej w regionie, unikając kosztownego powielania zasobów.

Szkolenia poziomu zaawansowanego, z uwagi na ich złożoność i szeroki zakres merytoryczny wymagają, przynajmniej na wczesnym etapie projektu, realizacji na bazie szkoleniowej WIM-PIB.

6.1. Transfer kompetencji jako fundament programu – model delegowania i usamodzielniania regionu

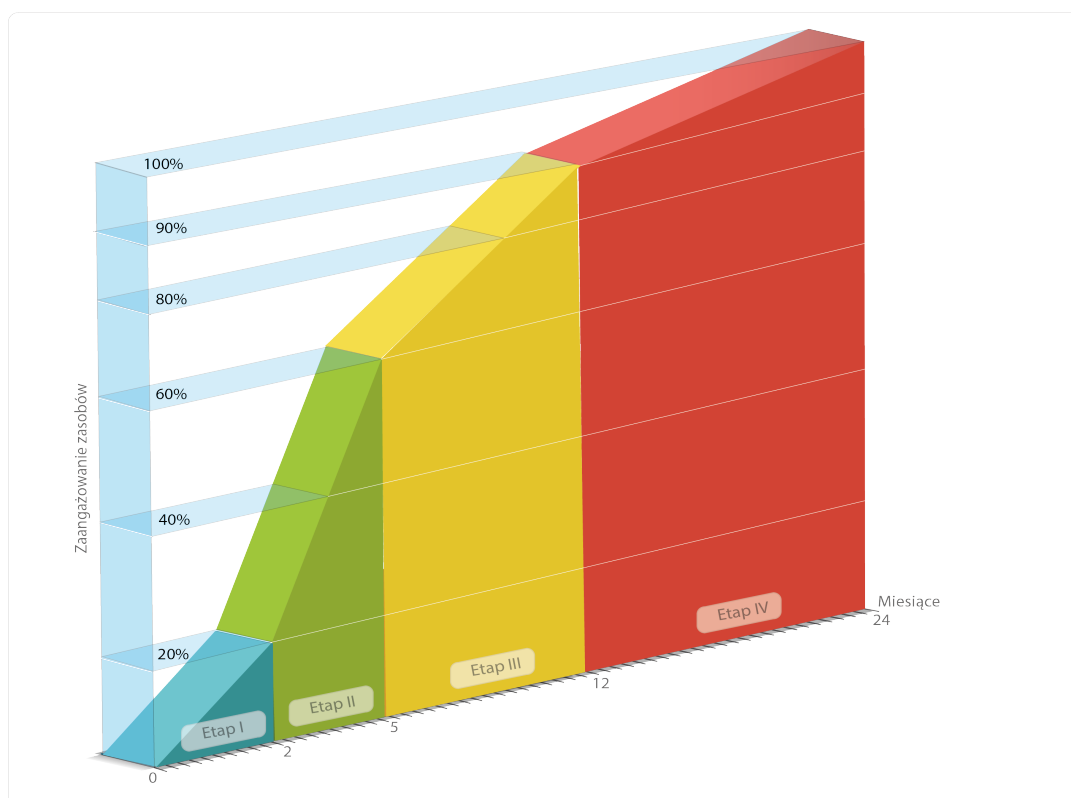
W początkowej fazie realizacji programu kluczowe znaczenie ma pozyskanie wysoko wykwalifikowanych instruktorów do prowadzenia pierwszych edycji kursów. Zasadne jest zawarcie porozumień z instytucjami dysponującymi odpowiednim potencjałem eksperckim – Wojskowym Instytutem Medycznym oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym – na mocy, których doświadczeni instruktorzy zostaną oddelegowani do przeprowadzenia szkoleń w województwie. Skuteczność tego modelu potwierdziły szkolenia WIM-PIB realizowane w Szpitalu Powiatowym w Hajnówce, gdzie delegowanie ekspertów centralnych do placówki regionalnej przełożyło się na wymierne podniesienie kompetencji lokalnego personelu.

Równolegle należy identyfikować lokalnych liderów – lekarzy medycyny ratunkowej i anestezjologii oraz doświadczonych ratowników medycznych – którzy po ukończeniu kursów instruktorskich utworzą regionalną kadrę szkoleniową. Docelowo większość szkoleń prowadzona będzie przez specjalistów z terenu województwa, a rola ośrodka koordynującego skoncentruje się na nadzorze merytorycznym, aktualizacji programów i okresowych warsztatach doskonalących dla instruktorów regionalnych, co w perspektywie średnioterminowej zapewni samowystarczalność szkoleniową województwa.

6.2. Architektura wdrożenia programu – od pilotażu do trwałego mechanizmu operacyjnego

Wdrożenie programu rekomenduje się w czterech etapach, zapewniających stopniowe budowanie zdolności szkoleniowych regionu.

- **Etap I – przygotowawczy**, realizowany w okresie 1-2 miesięcy od decyzji o uruchomieniu programu: powołanie zespołu koordynacyjnego przy urzędzie marszałkowskim, zawarcie porozumień z partnerami instytucjonalnymi – WIM-PIB, uczelnią medyczną i szpitalami referencyjnymi – pozyskanie finansowania, zakup wyposażenia symulacyjnego, opracowanie treści e-learningowych oraz szczegółowych programów kursów na podstawie standardów KC-MEDTAC i zdefiniowanych potrzeb operacyjnych wynikających z planów obronnych Rzeczypospolitej Polskiej.
- **Etap II – pilotażowy**, obejmujący kolejne 3 miesiące: przeprowadzenie pierwszych edycji kursów każdego poziomu z udziałem kadry centralnej i przeszkolenie orientacyjnie 100 osób – w ramach trzech edycji kursu podstawowego po 20-30 uczestników oraz po jednej edycji kursu rozszerzonego i zaawansowanego. Etap zakończy się ewaluacją wyników i ewentualną korektą programów na podstawie zebranych wniosków.
- **Etap III – rozwojowy**, realizowany w pierwszym roku od uruchomienia programu: pełne rozwinięcie harmonogramu szkoleń w regionie, szkolenie kolejnych grup zgodnie z planem – co najmniej kilkaset osób rocznie na poziomie podstawowym i kilkadziesiąt na poziomach wyższych – uruchomienie kursów instruktorskich i formowanie regionalnej kadry szkoleniowej.
- **Etap IV – utrwalający**, od drugiego roku: włączenie cyklu recertyfikacji, przekazanie większości zadań szkoleniowych instruktorom regionalnym i kontynuacja programu w trybie stałym.



Rycina 1. Dynamika budowania zaangażowania zasobów w czasie – model progresywnej eskalacji zdolności operacyjnej.

Przedstawiony harmonogram ma charakter orientacyjny – tempo wdrożenia zależy od wielkości dostępnych środków finansowych oraz trybu ich pozyskania i rozliczenia. Zasadnicze znaczenie ma jednak ujęcie programu od początku w perspektywie wieloletniej i jego formalne włączenie jako

stałego elementu wojewódzkich planów zarządzania kryzysowego i strategii bezpieczeństwa, co zapewni ciągłość realizacji na poziomie samorządu.

6.3. Regionalizacja programu – dostosowanie scenariuszy szkoleniowych do profilu zagrożeń województwa

Program szkoleniowy musi uwzględniać specyfikę zagrożeń i uwarunkowań operacyjnych właściwych dla województwa. Regiony przygraniczne powinny położyć szczególny nacisk na scenariusze związane z napływem uchodźców, prowokacjami na granicy i działaniami dywersyjnymi – doświadczenia szkoleniowe z Hajnówki potwierdzają zasadność takiego profilowania.

Przełożenie zidentyfikowanych zagrożeń na konkretne scenariusze szkoleniowe wymaga współpracy regionalnego ośrodka koordynacyjnego z Wojewódzkim Centrum Zarządzania Kryzysowego oraz ze służbami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo – Siłami Zbrojnymi RP, Państwową Strażą Pożarną i Policją.

Identyfikacja najbardziej prawdopodobnych scenariuszy zagrożeń dla województwa i ich włączenie do programu szkoleniowego zapewni, że nabywane kompetencje będą bezpośrednio odpowiadać rzeczywistym potrzebom operacyjnym regionu. Przyjęta metoda profilowania szkoleń gwarantuje jednocześnie efektywność finansową programu – zakres i intensywność kształcenia są proporcjonalne do prawdopodobieństwa wystąpienia i charakteru sytuacji kryzysowych w danej lokalizacji, co eliminuje nieuzasadnione wydatki na szkolenie w scenariuszach o niskim stopniu realności dla województwa i koncentruje środki tam, gdzie potrzeba przygotowania jest najwyższa.

6.4. Model wojewódzki jako ogniwo systemu krajowego – instytucjonalne ramy realizacji programu

Realizacja programu wymaga skoordynowanego współdziałania wielu podmiotów: sektora ochrony zdrowia – szpitali, pogotowia ratunkowego i służb ratowniczych – administracji samorządowej na poziomie województwa i powiatów, służb mundurowych – Wojskowych Centrów Rekrutacji, Wojsk Obrony Terytorialnej, komend Państwowej Straży Pożarnej – oraz sektora edukacji medycznej. Już na etapie planowania zasadne jest powołanie rady programowej z udziałem przedstawicieli wszystkich wymienionych podmiotów, zapewniającej ich instytucjonalne zaangażowanie w realizację i ewaluację programu. Rada powinna cyklicznie oceniać postępy wdrożenia, formułować wnioski operacyjne i przekazywać rekomendacje do KC-MEDTAC.

Marszałek województwa pełni w przyjętym modelu rolę lidera i koordynatora – patronat instytucjonalny nadaje programowi odpowiednią rangę, a jednocześnie integruje różne podmioty wokół wspólnego celu. Doświadczenia fińskie potwierdzają, że wyłącznie ścisła interoperacyjność instytucji publicznych zapewnia realną zdolność reagowania w warunkach kryzysu. Skuteczność programu szkoleniowego zależy zatem od poczucia współodpowiedzialności wszystkich zaangażowanych podmiotów – od dyrekcji szpitali, przez służby mundurowe, po personel medyczny objęty szkoleniem.

Opisana współpraca międzysektorowa stanowi fundament wojewódzkiego modelu budowania kompetencji obronnych personelu medycznego, który opiera się na trzech zasadach: wykorzystaniu istniejących struktur organizacyjnych – bez powoływania nowych jednostek, ale przez włączenie zadań szkoleniowych do kompetencji funkcjonujących podmiotów – pozyskaniu funduszy unijnych oraz etapowym wdrożeniu ukierunkowanym na trwałość systemu.

W kontekście ogólnokrajowym województwo mazowieckie może pełnić funkcję regionu pilotażowego – testując rozwiązania organizacyjne, które następnie zostaną włączone do ogólnopolskiego systemu bezpieczeństwa zdrowotnego. Największy w kraju potencjał kadrowy i infrastrukturalny w sektorze ochrony zdrowia, a jednocześnie bezpośrednie sąsiedztwo kluczowych instytucji centralnych – WIM-PIB i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – dają Mazowszu unikalne predyspozycje do podjęcia roli pioniera w budowaniu dojrzałego, systemowego modelu szkolenia w zakresie medycyny pola walki na poziomie regionalnym.

Wdrożenie programu na Mazowszu stanowi praktyczny dowód regionalnej sprawczości samorządu w obszarze bezpieczeństwa obronnego – potwierdzając, że województwo jest zdolne nie tylko do realizacji wytycznych centralnych, ale również do samodzielnego projektowania i wdrażania rozwiązań systemowych odpowiadających na realne zagrożenia.

Model łączący inicjatywę regionalną z koordynacją centralną – KC-MEDTAC – zwiększa szanse powodzenia całego przedsięwzięcia, zapewniając jednocześnie spójność standardów i elastyczność wdrożenia, a wypracowane na Mazowszu rozwiązania organizacyjne mogą stanowić referencyjny wzorzec dla pozostałych województw budujących analogiczne systemy szkoleniowe.

6.5. Platforma e-learningowa – narzędzie ciągłego kształcenia i utrzymania gotowości operacyjnej

Szkolenia stacjonarne – niezależnie od ich intensywności i jakości – nie zapewnią trwałego utrzymania kompetencji bez systematycznego wzmacniania wiedzy w okresach między kolejnymi edycjami kursów i recertyfikacjami. Niezbędnym komponentem projektowanego systemu jest zatem dedykowana platforma e-learningowa, umożliwiająca personelowi medycznemu ciągły, samodzielny dostęp do aktualnych materiałów szkoleniowych niezależnie od miejsca i czasu. Platforma będzie pełnić funkcję podstawowego kanału dystrybucji aktualnych wytycznych i materiałów edukacyjnych z zakresu medycyny taktycznej, oferując następujące komponenty dydaktyczne:

- **Skrócone przewodniki proceduralne** – zwarte moduły edukacyjne prezentujące kluczowe procedury w formie skondensowanych instrukcji krok po kroku. Przewodniki obejmą algorytm MARCH, procedury DCR/DCS oraz zasady segregacji medycznej, opracowane dla każdego poziomu szkolenia i dostępne zarówno online, jak i w trybie offline do wykorzystania w warunkach polowych.

- **Krótkie filmy instruktażowe** – materiały wideo o czasie trwania do 3 minut, demonstrujące wykonanie konkretnych czynności ratunkowych przez doświadczonych praktyków. Format ten umożliwi szybkie przypomnienie techniki bezpośrednio przed jej zastosowaniem w warunkach klinicznych, a także posłuży jako narzędzie do samodzielnej weryfikacji poprawności wykonywanych procedur.
- **Podcasty eksperckie** – nagrania audio z udziałem specjalistów medycyny taktycznej, omawiające aktualizacje wytycznych, analizę przypadków klinicznych z konfliktów zbrojnych oraz wnioski operacyjne z ćwiczeń. Format audio umożliwi przyswajanie wiedzy eksperckiej w warunkach niedostępnych dla innych form kształcenia – podczas dojazdów, dyżurów czy przerw w pracy.
- **Repozytorium materiałów referencyjnych** – uporządkowana baza dokumentów źródłowych, wytycznych klinicznych, protokołów postępowania oraz materiałów naukowych uzasadniających stosowane techniki i procedury. Repozytorium spełni podwójną funkcję: stanowiąc źródło pogłębionej wiedzy dla uczestników programu i jednocześnie zapewniając instruktorom jednolity zestaw materiałów dydaktycznych.
- **Kursy samokształceniowe z weryfikacją wiedzy** – ustrukturyzowane ścieżki dydaktyczne zakończone testami wiedzy, realizowane w trybie samodzielnym. Platforma umożliwi zarówno samodzielne przygotowanie teoretyczne przed zajęciami stacjonarnymi, jak i szkolenia prowadzone przez instruktorów z wykorzystaniem kodów rejestracyjnych oraz zdalną recertyfikację komponentu wiedzy.
- **Panel instruktorski** – dedykowany interfejs zarządzania szkoleniami, umożliwiający instruktorom tworzenie klas, rejestrowanie uczestników za pomocą kodów dostępu, śledzenie postępów, przeprowadzanie quizów modułowych oraz zatwierdzanie ukończenia kursów. Funkcjonalność ta zapewni integrację komponentu e-learningowego z formalnym systemem certyfikacji i recertyfikacji.

Platforma zostanie zaprojektowana z pełną funkcjonalnością w trybie offline. Materiały edukacyjne będzie można pobrać na urządzenie mobilne i wykorzystywać bez dostępu do sieci, co ma zasadnicze znaczenie w warunkach polowych, podczas ćwiczeń terenowych oraz w sytuacjach kryzysowych, gdy infrastruktura telekomunikacyjna może być niedostępna lub uszkodzona. Planowane jest udostępnienie platformy zarówno jako aplikacji webowej, jak i dedykowanej aplikacji mobilnej na systemy iOS i Android.

Niezależnie od formy dostępu architektura platformy będzie modułowa, odzwierciedlając trzypoziomową strukturę programu szkoleniowego. Uczestnicy każdego poziomu – podstawowego, rozszerzonego i zaawansowanego – uzyskają dostęp do dedykowanych kolekcji treści odpowiadających zakresowi merytorycznemu ich certyfikacji, z możliwością podglądu materiałów wyższych poziomów jako zachęty do dalszego rozwoju kompetencji.

Wdrożenie platformy przewidziane jest w ramach etapu przygotowawczego programu – równoległe z opracowaniem programów kursów stacjonarnych. Opracowanie treści e-learningowych zostanie powierzone zespołowi dydaktycznemu WIM-PIB i WUM, co zagwarantuje spójność merytoryczną między komponentem stacjonarnym i zdalnym.

Projektowana platforma e-learningowa stanowi niezbędne dopełnienie systemu szkoleń stacjonarnych – zapewniając ciągłość edukacji między kursami, skracając czas potrzebny na przygotowanie teoretyczne uczestników przed zajęciami praktycznymi i umożliwiając zdalną weryfikację wiedzy w ramach procesu recertyfikacji. Doświadczenie Deployed Medicine (<https://deployedmedicine.com>) potwierdza, że spersonalizowane, dynamiczne kształcenie cyfrowe, oparte na aktualnych wytycznych klinicznych, istotnie podnosi gotowość operacyjną personelu medycznego. Adaptacja tego modelu na potrzeby programu wojewódzkiego, przy zachowaniu polskich standardów merytorycznych i uwzględnieniu specyfiki krajowego systemu ochrony zdrowia, pozwoli na zbudowanie nowoczesnego narzędzia edukacyjnego o skalowalności wykraczającej poza granice województwa.

7. Budowanie odporności psychicznej personelu medycznego

Współczesny system ochrony zdrowia funkcjonuje w warunkach rosnącej niepewności oraz narastających zagrożeń o charakterze zarówno militarnym, jak i pozamilitarnym. Napływ pacjentów z obszarów objętych wojną, zdarzenia masowe, ryzyko ataków hybrydowych oraz możliwość eskalacji zagrożeń powodują, że personel medyczny coraz częściej działa w warunkach nasilonego stresu operacyjnego. W takich realiach odporność psychiczna oraz zdolność do utrzymania wysokiej jakości decyzji klinicznych pod presją czasu i odpowiedzialności stają się jednym z kluczowych filarów bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Standardy NATO jednoznacznie wskazują, że personel medyczny powinien zachować pełną sprawność operacyjną także w sytuacjach traumatycznych oraz pod wpływem silnych obciążeń emocjonalnych towarzyszących kryzysom i konfliktom zbrojnym. Nowoczesne programy szkoleniowe w wielu państwach Sojuszu włączają trening odporności psychicznej do kursów z zakresu ratownictwa medycznego i zarządzania kryzysowego, traktując go jako komponent równorzędny wobec zagadnień ściśle medycznych.

W odpowiedzi na analogiczne wyzwania środowisko wojskowe opracowało model *Operational Resilience Training* (ORT), rozwijany przez *Norwegian Armed Forces* we współpracy z amerykańskim *Walter Reed Army Institute of Research* (WRAIR). Program ORT powstał na podstawie zarówno doświadczeń operacyjnych, jak i wyników badań naukowych dotyczących funkcjonowania człowieka w warunkach ekstremalnego stresu. Jego celem jest systemowe wzmacnianie odporności psychicznej poprzez trening regulacji reakcji stresowej, utrzymywania sprawności poznawczej oraz efektywnego działania zespołowego. Model ORT nie stanowi rozwiązania dedykowanego wyłącznie siłom zbrojnym – opiera się na uniwersalnych mechanizmach neurobiologicznych i psychologicznych dotyczących każdego człowieka funkcjonującego pod presją. Personel medyczny w Polsce – ratownicy medyczni, pielęgniarki, lekarze oddziałów ratunkowych, zespoły medycyny taktycznej oraz specjaliści medycyny katastrof – działa w środowisku porównywalnym pod względem obciążenia psychicznego do warunków operacyjnych, podejmując decyzje kliniczne w warunkach niepełnej lub sprzecznej informacji, przy jednoczesnej odpowiedzialności za życie wielu osób. Doświadczenia wypracowane w środowisku wojskowym stanowią zatem wartościowe źródło adaptacji dla cywilnego systemu ochrony zdrowia.

W ramach rekomendowanego systemu proponuje się wyodrębnienie modułu poświęconego budowaniu odporności psychicznej personelu, realizowanego w kaskadowym modelu kształcenia instruktorów. W pierwszej kolejności przeszkolona zostanie wąska grupa instruktorów odporności psychicznej, którzy następnie będą prowadzić szkolenia dla personelu medycznego w regionie oraz zapewniać wsparcie psychologiczne podczas ćwiczeń i w warunkach rzeczywistych sytuacji kryzysowych.

7.1. Etap przygotowawczy

Skuteczność programu szkoleniowego jest uwarunkowana zarówno dobrowolnością uczestnictwa, jak i trwałym, świadomym zaangażowaniem personelu medycznego w proces kształcenia oraz systematycznego doskonalenia kompetencji. Formuła oparta na autonomicznej decyzji uczestników sprzyja budowaniu rzeczywistej motywacji do rozwoju, zwiększa otwartość na przyswajanie nowych umiejętności oraz wzmacnia gotowość do stosowania nabytych narzędzi w praktyce zawodowej.

Strategia motywacyjna powinna oddziaływać równolegle na dwa komplementarne obszary. W wymiarze wewnętrznym kluczowe znaczenie ma odwołanie się do poczucia misji zawodowej, etosu służby oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa, szczególnie w sytuacjach kryzysowych i nadzwyczajnych. W wymiarze zewnętrznym istotne jest zapewnienie przez Urząd Marszałkowski wymiernych korzyści zawodowych.

Uzupełnieniem obu wymiarów motywacji będzie opracowanie i udostępnienie wysokiej jakości materiałów edukacyjnych – w tym zasobów audiowizualnych – przeznaczonych do samodzielnego wykorzystywania przez personel medyczny. Materiały będą wspierać utrwalanie wiedzy i umiejętności w zakresie regulacji stresu, komunikacji zespołowej oraz samokontroli w warunkach presji, a także umożliwić kontynuowanie procesu doskonalenia poza formalnymi ramami szkolenia.

7.2. Poziomy szkolenia i grupy docelowe

Model ORT oferuje zestaw narzędzi, które mogą zostać skutecznie zaadaptowane do krajowych programów szkoleniowych. Obejmują one trening w zakresie mechanizmów reakcji stresowej, naukę technik regulacyjnych możliwych do zastosowania w czasie rzeczywistym, rozwijanie kompetencji wzajemnego wsparcia w grupie odniesienia, doskonalenie umiejętności budowania spójności zespołu w sytuacjach ekstremalnych, a także realizację realistycznych symulacji zdarzeń kryzysowych. Szczególną wartością programu jest jego praktyczny charakter – odporność psychiczna kształtowana jest poprzez powtarzalne ćwiczenia w warunkach kontrolowanego obciążenia, a nie wyłącznie w formie przekazu teoretycznego.

Adaptacja modelu ORT do środowiska cywilnego przynosi wymierne korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Wzrost odporności operacyjnej personelu medycznego oznacza nie tylko poprawę jakości decyzji klinicznych podejmowanych w sytuacjach nagłych, ale również ograniczenie długofalowych konsekwencji psychologicznych pracy w warunkach traumy i przewlekłego stresu. W perspektywie długoterminowej przekłada się to na większą stabilność kadrową, zmniejszenie ryzyka wypalenia zawodowego oraz utrzymanie wysokiego poziomu gotowości systemowej.

Pierwszym etapem wdrożenia modelu w ramach programu wojewódzkiego jest dwudniowy kurs podstawowy, adresowany do szerokiego grona pracowników ochrony zdrowia – *ratowników medycznych, personelu pielęgniarstwa, lekarzy, a także pracowników pomocniczych i administracji*

medycznej oraz innych profesjonalistów, którzy potencjalnie mogą znaleźć się w sytuacji udzielania pomocy osobom poszkodowanym w wyniku działań zbrojnych lub katastrofy masowej. W szkoleniu powinny uczestniczyć osoby zmotywowane, odczuwające realną potrzebę rozwijania kompetencji w zakresie radzenia sobie z własnym stresem oraz udzielania wsparcia innym w sytuacjach o wysokim poziomie obciążenia psychicznego.

Szkolenie podstawowe zostanie objęte dokumentacją audiowizualną oraz badaniami ewaluacyjnymi, których celem będzie doskonalenie programu, ocena jego zasadności merytorycznej oraz określenie potencjału wdrożeniowego w skali systemowej. Narzędzia ewaluacyjne – obejmujące ocenę satysfakcji uczestników, pomiar przyrostu kompetencji oraz analizę użyteczności praktycznej poszczególnych modułów – pozwolą zweryfikować, czy program jest akceptowalny, adekwatny i odpowiada realnym potrzebom personelu medycznego.

W ramach kursu podstawowego przewiduje się również wprowadzenie modułu dotyczącego zasad stosowania wsparcia farmakologicznego w sytuacjach ekstremalnego stresu, opartego na kryteriach kwalifikacji: komu, kiedy i w jakim zakresie taka interwencja może być uzasadniona. Lekarze uczestniczący w kursie zostaną przeszkoleni w zakresie kwalifikowania pacjentów do farmakoterapii, doboru odpowiednich substancji oraz ustalania bezpiecznych dawek. Pozostały personel medyczny zdobędzie kompetencje w zakresie rozpoznawania objawów wskazujących na potrzebę pilnej interwencji farmakologicznej oraz zasad kierowania do lekarza.

Program na poziomie podstawowym będzie dodatkowo obejmował zagadnienia związane z utrzymaniem zdolności operacyjnej personelu w warunkach długotrwałego zdarzenia kryzysowego. W tym kontekście omówione zostaną mechanizmy działania oraz ograniczenia substancji wpływających na poziom pobudzenia i koncentracji – nikotyny, ketaminy, psylocybiny, pochodnych amfetaminy oraz innych preparatów. Treści te będą prezentowane na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, z uwzględnieniem aspektów bezpieczeństwa, ryzyka działań niepożądanych, przeciwwskazań oraz obowiązujących regulacji prawnych właściwych dla stanów nadzwyczajnych, w tym wojny i katastrof masowych.

7.3. Program szkolenia instruktorów – Train the Trainers

Równolegle do dwóch poziomów merytorycznych zasadne jest uruchomienie odrębnej ścieżki kształcenia instruktorów budowania odporności psychicznej. Województwo mazowieckie powinno dążyć do samowystarczalności szkoleniowej poprzez wyłonienie lokalnej kadry trenerskiej zdolnej do samodzielnego prowadzenia kolejnych edycji kursów na poziomie podstawowym. Kurs instruktorski stanowi ścieżkę zaawansowaną, dostępną dla absolwentów poziomu podstawowego posiadających predyspozycje dydaktyczne. Optymalny profil kandydatów obejmuje psychologów i psychoterapeutów współpracujących z podmiotami leczniczymi – w szczególności zatrudnionych w zespołach wsparcia personelu lub na oddziałach psychiatrycznych – a także doświadczonych ratowników medycznych i pielęgniarki posiadających dodatkowe kwalifikacje z zakresu interwencji kryzysowej.

Tematyka kursu instruktorskiego obejmować będzie następujące obszary merytoryczne: podstawy psychotraumatologii – reakcje stresowe, mechanizmy powstawania PTSD, wpływ długotrwałego stresu na funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne; metody wzmacniania odporności – techniki radzenia sobie ze stresem, w tym metody wizualizacyjne, ćwiczenia oddechowe i techniki uziemienia; pierwszą pomoc psychologiczną i interwencję kryzysową – zasady komunikacji z osobami w stanie ostrego stresu oraz wsparcie rówieśnicze po zdarzeniach obciążających; rolę przywództwa i komunikacji w sytuacji zagrożenia; kształtowanie poczucia skuteczności i zaufania w zespole medycznym; etykę i dylematy

moralne w warunkach konfliktu zbrojnego – radzenie sobie z doświadczeniem bezsilności wobec cierpienia i urazem moralnym. Szkolenie połączy komponent wykładowy z ćwiczeniami praktycznymi – odgrywaniem scenariuszy, analizą przypadków z konfliktów zbrojnych oraz symulacjami interwencji kryzysowych.

Istotnym komponentem kursu będą zajęcia z metodyki prowadzenia treningu odporności – przyszli instruktorzy przyswoją zasady przekazywania wiedzy dorosłym profesjonalistom medycznym, prowadzenia warsztatów angażujących grupę oraz otwierania dialogu o obciążeniach emocjonalnych w środowisku zawodowym. Prowadzenie kursu należy powierzyć doświadczonym ekspertom, w tym psychologom wojskowym posiadającym praktykę szkolenia personelu w zakresie odporności psychicznej. Program zostanie zrealizowany w ramach współpracy eksperckiej z partnerami norweskimi w celu transferu doświadczeń metodycznych oraz opracowania programu dostosowanego do realiów polskiego systemu ochrony zdrowia. Wykorzystanie międzynarodowych doświadczeń w budowaniu odporności operacyjnej pozwoli oprzeć rozwój kompetencji kadr medycznych na rozwiązaniach sprawdzonych w środowisku o najwyższym poziomie obciążenia.

Przy zakładanym wymiarze ok. 40-60 godzin dydaktycznych kurs zostanie rozłożony na kilka zjazdów szkoleniowych, co zapewni uczestnikom czas na przyswojenie materiału i przećwiczenie technik w praktyce zawodowej między kolejnymi sesjami. Komponent praktyczny będzie realizowany z wykorzystaniem zaawansowanej infrastruktury symulacyjnej – pozoracji urazowej, scenariuszy odtwarzanych przez przeszkolonych pozorantów oraz warunków wiernie odzwierciedlających obciążenia towarzyszące rzeczywistym zdarzeniom kryzysowym.

7.4. Zadania instruktorów i wdrażanie odporności w systemie

Po ukończeniu szkolenia instruktorzy odporności psychicznej powinni podjąć działania w dwóch wymiarach. W wymiarze szkoleniowym zadaniem instruktorów będzie prowadzenie regularnych warsztatów i krótkich szkoleń dla szerokiego grona personelu medycznego, realizowanych zarówno w ramach szkoleń wewnętrznych podmiotów leczniczych, jak i jako integralne komponenty kursów medycyny pola walki opisanych w poprzednich sekcjach opracowania. W wymiarze wdrożeniowym instruktorzy będą pełnić funkcję doradców podczas ćwiczeń MASCAL oraz w warunkach rzeczywistych sytuacji kryzysowych.

Jednorazowe przeszkolenie personelu, jakkolwiek niezbędne, nie zapewni trwałej gotowości – kompetencje nieutrwalane regularną praktyką ulegają postępującej degradacji. Kluczowym elementem systemu jest zatem wdrożenie mechanizmów ciągłego utrzymania i odnawiania kwalifikacji. Rekomenduje się wprowadzenie formalnej recertyfikacji uprawnień instruktorów oraz cyklicznych szkoleń przypominających. Recertyfikacja może przyjąć formę krótkiego kursu odświeżającego o wymiarze 1-2 dni, zakończonego testem wiedzy i weryfikacją umiejętności praktycznych, lub alternatywnie – wymogu uczestnictwa w określonej liczbie ćwiczeń doskonalących w danym okresie rozliczeniowym.

Istotnym długofalowym efektem wdrożenia modułu odporności psychicznej będzie stopniowa zmiana kultury pracy w środowisku medycznym, polegająca na włączeniu systematycznej regulacji stresu, rozwijania kompetencji samokontroli oraz odpowiedzialności zespołowej za utrzymanie sprawności działania jako standardu profesjonalnego funkcjonowania. W podejściu inspirowanym modelem ORT nacisk kładziony jest nie na doraźne wsparcie interwencyjne, ale na kształtowanie umiejętności samoregulacji w czasie rzeczywistym, świadome zarządzanie poziomem pobudzenia oraz wzajemne

rozpoznawanie oznak przeciążenia w zespole. Doświadczenia państw nordyckich potwierdzają, że systematyczne wdrażanie programów wsparcia psychologicznego dla personelu służb kluczowych – realizowanych w formie okresowych warsztatów i sesji superwizyjnych – przekłada się na wyższą odporność całego systemu na długotrwałe obciążenia kryzysowe.

7.5. System budowania odporności psychicznej na poziomie regionu

Zwieńczeniem cyklu szkoleniowego – zarówno medycznego, jak i psychologicznego – powinna być kompleksowa symulacja zdarzenia masowego, angażująca przeszkolone zespoły medyczne oraz instruktorów odporności psychicznej. Przeprowadzenie ćwiczenia zasadne jest orientacyjnie po roku od uruchomienia programu, gdy województwo będzie dysponować wystarczającą liczbą przeszkolonego personelu.

Scenariusz ćwiczenia powinien zakładać pełnowymiarowe zdarzenie kryzysowe – atak na infrastrukturę krytyczną skutkujący masowym napływem rannych, ewakuację poszkodowanych do szpitala polowego i okolicznych podmiotów leczniczych, z jednoczesnym komponentem paniki cywilnej. Podczas ćwiczenia instruktorzy odporności psychicznej obserwują reakcje zespołów, a pozoranci odtwarzają zachowania osób w stanie ostrego stresu i obciążeń emocjonalnych, weryfikując zdolność personelu do skutecznej komunikacji i utrzymania sprawności operacyjnej pod presją.

Po zakończeniu części medycznej instruktorzy przeprowadzą pogłębioną odprawę uwzględniającą również wymiar psychologiczny: analizę reakcji emocjonalnych uczestników, identyfikację najbardziej obciążających momentów scenariusza oraz ocenę skuteczności liderów zespołów w utrzymywaniu spójności i morale grupy. Kompleksowa odprawa pozwoli zidentyfikować deficyty w przygotowaniu mentalnym personelu i dostarczy podstaw do dalszego doskonalenia programu. Jednocześnie doświadczenie funkcjonowania pod presją symulowanego konfliktu stanowi dla uczestników praktyczne potwierdzenie nabytych kompetencji – zarówno medycznych, jak i psychologicznych.

Ćwiczenie kulminacyjne pełni funkcję wykraczającą poza weryfikację umiejętności indywidualnych – stanowi systemowy test gotowości województwa do zabezpieczenia medycznego w warunkach kryzysu i dostarcza decydom wymiernych danych o poziomie odporności operacyjnej regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Współczesne doktryny NATO uznają kondycję psychiczną personelu za priorytet operacyjny. Długotrwałe obciążenie psychiczne obniża jakość decyzji i spójność działania zespołów, dlatego przygotowanie mentalne stanowi niezbędne uzupełnienie wyposażenia technicznego oraz kompetencji medycznych. Odporność psychiczna powinna być stałym filarem regionalnego systemu szkolenia.

Model kaskadowy zapewnia skalowalność i trwałość programu – wąska grupa ekspertów szkoli instruktorów regionalnych, a ci obejmują szkoleniem szerokie grono pracowników medycznych. Jednocześnie rozwiązanie to gwarantuje silne osadzenie inicjatywy w lokalnych strukturach, ponieważ instruktorzy wywodzący się z województwa znają specyfikę regionalnego systemu ochrony zdrowia i jego kadry.

W sytuacji rzeczywistego kryzysu województwo będzie dysponować nie tylko personelem przygotowanym klinicznie, ale również funkcjonalną siecią wsparcia psychologicznego, zdolną do utrzymania sprawności operacyjnej zespołów medycznych mimo ekstremalnych obciążeń towarzyszących konfliktowi zbrojnemu.



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY



Samorząd
Województwa
Mazowieckiego

ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa
dyrekcja@wim.mil.pl
tel. +48 261 817 721