

## Specyfika zdarzeń masowych

Rozważania na temat medycznych działań ratowniczych w zdarzeniach masowych wypada poprzedzić przyjęciem pewnych pojęć określających obszar przemysłów. Z medycznego punktu widzenia zdarzenia podzielić można na:

- zdarzenia pojedyncze – poszkodowany może otrzymać pomoc w pełnym zakresie,
- zdarzenia mnogie – liczba poszkodowanych jest większa niż jeden, ale wszystkie osoby wymagające natychmiastowych działań ratowniczych (grupa czerwona) są właściwie zaopatrywane,
- zdarzenia masowe – ich natura zmusza do pewnych kompromisów medycznych, ponieważ liczba poszkodowanych wymagających natychmiastowych działań ratowniczych (grupa czerwona) przekracza możliwości podmiotów ratowniczych obecnych na miejscu zdarzenia w danej fazie działań.

Z powyższego wynika między innymi, że:

- liczba poszkodowanych nie jest jedynym kryterium określania natury zdarzenia,
- bez poszkodowanych w grupie czerwonej zdarzenie nie ma charakteru masowego,
- decydujący wpływ na przyjęcie określonych procedur działania ma stosunek możliwości obecnych na miejscu zdarzenia sił i środków do zapotrzebowania na medyczne działania ratownicze realizowane w trybie natychmiastowym,
- natura zdarzenia może ulec zmianie w czasie działań ratowniczych – zdarzenie masowe staje się zdarzeniem mnogim, a w końcu pojedynczym.

Oczywiście każde zdarzenie z liczbą poszkodowanych większą niż jeden jest zdarzeniem mnogim aż do momentu, kiedy w wyniku segregacji medycznej (rozumianej jako proces określania priorytetów leczniczo-transportowych) okaże się, że liczba poszkodowanych w grupie czerwonej przekracza możliwości podmiotów ratowniczych obecnych w danym momencie na miejscu zdarzenia. Powyższe rozróżnienia mają zasadnicze znaczenie dla właściwego wykorzystania sił i środków oraz w przypadku procedur wyjaśniających i roszczeniowych.

Segregacja medyczna (termin równoważny – triage):

- ma zasadnicze znaczenie dla właściwego wykorzystania ograniczonych możliwości ratowniczych; jej przeprowadzenie jest warunkiem uznania zdarzenia za masowe,
- to wyznaczanie priorytetów zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną,
- to ciągły i dynamiczny proces stwarzający możliwość zmiany kategorii w trakcie działań ratowniczych,
- to wyznaczanie priorytetów, ale nie tworzenie kolejki; ostateczne decyzje pozostają problemem moralnym lekarza,
- stanowi proces, którego zasady powinny być proste, skuteczne i dobrze znane wszystkim

uczestnikom działań ratowniczych.

Segregacja pierwotna realizowana jest przez pierwszych przybyłych na miejsce zdarzenia ratowników- wszystkich, którzy nie realizują działań z zakresu zabezpieczenia miejsca zdarzenia. Ma to na celu jak najszybszą identyfikację osób z grupy czerwonej, a więc o najwyższym priorytecie leczniczo-transportowym. Polega ona na oznaczaniu poszkodowanych kolorami, w przypadku obecności lekarza również z wykorzystaniem koloru czarnego. Jeżeli na miejscu zdarzenia w czasie segregacji wstępnej nie ma lekarza, zaleca się, aby osoby, u których odstąpiono od resuscytacji ratownicy KSRRG oznaczali kolorem żółtym.

#### Organizacja pomocy medycznej

Uznanie zdarzenia za masowe implikuje wdrożenie określonych procedur ratowniczych, w myśl których, m.in. u osób bez oddechu po udrożnieniu dróg oddechowych nie rozpoczyna się czynności resuscytacyjnych – zostają one uznane przez lekarzy za zmarłe. Ta zasada ma fundamentalne znaczenie w sytuacjach, kiedy jako pierwsze na miejsce zdarzenia przybywają służby i podmioty ratownicze nieuprawnione do udzielania pomocy na poziomie medycznych czynności ratunkowych oraz kiedy poszkodowani znajdują się w strefie zagrożenia niedostępnej dla personelu zespołów ratownictwa medycznego. Segregację wstępną realizują wszyscy obecni na miejscu zdarzenia ratownicy, którzy nie są zaangażowani w problemy bezpieczeństwa działań, ponieważ jej najważniejszym celem jest identyfikacja poszkodowanych z grupy czerwonej. Ta zasada podkreśla znaczenie właściwego wyszkolenia personelu ratowniczego w zakresie problematyki zdarzeń masowych.

Zgodnie z polskim ustawodawstwem akcją ratowniczą z udziałem podmiotów KSRRG (praktycznie prawie we wszystkich zdarzeniach mnogich i masowych) dowodzi funkcjonariusz PSP odpowiedniej rangi i do niego należy identyfikacja zagrożeń, wyznaczenie strefy zagrożenia oraz:

- miejsca zgrupowania poszkodowanych chodzących – według niektórych schematów segregacji zaliczanych do grupy zielonej,
- punktu medycznego/obszaru pomocy medycznej – stanowiącego zazwyczaj miejsce zgrupowania poszkodowanych z grupy żółtej, w którym, po wcześniejszym zaopatrzeniu oczekują na transport definitywny, przy założeniu, że poszkodowani z grupy czerwonej po udzieleniu pomocy na miejscu zdarzenia są niezwłocznie transportowani do szpitali,
- miejsca składowania zwłok – dla poszkodowanych zmarłych w czasie działań ratowniczych oraz osób bez czynności życiowych utrudniających prowadzenie działań ratowniczych (pozostałe ciała nie powinny być przemieszczane - dla celów dochodzeniowych) wraz z zapewnieniem właściwego nadzoru dla zachowania szacunku dla majestatu śmierci,
- punktu przyjęcia sił i środków – właściwe wyznaczenie tego miejsca zapewnia płynny i bezkolizyjny ruch ambulansów, co ma duże znaczenie organizacyjne,

- lądowiska dla śmigłowca.

#### Ewakuacja poszkodowanych a segregacja

Ratownicy PSP nie są uprawnieni do realizacji transportu medycznego, za wyjątkiem przypadków, w których przemieszczanie poszkodowanych odbywa się na prośbę personelu zespołów ratownictwa medycznego. Przewożenie poszkodowanych, szczególnie tych w stanie ciężkim, często wymaga przygotowania ich poprzez odpowiednie działania medyczne. Ratownicy PSP, jako przedstawiciele jedynej profesjonalnej formacji ratowniczej o zasięgu powszechnym, są natomiast zobowiązani do ewakuacji poszkodowanych ze strefy zagrożenia. W tym rozumieniu ewakuacja jest procedurą o znaczeniu priorytetowym, realizowaną zawsze w trybie natychmiastowym. Te ustalenia jednoznacznie określają zakres odpowiedzialności ratownika za życie i zdrowie poszkodowanego, między innymi ze ewentualne urazy i obrażenia wtórne powstałe w czasie jego przemieszczania.

W zdarzeniu masowym już w strefie zagrożenia pojawia się konieczność segregacji poszkodowanych, pozwala ona na właściwe wykorzystanie przeważnie niewystarczających sił i środków. Działający w strefie zagrożenia wyszkoleni ratownicy PSP nie są upoważnieni do stwierdzenia zgonu, mogą natomiast odstąpić od resuscytacji i ewakuacji w warunkach zdarzenia masowego – wtedy oznaczają osoby bez tętna i oddechu kolorem żółtym (w nocy, w miarę możliwości, za pomocą światła), nadając im wtórny priorytet transportowy. Osoby poruszające się o własnych siłach, bez widocznych obrażeń, są wyprowadzane i grupowane w punkcie medycznym lub miejscu wyznaczonym dla grupy „zielonych”. Pozostali poszkodowani z oznakami życia są ewakuowani poza strefę zagrożenia o własnych siłach, za pomocą standardowych noszy lub technik alternatywnych, pomoc poza strefą zagrożenia udzielana jest według priorytetów segregacyjnych. Należy pamiętać, że z uwagi na konieczność niezwłocznej ewakuacji ze strefy zagrożenia, rozumianej jako działanie ratujące życie realizowane w trybie natychmiastowym wszyscy poszkodowani pozostający w strefie są zaliczani do grupy czerwonej. W razie zaistnienia strefy zagrożenia i braku możliwości prowadzenia segregacji w strefie, triage osób ewakuowanych odbywa się na granicy strefy i obszaru udzielania pomocy medycznej. Osoby ewakuowane siłami ratowników powinny być układane w odległości ok. 1,5 m od siebie, co zapewnia swobodny dostęp do nich podczas udzielenia pierwszej pomocy medycznej i realizacji medycznych czynności ratunkowych.

Specyfiką polskiego ratownictwa jest dostępność na miejscu zdarzenia lekarzy i ratowników medycznych z zespołów ratownictwa medycznego. Daje to możliwość realizacji zadań związanych z segregacją poszkodowanych na najwyższym poziomie merytorycznym. Pierwszy przybyły na miejsce zdarzenia lekarz lub osoba o kompetencjach w zakresie ratownictwa medycznego wyższych niż kompetencje kierującego działaniami ratowniczymi – KDR (np. ratownik medyczny) powinien objąć obowiązki koordynatora medycznych działań ratowniczych – KMDR, stale współpracującego z KDR.

Gdy nie stwierdzi się istnienia strefy zagrożenia, lekarz ten powinien dokonać pełnego rozpoznania stanu poszkodowanych, rodzaju obrażeń i liczby poszkodowanych, zachowując najwyższy priorytet dla poszkodowanych z grupy czerwonej, oraz zlecić obecnym na miejscu zdarzenia ratownikom udzielanie pomocy medycznej stosownie do ich kompetencji i zobowiązań. Kolejność udzielania pomocy w danej grupie segregacyjnej zależy od warunków kryteriów medycznych, ale w wielu przypadkach jest poważnym problemem moralnym ratowników.

Co mogą ratownicy

Standard wyszkolenia ratowników PSP i OSP z zakresu ratownictwa medycznego zapewnia m.in.:

- możliwość udrożnienia dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi oraz przy użyciu rurki ustno-gardłowej i urządzenia ssącego, opcjonalnie z wykorzystaniem maski krtaniowej i rurki krtaniowej,
- wentylację kontrolowaną z wykorzystaniem worka samorozprężalnego i respiratora,
- tlenoterapię 100% tlenem,
- tamowanie krwotoków zewnętrznych,
- stabilizację i unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań oraz zwichnięć,
- zapewnienie termoizolacji.

Te możliwości mogą być niezwykle przydatne w procesie zaopatrywania poszkodowanych z grupy czerwonej i żółtej.

Poszkodowani kwalifikowani są do odpowiednich grup segregacyjnych, a przybyłe na miejsce zdarzenia zespoły ratownictwa medycznego realizują medyczne czynności ratunkowe wobec poszkodowanych wskazanych przez KMDR. Przy właściwej organizacji zabezpieczenia miejsca zdarzenia nie ma konieczności dodatkowego grupowania poszkodowanych z grupy czerwonej w specjalnie wybranym miejscu. Obserwacje i analizy ćwiczeń oraz zdarzeń rzeczywistych wykazały, że próby stosowania sugerowanej przez niektóre oficjalne dokumenty międzynarodowe zasady gromadzenia poszkodowanych w tzw. obszarze zgrupowania poszkodowanych, następnie przemieszczania ich do tzw. strefy segregacji, a później do strefy udzielania pomocy dla grupy czerwonej, żółtej oraz zielonej – po to, by po wstępnym zaopatrzeniu ponownie przemieszczać ich do strefy transportu, owocowały niemożliwym do opanowania chaosem i poważnymi błędami medycznymi.

Zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z zasadami sztuki medycznej, zajmują się w pierwszej kolejności wyznaczonymi poszkodowanymi z grupy czerwonej i przygotowują ich do transportu do szpitala. Przed przybyciem na miejsce zdarzenia sił i środków przewidzianych w planie ratowniczym na wypadek zdarzenia mnogiego lub masowego zespoły ratownictwa medycznego powinny – na polecenie KMDR – realizować medyczne czynności ratunkowe wobec kolejnych poszkodowanych z grupy czerwonej, przygotowując ich do transportu. W tej fazie działań KMDR rozpoznaje potrzeby

w zakresie ratownictwa medycznego u pozostałych poszkodowanych.

Może się zdarzyć, że osoby zakwalifikowane uprzednio do grupy zielonej lub żółtej z powodu prezentowanych aktualnie objawów wymagać będą zakwalifikowania do grupy o wyższym priorytecie leczniczo-transportowym.

Po wdrożeniu procedur leczniczych odpowiednich dla poszkodowanych z grupy czerwonej, a przed rozpoczęciem transportu definitywnego przeprowadza się segregację wtórną – przy wykorzystaniu dokumentacji medycznej. Wynik segregacji wtórnej uzależniony jest od reakcji poszkodowanych na wdrożone procedury lecznicze i często różni się od wyników segregacji wstępnej – niektórzy poszkodowani w wyniku skutecznego leczenia np. wstrząsu, kwalifikują się do grupy żółtej, niektórzy mimo wdrożonego intensywnego postępowania leczniczego giną na miejscu zdarzenia. W zasadzie żaden poszkodowany z grupy czerwonej nie powinien być transportowany do szpitala, dopóki wszyscy z tejże grupy nie uzyskają odpowiedniej pomocy medycznej. Jedynym akceptowalnym wyjątkiem jest podejrzenie oddzielenia łożyska u ciężarnej w okresie okołoporodowym – taka osoba ma absolutny priorytet transportowy.

#### Transport poszkodowanych

Zdarzenia masowe w warunkach pokoju mogą dotyczyć różnej liczby poszkodowanych. Przyjmuje się, że planowanie dla zdarzeń z liczbą poszkodowanych mniejszą niż 40-80 jest nieracjonalne. Spośród poszkodowanych w zdarzeniu masowym statystycznie około 20 proc. wymaga działań leczniczych w trybie natychmiastowym i przygotowania do transportu, a także leczenia w czasie transportu i interwencji w warunkach szpitalnych – najczęściej działań wymagających otwarcia jam ciała w warunkach jałowych.

Poszkodowani, po wdrożeniu procedur medycznych przygotowujących ich do transportu, są przemieszczani do szpitali w kolejności wyznaczonej przez KMDR po konsultacji (w miarę możliwości) z obecnymi na miejscu zdarzenia lekarzami. W zależności od konstrukcji środka transportu, obrażeń poszkodowanych oraz możliwości wyznaczonego szpitala można zdecydować o transporcie więcej niż jednego poszkodowanego w typowym ambulansie. Konsylium lekarskie pozwala na maksymalnie racjonalne określenie rzeczywistych szans na przeżycie poszczególnych poszkodowanych, niestety często jest to zadanie trudne z uwagi na silne napięcie psychiczne u uczestników działań ratowniczych. W przypadku deficytu środków transportu KMDR może poprosić KDR o transport poszkodowanych z wykorzystaniem środków transportu pozostających w dyspozycji KSRG – odpowiedzialność za decyzję o transporcie niestandardowym środkiem transportu ponosi medyk, stan poszkodowanego nadzorują, w razie konieczności, ratownicy KSRG.

Należy pamiętać, że pojawiająca się w literaturze zasada przypisywania poszkodowanych

poruszających się o własnych siłach (chodzących) do grupy zielonej ma ograniczone zastosowanie – praktycznie jedynie we wczesnej fazie organizacji działań ratowniczych, kiedy KDR, często za pomocą sprzętu głośnomówiącego i ratownicy kierują poszkodowanych poruszających się samodzielnie w określone miejsce dla celów porządkowych. Okazuje się często, że poszkodowany poruszający się o własnych siłach może z powodu odniesionych obrażeń lub stanu zdrowia kwalifikować się do grupy żółtej (np. złamanie otwarte przedramienia) lub czerwonej ( np. krwotok, rana ssąca klatki piersiowej, oparzenie dróg oddechowych, wstrząs... ). Z tego powodu lapidarne sformułowanie „chodzący = zielony” jest nieprawdziwe, a bezrefleksyjne stosowanie takiej zasady może powodować poważne błędy ratownicze. Należy również pamiętać, że w praktyce ratowniczej KSRG zdarzają się sytuacje, w których osoby w dobrym stanie zdrowia wymagają natychmiastowych działań ratowniczych pod postacią ewakuacji ze strefy zagrożenia i jako takie należą do grupy czerwonej.

Praktyczna zasada opieki nad poszkodowanymi z grupy chodzących polega na zgrupowaniu ich w pozycji siedzącej w taki sposób, aby opiekujący się nimi ratownik miał możliwość stałej obserwacji ich twarzy. Należy przyjąć, że poszkodowani z grupy „zielonej” mogą zachowywać się irracjonalnie w wyniku stresu psychicznego, a ponadto warunki oceny stanu zdrowia w zdarzeniu mnogim lub masowym zazwyczaj nie pozwalają na jednoznaczne wykluczenie obrażeń wewnętrznych. Aby zachować porządek w grupie „zielonych” i uniknąć przypadków maruderstwa, niezbędna może być pomoc służb porządkowych.

Właściwie skonstruowany i wyposażony środek transportu zespołu ratownictwa medycznego umożliwia wyniesienie sprzętu medycznego, aparatury oraz leków i zastosowania ich w ramach medycznych procedur ratowniczych. Wynika z tego, że miejsce stacjonowania przybyłych na miejsce zdarzenia ambulansów powinno być wyznaczane według kryteriów płynności i bezpieczeństwa ruchu. Obserwowana często tendencja do wjeżdżania ambulansów na teren obszaru pomocy medycznej lub, co gorsza, w strefę zagrożenia jest zjawiskiem nieprawidłowym, niemającym żadnego uzasadnienia medycznego ani organizacyjnego.

Osoby żyjące, ale uznane za nierokujące przeżycia w aktualnej sytuacji organizacyjnej systemu ratowniczego kwalifikowane powinny być do grupy żółtej, a nie – jak głoszą niektóre doktryny – czarnej. Osoba dająca oznaki życia nie może być uznana za zmarłą, (a oznaczenie kolorem czarnym praktycznie jest równoważne ze stwierdzeniem zgonu), ograniczenie bezowocnych w warunkach zdarzenia masowego wysiłków realizowane jest poprzez nadanie takiej osobie wtórnego priorytetu leczniczo-transportowego. Rozwój systemu transplantacji organów może mieć wpływ na procedury segregacyjne.

W razie zgonu poszkodowanego w czasie transportu do szpitala zespół ratownictwa medycznego powinien wrócić na miejsce zdarzenia, przekazać zwłoki do miejsca składowania zwłok i ponownie

włączyć się do akcji ratowniczej. Takie postępowanie pozwoli na maksymalnie efektywne wykorzystanie sił i środków

### **Obrażenia ratowników**

Przypadki zaburzeń emocjonalnych i psychicznych wśród ratowników wymagają niezwłocznej interwencji, polegającej na wyłączeniu ratownika z akcji. Należy traktować takie zdarzenie jak skutki urazu fizycznego, uniemożliwiające, co prawda, dalszy udział w danej akcji, nieprzekreślające jednak przydatności ratownika do służby.

Obrażenia odniesione przez ratowników powinny być zaopatrywane w pierwszej kolejności, a wszelkie objawy ich przemęczenia – zwłaszcza strażaków pracujących w ubiorach i sprzęcie ochronnym – powinny skutkować natychmiastowym wyłączeniem z akcji ratowniczej. Jednym z celów procesu szkolenia jest wpojenie ratownikom zasady profesjonalnej analizy możliwości działania w sytuacjach, które ze swej natury powodują bardzo silne napięcia psychiczne i skłonność do działań heroiczych i nieracjonalnych.

Prowadzone w kraju programy pilotażowe mogą stanowić podstawę rozwiązań umożliwiających zabezpieczenie logistyczne medycznych działań ratowniczych w zdarzeniach o charakterze mnogim i masowym przez Państwową Straż Pożarną. Docelowo PSP ma mieć możliwość zadysponowania na miejsce zdarzenia mobilnych medycznych zestawów ratunkowych, zawierających m.in. namioty ewakuacyjne wraz z osprzętem, zestawy noszy, opatrunków, sprzęt do tlenoterapii, szyny do unieruchamiania, koce, śpiwory, leki i narzędzia chirurgiczne.

Pojawienie się mobilnego medycznego zestawu ratunkowego na miejscu zdarzenia mnogiego lub masowego umożliwi stworzenie właściwych warunków oczekiwania na transport definitywny poszkodowanych z grupy „żółtej”. Oświetlony i ogrzewany namiot traktowany jako punkt/obszar pomocy medycznej, oraz nadzór lekarski po wdrożeniu procedur ratowniczych umożliwiają uniknięcie transferu katastrofy do najbliższego szpitala. Jedynie w szczególnych przypadkach w namiocie ewakuacyjnym znajdują się poszkodowani z grupy „czerwonej” – praktycznie wtedy, kiedy warunki miejscowe uniemożliwiają przeprowadzenie medycznych procedur ratowniczych lub, gdy dalsza ekspozycja na warunki atmosferyczne w oczekiwaniu na pilny transport do szpitala grozi wychłodzeniem albo przegrzaniem. Namiot taki nie powinien być miejscem udzielania kpp, której należy udzielić jak najszybciej po dotarciu do poszkodowanego. Występująca w czasie ćwiczeń i zdarzeń rzeczywistych tendencja do ewakuacji poszkodowanych do punktu/obszaru pomocy medycznej bez udzielenia pomocy jest zjawiskiem nieprawidłowym i powoduje znaczne obniżenie skuteczności działań ratowniczych.

Należy pamiętać, że KDR ma prawo przejąć w czasowe użytkowanie środki transportu, np. autobus komunikacji międzymiastowej, jako punkt medyczny lub środek transportu poszkodowanych. Niejednokrotnie do ewakuacji lub transportu poszkodowanych wykorzystywane są środki transportu

będące w dyspozycji podmiotów KSRG. W takich sytuacjach ścisła współpraca lekarza zespołu ratownictwa medycznego z KDR może okazać się niezwykle ważna.

Efektywne kierowanie działaniami ratowniczymi wymaga oczywiście niezawodnego systemu łączności pomiędzy ratownikami oraz możliwości komunikacji, głównie głosowej, z poszkodowanymi i zagrożonymi uczestnikami zdarzenia. Niestety trudno powiedzieć, by te problemy zostały już rozwiązane w sposób zadowalający.

Ani KDR, ani KMDR nie mogą być obarczani odpowiedzialnością za koordynację działań ratowniczych poza miejscem zdarzenia. Właściwie funkcjonujące centrum powiadamiania ratunkowego powinno prowadzić stałą analizę możliwości poszczególnych placówek ochrony zdrowia włączonych do systemów ratowniczych oraz podmiotów z systemami współpracujących. Wszelkie działania ratownicze powinny być oparte na właściwych terytorialnie planach ratowniczych, stanowiących zbiory procedur uruchamianych w zależności od rodzaju i skali zagrożenia.

### **Rola CPR**

W zdarzeniach masowych kluczową informację stanowi dostępność sal operacyjnych i zabiegowych oraz personelu gotowego do wykonania zabiegów ratujących życie. We wczesnym okresie akcji ratowniczej, gdy czynnik czasu odgrywa decydującą rolę w walce o przeżycie poszkodowanych z grupy czerwonej, tak chętnie przesyłane informacje o liczbie tzw. wolnych łóżek szpitalnych są praktycznie bezużyteczne.

Otrzymując od personelu służb i podmiotów ratowniczych informacje o zdarzeniu zakwalifikowanym jako masowe, centrum powiadamiania ratunkowego uruchamia odpowiednie procedury i rozpoczyna jednocześnie koordynację medycznych działań ratowniczych poza miejscem zdarzenia. Po otrzymaniu od KMDR, po wdrożeniu medycznych czynności ratunkowych i przeprowadzeniu segregacji wtórnej, informacji na temat stanu/obrażeń osób z grupy czerwonej czyli zapotrzebowania na pilne zabiegi operacyjne i inne procedury z zakresu poszczególnych specjalności medycznych, CPR kieruje zespoły ratownictwa medycznego do poszczególnych szpitali.

W sytuacjach przewidzianych planem ratowniczym CPR dysponuje odpowiednie siły i środki Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Ma to miejsce wtedy, gdy: odległość od miejsca zdarzenia do szpitala mogącego udzielić pomocy poszkodowanemu uzasadnia użycie śmigłowca jako środka transportu medycznego, warunki miejscowe uniemożliwiają działania środków transportu kołowego, potwierdzona lub przewidywana liczba poszkodowanych uzasadnia zadysponowanie kolejnego specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego.

Podobne zasady dotyczą poszkodowanych z grupy żółtej i zielonej – brak konieczności interwencji w trybie natychmiastowym nie zmniejsza wymogów dotyczących jakości działań, ze szczególnym



uwzględnieniem właściwej dokumentacji. W zasadzie wszystkie osoby poszkodowane w wyniku zdarzenia powinny trafić do szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie mogą być definitywnie przebadane i poddane leczeniu lub zwolnione. W praktyce jednak nie ma możliwości pozbawienia osoby w dobrym stanie ogólnym fizycznym i psychicznym, bez widocznych obrażeń, a więc osoby z grupy zielonej, czasem również żółtej, możliwości swobodnego przemieszczania – także opuszczenia miejsca zdarzenia. W takich przypadkach szczególnego znaczenia nabiera właściwa dokumentacja poświadczająca decyzję poszkodowanego uczestnika zdarzenia. Może być ona podstawą do oceny działań na potrzeby statystyczne, naukowe oraz w związku z ewentualnymi procedurami roszczeniowymi.

Dotychczasowe rozważania dotyczyły modelu zdarzenia mnogiego lub masowego, w którym dominującym problemem medycznym były obrażenia spowodowane urazami mechanicznymi i termicznymi. Zdarzenia wymagające dekontaminacji dużej liczby poszkodowanych nadal stwarzają poważne problemy organizacyjne i w celu rozwiązania tych problemów PSP przyjęła doktrynę dekontaminacji wstępnej traktowanej jako działanie ratownicze, a polegającej na zmyciu u osoby skażonej odsłoniętych oraz mogących ulec skażeniu okolic ciała, pozbawieniu jej odzienia, oraz zabezpieczeniu przed czynnikami atmosferycznymi na czas oczekiwania na dekontaminację całkowitą przy wykorzystaniu zestawu ubioru zastępczego wstępnego. Decyzję o uznaniu zdarzenia za masowe podejmuje na podstawie wyników segregacji wstępnej dowódca sił KSRG lub kierownik pierwszego przybyłego na miejsce zdarzenia podmiotu ratowniczego. Moment podjęcia tej niezwykle ważnej decyzji musi być właściwie udokumentowany, szczególnie w centrum powiadamiania ratunkowego, które na tej podstawie uruchamia przewidziane w planie ratowniczym procedury. Tak długo, jak zdarzenie ma charakter masowy, sytuacja prawna ratowników jest szczególna – są upoważnieni do realizacji określonych kompromisów medycznych, podporządkowanych zasadzie ratowania tylu osób, ile jest możliwe. Z tego powodu działania nakierowane na ratowanie życia mogą być nieoptymalne z punktu widzenia sztuki medycznej, a mimo to nie stanowią podstawy do zastrzeżeń i roszczeń. Jednak w czasie trwania akcji ratowniczej dysproporcja pomiędzy możliwościami dostępnych sił i środków a zapotrzebowaniem na działania ratownicze zmniejsza się, osiągając poziom, na którym zdarzenie można uznać za mnogie, co gwarantuje każdemu poszkodowanemu otrzymanie optymalnej pomocy medycznej. Moment, w którym na mocy decyzji KMDR zdarzenie traci charakter masowy musi być również dokładnie udokumentowany.

Właściwa organizacja systemu ratowniczego może zapewnić odpowiednią wytrzymałość wszystkich ogniw łańcucha przeżycia i zmniejszyć do minimum liczbę zgonów do uniknięcia.