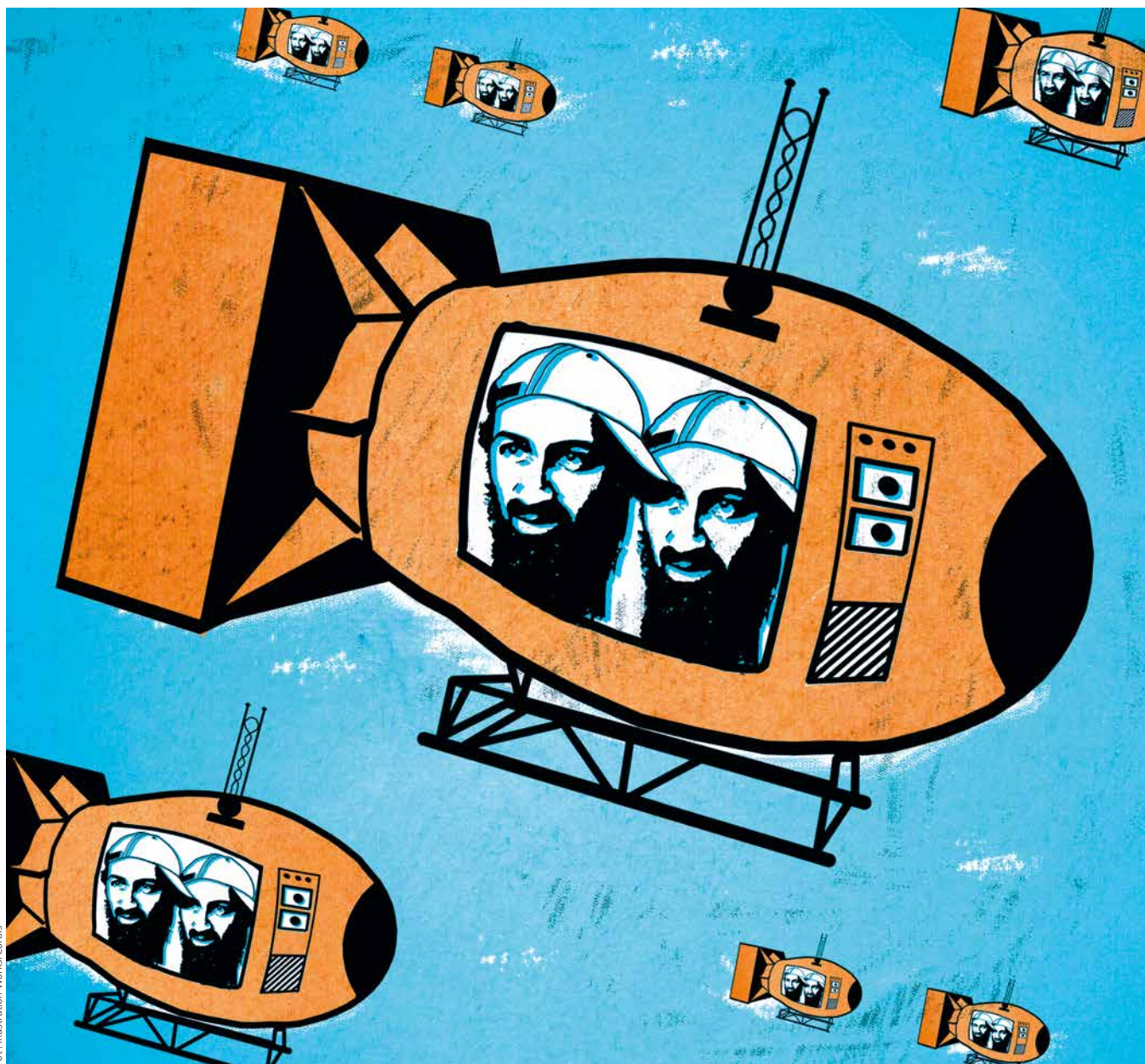


## Lekarze, ratownicy i pielęgniarki na celowniku terrorystów



Fot. Illustration Works/Corbis

# Zamach: jak być mądrym przed szkodą

Wydarzenia na Bliskim Wschodzie, ekspansja ruchów islamistycznych, wypadki na Ukrainie i ponowny wzrost aktywności ugrupowań terrorystycznych wywołują bardzo poważne zaniepokojenie znawców tematyki terroryzmu. W Polsce często ten problem bagatelizujemy. Czy słusznie? Jak przygotować nasze służby medyczne do ewentualnych zamachów?

Naszą cechą narodową jest zajmowanie się problemami po ich wystąpieniu. Historia terroryzmu pokazała, że nie jest to typowo polska cecha. Analiza wydarzeń 11 września 2001 r. wykonana przez amerykańskie służby dowiodła, że wszystkie elementy puzzli były widoczne i łatwe do ułożenia. Czego zabrakło ekspertom od bezpieczeństwa? Po prostu wyobraźni. Zaskoczeniem okazały się także ataki na kolej podmiejską w Madrycie 11 marca 2004 r., a przecież zaangażowanie wojsk hiszpańskich w Iraku nie było mniejsze niż polskich.

### Nasze podwórko

Analiza ryzyka nie stawia nas niestety w dobrej sytuacji. Na nasze szczęście wiele wskazuje na to, że przeprowadzenie zamachów na podobną skalę w Polsce byłoby o wiele trudniejsze niż w USA i Hiszpanii. Dotychczas zasadą działania, która umożliwia funkcjonowanie siatek terrorystycznych o charakterze islamistycznym, jest krycie się za plecami dużych społeczności arabskich, pakistańskich, palestyńskich i in. Równocześnie jednak przygotowanie zamachu i jego realizacja mogą się odbywać w zupełnie innych miejscach, zwłaszcza w sytuacji swobodnego przemieszczania się ludzi, pojazdów i towarów. Operację można zaplanować i zorganizować na przykład we Francji czy Niemczech, a przeprowadzić w Polsce.

W dostępnej literaturze można znaleźć prawie 100 definicji zjawiska terroryzmu. Najtrafniejsza i najprostsza wydaje się ta stosowana przez FBI: terroryzm jest bezprawną groźbą lub użyciem przemocy motywowanym względami politycznymi, narodowościowymi, religijnymi lub ideologicznymi.

Zjawisko jest stare jak historia konfliktów, jednak na przełomie XIX i XX w. nastąpiło jego nasilenie oraz dołączenie nowego narzędzia walki terrorystów – mediów. Zabójstwo księcia Ferdynanda w bośniackim Sarajewie pokazało, jaka jest moc i szybkość medialnych, społecznych, narodowych i politycznych następstw aktu terroru.

Należy pamiętać, że jednym z głównych (być może głównym) celem terrorystów jest wywołanie strachu. To on ma powodować zmiany, do których dążą, dlatego zasadą wielu rządów jest nienegocjowanie z terrorystami. To słuszne założenie, niestety, nie zawsze jest realizowane.

### Lekarze, chrońcie się

Przez wiele lat po II wojnie światowej terroryzm grup narodowościowych (IRA, ETA), lewicowych (Czerwone Brygady, RTF, Action Direct), a nawet OWP charakteryzował się „celowaniem” w struktury państw kojarzonych jako wrogie. Nie obywało się bez ofiar cywilnych, a w wypadku terroryzmu powietrznego lat 70. i 80. przypadkowe osoby stawały się zakładnikami.

Często cel akcji terrorystów stanowiły policja, straż pożarna i załogi ambulansów. Znany sposób sto-

”Małe ładunki detonowane w porcjach świńskiej tkanki pokrytej kawałkami odzieży pozorowały ofiary wśród ludzi. Prawdziwym celem akcji terrorystów były załogi ambulansów, które przybywały na ratunek”

sowanym przez IRA było wysadzanie niewielkiego ładunku w pojemniku z świńskimi tkankami i odzieżą. W ten sposób pozorowało ofiary wśród ludzi, a głównym obiektem zamachu były reagujące służby.

Oblicze terroryzmu zmieniło pojawienie się nurtu samobójczego (Sri Lanka, Bejrut 1983 r.). Okazał się on przerażająco skutecznym narzędziem i zakończył wiarę w możliwości rozwiązań negocjacyjnych, a w przekazie medialnym uderzał bezwzględnością i okrucieństwem.

Kolejnym przełomem były ataki na WTC. Skala zdarzenia, okrucieństwo i przypadkowość ofiar (liczba szacowana na 2801) wraz z przekazem medialnym tej tragedii wpłynęły w znaczący sposób na losy świata. Atakując 11 września 2001 r. szkołę podstawową w Bieśle, terroryści po raz kolejny pokazali, że nie istnieją dla nich żadne granice. Teraz nikt już nie wątpi, że w dążeniu do swoich celów ugrupowania terrorystyczne nie uznają żadnych granic i ograniczeń.

### Odłamki i fala uderzeniowa

Skutki zamachów zależą oczywiście od wykorzystanych narzędzi, szacuje się jednak, że w ostatnich 20 latach ponad 90 proc. ofiar zginęło na skutek wybuchów. Zazwyczaj stosowane są różnej konstrukcji urządzenia improwizowane (*improvised explosive device*) lub ładunki przenoszone przez człowieka. Oddziaływanie zależy od środowiska zamachu, w wypadku pomieszczeń zamkniętych lub środków komunikacji przeważają obrażenia ciśnieniowe, a w zamachach w środowisku otwartym dominuje efekt oddziaływania odłamkowego.

Oczywiście w katalogu narzędzi terrorystów znajduje się także wiele innych rodzajów broni, jednak największe obawy budzi wykorzystanie środków o charakterze CBRN (*chemical, biological, radiological, nuclear*). Największy zamach z ich użyciem przeprowadzono 20 marca 1994 r. w Tokio, gdzie wykorzystano gaz bojowy (sarin). Zamach ten wywołał ogromne poruszenie i pokazał bezradność służb (znaczna część poszkodowanych to policjanci i personel medyczny). Przy tak ogromnej skali skutki (12 ofiar śmiertelnych przy ponad 5500 zatrutych) okazały się mniejsze, niż oczekiwali zamachowcy. Próby wykorzystania środków bio-

logicznych podejmowano w zamachach na terenie Izraela, gdzie zakazano zamachowców samobójców (m.in. WZW C), uzyskując zakaźny materiał biologiczny. W kontekście zagrożenia ebolą brzmi to szczególnie groźnie. Kilkakrotnie notowano też próby „zabrudzenia” IED materiałami rozszczepialnymi.

Z punktu widzenia działania służb ratowniczych i medycznych istotny jest modus operandi terrorystów – zsynchronizowane ataki w wielu miejscach (Londyn, Madryt, Moskwa), co w znacznym stopniu utrudnia prowadzenie działań ratowniczych i zwiększa liczbę ofiar (np. w zamachach madryckich obrażeń doznało ponad 1400 osób). Wielośrodkowe badania pokazały, że średnio 20 proc. z nich doznaje obrażeń bezpośrednio zagrażających życiu (kategoria czerwona). Łatwo na tej podstawie obliczyć potencjalne obciążenia systemu ratownictwa medycznego oraz szpitali.

Dodatkowo, jak pokazują doświadczenia blisko – i środkowowschodnie, należy się liczyć z ryzykiem celowych ataków na ambulanse i ich załogi czy szpitale.

W czasie intifady, gdy dyżurowałem w izraelskim pogotowiu MDA, część zespołów, z którymi pracowałem, w zależności od lokalizacji była wyposażana w opancerzone ambulanse, a hełm i kamizelka kuloodporna stanowiły elementarne wyposażenie (część paramedyków miała także broń krótką). Zabezpieczenia te wynikały niestety z kilku przypadków ostrzelania ambulansów lub obrzucania ich środkami zapalającymi. Podobnie środki bezpieczeństwa stosowano w szpitalach, gdzie ochrona sprawdzała wszystkie wjeżdżające ambulanse, choć miały oznaczenie MDA.

Źródłem trudności może być specyfika obrażeń będących kombinacją skutków oddziaływania fali uderzeniowej, odłamków, oparzeń i inhalacji środków toksycznych. Pacjenci często wymagają zaopatrzenia odmy, prowadzenia wentylacji zastępczej, zaopatrzenia krwotoków. W konfrontacji z masowością oraz napływem lżej poszkodowanych może to stanowić duże obciążenie nawet w aglomeracjach posiadających dobrą bazę szpitalną.

W Polsce dysponujemy sporą wiedzą bardzo pomocną w przygotowaniu podobnych działań. Wynika ona z doświadczenia szpitala polowego w Ghazni. Zasób wiedzy i doświadczeń warto wykorzystać na etapie planowania i przygotowania.

### Szpitale za kordonem

Zamach terrorystyczny nie jest zwykłym wypadkiem masowym. Jednym z problemów, jakie mogą się pojawić, z pozoru banalnym, jest paraliż sieci połączeń komórkowych. Czy ktoś o tym pomyślał, opierając systemy przywoławcze w polskich szpitalach właśnie na komórkach, podobnie jak znaczną część łączności ratownictwa medycznego?

Otwarcie należy przyznać, że potencjalne zdarzenia o charakterze CBRN doprowadzą do katastrofy na nie-

spotykaną skalę. Problemem może się okazać już etap pierwszych reakcji służb, zanim dojdzie do rozpoznania albo wykrycia czynników z tej grupy. Kolejnym może być masowa dekontaminacja.

Doświadczenia wskazują także, że konieczne jest kordonowanie szpitali. Nie wynika to jedynie z procedur bezpieczeństwa, ale przede wszystkim z konieczności ochrony przed naporem mediów, krewnych i znajomych ofiar, a w pewnych wypadkach fali osób z lekkimi obrażeniami docierających do najbliższego szpitala na własną rękę.

Takie elementy, jak komunikacja, kontakty z mediami, organizacja obiegu informacji o ofiarach zdarzenia (centrum informacyjne do kontaktu z rodzinami), muszą być starannie zaplanowane, przygotowane i przećwiczone.

### Paraliż komunikacyjny

Trudności wzmagają się także w wyniku paraliżu komunikacyjnego (zarówno w łączności, jak i możliwości poruszania się po aglomeracji). Co ciekawe, doświadczenia londyńskie pokazały, że nawet sprawny system łączności służb oparty na cyfrowym rozwiązaniu TETRA był sparaliżowany przez pierwsze dwie godziny operacji.

Ostatnim, ale bardzo istotnym problemem pozostaje kwestia postępowania z ciałami ofiar. Procedura DVI (*disaster victim identification*) stała się bardzo dynamiczną dziedziną nauki i organizacji tego procesu. Doświadczenia Nowego Jorku, tsunami na Oceanie Indyjskim i katastrofy lotnicze oraz liczne zamachy terrorystyczne usystematyzowały i zobiektywizowały ten proces. Jest on dość czasochłonny (identyfikacja osób, które poległy w locie Malaysia Airlines nad Ukrainą, trwała ponad miesiąc; w przypadku Nowego Jorku o wiele dłużej). Systematyka i zasady DVI niestety brutalnie obnażają pseudodziałania po jednej z głośnych katastrof polskich statków powietrznych w ostatnich latach.

Należy także brać pod uwagę konieczność przechowywania ciał (często znacznie rozfragmentowanych). Zazwyczaj przy skali porównywalnej np. z zamachem w Madrycie (192 ofiary śmiertelne) wykorzystuje się do tego celu mobilne zestawy DVI Units, które zaczęto tworzyć po doświadczeniu tsunami.

Podsumowując: terroryzm jest niezmiernie groźnym zjawiskiem. Niestety analizy wskazują na rosnący poziom ryzyka w Europie. W dobie Europy bez granic bardzo trudno powiedzieć, że jesteśmy wolni od ryzyka. Poza imponującą sprawnością jednostek służących do jego zwalczania ważne jest także, aby być przygotowanym na to, co naprawdę może się zdarzyć, czyli na potrzebę reagowania na jego skutki. W tym kontekście słowa „terroryzm” i „medycyna” stają się bardzo bliskie.

Przemysław Guła

Autor jest ekspertem Wojskowego Instytutu Medycznego.