

Nemzeti Közsolgálati Egyetem

Hadtudományi Doktori Iskola

Doktori (PhD) értekezés tervezet

Dr. Faggyas Attila r.o. ezredes

Budapest, 2025.

Nemzeti Közszołgálati Egyetem

Hadtudományi Doktori Iskola

Dr. Faggyas Attila r.o. ezredes

A speciális terrorelhárító műveletek egészségügyi biztosításának sajátosságai. A TEK taktikai medicina modelljének felépítése és gyakorlati alkalmazása. A taktikai medicina európai oktatási rendszerének kialakítása.

Doktori (PhD) értekezés tervezet

Témavezető:

dr. Svéd László PhD. ny. o. altábornagy

aláírás

Budapest, 2025.

TARTALOMJEGYZÉK

Tartalomjegyzék.....	3
Bevezetés.....	9
A releváns szakirodalom áttekintése	10
Kutatási hipotézisek	14
Kutatási célok.....	15
A kutatási módszertan	16
Szakirodalom feldolgozása.....	17
Saját oktatási anyagok és tematikák	17
Kérdőíves felmérés.....	18
Adatbázisok.....	19
Rendszerszemléletű megközelítés	20
Esettanulmányok és korábbi publikációk felhasználása.....	20
1. A terrorizmus.....	21
1.1. A terrorizmusról általában.....	21
1.2. A terrorizmus definíciója egészségügyi szemlélettel	23
1.3. A terrorizmus korszakai	24
1.3.1. A terrorizmus klasszikus korszaka	24
1.3.2. A terrorizmus modern korszaka	25
1.3.3. A terrorizmus posztmodern korszaka	26
1.4. Részkövetkeztetések.....	28
2. A terrorizmus a katasztrófák klasszifikációjában.....	30
2.1. A terrorizmus mint katasztrófa.....	30
2.2. Globális biztonságot veszélyeztető legfőbb kihívások.....	36
2.3. Részkövetkeztetések.....	38
3. A terrorizmus alakulásának hatásai a fegyveres szervezetek működésére, egészségügyi képességeire	40
3.1. Terrorizmus hatása a fegyveres erők működésére – katonai rendszerek.....	40
3.2. Terrorizmus hatása a fegyveres erők működésére - rendvédelem.....	41
3.3. Terrorizmus hatásainak következménye a fegyveres szervezetekre – terrorelhárítás	42
3.4. Terrorizmus hatása a harctéri egészségügyi ellátásra.....	44
3.5. Egészségügyi ellátás a fegyveres testületeknél – katonai szervezetek.....	45
3.6. Egészségügyi (harctéri) ellátás a rendvédelmi szervezeteknél.....	46
3.7. A katonai és rendvédelmi műveleti egészségügyi ellátás hasonlóságai különbségei.....	48
3.8. Részkövetkeztetések.....	51
4. Terrorelhárítás a terrortámadások klasszifikációjában	52

4.1. Túszejtés: harcolni akar, de nem akar meghalni.....	52
4.2. Ámokfutó, ramming: harcolni akar és elmegy a végletekig.....	53
4.3. „Sabotage”: nem akar harcolni, de meghalni sem.....	54
4.4. Öngyilkos merénylő: nem akar harcolni, de élni sem	54
4.5. Részkövetkeztetések.....	54
5. A taktikai medicina értelmezése.....	55
5.1. A Taktikai Medicina értelmezése: a klasszikus és modern taktikai medicina szemlélet.....	55
5.2 A Taktikai Medicina, mint speciális mentés	58
5.3. A káresemény volumene	62
5.4. Az idő kérdése	62
5.5. Az erő – eszköz – módszer triász	63
5.6. Részkövetkeztetések.....	64
6. A TEK Taktikai Medicina modern szemléletű modellje – felépítés és algoritmusok.....	65
6.1. A koncepció és az új elvárások	65
6.2. Rendszerszintű képesség kiépítése	66
6.3. A taktikai és egészségügyi tevékenységek prioritásainak integrációja	67
6.4. Egyéni egészségügyi kompetenciák a taktikai medicina rendszerében.....	67
6.5. Az egészségügyi képességek integrációjának megközelítése	68
6.6. Egészségügyi algoritmusok a TEK Taktikai Medicina rendszerében	72
6.7. A TEK Taktikai Medicina algoritmusának alapjai.....	73
6.8. A field care ellátás szakaszai.....	77
6.9. Az alapszintű TM ellátó egészségügyi kompetenciái.....	78
6.10. Az alapszintű TM ellátók minimumfelszerelése	79
6.11. A középszintű Taktikai Medicina segélynyújtó egészségügyi kompetenciái.....	79
6.12. A középszintű Taktikai Medicina ellátó minimumfelszerelése.....	81
6.13. A katonai harctéri ellátás adaptációja.....	83
6.14. Újraélesztés helye a Taktikai Medicinában	84
6.15. Tömeges sérülés ellátási protokollja – TRIAGE	84
6.16. Tömeges sérülés ellátásának feltételei.....	87
6.16.1. Tömeges kárhely főbb elemei és feladatrendszerük.....	88
6.16.2. Belső gyűjtőpont felépítése	90
6.16.3. Belső gyűjtőpont személyi állománya	90
6.16.4. Belső gyűjtőpont eszközkészlete	91
6.16.5. Evakuációs útvonalak.....	92
6.17. A TEK Taktikai Medicina modelljében használt algoritmusok rendszere.....	92
6.17.1. Együttműködés	93

6.18. Részkövetkeztetések.....	95
7. ATLAS Szövetség egészségügyi tevékenysége – MEDIC FORUM	97
7.1. Az ATLAS Szövetség megalakulása.....	97
7.2. Az ATLAS Szövetség felépítése	98
7.3. Taktikai Medicina az ATLAS-ban – első lépések.....	101
7.4. Taktikai Medicina újragondolása az ATLAS-ban – fordulópont.....	104
7.5. ATLAS Medic Forum megalakítása	108
7.6. ATLAS Medic Forum működése – általános szabályok	109
7.7. ATLAS Medic Forum működése	112
7.7.1. Sajátosságok	112
7.7.2. ATLAS Medic Forum Meeting (MFM).....	114
7.7.3. ATLAS Medic Expert Meeting (MEM).....	114
7.7.4. Kérdőívek (Questionnaire)	115
7.8. ATLAS MEDIC FORUM tevékenysége – Manual of Medical Coverages of ATLAS Missions (SOP).....	120
7.8.1. Előzmények	120
7.8.2. A SOP felépítése, fejezetei:	121
7.9. ATLAS MEDIC FORUM tevékenysége - gyakorlatok	122
7.9.1. Lisszabon Building Exercise (Portugália), 2014	123
7.9.2. Tallin, Athos Exercise (Észtország), 2016	127
7.9.3. Stockholm STORM Exercise (Svédország), 2017.	136
7.9.4. Lest COOPERATION Exercise (Szlovákia), 2016.	143
7.10. Részkövetkeztetések.....	146
8. A Taktikai Medicina Európai Képzési Rendszere – ATLAS Taktikai Medicina Kiválósági Központ	147
8.1. A képzési rendszer általános jellemzői.....	147
8.2. ATLAS TacMed COE kurzusai	149
8.2.1. Alapszintű Taktikai Medicina Ellátó Képzés (BTMP).....	149
8.2.2. Középszintű Taktikai Medicina Ellátó Kurzus (ITMP)	150
8.2.3. Emeltszintű Taktikai Medicina Ellátó Kurzus (ATMP).....	150
8.2.4. Taktikai Medicina Instruktorképző Kurzus (TMIC)	151
8.2.5. Tömeges sérüléssel járó események felszámolásának kurzusa (METC)	152
8.2.6. TRIAGE Tiszt Instruktorképző Tanfolyam (TOITC)	153
8.2.7. Tűzszerész Medic Képzés (EOD Medic)	154
8.3. Az ATLAS TacMed COE TM oktatási és képzési programjának értékei.....	154
8.4. Részkövetkeztetések.....	155

9. AZ ATLAS Taktikai Medicina Képzési és oktatási programJa és végrehajtása (2014–2024)	156
9.1. Az ATLAS TM tanfolyamok a számok tükrében (2014–2024).....	156
9.1.1. Összegzés	159
9.2. Az ATLAS egységek taktikai medicina képességeinek változásai (2014–2024)	160
9.2.1. Medic Forum kérdőíve (2024).....	160
9.2.2. A kérdőív felépítése.....	160
9.2.3. A kérdőíves felmérés végrehajtása	162
9.2.4. A kérdőíves felmérés technikai elemei.....	163
9.2.5. Egészségügyi alapképességek alakulása az ATLAS Szövetségben 2014–2024 között	164
9.2.6. Taktika Medicina instruktorok számának alakulása 2014-2024 között	166
9.2.7. Középszintű Taktikai Medicina ellátói képesség alakulása 2014-2024 között	169
9.2.8. Emeltszintű Taktikai Medicina képességek alakulása 2014–2024 között.....	171
9.2.9. Diplomás Taktikai Medicina ellátók számának alakulása 2014–2024.....	173
9.2.10. Taktikai Sürgősségi Egészségügyi Ellátórendszer szervezése 2014–2024	174
9.2.11. Az ATLAS TacMed COE tanfolyamainak megítélése	175
9.2.12. Taktikai Medicina szakterületre vonatkozó vélemények	177
9.3. Az ATLAS Taktikai Medicina Oktatási és Képzési Programjának jövőképe.....	177
9.3.1. Az ATLAS TacMed COE célkitűzési	177
9.4. Részkövetkeztetések.....	178
10. A Taktikai Medicina jogszabályi háttérének kialakítása	180
10.1. A terrorizmus hatása a fegyveres testületek szervezeteire	181
10.2. Fegyveres testületek egészségügyi tevékenységeiről általában.....	182
10.3. Katonai egészségügyi tevékenységek jogszabályi háttére.....	183
10.4. A katonai harctéri ellátás jogszabályi alapjai	187
10.4.1. HM rendeletről általánosságban	188
10.4.2. Ki végezhet katonai feladatok ellátása során egészségügyi ellátást?	188
10.4.3. Hol és mikor végezhetnek egészségügyi tevékenységet a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező kiképzett katonák?.....	190
10.4.4. Kit láthatnak el a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező kiképzett katonák?	191
10.4.5. Milyen egészségügyi kompetenciákat szerezhetnek a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező kiképzett katonák?.....	191
10.4.6. Milyen eszközöket használhatnak a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező kiképzett katonák?	191
10.4.7. Kiképzésre vonatkozó szabályok	191
10.4.8. A polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező szakkiképzett katonák nyilvántartása, szakmakódja.....	192

10.4.9. A harctéri ellátás szakmai programja, szakmai háttérre	192
10.4.10. A mindennapi, gyakorlati élet dilemmái	192
10.4.11. A katonai harctéri ellátás szabályozásának összefoglalása	193
10.5. A rendvédelem egészségügyi tevékenységeinek jogszabályi háttére	194
10.5.1. Egészségügy-szolgáltatás feladatcsoport.....	195
10.5.2. Védelem-egészségügyi feladatcsoport	196
10.5.3. Művelet és harctér a rendőri tevékenységekben.....	197
10.5.4. Harctéri egészségügyi ellátás a rendőri műveletekben.....	199
10.5.5. A társadalmi igény oldal.....	201
10.5.6. A társadalmi felelősségvállalás	201
10.5.7. A műveletet végrehajtó állomány egészségügyi biztosítása, szükség szerinti akut ellátása	202
10.5.8. A műveleti területen belül fellelt (civil) sérültek/betegek akut ellátása	202
10.5.9 Dilemmák a rendőri harctéri ellátás jogszabályi háttérével kapcsolatban.....	203
10.5.10. A megoldás.....	204
10.5.11. Első lépések.....	204
10.5.12. Az egészségügyi törvény a taktikai medicináról	205
10.6. A Taktikai Medicina végrehajtási rendelete.....	206
10.6.1. A TEK által javasolt TM-rendelet szellemisége, elvei.....	206
10.6.2. A TEK által javasolt TM-rendelet felépítése.....	208
10.6.3. TM-rendelet tervezetének összevetése a HM-rendelettel.....	208
10.6.4. A Taktikai Medicina végrehajtási rendelet összegzése	211
10.7. A taktikai medicina szakterület szabályozási folyamatának összegzése	212
10.8. Részkövetkeztetések.....	213
11. A Taktikai Medicina helye a magyar egészségügyi ellátó rendszerben	214
11.1. Az egészségügy	214
11.2. Akut versus sürgősségi ellátás és az intenzív terápia	214
11.3. Egészségügyi infrastruktúra a sürgősségi ellátás szemszögéből	215
11.4. Az egészségügyi ellátórendszer környezete	216
11.5. Egészségügyi ellátás speciális környezetben.....	216
11.5.1. „First responder”-i tevékenységek közös jellemzői	217
11.5.2. A „first responderek” feladatai	218
11.6. Taktikai Medicina rendvédelmi megközelítése.....	221
11.6.1. A Taktikai Medicina szemléletváltása.....	223
11.7. A taktikai medicina helye az egészségügyi ágazatban	224
11.8. Részkövetkeztetések.....	228

Összegzett Következtetések	229
Az értekezés összegzése	229
A hipotézisek teljesülésének vizsgálata.....	232
Új tudományos eredmények	238
Az értekezés eredményeinek felhasználhatósága, ajánlások.....	241
Új kutatási irányok	243
Köszönetnyilvánítás	245
A szerző témával kapcsolatban megjelent publikációinak jegyzéke	247
Felhasznált irodalom	248
MELLÉKLETEK	255
1. Melléklet – Ábrák jegyzéke.....	255
2. Melléklet – Táblázatok jegyzéke.....	257
3. Melléklet – A disszertációban használt rövidítések jegyzéke	259

Bevezetés

A XX. század végén, a XXI. század elején Európa országainak (és a világ országainak) belbiztonsági helyzete gyökeresen megváltozott. A terrorfenyegetettség már nem csak irodalmi-történelmi adatként volt jelen a mindennapi életben, hanem valós terrortámadások formájában realizálódott. A felelős döntéshozók részéről adott válasz nélkülözhetetlen eleme lett a gyors reagálásra képes, speciális rendőri beavatkozó alakulatok (SIU¹), a terrorelhárítási egységek (CTU²) felállítása. Egyes országok a kizárólag terrorelhárítási, abban széles hatáskörrel rendelkező terrorelhárítási központok (CTC³) megszervezésében látták ezen új típusú biztonsági kihívások megelőzésének és felszámolásának minőségi garanciáit.

A terrortámadások modus operandi-je is jelentős változásokat mutatott, ami folyamatos fejlődést és megújulást kívánt meg a SIU-k, a CTU-k és a CTC-k tevékenységében. Mindez magával vonta a felderítést, a technikai támogatás és műveleti taktikák revízióját, megújítását. Nyilvánvalóvá vált, hogy az olyan nem klasszikus harctéren zajló, különböző speciális műveleteknél, mint a terrorelhárítás beavatkozásai az egészségügyi biztosítás nélkülözhetetlen. Ezért a terrorizmus kezelésével megbízott egységek számára az egészségügyi biztosítás integrációja új feladatként jelent meg, amennyiben „az emberi élet megmentésének”, mint kiemelt feladatnak meg akartak felelni. Ennek szellemében a Magyarországon 2010-ben megalakított Terrorelhárítási Központ (TEK) új típusú egészségügyi szolgálatot állított hadrendbe. A speciális egészségügyi részleg vezetőjeként azt az utasítást kaptam, hogy szervezzem meg a TEK műveleteinek, személyvédelmi tevékenységének egészségügyi biztosítását. A feladat minőségi és hatékony végrehajtásához először meg kellett ismernem a TEK különböző műveleteinek taktikai elemeit, parancsnoki, döntéshozói láncolatát és az elkövetési módok természetét. Az így kialakult kép mutatta meg a problémákat, az újonnan felmerülő igényeket és az azokra adható lehetséges válaszokat. Alapvető cél volt, hogy e két rendkívül erős prioritásokkal rendelkező szakmai tevékenység – mint a műveleti beavatkozás és a sürgősségi egészségügyi ellátás – integrációját úgy alakítsuk ki, hogy azok egymás alapvető szabályainak érvényesülését ne akadályozzák, így biztosítsák az eredményes végrehajtást.

A fenti építkezési folyamat eredményeképpen született meg az Európában egyedülálló, TEK Taktikai Medicina (TM) modellként elfogadott egészségügyi szolgálat. A modellt a honvéd medicinában jól ismert alapelveket – kontinuitás, mobilitás, progresszivitás,

¹ SIU: Special Intervention Unit.

² CTU: Counterterrorism Unit.

³ CTC: Counterterrorism Center.

proximalitás, – magában foglaló, négy egészségügyi kompetenciaszintre épülő ellátói lánc jellemzi. A TEK TM modelljét 2013-ban mutattam be az Európai Bizottság (EC) által alapított ATLAS Szövetségnek⁴. A TEK egészségügyi ellátás szervezésére tett javaslata pozitív elbírálást kapott. Ennek eredményeképpen az ATLAS Szövetség felkérte a TEK-et az ATLAS MEDIC projektjének irányítására, majd egy új munkacsoport – az ATLAS MEDIC Fórum – megalapítására és vezetésére. A munkacsoport vezetőjeként lehetőségem volt megismerni az Európai Unió (EU) tagállamok speciális egységeinek működését, alkalmazott egészségügyi modelljeiket, problémáikat az egészségügyi biztosítás terén. Feladatommá vált Európában, a taktikai medicina képességek, tagegységi szinten történő kialakításának, alkalmazásának és fejlesztésének támogatása. E területen belül a TEK parancsnokainak és az EU ATLAS Szövetség együttes bizalmával meghatároztam egy taktikai medicina képzési programot, ami négy különböző egészségügyi kompetenciát magában foglaló, egységes nomenklatúrára és algoritmusokra épülő rendszerből áll. Az oktatási szisztéma sikerét bizonyítja, hogy öt év működést követően, 2019-ben az Európai Bizottság, az EUROPOL és az ATLAS Szövetség megbízására, a TEK budapesti bázisán megalakult az első, egészségügyi tematikával bíró európai rendvédelmi oktatási központ az EU ATLAS Center of Excellence for Tactical Medicine⁵ (TacMed COE).

A releváns szakirodalom áttekintése

A szakirodalom feldolgozásának célja a fellelhető releváns ismeretek és a témához kapcsolódó kutatási eredmények áttekintése, összegzése. Az elméleti alapokat adó publikációk két nagy csoportba rendszerezhetők. Egyrészt egy új határterületi szakma megszületésének és fejlődésének körülményeit, előzményeit bemutató történelmi eseményeket értékelő tudományos munkák. Tekintettel arra, hogy a rendvédelem helyszíni, akut egészségügyi ellátói képessége kutatásom szerint erősen kötődik a terrorizmus elleni küzdelem végrehajtói tevékenységéhez, ide sorolhatók a terrorizmus történeti áttekintéséhez kötődő tudományos publikációk. A szakirodalom ezen a területen gazdag leírásokban, elméletekben és megállapításokban. A számomra legdidaktikusabb összefoglalók a nemzetközi szakértők által általánosan elfogadott és hivatkozott Rapaport⁶ féle történelmi áttekintés és a hazai tudományos

⁴ ATLAS Szövetség: az Európai Unió terrorelhárítási egységeit összefogó, az Európai Bizottság által alapított és finanszírozott nemzetközi szervezeti elem.

⁵ Center of Excellence for Tactical Medicine: Taktikai Medicina Kiválósági Központ.

⁶ RAPAPORT, David C. (2004): *The four waves of modern terrorism*. Online: <https://icct.nl/sites/default/files/import/publication/Rapaport-Four-Waves-of-Modern-Terrorism.pdf>

életben elismert Kaiser–Tálas⁷ megközelítés. A további citált irodalom inkább a terrorizmus egyes jelenségeire vonatkozó részletekre koncentrál, mintsem átfogóan értelmezik azt, ezzel próbálom teljessé tenni és bemutatni azokat a körülményeket, amelyek a taktikai medicina fejlődésére hatottak.

Az orvostudomány és az egészségügyi szakmai oldal tekintetében a taktikai medicina kapcsolata megkérdőjelezhetetlenül összefonódik a katona- és katasztrófaorvoslás szakterületekkel. A gyakorlati alkalmazás szemléletének megértéséhez ezért nélkülözhetetlen volt e rendkívül bő irodalommal rendelkező tudományág publikációinak áttekintése. Alapvetően a hazai katonaorvoslás egyik legelismertebb gyakorlóját, Svéd László⁸ munkásságát tekintettem iránymutatónak, aki több cikkben, tankönyvben átfogó megközelítésben írt a honvédorvoslás alapjairól és gyakorlatáról.

Szűk értelemben közelítve az általam kutatott témámhoz a szakirodalom, a korábban említett területekhez képest már jóval szűkebb merítésre ad lehetőséget. Különösen igaz ez a hazai publikációkra, ami hiteles forrás tekintetében gyakorlatilag nem említhető. Nemzetközi kitekintésben az amerikai, angol, ausztrál és izraeli szerzők adják a tudományos élet bázisát. Alapirodalomként Cambell és munkatársainak⁹ taktikai medicina tankönyve a legelfogadottabb a szakmánkban. A feldolgozott és citált szakirodalmak nagy része ezért az Egyesült Államokban és az Egyesült Királyságban készült. Ezen országok kutatási kultúrája, gyakorlati tapasztalatai, anyagi befektetései, illetve az ezen az alapokon született szakirodalma jelentős hatást gyakorol a globális egészségügyi rendszerre, így a magyar orvostársadalom is erőteljesen épít rájuk. A publikációk számos szakmai folyóiratban elszórtan jelennek meg, ezért üdítő jelenség a német *Taktik+Medizin* tudományos lap, amely delegáltan a taktikai medicina témának szentelt felület, alapjaiban a német GSG 9¹⁰ egységhez köthető, amely az első európai terrorelhárító egység (1972-ben jött létre), és a mai napig hatalmas presztízzsel bíró alakulata a világ speciális rendvédelmi beavatkozásokat végző közösségének.

A források tekintetében ki kell, hogy emeljem az erre vonatkozó magyarországi jogszabályok részletes, alapos feldolgozását és hivatkozásait. Mindezt kutatásom során azért láttam szükségesnek, mert a kiemelkedően nagy felelősség miatt mind az egészségügy, mind a rendvédelem csak szigorú keretek között működhet. A kettő metszetében álló taktikai medicina,

⁷ KAISER Ferenc – TÁLAS Péter (2012): Politikai erőszakformák. *Nemzet és Biztonság*, 5(5-6), 133–156.

⁸ Dr. Svéd László PhD ny. o. altábornagy volt MH egészségügyi parancsnok, NATO Katona-egészségügyi Tanács elnöke, jelenleg MTA köztestületi tag, MTA IX. Osztály Hadtudományi Bizottság tag, NKE Doktori Iskola témavezető.

⁹ CAMPBELL, John E. et al. (2020): *Tactical Medicine Essentials*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

¹⁰ GSG 9: Grenzschutzgruppe 9 (9. Határőrcsoport), Németország terrorelhárítási alakulata.

szemben a katonai feladatokhoz köthető egészségügyi tevékenységgel, alulszabályozott jogi háttérrel rendelkezik. Kutatásom egyik fő iránya, ennek megváltoztatása és rendezése, ami elengedhetetlen egy új szakterület bevezetéséhez és mindennapi gyakorlatához.

A kutatásom forrásainak jelentős volumenét az alapkutatás kategóriájának megfelelően, saját anyagok, megfigyelések feldolgozásai adják. Ebben mind a magyarországi, mind az európai közösség szervezetében betöltött beosztásom és feladataim adtak lehetőséget.

A citálások kiválasztásánál külön figyelmet fordítottam a megbízhatóságra és a relevanciára. Kizárólag olyan forrásokat használtam, amelyek tudományosan hitelesek, szakmai körökben elismertek, és amelyek tartalma ellenőrizhető. Előnyben részesítettem a terület meghatározó szakértőinek munkáit, akiknek publikációi jelentős mértékben hozzájárultak a tématerület fejlődéséhez. Igyekeztem olyan forrásokat keresni, amelyek referenciajegyzéke további, releváns szakirodalmi anyagokra mutat, lehetőséget biztosítva a téma mélyebb feltárására. Ugyanakkor tekintettel arra, hogy alapkutatást végeztem, csak a taktikai medicina rendszerépítés, az orvosi szakterület és a képzés szempontjából releváns és a kutatás fókuszához szorosan kapcsolódó forrásokat integráltam.

A tudományos probléma megfogalmazása

Témaválasztásom alapja az, hogy az elmúlt 15 évben a taktikai medicina magyarországi meghonosítása és az európai oktatási rendszerének kialakítása során számos olyan kihívással és problémával találkoztam, amelyekre sem a katonai ellátás tapasztalatai, sem a korábban sziget- és alkalmyszerűen szervezett rendvédelmi orvostan nem adtak hatékony választ. Az építkezés során ezért új megoldásokat kellett találni, leginkább a képzési struktúra felállításában, a jogszabályi háttér kialakításában, a civil szervezetekkel való együttműködés lehetőségeiben vagy a szakkiképzettek által alkalmazható harctéri algoritmusokban. A folyamat tudományos igényű feldolgozásával szeretnék hozzájárulni a TM, mint új egészségügyi szakterület elfogadásához, fejlődéséhez. Meggyőződésem, hogy a beosztásomból és feladatkörömből fakadóan, az elvégzett munkáim során olyan tapasztalatszerzésre volt lehetőségem, aminek tudományos disszertációban való összefoglalása értékes információkkal szolgálhat a téma iránt érdeklődő kollégáknak.

A taktikai medicina, mint határterületi egészségügyi szakterület számos, a kutatás szempontjából elkülöníthető részre bontható. A téma feldolgozásának megkezdésekor látszott, hogy ezek az elemek önmagukban is figyelemre méltók. A kutatásomban ezért több olyan kérdés is felmerült, aminek vizsgálatát el kellett végezni, hogy az alapkutatás teljességének meg

tudjak felelni. Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a TM az egyes részek szoros egységben kapcsolódva, összefüggéseiben jelennek meg a mindennapi gyakorlatban. A tudományos problémák kérdéscsoportokra oszthatók, melyekre kezdetektől fogva kerestem a válaszokat:

1. A taktikai medicina kialakulásának és fejlődésének társadalmi háttere, történelmi környezete:

- A történelem során változó terrorizmus, különböző megjelenési formái hogyan befolyásolták a rendvédelmi alakulatok képességeinek alakulását, különös tekintettel az egészségügyi támogatási rendszerekre?
- Jelent-e meg új elvárás a társadalom részéről, a New York-i ikertornyokat ért támadás után, a terrortámadásokban sérült állampolgárok helyszíni, egészségügyi ellátására? Megfelelhet-e mindenben ennek az elvárásnak, a civil prehospitális, egészségügyi ellátórendszer?

2. A TM és a katonai harcéri ellátás kapcsolata:

- A különleges katonai alakulatok mintájára felépülő speciális, rendvédelmi és terrorelhárítási egységek egészségügyi biztosítása, tudja-e megfelelőképpen szolgálni a belföldi, rendvédelmi műveleteket?
- Okoz-e dilemmát a belföldi terroresemények egészségügyi felszámolásában, a katonai és rendvédelmi szervezetek feladat végrehajtásában kódolt eltérő struktúra, jogszabályi háttér és társadalmi elvárás?

3. A taktikai medicina európai gyakorlatának különböző formái és fejlődésük:

- A magyar Terrorelhárítási Központ által felépített új taktikai medicina modell miben más, miben képvisel új, átfogó válaszokat a posztmodern terrorizmus kihívásaira?
- Az európai terrorelhárító egységek parancsnokainak szemlélete az egészségügyi képességek szükségességével kapcsolatban befolyásolja-e a taktikai medicina alkalmazását? Megváltoztatható-e ez a hozzáállás és javítható-e ezáltal az egységek logisztikai támogatása?

4. A taktikai medicina képzési rendszere:

- Szükséges-e önálló taktikai medicina képzési rendszer bevezetése Európában? A központilag szervezett oktatás segíti-e a CTU-k fejlődését?

5. A TM jogszabályi háttérének jelentősége:

- Szükséges-e önálló jogszabályi felhatalmazás a rendvédelem taktikai medicina szakkiképzetteinek a napi munkavégzésükhöz? Ennek hiánya mennyiben befolyásolja a CTU-k logisztikai támogatási rendszerét?

A taktikai medicina és a katonai, harcéri ellátás szoros kapcsolata megkérdőjelezhetetlen, ahogyan a rendvédelem speciális eljárásai is sok átfedést mutatnak a katonai egységek feladatvégrehajtásával. A terrorizmus globális kihívás, abban a honvédelemnek és rendvédelemnek együttesen kell fellépnie, amennyiben azt hatékonyan kívánják felszámolni. Ezért úgy érzem, kutatásom jól illeszkedik a Hadtudományi Doktori Iskola profiljába, a kiírt kutatási területtel és témával. Hiszem, hogy e két speciális, prehospitális, sürgősségi, egészségügyi szakterület kölcsönösen támogathatja egymás fejlődéséért.

Kutatásom célja, hogy a tizenöt év alatt, a taktikai medicina alkalmazása és fejlesztése terén szerzett tapasztalataimat tudományos igényességgel dolgozzam fel és mutassam be. Hiszem, hogy a TEK által felépített, magyar taktikai medicina modell és képzési rendszer, a speciális egészségügyi ellátásnak nem az egyetlen lehetséges útja. Meggyőződésem azonban, hogy mintánk jó alapot adhat, példát nyújthat mindenkinek, akinek feladata a rendvédelmi, speciális műveletek egészségügyi biztosítása. Hiszem, hogy a speciális műveletekben, életet menteni nem csak fegyverrel lehet (és kell), hanem az egészségügyi ellátás „fegyverzetét” is be kell vetni. A műveleteket megfelelő taktikával végrehajtva, e két erő, szimbiózisban küzdhet a túlélésért, nemcsak a beavatkozó állomány, de a társadalom elvárásainak megfelelően a civil áldozatok érdekében is.

Kutatási hipotézisek

Felvetéseim a taktikai medicina rendszerének magyarországi, a Terrorelhárítási Központ modelljének kidolgozása, alkalmazása, illetve az EU ATLAS Szövetsége által meghatározott feladatok végrehajtása kapcsán fogalmazódtak meg. Felvetéseim a gyakorlatban szerzett személyes tapasztalatokon és a rendelkezésre álló szakirodalom áttekintésén alapulnak.

1. A posztmodern terrorizmus európai megjelenésével megjelent a társadalom elvárása a nagyszámú sérültek ellátására. Hiány jelentkezett az egészségügyi ellátó rendszerben, tekintettel arra, hogy a műveleti területen civil ellátó nem tevékenykedhet. A dilemma feloldására csak a beavatkozó SIU, CTU egységek képesek, akik idővesztés nélkül tudják az életmentést egészségügyi oldalon is megkezdeni. Az egészségügyi tevékenység

rendvédelmi műveletekbe történő integrálásához elengedhetetlen a politikai döntéshozói és parancsnoki szemléletváltás.

2. A katonai tevékenységek egészségügyi biztosítási rendszerének alapvető feladata az állomány élőerő védelme, különösen igaz ez a megállapítás annak első elemére, a harctéri egészségügyi ellátásra. A rendvédelem alapfeladata az állampolgárok életének, testi épségének védelme minden körülmény között. A két szolgálat alapfeladataiból fakadó különbségekre visszavezethető, hogy az egészségügyi infrastruktúrájuk szervezése és működtetése is az eltérő elvárások mentén különbségeket mutatnak. A katonai logisztikai támogatás egészségügyi rendszere, egy az egyben nem tudja kiszolgálni a rendvédelemmel szemben támasztott igényeket.
3. A TEK új TM modellje, az európai CTU és SIU egységek hasonló feladatra alkalmazott eljárási rendjéhez képest, érzékenyebben és átfogóbban reagál a társadalom elvárásaira és a bevetések környezetére, mert rendszere által alkotott túlélési/ ellátási lánc, a katonai, harctéri ellátás és polgári, sürgősségi ellátás gyakorlatának átfedéséből kialakított új szemléleten nyugszik.
4. Központosított és egységesített tájékoztatással és képzésekkel jelentősen javítható a támogató kiszolgáló logisztikai háttér egészségügyi komponense, ezáltal az európai egységek fejlődése nagyban előmozdítható és egységesíthető.
5. Jogszabályi háttér hiányában a taktikai medicina gyakorlati alkalmazása és a bevethető kompetenciák fejlődése nem megvalósítható. A TM ellátók jogszabályi felhatalmazásának hiánya egész Európát érintő probléma, megoldása sürgető.

Kutatási célok

A kutatásom célja általánosságban a taktikai medicina, mint önálló szakirány magyarországi meghonosítása, bevezetése az egészségügyi infrastruktúrába. Ennek megvalósításához elengedhetetlennek érzem a tudományos igényű feldolgozást, amivel megnyithatom az utat a további fejlődés előtt, példát mutatva azoknak a szakkiképzetteknek és diplomás ellátóknak, akik ezt a pályát választották vagy a jövőben ilyen irányban szeretnének fejlődni. A disszertáció célja megmutatni, hogy a gyakorlat mellett az orvostudományban kiemelten fontos a tudományos munka, ami alapjait képezheti a fejlődésnek és a mindenkor szaktudományi elvárásoknak. Bízom benne, hogy az alapkutatásom jó minta lesz a további tudományos kutatásokhoz. Meggyőződésem, hogy a nemzetközi környezetben betöltött funkcióim nem csupán a kézzel fogható gyakorlati készségek előmozdítására ad lehetőséget,

inkább egy felelősség, ami a taktikai medicina rendszerszintű szemléletének kialakítására, a példamutatásra is kötelez. Egy önálló egészségügyi szakterület pedig nem nélkülözheti a tudományos megközelítést, alapkutatásom ennek a folyamatnak az origója lehet. Célom tehát az európai taktikai medicina ellátói közösség megmozdítása, motiválása ebben az irányban. Tekintettel arra, hogy a TM kapcsán alkalmazott tudományágról beszélünk, sohasem veszíthetjük el a fókuszunkat a gyakorlati alkalmazhatóságról, a disszertáció ennek szellemében készült. Törekedtem arra, hogy az elmélet és gyakorlat megfelelő arányban egymást harmonikusan egészítse ki.

Az értekezésem – szűk értelemben a kutatásom – célja, hogy a hipotézisekre épülően, a tudományos feldolgozás eszközeivel bemutassam:

1. A terrorizmus történetének szakirodalmi áttekintésével célom a terrorizmusnak a rendvédelmi szervek beavatkozói és egészségügyi képességeinek kialakítására gyakorolt hatását.
2. A honvédelmi alapfeladatokkal harmóniában álló katonai harctéri ellátás és a rendvédelemmel szemben támasztott elvárásokra épülő taktikai medicina összevetésével, célom szemléltetni a rendőri műveletek egészségügyi biztosításának különbözőségét, egyediségét és önállóságát.
3. Célom bemutatni a taktikai medicina rendszerének magyarországi meghonosításában, felépítésében és gyakorlati alkalmazásában tett törekvéseimet, úttörő munkám eredményeit, a katonai, harctéri, egészségügyi algoritmusok és civil egészségügyi ellátási protokollok, prioritásoknak megfelelő egyesítéséből született új taktikai medicina eljárási rendek gyakorlatban használható értékét.
4. További célom bebizonyítani, hogy az általam kialakított és az EU-ben bevezetett taktikai medicina oktatási rendszer, az ATLAS Szövetség tagegységeiben jelentős fejlődést indukált, pozitív eredményekhez vezetett.
5. Az egészségügyi irányú tevékenységek csak megfelelő jogszabályi felhatalmazás mellett végezhetők, célom bemutatni a taktikai medicina, mint új egészségügyi szakterület szabályozásának nélkülözhetetlenségét.

A kutatási módszertan

A témaválasztásom a taktikai medicina magyarországi meghonosítása és európai képzési rendszerének kialakítása, ami egyértelműen az alkalmazott tudományok körébe

sorolható. Meggyőződésem, hogy eredményeinek legfőbb mércéje a gyakorlati alkalmazhatósága lesz. Tekintettel arra, hogy hazánkban e szakterület rendszerszintű alkalmazására még nem volt példa és tudományos igényű feldolgozása sem történt még meg. A vizsgálódásom ezért alapkutatásként értelmezhető, ennek természete miatt a hangsúly a gyakorlati ismeretek és a tapasztalatok összegzésén, a kérdőíves adatgyűjtésen és az adatok rendszerezett elemzésén, valamint a taktikai medicina rendszerszemléletű vizsgálatának kombinációján van. Mindezek teszik lehetővé a taktikai medicina alkalmazási és képzési modelljének mélyebb megértését és értékelését. A kutatási módszertan célja, hogy megalapozott keretet biztosítson a doktori disszertációban tárgyalt, a taktikai medicinára vonatkozó alapkutatáshoz. A megválasztott kutatási stratégiák, adatgyűjtési és elemzési eljárások a kutatás céljainak elérését, a tudományos kérdések megválaszolását szolgálták. A disszertáció 15 év kutatását foglalja össze, melyben vannak prospektív kutatási elemek, különösen az esettanulmányokként felfogható hadgyakorlatok, ahol előre tervezetten kerültek meghatározásra a célok és az értékelés szempontjai. Az egyes események részeredményei beépültek a következő gyakorlat terveibe és vérehajtásaiba, így előre meghatározottan és tudatosan épült a kutatás folyamata. A disszertációm már retrospektív módon, komplexen igyekszik összefoglalni az kapcsolódó területek vizsgált időszakra terjedő alkotóelemeit.

Szakirodalom feldolgozása

A vonatkozó szakirodalom áttekintése a tudományos kutatásom egyik módszertani alapja. Ez teszi lehetővé a történelmi áttekintés jelenre vonatkozó üzeneteinek bizonyítását és a TM alkalmazás új koncepciójának összevetéseit a korábbi gyakorlattal. A szakirodalom feldolgozása ezeken túl magában foglalja a jogszabályi környezet feltárását, az abban rejlő dilemmák kutatási problémaként való felvetését és lehetséges megoldásokra tett javaslatok megfogalmazását.

Saját oktatási anyagok és tematikák

A taktikai medicina oktatásának legmeghatározóbb elemei a jól strukturált oktatási tematika és a releváns oktatási anyagok alkalmazása jó kompiácet biztosító metodikával. A saját fejlesztésű tematikák és kurrikulum kidolgozása, tapasztalataim szerint különösen fontos szerepet játszanak a hallgatók igényeire szabott, gyakorlatközpontú képzésének megvalósításában. Ezekkel biztosítható, hogy az oktatás az aktuális tudományos eredményekre, valamint a valós életből származó gyakorlati tapasztalatokra épüljenek, miközben alkalmazkodik a különböző képzési csoportok speciális szükségleteihez.

Az oktatás tervezése és szervezése során fontos a tanulási célok meghatározása, a kompetenciaalapú megközelítés és a tanfolyamok moduláris felépítése. Tekintettel arra, hogy egy 15 éve fennálló rendszerről van szó, ezért a hallgatói visszajelzések kifejezetten fontos elemét jelentik a képzések fejlesztésének. Az e szemlélettel kidolgozott saját készítésű tematikák és oktatási anyagok felhasználása teszik lehetővé az oktatás magas színvonalának fenntartását, valamint az oktatási célok és a hallgatói igények összehangolását. Ezáltal a taktikai medicina képzés hatékonyan járul hozzá a hallgatók szakmai fejlődéséhez és a gyakorlatban alkalmazható tudás megszerzéséhez. A kurzusok fejlődése és különböző időbeli verziói alapvető pillérét képezték a disszertációs kutatásomnak.

Kérdőíves felmérés

A taktikai medicina az orvostudomány egy szűk és rendkívül speciális szakterülete, amelyben az orvoslás egyéb ágaihoz hasonlóan az elméleti tudás, a gyakorlati készségek és a tapasztalatok együttesen felelnek a minőségi gyógyító tevékenységért. A több ezeréves tudományághoz viszonyítva ez egy rendkívül fiatal területe az orvostudománynak, amelynek a rendvédelmi ágazatba történő integrálásakor a fenti készségeken túl szükséges volt a megfelelő parancsnoki szemlélet kialakítása is. Az EU-ban az általam javasolt eljárási rendek és azok oktatási és képzési rendszerének hatékonyságának értékeléséhez, illetve a folyamatos fejlődéshez nélkülözhetetlenek az azt alkalmazók visszajelzései. Határterületi szakma révén a feedback fontos mind a speciális egységek parancsnokaitól, akik összességében felelnek az integrációért, mind az ellátóktól, akik a végrehajtói az egészségügyi ellátásnak. Az adatok rendszerezett gyűjtése és elemzése teszi lehetővé a legmegfelelőbb gyakorlat kialakítását, az oktatás folyamatos fejlesztését, a képzési módszerek és eszközök optimalizálását.

A kutatásomhoz és az arra épülő gyakorlati tevékenységemhez szükséges információk begyűjtésének legmegfelelőbb módja a kérdőíves kikérdezés. A dokumentum megszerkesztésekor különös figyelmet szenteltem, hogy csak a mindenki által ismert, standardizált fogalmak értékelését kérjem, ez lehetővé tette homogén csoportok kialakítását, ami pedig a korrekt összehasonlíthatóság alapja, így a hiteles feldolgozás tudományos követelményének megfelelő eredményekhez vezetett. A kérdőíves felmérés az ATLAS Szövetség egységeinek parancsnokain keresztül történt, a rendvédelmi szervek meghatározott kommunikációs protokolljának megfelelően.

A felmérés a speciális rendőri alakulatok taktikai medicina gyakorlatának változásait mérte fel 2014-2024 között. A vizsgálódás átfogja a parancsnoki szemléletváltozást, a meghatározott egészségügyi kompetenciák alakulását, az általam szervezett és irányított

taktikai medicina képzési rendszer hozzájárulását a változásokhoz. Tekintettel, hogy kutatásom kiemelt területe az európai elit terrorelhárítási egységek bizonyos meghatározott képességei, a szenzitív információk megőrzése alapvető követelmény volt. A kitöltés előtt a parancsnokok megkapták a szükséges tájékoztatást annak céljáról és felhasználásáról, a választ önkéntes alapon tették meg. A vizsgálatom során az irányított kérdéseket tartalmazó kérdőívbe interjú jellegű felmérésre is lehetőséget adtam, amiben az egyes egységek szabad, kötetlen formában is értékelhették a témakört. A kérdőívre vonatkozó további adatokat és eredményeket a vonatkozó fejezetekben foglalom össze.

Adatbázisok

A GTD¹¹ a világ egyik legátfogóbb és legszélesebb körben használt terrorizmus adatbázisa, amely az 1970-től 2021-ig elkövetett terrorcselekményekről tartalmaz részletes információkat. Az adatbázist a Marylandi Egyetem START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism)¹² programja működteti, és nyilvánosan elérhető forrásokból származó adatok alapján épül fel. A GTD több mint 200 000 eseményt dokumentál, beleértve azok helyszínét, időpontját, célpontját, módszereit, az elkövető csoportokat, valamint az események által okozott károkat.

A GTD rendkívül értékes kutatási eszköz, azonban vannak bizonyos korlátai, amelyeket figyelembe kell venni az elemzések során:

- Adatok forrása: az adatbázis kizárólag nyilvánosan elérhető forrásokra támaszkodik. Ez azt jelenti, hogy bizonyos események alul dokumentálva maradhatnak, különösen a kevésbé médiaközpontú régiókban.
- Definíciós eltérések: a terrorizmus fogalmának eltérő értelmezései befolyásolhatják az adatgyűjtést és osztályozást.
- Hiányos adatok: az adatbázis egyes eseményeihez nem áll rendelkezésre minden információ (pl. az elkövetők kiléte vagy a támadások pontos motivációja).
- Időbeli korlátok: az adatbázis bizonyos időszakokban (pl. 1993) hiányos adatokkal rendelkezik.

¹¹ GTD: Global Terrorism Database (Világ Terrorizmus Adatbázis).

¹² National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism: Nemzeti Konzorcium a terrorizmus és a terrorizmusra adott válaszok tanulmányozására.

A disszertációmban a GTD adatait egyrészt a terrorizmus fejlődéstörténetét bemutató fejezetekben használtam fel, a terrorizmus változásának trendjeit bemutató adatelemzésnél. Másrészt a terrorcselekmények és az azokkal kapcsolatos speciális egészségügyi ellátási igények összefüggéseinek elemzésekor utalok a számadataira (pl.: áldozatok száma, sérültek száma).

Az adatbázis lehetővé teszi az adatalapú elemzést, valamint a tendenciák értékelését. A GTD adatainak elemzése olyan átfogó képet nyújt, amely hozzájárul a disszertáció elméleti keretének megerősítéséhez, valamint a kutatási eredmények megalapozásához.

Rendszerszemléletű megközelítés

A disszertáció fő célja, hogy bemutassa a taktikai medicina hazai és európai gyakorlatának fejlődését és jövőbeli fejlesztési lehetőségeit, amiben az oktatásnak különösen kiemelt szerepét látom. A folyamatok rendszerszemléletű összegzése kulcsfontosságú ahhoz, hogy a terrorizmus hatásait, a speciális egészségügyi ellátást, a jogszabályi környezetet és az oktatás kapcsolódási pontjait egy komplex egészként vizsgáljam. Ez a megközelítés nemcsak az egyes elemek különálló értékelésére helyezi a hangsúlyt, hanem azokra az interakciókra is, amelyek a teljes hálózat működését befolyásolják. Az egyes alrendszerek minősége nagymértékben befolyásolja a terrortámadásokra adott válaszok komplex hatékonyságát. Egészségügyi biztosítás tekintetében ez a megelőzés és a károk csökkentését jelenti, ami a terrorelhárítás logisztikai támogatásának szerves része és a kimenetelt alapvetően befolyásoló tényezője. Ezért a jövőbeli fejlesztéseknek nemcsak az egyedi elemek javítására kell összpontosítaniuk, hanem a rendszeren belüli integráció erősítésére is. A rendszerszemléletű elemzés nemcsak az eredmények strukturált bemutatását szolgálja, hanem megalapozza a disszertációban tárgyalt javaslatok gyakorlati megvalósíthatóságát és relevanciáját is.

Esettanulmányok és korábbi publikációk felhasználása

Tekintettel arra, hogy a disszertáció témája a mindennapi szakmai munkavégzésemhez kötődik, ezért a résztvevő-megfigyelő-elemző megközelítési módot választottam, hogy átfogó ismertetést tudjak adni a taktikai medicina rendszer fejlődéséről. Ezeket a megállapításaimat részben már publikáltam doktori tanulmányaim során, így ezekre a tudományos munkákra építek és hivatkozom rájuk a disszertációban.

1. A TERRORIZMUS

1.1. A terrorizmusról általában

A Google kereső a „terror” szóra (2024. február 02-án) 321 000 000 találatot adott, ez több szempontból is értékelhető. Néhány hétköznapi kifejezéssel összevetésében, talán elmondható, hogy e fogalom és mögöttes tartalma erősen foglalkoztatja az embereket, illetve az is, hogy a számadatok matematikailag összevethetők.

Keresett szó/ kifejezés	Találatok száma
war	2 760 000 000
army	1 250 000 000
police	1 830 000 000
milk	1 220 000 000
bread	680 000 000
water	5 710 000 000
shopping	6 450 000 000
holiday	2 700 000 000
coronavirus	2 440 000 000
terror	321 000 000

1. táblázat: Google kereső adatai (forrás: Google)

Amennyiben elfogadjuk, hogy a hétköznapi emberek látóterében szerepel a terrorizmus és feltesszük nekik azt a kérdést, hogyan határoznák meg a terrorizmus fogalmát, akkor – saját tapasztalataim szerint – érzelmi alapú válaszokat kapunk. Legtöbbször a megfélemlítést, a kegyetlen és értelmetlen erőszakot emelik ki. A kérdéskörrel foglalkozó szakértők definícióiban azonban a terrorizmus inkább körbeírászerű, leíró jellegű, mintsem axiómaszerű, ahol a politikai szándék erősen nyomatékos elem. A két meghatározás között alapvető különbségnek érzem, hogy míg az érzelmek általánosan minden emberhez kötött, alapvető és homogén élettani funkciók, addig a politika már heterogén, emberek egy csoportja és érdekeik által vezérelt rendszer. Nehéz megteremteni az egységet, hiszen érezhető egy általánosabb alapvetés, miszerint „One man’s freedom fighter is another man’s terrorist” – az egyiknek szabadságharcos, a másiknak terrorista.¹³ Nem csoda, hogy amíg a szakértők a terrorizmus fogalom meghatározásában a politikai terminus technikushoz ragaszkodnak, addig nem tudnak konszenzust elérni.

A fenti dilemmára gyakori válasz, hogy a terror fogalomköre megítélhető szubjektív módon, hiedelmek, tévhitek talaján (közvélemény) és objektíven a tények felől (tudomány). E

¹³ KLEINOT, Pamela (2017): One man’s freedom fighter is another man’s terrorist: a selected overview of the psychoanalytic and group analytic study of terrorism. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 31(33), 272–284.

válasz azonban további gondolatokat ébreszt. Egyrészt a tudomány nem feltétlenül objektív (Max Weber¹⁴), illetve az egyes tudományágak megközelítése, legalább is a területeik szerint, egymáshoz képest relatívak. Másrészt a terror lényege a szubjektumra való erős hatás és befolyásolás. Egészségügyi szempontból az erőszak értékelése a szubjektív megközelítéshez áll közelebb. Az egészség a WHO alkotmánya szerint¹⁵ a fizikai és mentális jóllét állapota (nem a betegségek abszolút hiánya), amit a terrortámadások mindkét oldalról támadnak. Az élet kioltása, a sérülések az egyén fizikai egyensúlyába avatkoznak be, míg a kapcsolt félelem, bizonytalanság pszichés fenyegetést, frusztrációt jelenthet.

A kérdés az, hogy van-e szükségünk egy egységes terrorizmus definícióra, illetve a tudomány hogyan segíthet ebben. E probléma megközelítésben ragaszkodjunk-e a szakterületek (tudományágak) sajátos látószögéből fakadó megállapításokra és ebben próbáljunk tudományos alapon konszenzust teremteni? Esetleg egy másik utat választva, a törvényhozási logikát követve, induljunk ki a társadalmi szükségszerűség talajáról és a hétköznapi emberek problémalátására építsük fel meghatározásunkat. Ez utóbbi esetben a politikai szándék másodlagossá válik, míg sokkal meghatározóbb az elkövetői magatartás és annak körülményei. Egyszerű példával leírva: egy késsel, mint az élet kioltására alkalmas eszközzel, egy családi házban elkövetett életellenes magatartás „egyszerű” köztörvényes bűncselekmény. Ugyanakkor, ugyanezzel a késsel egy pályaudvaron már nagy tömegeket lehet bevonni a sérülés vagy akár csak a pusztító fenyegetés pszichológiai körébe, ami viszont független a motivációtól. Véleményem szerint a terror lényege a fenyegetés a potenciális áldozattá válásra, a mindennapi normális életmenetet gátolva, hogy ez ideológiai alapon, vallási alapon vagy öncélúan történik mindegy. A terrorizmus pedig a terror szervezett és tervszerű formája, akár csoportos, akár magányos elkövető szinten történik, így a terror egy minősített esete.

A terrorizmus tudományos igényű meghatározása kapcsán, a politikai motiváció mellett, egyéb vetületek is megtalálhatók. Ebben felbukkannak a terror gazdasági, jogi, társadalmi, szociális, filozófiai, vallási és ideológiai hatásai akár a motivációknál, akár a hatások között. A témámhoz kötődően említsem meg a terrorizmus tisztán egészségügyi vonatkozásait. Itt beszélhetünk az egészségügyi infrastruktúráról, mint célpontról, ami a „harmadik csapás”

¹⁴ WEBER, Max (1998): *A tudomány mint hivatás*. In: Wessely Anna (szerk.): *Max Weber – Tanulmányok*. Osiris: Budapest, 127–155.

¹⁵ *Constitution of the World Health Organization*. Online: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6 (Egészségügyi Világszövetség Alkotmánya)

tárgya lehet.¹⁶ Az elve a „második csapásméréssel” egyező, még pedig, hogy nagyobb kárt lehet okozni, ha gátolják a sérültek effektív ellátását nem csak a helyszínen, hanem később a kórházakban is. Mindez történhet direkt támadással vagy kiber módszerekkel egyaránt. Az egészségügyi ellátórendszer célpontként való megjelenése megerősíti azt a tényt, hogy e szakterületnek van stratégiai helye, szerepe a terrorizmus elleni küzdelemben. Aktuális példa erre a COVID-19 járvány alatt összeomló olasz és spanyol ellátórendszer, ami ugrásszerűen megnövelte a halálozást. Egy támadás után, rövid időn belül inkapacitált helyi egészségügyi intézmény hasonló hatással lehet a rendkívüli esemény kimenetelére. A támadások során, az egészségügyi vonatkozások terén leginkább a sérültek és a halottak számáról beszélünk, ennek kapcsán viszont méltatlanul kevés szó esik az első ellátókról, az esemény megszakítására, felszámolására kijelölt szervek egészségügyi képességeiről, a velük szemben támasztott igényekről és az ezek teljesítéséhez szükséges támogatásokról.

1.2. A terrorizmus definíciója egészségügyi szemlélettel

Az egészségügyi logikát követve a terrorizmus definíciójának legnagyobb korlátja, hogy az alapproblémát a szakértők összekeverik a probléma karakterisztikus jegyeivel. A definíció helyett összetett leírást adnak, túl sokat kívánnak beemelni a meghatározásba. Mindez hosszúvá, túlzottan tagolttá és kaotikussá teszi az egyébként relatív egyszerű jelenség leírását. Más részről olyan definíciót kellene adni, ami a terroristáknak és az ellenük küzdőknek is elfogadható. Ez a megállapítás némileg bizarnak tűnhet. Valójában a terrorista olyan elkövető, aki tudatosan követi el cselekményeit, felvállalja azt, sőt még büszke is rá, így feltételezhetően nem fogja vitatni, hogy gyilkolni és fenyegetni akar. Ugyanakkor a motiváció minősítését tagadni fogja.

Erre egy egyszerű példát mutatok. Az orvostudományban az autoimmun betegségeket definiálhatjuk úgy, hogy a szervezet védekező rendszere a saját strukturális elemeivel szemben aktiválódik és okoz károsodást. Az, hogy ez genetikailag meghatározott, esetleg vírusfertőzés szerepel triggerként vagy az ízületekben, a vesékben, szemekben, egyéb szervekben, vagy a teljes testben, generalizáltan manifesztálódik, ezek már az autoimmun folyamatok különböző formáinak karakterisztikus jegyei. Ennek analógiájára a terror az egyének, csoportok fizikai működését, lelki egyensúlyát vagy mindkettőt egyszerre erőszakos eszközökkel támadja veszélyeztetve a mindennapi normális működést. Az, hogy ezt vallási, szeparatista, ideológiai vagy más motivációból teszi már a különböző formáinak jellemvonásai lehetnek, ahogyan a

¹⁶ BBC News (2020): *Afghan attack: Babies killed as gunmen storm Kabul maternity ward*. Online: <https://www.bbc.com/news/world-asia-52631071>

média szerepe is, tehát nem feltétlen a meghatározásba való. A terrorizmus a terror görög eredetű -ismus főnévképzőjével általánosít, ami jelen esetben a terror alapelvével (fenyegetek) való egyetértés rendszerére vonatkoztatható, e tekintetben szervezetséget tükröz az elkövetők általános állapotában, egyfajta lelki közösséget. E megközelítés szerint az egyéni elkövetők szétbonthatók izolált elmebetegekre és a terrorizmussal tudatosan sorsközösséget vállalókra. Hasonló logika mentén a terrorizmus minősített formája, amennyiben az elkövetők tevékenységüket szervezetten, csoportban vagy csoporthoz kapcsolódóan gyakorolják.

A fenti megközelítés véleményem szerint sokat egyszerűsítene a terrorizmus meghatározásában, akár annak jogi kodifikációjában is, így a konszenzushoz is közelebb vihetne.

1.3. A terrorizmus korszakai

A terror (terrorizmus) és az ellene való küzdelem (antiterrorism¹⁷ és a counterterrorism¹⁸) szorosan kapcsolt, egymástól elválaszthatatlan jelenségek. Az egyik oldal átalakulása reagálásra készíti a szemben álló felet, ez az örökös spirál állandó versenyfutást eredményez. Témám kapcsán azért érdemes megemlíteni a terrorizmus történeti átalakulását, mert a terrorelhárító egységek fejlődésének köszönhető a taktikai medicina megjelenése a rendvédelemben.

A történészek érezhetően egyetértenek abban, hogy a terrorizmus egyidős az emberiséggel, ezt számos elemzésük igazolja.¹⁹ Értekezésemnek azonban nem célja a terrorizmus történetének átfogó áttekintése, a teljesség igénye mégis megköveteli, hogy a megszokottól más nézőpont szerint ejtsék róla szót.

Az újkori történelemben Rapaport a terrorizmus hullámairól beszél, Kaiser és Tólas pedig annak korszakairól. A két felosztás között, időben számos átfedés található. A hullám elmélet elsősorban az erőszak mozgató erőit veszi számba és keres bennük közös jellemzőket, míg a korszak elmélet inkább az elkövetési magatartás változása szerint csoportosít.

1.3.1. A terrorizmus klasszikus korszaka

Az újkori terrorizmus kezdetét Rapaport (2004) Oroszországhoz, az 1880-as évekhez és Szergej Nechaev névéhez köti, „anarchist wave”-nek nevezi. Kaiser és Tólas (2012) a

¹⁷ SCHMID, Alex P. szerk. (2021): *Handbook of Terrorism Prevention and Preparedness*, Hága: ICCT Press Publication. Online: https://icct.nl/sites/default/files/2023-01/Handbook_Schmid_2020.pdf

¹⁸ CRELINTEN, Ronald (2009): *Counterterrorism*. Cambridge: Wiley.

¹⁹ LAQUEUR, Walter (2016): *History of Terrorism*. New York: Routledge.

„klasszikus” terrorizmus megjelenését a jakobinus diktatúra idejére teszik és Robespierrehez kapcsolják. A két felosztásban az első éra közös jellemvonása a politikai merényletek végrehajtása. A célpontjuk az adott társadalmi berendezkedésért felelős, illetve azt jelképező személyek, uralkodók és politikusok, míg a várt eredmény a rendszer megdöntése volt. A klasszikus terrorizmus felöleli a Rapaport féle felosztás második hullámát is az „anticolonial wave”-t, amelynek mozgatórugójaként az I. Világháború győztesei által támogatott, a korábbi birodalmak megtörését célzó, nemzeti öntudat támogatását említi. A nemzeti öntudat szítása, legalábbis a terror szempontjából öngól lett, amit a II. Világháború kimenetele tovább erősített. A győztes nagyhatalmak alábecsülték befolyásukat, a nacionalizmus olyan népcsoportoknál is táptalajra lett, akik eddig nem rendelkeztek önálló állammal, autonómiával. Az elkövetői magatartás még dominálón a merénylet, csak céljává a katonai struktúrák váltak, mozgató ereje pedig a nacionalizmus és a szeparatizmus. Az elkövetői magatartás leginkább egy személyre koncentrál, így az egészségügyi ellátás is egy sérült megmentésére korlátozódik. Távoli hatása azonban mégis érezhető. Amennyiben a politikailag meghatározó személyt kritikus infrastruktúraként minősítjük, akkor védelme prioritást élvez, amit széles és teljes körben kell megszervezni.

Napjaink személyvédelmének a klasszikus terror azt az üzenetet küldte, hogy egy sérülés esetén az azonnali egészségügyi ellátás nem kihagyható része a biztosításnak. Kiváló példa erre a magasszintű delegációk védelmének felépítése, ahol nem csak a belgyógyászati betegségek kezelésére alkalmas orvosteam része a csapatnak, hanem a traumák következményeinek sürgősségi elhárítására is alkalmas, speciális szakterületek is képviselve vannak. A TEK taktikai medicina modelljében a személyvédelem műveleti taktikájának szerves részét képezi az egészségügyi biztosítás, ami integráltan a napi gyakorlat része.

1.3.2. A terrorizmus modern korszaka

Kezdetét 1968-ra teszik, az ekkor a Latin – Amerikában megjelenő városi gerillaharcokkal, illetve a palesztin terroristák fellépésével. Utóbbi kapcsán felmerül a hatnapos háború szerepe, amikor három arab ország összefogása sem vezetett sikerre Izraellel szemben. Az eredmény a palesztin nép elszigetelődése lett. Ebben gyökerezik az az elmélet, miszerint csak a terrorizmus ereje győzheti le Izraelt. A Rapaport-féle felosztás harmadik – „new left wave” – szakasza feleltethető meg ennek a korszaknak, aki a mozgatóerőt az elhúzódó vietnami háborúban látta. Az igen nagy kontraszttal bíró erőviszonyok mind a harmadik világ, mind a nyugati civilizáció fiatal generációjában kétkedést hozott a világot uraló politikai rendszer helyességében. E szemlélet köré szerveződő csoportok (olasz, német, japán vörös brigádok)

magukra, mint előharcosokra tekintettek az elnyomott régiókért való küzdelemben, erős balra tolódásuk ennek köszönhető. Ideológia, anyagi támogatás terén Szovjetunió érthetően készséggel állt rendelkezésre. A korábban alakult nacionalista csoportok (ír, baszk, kurd, örmény) további radikalizációja is a társadalmi feszültségek eszkalációjához vezetett.

A korszakra jellemző legmarkánsabb változás a célpontok áttevődése a civil állampolgárokra. A rendszer totális megdöntése helyett a politikai zsarolás került előtérbe. Erre az időszakra tehető a média bekapcsolódása a folyamatokba. A terroristák új felületet találtak a befolyásolásra, marketing céljaik megvalósítására, követeléseik kihirdetésére. Megjelentek a terrorszervezetek, akik finanszírozásukat már külső forrásból, támogatók közreműködésével szerezték. A korábbi merényletek még megfigyelhetők, de azok büntető jellegűek. A legnépszerűbb modus operandivá a gépeltérítések, túszejtések és robbantásos merényletek váltak.

Egészségügyi szempontból az e korszakra jellemző terror újabb változókat hozott. A csoportos elkövetési magatartás a felszámolásukra kijelölt erők újjászervezését követelte meg. Felállításra kerültek az önálló terrorelhárító egységek, akiknek az általános rendőri szervekhez képest más, kiterjesztett képességekre volt szükségük a hatékony feladatvégrehajtáshoz. Ide sorolható a katonai gyakorlatból ismert harctéri egészségügyi ellátás a nagy sérülési rizikóval járó beavatkozók védelmére. A rendvédelmi egységek a civil sérültek ellátására ekkor még nem fordítanak kiemelt figyelmet. A támadások polgári áldozatainak száma emelkedik, ellátásuk a mentőszolgálatok feladata, ebben nincs különbség az egyéb mechanizmusú balesetekhez képest. Érdekes jelenség, hogy ebben az érában több terrorista csoport igyekszik mérsékelni a civil áldozatok számát. Példa erre az előre bejelentett robbantásos merényletek, amelyek, ha korlátozottan is, de lehetőséget teremtettek az evakuálásra. Itt említhető meg a túszejtés is, ami legalábbis kezdetben, felszámolás szempontjából statikus helyzetet jelentett. A tárgyalások alatt lehetőség volt az egészségügyi ellátórendszer riasztására, készütségbe helyezésére, illetve maguk a tárgyalások is kecsegtethettek pozitív kimenetellel. Végül egészségügyi vonatkozásként sorolható fel a civileket, mint áldozatokat érő pszichés nyomás, a terror ezzel bontakozik ki teljes értelmezésében.

1.3.3. A terrorizmus posztmodern korszaka

2001. szeptember 11-e drasztikus változást hozott és egyben új korszakot nyitott a terrorizmus történetében. A célpontok továbbra is a civilek, de nagyságrendi ugrás volt megfigyelhető az áldozatok számában. A „tömegpusztító” terrorizmus megjelenésére az iszlám mártíromság ideológiája és a média felületekhez való jobb hozzáférés lehet a magyarázat. Az

erősen mediatizálttá váló terrorizmus egyik markáns karaktere e kornak. A tömegtájékoztatás és a közösségi média szerepe kétélű fegyvernek bizonyult. A demokratikus berendezkedés sajtószabadság értelmezése magával vonta az állampolgárok széleskörű tájékoztatásának felelősségét és igényét. A XXI. században a képi média fejlődésének hatására a terroresemények „real time” közvetítése és realiztikus megjelenítése mindennapossá vált. Ez a trend amennyire hatékony lehet a közvélemény erőszak elleni egységes fellépésének eléréséhez, ugyanannyira támogatja a terroristákat céljaik elérésében, a kívánt társadalmi hatások realizálásában. Bár időben előbb indul a Rapaport-féle felosztás negyedik hulláma a „religious wave”, de jellemzőit tekintve illeszkedik a posztmodern korszakba. A vallás felhasználása az erőszak társadalmi legitimizációjához nem újkeletű, bár némileg ellentmondásos, mert leginkább szekuláris hatalmi törekvéseket szolgált. A nacionalizmus és a vallás sok területen kapcsolt ideológiai bázis, együttesen felelnek az újkori terror arculatért. A jelenleg is tartó vallási hullámának kezdete az 1979-es iráni forradalomhoz, Khomeini hatalomátvételéhez köthető. A forradalom alapjául szolgáló vallási ideológia sikere megalapozta az iszlám új státuszát a világban. Egyrészt kiélesítette a síita-szunnita belső ellentétet, másrészt előkészítette az egyéb világvallásokat gyakorló népekkel szembeni dzsihádot, harmadrészt mintául szolgált a vallás ideológiai motorként való felhasználásához. Eredménye a terrortámadások számának regionális és globális emelkedésében mérhető. Mindezen folyamatokat erősítette az afganisztáni szovjet megszállás, ami a szunniták radikalizációját és összefogását erősítette. Az elhúzódó afgán konfliktus gyakorlati hatása, hogy háborúban edzett, kiképzett erőt biztosított a későbbi terrorista szervezeteknek.

A vallás és a terrorizmus összekapcsolása érzékeny politikai terület. A demokratikus országok a vallások szabad gyakorlását alapjogként kezelik. Ebben a környezetben bármely hit megbélyegzése, összekapcsolása az erőszakkal kontraproduktív lehet. Különösen igaz ez az iszlámra, melynek szélsőségesen radikalizálódott csoportjai gyakran nyúlnak a terror eszközkészletéhez. Találunk azonban a buddhista – hindu ellentétre példát (Tamil ellenállás²⁰), keresztény identitás megnyilvánulását (Oklahoma²¹) vagy vegyes alapon szerveződött akciókat (tokiói gáztámadás²²). Az azonban vitathatatlan, hogy a XXI. században

²⁰ HÁDA Béla (2009): A Srí Lanka-i antiterrorista hadműveletek előzményei és kilátásai. *ZMNE Stratégiai Védelmi Kutatóintézet Elemzések 10.szám*. Online: <https://svkk.uni-nke.hu/document/svkk-uni-nke-hu-1506332684763/svki-elemzesek-2009-10-sri-lanka-hada-b.original.pdf>

²¹ LINENTHAL, Edward Tabor (2010): *Oklahoma City Bombing*. Online: <https://www.okhistory.org/publications/enc/entry?entry=OK026>

²² ASAI, Yasufumi – ARNOLD, Jeffrey L (2003): Terrorism in Japan. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18(2), 106-114. Online: [doi:10.1017/S1049023X00000844](https://doi.org/10.1017/S1049023X00000844)

az iszlámhoz köthető globális terror „sikere” meghatározó eleme a vallási alapon felszínre törő erőszaknak.

A posztmodern terrorizmus kiteljesítette a virtuális félelemkeltés intézményét. A cél ismét a totális rendszerváltás lett. Az elkövetői magatartásban az öngyilkos merényletek váltak uralkodóvá (ámokfutás, ramming, robbantások), amelynek üzenete, hogy sehol senki sincs biztonságban. A tömegpusztítás szándéka, a megfogalmazott célok eléréséhez további fenyegetéseket hordoz magában, mint például a CBRNE²³ fegyverek bevetése.

Az egészségügy szempontjából e korszak legnagyobb kihívása a tömeges sérüléssel járó rendkívüli események rendszerszintű kezelésének megszervezése és végrehajtása. Ide tartozik a helyszíni ellátás problémaköre, ahol kiemelt kérdés, hogy ki és mikor kezdje meg a kárhely felszámolását. Az erőszakos bűncselekmények területe annak leválasztása a környezettől, átvizsgálása és biztonságossá tétele speciális és időigényes feladat. A biztonság viszont alapfeltétele a polgári mentőszolgálatok alkalmazásának. A dilemmát az idő teszi teljessé, az egészségügyi ellátás megkezdésének késedelmé emberéletekben mérhető. Ez a felismerés vezetett a taktikai medicina új értelmezéséhez, ami rákényszeríti a speciális rendvédelmi alakulatokat felelősségük újragondolásához. Az egészségügyi képességek terén szintet kellett ugrani. A taktikai medicina új szemléletű gyakorlatában a TEK úttörő szerepet vállalt az Európai Unióban, tapasztalataim szerint azt sem túlzás állítani, hogy a világon.

Egy jól működő egészségügyi infrastruktúrában a feladatok és az azokat végrehajtó szakállomány szorosan összekapcsolt, füzérszerű ellátói láncot alkotnak. A helyszíni kimenekítés, az ott szükséges sürgősségi egészségügyi beavatkozások (beleértve a sérült osztályozást és kezelést), a transzport, majd az intézményi ellátás együttesen tudnak csak megfelelő túlélést biztosítani. A tömeges sérüléssel járó eseményeknél a rendszer működése és működtetése kritikus jelentőségű. A kórházakban a békeidőben történő ellátási alapelveit át kell állítani „damage kontroll”²⁴ módba, ehhez viszont speciális tudásra van szükség, amit csak a megfelelő oktatás tud megalapozni. A polgári egészségügyi személyzetnek is tudniuk kell alkalmazni a katasztrófahelyzetekre szabott algoritmusokat. A terrorizmus posztmodern korszaka e téren is hadat üzent az egészségügyi infrastruktúrának.

1.4. Részkövetkeztetések

A terroristák jellemző és uralkodó elkövetői magatartása, illetve motivációja alapján, a terrorizmus elkülönült korszakokra bontható. A modus operandi alapvetően meghatározza a

²³ CBRNE (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and high yield Explosives): vegyi, biológiai, radiológiai, nukleáris anyagok és nagy hatású robbanószerkezetek.

²⁴ Damage control: kárelhárítás.

sérültek személyi körének és számának alakulását, így egyfajta feladatszabásként jeleníthetők meg az egészségügyi biztosítás tervezésért és végrehajtásért felölős állománynak. A klasszikus terror a személyvédelem taktikai medicina felkészülésére, a modern terror a CTU-k megalapítására és azok egészségügyi, logisztikai rendszerének kiépítésére, míg a posztmodern terror a tömeges rendkívüli események felszámolásának képességére ad egyértelmű utasítást.

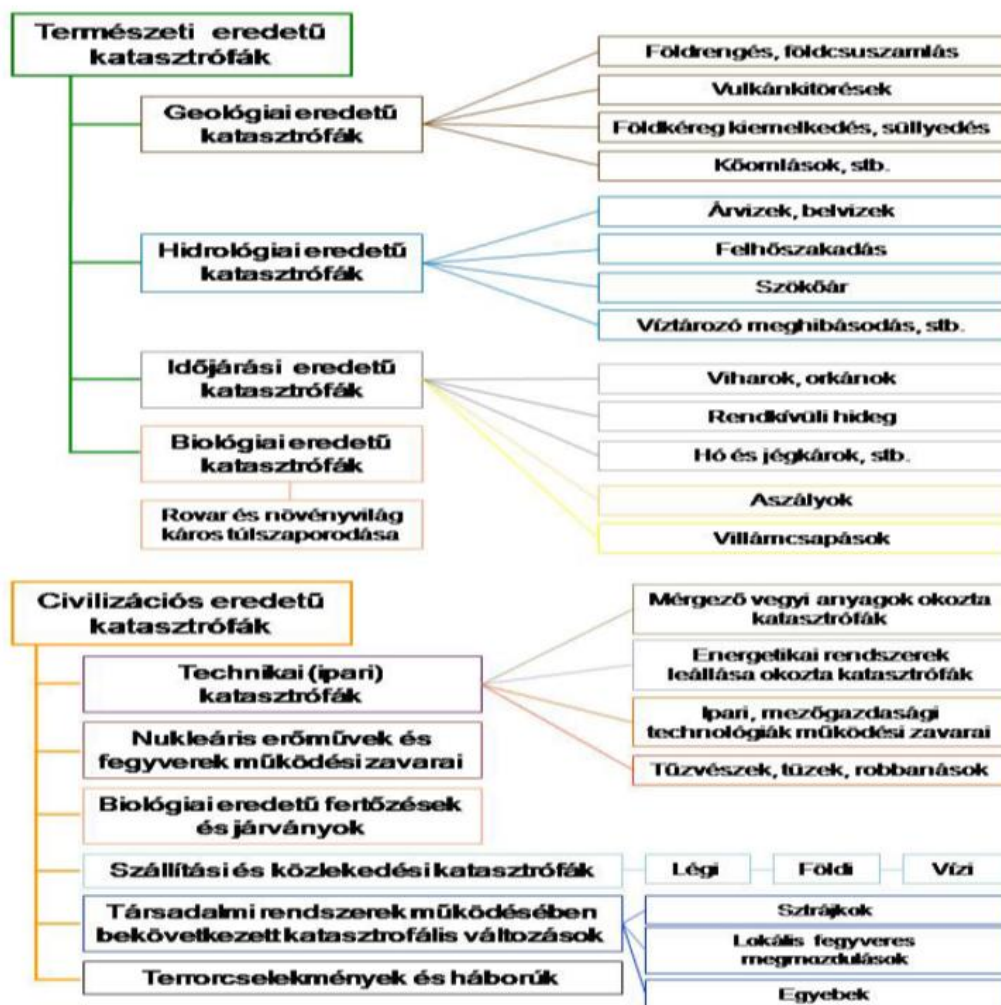
2. A TERRORIZMUS A KATASZTRÓFÁK KLASSZIFIKÁCIÓJÁBAN

2.1. A terrorizmus mint katasztrófa

A terrorizmus természeténél fogva az emberi élet, az egészség és a normális rendben zajló életvitel ellen dolgozik. Megelőzése, felszámolása és az okozott károk elhárítása jelentős ráfordítást igényel, ami humán erőforrásban és anyagiakban egyaránt mérhető. A történelem megmutatta, hogy a nemzetközi terrorizmus nem csak azt jelenti, hogy egy adott szervezet a világon bárhol végrehajthat egy támadást. Magában foglalja azt is, hogy a terror eszközrendszerében hívők figyelemmel kísérik a „partner szervezeteiket”, tanulnak egymástól, ezáltal egy sikeres támadás precedenst teremthet, mintául szolgálhat és felbátoríthatja az erre fogékonyakat. Emiatt minden esemény esetében felmerül a kérdés, hogy hol és hogyan folytatódik, a végrehajtók kitörnek-e a lokális körükből és válnak aktívvá vagy máskor és máshol találnak követőkre. Ezért a globálissá váló terror nemzetközi megközelítést igényel még akkor is, ha a támadások közvetlenül csak regionális működészavart okoznak. Különösen igaz ez a megállapítás a tömegpusztító terrorizmus korszakában.

A fenti általános megállapítások együttesen érvényesülve egy tágabb fogalomkörben, a katasztrófák definíciójára mutatnak rá. *A katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXXVIII. törvény 3. § 5) pontja* szerint: „*Katasztrófa: a veszélyhelyzet kihirdetésére alkalmas, illetve e helyzet kihirdetését el nem érő mértékű olyan állapot vagy helyzet, amely emberek életét, egészségét, anyagi értékeit, a lakosság alapvető ellátását, a természeti környezetet, a természeti értékeket olyan módon vagy mértékben veszélyeztet, károsítja, hogy a kár megelőzése, elhárítása vagy a következmények felszámolása meghaladja az erre rendelt szervezetek előírt együttműködési rendben történő védekezési lehetőségeit, és különleges intézkedések bevezetését, valamint az önkormányzatok és az állami szervek folyamatos és szigorúan összehangolt együttműködését, illetve nemzetközi segítség igénybevételét igényli.*”

2001. szeptember 11-e óta nem fér kétség hozzá, hogy a terrortámadások a katasztrófaszintű események közé emelkedtek és felosztásukban önálló entitásként jelennek meg. A katasztrófák eredtük szerinti felosztását az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra: Katasztrófák felosztása²⁵

A természeti katasztrófák a fizika, a kémia és a biológia törvényszerűségeit követik, ezért monitorizálhatók, megjelenésük legtöbbször előre jelezhető. A civilizációs eredetű katasztrófáknál egy új változó a pszichológia (nem ritkán pszichiátria) jelenik meg a triggererek és mozgatórugók között. Az eredmény, egy jóval kiszámíthatatlanabb láncolata az eseményeknek. A terrorcselekmények a civilizációs eredetű katasztrófák közé soroltak, a humán változóból fakadó eklektikussága vonatkozik a támadások megjelenésére és a végrehajtási módokra egyaránt. Az emberi kreativitás közelít a végtelenhez, így a megelőzés, felkészülés és felszámolás folyamatos éberséget és legalább annyi találékonyságot követel meg az elhárítók részéről az akciók és reakciók terén, mint amivel az elkövetői oldal rendelkezik. A terrorizmus katasztrófa szintű minősítése szemléltethető a statisztikai adatok segítségével. A

²⁵ NAGY Károly dr. – HALÁSZ László dr. (2002): *Katasztrófavédelem. Egyetemi jegyzet*. Budapest: ZMNE.
8 – 14

jelenség globális jellegét mutatja, hogy 1970-től a minimum egy halálos áldozattal járó terrortámadásokat elszenvedő országok száma 2021-re közel a tízszeresére emelkedett. (2. és 3. ábra)



2. ábra: Minimum egy halálos áldozattal járó terrortámadást elszenvedő országok száma /kumulatív/. (forrás: GTD²⁶)



3. ábra: Minimum egy halálos áldozattal járó terrortámadást elszenvedő országok száma éves bontásban (forrás: GTD²⁷)

²⁶ Global Terrorism Database <https://www.start.umd.edu/data-tools/GTD>

²⁷ Global Terrorism Database <https://www.start.umd.edu/data-tools/GTD>

A terrortámadások éves számának alakulásai egyértelmű emelkedést mutatnak a modern és posztmodern korszak összevetésében, ebben érdemes elkülöníteni a csak sérüléssel vagy halálos áldozattal is járó rendkívüli eseményeket. A tragikus kimenetel abszolút számai is emelkedést mutatnak, de a halálos versus „csak” sérülés arány csökken. (4. ábra) Véleményem szerint ez a jelenség a fapados terrorizmus számlájára írható. Az akciók kevésbé szervezettek, inkább a tömegeffektus, semmint a minőség dominál. Az elmúlt években 10 000 körül regisztráltak terrortámadásnak minősített rendkívüli eseményeket a világon.



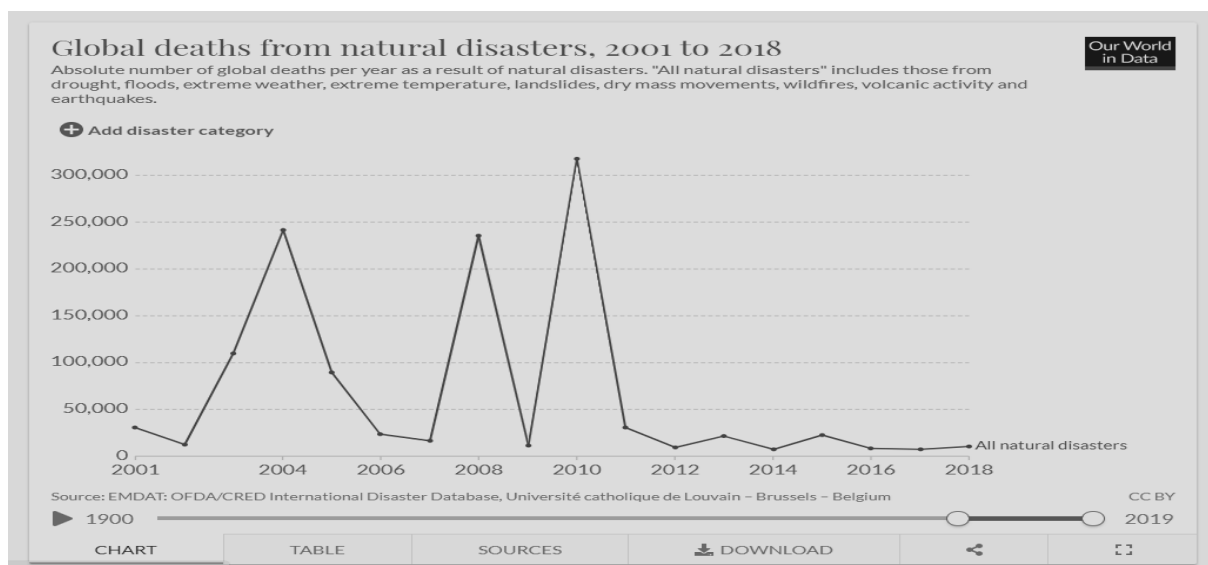
4. ábra: Terrortámadások éves bontásban, kimenetel megoszlásában. (forrás: GTD²⁸)

A támadások abszolút számának növekedése magával hozta az érintettek számának növekedését is. Az elmúlt 10-15 évben évente 20 000 – 40 000 egészségkárosodás vagy haláleset írható a terrorizmus számlájára. (5. ábra) Ezek a számadatok az elmúlt tíz év természeti katasztrófái során elhunytakkal már nagyságrendileg összevethetők. (6. ábra).

²⁸ Global Terrorism Database <https://www.start.umd.edu/data-tools/GTD>



5. ábra: Terrortámadásokban sérültek és elhunytak száma éves bontásban. (forrás: GTD²⁹)



6. ábra: Természeti katasztrófákban elhunytak száma. (forrás: RITCHIE– ROSADO – ROSER 2022)

Amennyiben elfogadjuk a terrortámadások katasztrófa jellegét, igaznak kell tekintenünk a katasztrófák kezelésére vonatkozó általános törvényszerűségeket és szabályokat. Más oldalról közelítve a terroresemények felszámolása során fel lehet használnunk a katasztrófahelyzetekben szerzett tapasztalatokat. A megfelelő szemléletet általánosságban véve jól mutatja a katasztrófa – menedzsment ciklusa.

²⁹ Global Terrorism Database <https://www.start.umd.edu/data-tools/GTD>



7. ábra: Katasztrófa-kezelési ciklus. (forrás: Office of Emergency Management)

- Prevention (megelőzés): jelenti mindazon intézkedéseket, amelyek a katasztrófák kialakulását megelőzhetik.
- Mitigation (enyhítés): jelenti mindazon tervezést és intézkedést, ami egy bekövetkezett katasztrófa következményeit csökkenti.
- Preparedness ((fel/készültség): jelenti minden olyan cselekvést, amely megakadályozza és leküzd a potenciális katasztrófa okozta veszélyeket és károkat.
- Esemény/ katasztrófa
- Response (válasz): jelenti azokat az intézkedéseket, amelyek a bekövetkezett katasztrófa kárainak leküzdésére irányulnak - kiemelt beavatkozásoknak tekinthetők a veszélyforrás megszüntetése, a közrend, a közbiztonság fenntartása, a sürgősségi egészségügyi ellátás.
- Recovery (helyreállítás): jelenti mindazon intézkedéseket, amelyek a katasztrófa előtti helyzet helyreállítását célozzák, miközben csökkenti a sebezhetőséget és / vagy fokozzák a rezilienciát.

Egy társadalom fejlettségét jól tükrözi a katasztrófakezelési képessége. Témám közvetlenül e hurok, az esemény és az arra adott első reagáló képesség elemeihez kapcsolódik. Általánosságban elmondható, hogy a ciklusban, önálló láncszemként szereplő válaszadás igen összetett állami és ossztársadalmi feladat. Az egyes katasztrófatípusokban a „first response” (első válasz) végrehajtásának kötelezettsége, meghatározott szervekre eshet. Főszabályként a katasztrófavédelem feladata a felszámolás megkezdésére, ugyanakkora fegyveres szervezetek,

hivatásos állománya, rögtön mozgósítható erőt jelent. Ezért a rendőri és a katonai egységek részvétele a katasztrófa helyzetben való gyors reagálásban nélkülözhetetlen. A katasztrófák kezelésében a katonaság szerepe, legyen az hazai vagy nemzetközi szövetség, átlátható, meghatározott. Jó példa erre a NATO szerepvállalása és ilyen irányú felfejlődése a humanitárius katasztrófák felszámolásában.³⁰ A Magyar Katasztrófavédelem és a Magyar Honvédség kapcsolata is jól szabályozott, a feladatok meghatározottak.³¹

2.2. Globális biztonságot veszélyeztető legfőbb kihívások

A katasztrófák problémakörének elemzése magával vonzza a globális biztonság kérdését, ami lényegében a katasztrófa helyzetek társadalmi oldala. Burke szerint a biztonság az egyik legalapvetőbb emberi szükséglet, biztosíték az együttélésre, a félelem és nehézség nélkül szabadon élet rendjére³². Booth a biztonságot egy feltételként definiálja a fenyegetésekkel szemben és globálisan kiterjeszti minden egyénre.³³ A definíciókból érthető, hogy minden olyan jelenség, helyzet vagy esemény, ami a globális biztonságot fenyegeti megelőzendő vagy megoldandó kihívás az emberiség számára. E témával foglalkozó elemzéseket jól veszi lajstromba Schreier³⁴, a felsorolásában szereplő tételeket a 2. táblázat foglalja össze.

Nagy dolgok: jelenségek, melyek kezelését meg kell tenni, bár megoldásuk a közeljövőben nem várható		
Demográfiai robbanás	Gazdasági különbségek	Élelmiszerhiány
Energiahiány	Háborúk, fegyveres konfliktusok	Vízhiány
Klimaváltozás	Úr kérdése	
Nem befejezett ügyek: jelenségek, amiket már régen meg kellett volna oldani, de nem sikerült		
Terrorizmus	Túlnépesedés	Parlamenti demokrácia
Korrupció	Migráció - integráció	
Szervezett bűnözés		
Ügyek melyekkel nemsokára szembesülünk		
Globalizáció és nemzetállamok	Egyéni jogok és globális biztonság	Pandémiák
Bukott államok	Multilaterális együttműködések	Kibertér

³⁰ NATO role's in disaster assistance (Brüsszel, NATO, 2001) Online: <https://www.nato.int/eadrcc/mcda-e.pdf>

³¹ GRÓSZ Péter (2013): A honvédelmi katasztrófavédelmi rendszert meghatározó szabályozók változásai figyelemmel a módosult külső jogi környezetre. *Hadmérnök*, 8(2), 157–165. Online: http://www.hadmernok.hu/132_13_groszp_2.pdf

³² BURKE, Anthony (2002): Aporias of security. *Alternatives: Global, Local, Political*, 27(1) 1–27.

³³ BOOTH Ken (2014): *Global security*. In: KALDOR, Mary – RANGELOV, Iavor (szerk.): *The handbook of global security policy*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 11–30

³⁴ SCHREIER Fred (2010): *Trends and Challenges in International Security: An Inventory*. Online: https://www.dcaf.ch/sites/default/files/publications/documents/OP19_schreier_trendsandchallenges.pdf

Nemzet építés	Technológiai fejlődés	
---------------	-----------------------	--

2. táblázat: Globális biztonságot fenyegető kihívások. (forrás: SCHREIER 2010)

Van olyan szerző, aki a kihívásokat egyenesen rangsorba állítja, Szűcs László szerint, napjaink tíz, legjelentősebb, globális, biztonsági kihívásai: ³⁵

- | | | |
|-------------------------|---------------------|------------------------|
| 1. Terrorizmus | 5. Migráció | 8. Édesvíz hiánya |
| 2. Kibertámadások | 6. Éghajlatváltozás | 9. Energiabiztonság |
| 3. Szervezett bűnözés | 7. Ásványkincsek | 10. Fertőző betegségek |
| 4. Demográfiai robbanás | elérhetősége | |

Amennyiben a fenti felsorolásokat összevetjük a katasztrófák felosztásával, sok ponton találhatunk átfedéseket, különösen akkor erős az összefüggés, ha az egyes katasztrófa típusokat tágabb szemlélettel fogadjuk be. Talán nem túlzó a megállapítás, ha azt mondjuk, hogy a globális biztonsági kihívások vagy már megvalósult katasztrófa-eseményeket jelentenek, vagy a fenyegetésük beteljesülése katasztrófa képében fog megtörténni.

Bármelyik megközelítést vesszük alapul felfedezhetünk olyan problémaköröket, amelyik megoldása nemzeti szinten a rendvédelem feladata, míg nemzetközi környezetben a szervezeteket összefogó ügynökségeké. Ezek a terrorizmus, a szervezett bűnözés, a kiberbiztonság és a migráció. A hozzájuk kapcsolt események (katasztrófák) vagy potenciális katasztrófához vezető fenyegetések (biztonsági kihívások) kezelése megközelíthető a katasztrófakezelési ciklus alapján. Tehát a megelőzés, a csökkentés, a felkészülés, a válaszadás és a helyreállítás (egy része) a rendőrség hatáskörébe tartozik, így egyértelmű feladatszabásként is értelmezhetők. A Magyar Rendőrséget az általános rendőri feladatok ellátására létrehozott szerv, a belső bűnmegelőzési és büntelődési feladatokat ellátó szerv, valamint a terrorizmust elhárító szervek alkotják.³⁶ Kérdésként merülhet fel, hogy a Rendőrség rendelkezik-e olyan infrastruktúrával, amely alkalmassá teszi őt, hogy a hatáskörébe tartozó biztonsági kihívásokat (katasztrófákat), azok teljes komplexitásaiban kezelje.

A terrorizmus kapcsán a hatékony fellépés csak a teljesség igényével értelmezhető, ehhez számos képesség integrációjára van szükség, ami a felderítéstől a felszámolásig, az informatikától az egészségügyi ellátásig speciális szakterületek összehangolt együttműködését öleli fel. A modern szemléletű rendőrségnek, a lehetséges összes változóra fel kell készülnie

³⁵ SZÜCS László (2014): *Tíz globális biztonsági kihívás*. Online:

https://www.honvedelem.hu/cikk/43607_tiz_globalis_biztonsagi_kihivas

³⁶ 1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99400034.TV>

(preparedness) és kiemelten foglalkoznia kell a megelőzés lehetőségeivel. Amennyiben a rendelkezésre álló időt is a változók közé vesszük, különleges szerepet kap a rendkívüli esemény helyszíni, az „azonnalos” reagálást megkövetelő feladatrendszere. A rendvédelemben alapkövetelmény a veszélyeztetett terület lezárása, elkülönítése a biztonságos területektől. A „zárás” feladata a további károk megelőzése (ideértve az emberi életek elvesztését vagy súlyos sérüléseket), illetve az elkövetők elmenekülésének megakadályozása. Az elkövetők helyszínen történő elfogása nem csak a jogos szankciók érvényesítéséről szól, preventív szemlélet mutat, hogy máskor, máshol embereket veszélyeztető cselekményeket ne tudjanak végrehajtani. Fontos kiemelni, hogy a műveletekben résztvevő szakterületek szinte mindegyike határterületi szakmaként értelmezhető. A „first response” kapcsán egyrészt készségszinten tudni és alkalmazni kell a fenyegetés kezelésére szolgáló képességeket, másrészt be kell vetni az egészségügyi tudást, e kettősség a rendkívüli körülmények közötti mentések alap karaktere³⁷. Az elzárt terület viszont, a szükséges speciális képességek hiánya miatt nem hozzáférhető egyéb szolgálatoknak, ezért a helyszínen szükséges teendőket a terrorelhárító egységeknek kell felvállalniuk. A sérültek és a betegek sürgősségi ellátása tipikusan ebbe a körbe tartozik, ez a felismerés vezetett el a TEK-ben a modern szemléletű taktikai medicina kialakításához.

A katasztrófák komplexitása miatt azok felszámolása „multiagency” megközelítést igényel, aminek csak egy eleme az egészségügyi tevékenység, ugyanakkor el kell ismernünk, hogy az egészségügyi ellátásnak és ellátói rendszernek különösen kiemelt jelentősége van. Tisztán egészségügyi szempontból, azt némileg egyszerűsítve elmondhatjuk, hogy a túlélést biztosító láncnak három fő eleme van: a helyszíni akut egészségügyi ellátás, az intézeteken belül szervezett egészségügyi tevékenységek és a kettő közötti kapcsolatot biztosító transzport. Mind a Honvédség, mind a Katasztrófavédelem szoros kapcsolattal bír az egészségügyi infrastruktúrával. Ennek egyik pillére a saját erőforrásainak, eszközeinek rendszere, így a Honvédség az MHEK, a Katasztrófavédelem a speciális mentőszolgálatai révén (pl. Hunor) léphetnek be a területen végrehajtott akut, egészségügyi ellátásba. A rendvédelemben a TEK az egyetlen, aki önálló szervezeti egységet állított fel és rendelkezik saját erő potenciállal a helyszíni sürgősségi egészségügyi ellátás terén.

2.3. Részkövetkeztetések

A globális terror a XXI. század kezdetére elérte a katasztrófa szintű fenyegetés mértékét, ennek megfelelően bekerült az ember által okozott katasztrófák klasszifikációjába. A

³⁷ DELY Péter – FAGGYAS Attila (2022): *Kritikus állapotú sérültek mentése rendkívüli körülmények között*. In: Szelei Ildikó (szerk.) *A hadtudomány aktuális kérdései napjainkban II. kötet* Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó. 85–102.

terrorizmus a biztonságpolitikai szakértők globális fenyegetettséget feldolgozó elemzéseiben top listássá vált. A terrorizmus és következményes terrortámadások felszámolása új, elméleti megközelítéssel bővült. A katasztrófaesemények multiagency szemléletű feldolgozása, a tapasztalatokból származó következtetések határozott üzeneteket küldenek a gyakorlatban végrehajtandó feladatokra vonatkozóan. A rendvédelem jellemzően eddig is része volt minden fajta katasztrófaesemény leküzdésében, leginkább egyes meghatározott részfeladatok megoldásában. A terrortámadások azonban új kihívás elé állították a rendőri szerveket. Ezekben a rendkívüli helyzetekben ügygazdaként kell eljárniuk, ami jóval összetettebb feladatkör, és ami a korábbiakhoz képest átfogóbb tevékenységet igényel. Az új társadalmi elvárásnak való megfelelés, csak komplex képességek birtokában lehetséges. A terrorelhárítási egységek és az irányításuk alá rendelt rendőri alakulatok a katasztrófa kezelési ciklus alapvetéseinek figyelembe vételével, azok mentén tudnak hatékonyan belépni a terrorizmus elleni küzdelem folyamatába. Ennek egyik, kiemelten fontos eleme az azonnalos reagálás, az emberi életek speciális körülmények közötti mentése, a „first responder”-i feladatok ellátása. Az új feladatrendszer, az új irányú felelősségvállalás megértése és az ehhez szükséges átalakítások, fejlesztések csak a rendvédelem szemléletváltásával hajthatók végre.

3. A TERRORIZMUS ALAKULÁSÁNAK HATÁSAI A FEGYVERES SZERVEZETEK MŰKÖDÉSÉRE, EGÉSZSÉGÜGYI KÉPESSÉGEIRE

3.1. Terrorizmus hatása a fegyveres erők működésére – katonai rendszerek

A terrorszervezetek felszámolásáért, az ország határain kívül önállóan, de inkább szövetségi rendszerekben, a katonai erők felelősek. A megváltozott körülményekhez, a terrorizmus elleni harcra kijelölt, fegyveres szervezeteknek alkalmazkodniuk kellett. A katonai rendszerek szemléletváltását a Prágai NATO Csúcsértekezlet³⁸ döntései mutatják. A NATO vezetői kifejezték elkötelezettségüket, hogy megvédik állampolgáraikat, területüket és javaikat a külső fegyveres támadások ellen, a terrorizmust is beleértve. Ezen elköteleződésen alapulva, a modern hadviselés új katonai képességeinek fejlesztése érdekében, megszületett a Prague Capabilities Commitment – PCC (prágai képességsomag), ennek főbb elemei:

- Terrorizmus elleni védekezés katonai koncepciója,
- Partnership Action Plan against Terrorism 2002, PAP-T (terrorizmus elleni küzdelem akcióterve),
- Civil Emergency Planning Action Plan (civil vészhelyzeti tervezés akcióterve),
- CBRN támadás elleni védekezés 5 kezdeményezése,
- Rakétavédelmi terv felülvizsgálata,
- Kibervédelem,
- Elhatározás a más szervezetekkel való kooperáció elmélyítésére, illetve a terrorizmushoz kapcsolódó hírszerzési információk kiterjesztett megosztására.

A hatékony és gyors reagálás érdekében, meghatározásra került a NATO Response Force, NRF (NATO Reagáló Erők) felállítása. A NATO modernizációs folyamatában a szövetség parancsnoki struktúrájának átalakítását is célul tűzték ki, két stratégiai főparancsnokság létrehozásával (Szövetséges Transzformációs Parancsnokság, Norfolk; Szövetséges Műveleti Parancsnokság, Mons). A prágai csúcsértekezleten egyetértés volt abban is, hogy a NATO megújításával párhuzamosan, újra kell értékelni és új lendületet kell adni az Euro-Atlantic Partnership Council, EAPC (Euro-atlanti Partnerségi Tanács) Partnership for Peace, PfP (Partnerség a Békéért) programjának is. Továbbá a NATO új partnerségi mechanizmust vezetett be, az Individual Partnership Action Plan-t, IPAP (Egyéni Partnerségi Tagsági

³⁸ The Prague Summit and NATO's Transformation (Brüsszel, NATO, 2003). Online: <https://www.nato.int/docu/rdr-gde-prg/rdr-gde-prg-eng.pdf>

Akcióterv), annak érdekében, hogy a szövetség elmélyítse az együttműködést a partnerországokkal. A cél, a kor kihívásaihoz, a partnerállamok igényeihez és elvárásaihoz igazítani a NATO működését. A NATO törekvéseinek mozgatórugóját, a New York-i terrortámadás képezte.

3.2. Terrorizmus hatása a fegyveres erők működésére - rendvédelem

Európában és a világ fejlett országaiban, a terroresemények felderítésére, megelőzésére és megszakítására, így a belföldi beavatkozás jogára - a rendőrség a kijelölt szervezet. A rendvédelem fejlődésére a terrorizmus jelentősen hatott. Az első hullám hátterében a XX. müncheni nyári olimpiai játékok tragikus eseményei álltak.³⁹ Az NSZK vezetése felismerte, hogy a szakértelem hiánya vezetett a társadalom (világ) számára elfogadhatatlan kimenetelhez és döntött egy speciális, rendőri, beavatkozó egység felállítására mellett. Így vált Európában, a GSG 9 az első olyan alakulat, amely hatásköre a terrortámadások megakadályozása, megszakítása. München után más európai országok is felismerték a terror új fenyegetését, ezért számos a GSG 9-hez hasonló hatáskörrel és illetékességgel rendelkező egység került hadrendbe állításra (3. táblázat). A GSG 9 azóta is „gold standard” az európai terrorelhárító alakulatok értékrendjében, számos országnak nyújtott mintát és adott segített saját képességük felépítésében.

ORSZÁG	EGYSÉG	ALAPÍTÁS	ORSZÁG	EGYSÉG	ALAPÍTÁS
Németország	GSG 9	1972	Belgium	DSU	1974
Dánia	AKS	1972	Norvégia	Delta	1976
Hollandia	DSI	1973	Ausztria	EKO COBRA	1978
Franciaország	GIGN	1974	Jugoszlávia	ENOTA	1973

3. táblázat: a 1972-es müncheni terrortámadás hatására alakult CTU egységek. (forrás: szerző saját anyaga, ATLAS)

Európán belül az 1970-es évek közepétől sorra alakultak a CTU-k, aminek hátterében egyrészt az akkori új szemléletű rendőrség trendje, mintája állt, másrészt olyan rendkívüli események, melyek az adott országban pressziót jelentettek a rendvédelem képességeinek fejlesztésére.

³⁹ MELCER, Ioram (é.n.): *Munich Olympics: Massacre of the Israeli Athletes on German Soil*. Online: <http://web.nli.org.il/sites/NLI/English/collections/personalsites/Israel-Germany/Division-of-Germany/Pages/Munich-Olympics.aspx>

A müncheni eseményekhez hasonló, átfogó változásokat indukáló esemény a New York-i ikertornyok elleni terrortámadás volt. Az akkor már működő európai terrorelhárítási szervezeteknél ez komoly szemléletváltást hozott, ami szélesebb körű átszervezésekben és átfogó fejlesztésekben nyilvánult meg. Az egységek létszámát emelték, fegyverzetüket erősítették, fejlesztették eljárási rendjüket, taktikájukat. Ezeknek a változtatásoknak köszönhetően képességeik gyorsan bővültek.

A rendvédelem speciális erőinek egyre finomodó rendszerei a harci képességek fejlődésével párhuzamosan, újabb és újabb tevékenységek bevonását tették indokolttá, ide sorolhatók a logisztikai, a műszaki, az egészségügyi és az adminisztratív területek. Általánosságban elmondható, hogy a fejlődés motorja az új kihívásoknak való megfelelési kényszer, ami nem más, mint a társadalmi elvárásokhoz való igazodás és az átfogó társadalmi felelősségvállalás.

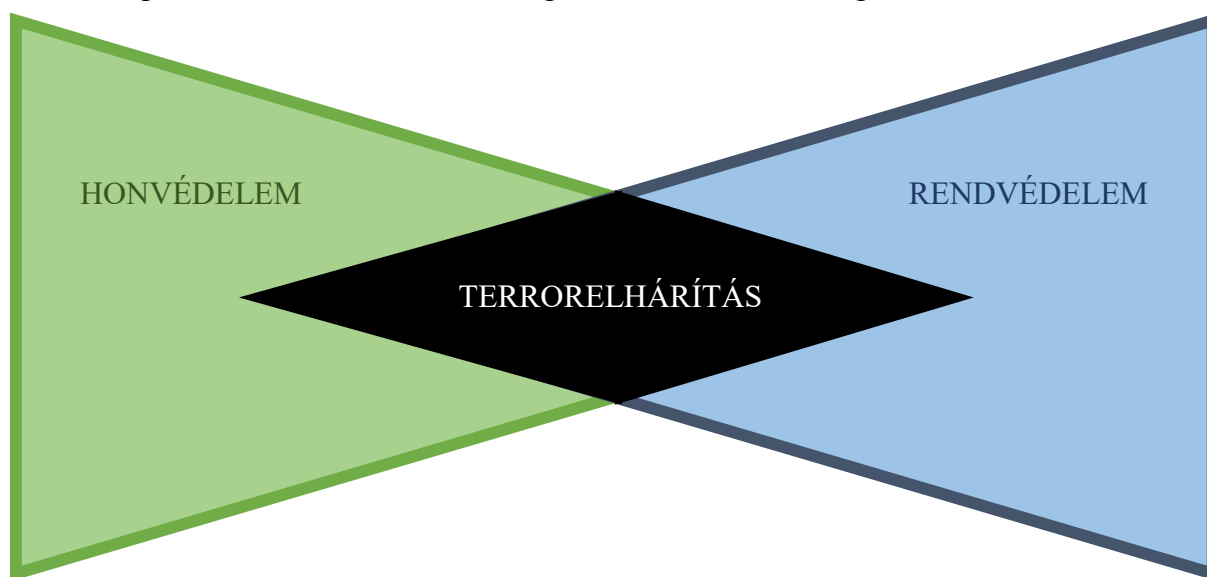
3.3. Terrorizmus hatásainak következménye a fegyveres szervezetekre – terrorelhárítás

A XX. század végén és XXI. század elején a megváltozott globális biztonsági környezet új megközelítést követelt meg mind a nemzetközi, mind az uniós tagállami felelős szervezetektől. Különösen igaz ez a megállapítás a terrorizmus kapcsán. A terrorizmust régóta jegyezték már a katasztrófhelyzetek között, legalábbis elméleti síkon. Az új típusú, globálissá és tömegpusztítóvá váló terror hatékony felszámolásának társadalmi igénye cselekvést kényszerített ki a válaszással megbízott katonai és rendvédelmi szervezetek részéről. Azt is mondhatjuk, hogy a tragikus események az elméleti síkról a gyakorlati megvalósítás pályájára állították felelős szervezeteket.

A rendvédelem felismerte, hogy az új típusú hadviseléssel szembeni fellépésre új képességekre, eszközkészletre és eljárási rendekre van szüksége. Az ehhez szükséges tudást az e téren tapasztalattal rendelkező különleges katonai egységektől kérte. Meglátásom szerint e folyamatok eredményeként, némi képzavarral élve új „fegyvernem” alakult ki, ez a terrorelhárítás.

A terrorelhárítás meghatározott hatáskörben rendelkezik a belföldi beavatkozás jogával és kötelességével, méghozzá nem csak minősített időszakokban, ezáltal a rendvédelem egyik pillére. Másrészről a képességei, fegyverzete, eljárási rendjei és önálló logisztikai támogató rendszere inkább a különleges rendeltetésű katonai alakulatokhoz hasonlók, ezáltal hordozza a katonai egységek jegyeit. A végeredmény egy új rendszer hadrendbe állítása lett a korábban létező szervek közös metszetében (8. ábra).

A terrorelhárítás kapcsán érdemes szót ejteni a terrorelhárító egység (CTU) és a terrorelhárítási központ (CTC) között lévő különbségről. A terrorizmus elleni küzdelem komplex összetársadalmi feladat. Az államok legitim erőszak intézményével felruházott szervei hivatottak fenntartani és megvédeni az állampolgárokat. A terrorizmus fejlődésével párhuzamosan nyilvánvalóvá vált, hogy a terrortámadások kezelésére speciális képességekkel rendelkező beavatkozó egységekre van szükség. Mára már minden európai ország rendelkezik ilyen erővel. Az sem vitatott, hogy a terrortámadások megelőzésében a felderítésnek, a titkosszolgálati eszközöket is felhasználó szerveknek kiemelt jelentőségük van és szerepük egyre meghatározóbb. A két funkciót közötti gyors és hatékony információáramlás, a bürokratikus utak minimálisra csökkentése hatékonyságot meghatározó elvárás. A CTU-k elkülönülése az elsődleges információktól a reakcióképeséget csökkenti. Ez a felismerés vezetett a terrorelhárítási központok felállításának koncepciójához, ahol egy parancsnok felel az információ begyűjtés, feldolgozás és szükség esetén az azonnalos vagy tervezett beavatkozásért. Teljes profilú terrorelhárítási központra, Európában kevés a példa. Ebben Magyarország a TEK révén úttörő szerepet vállalt. Tapasztalatom szerint, az ATLAS szövetség tagállamainak informális véleménye alapján, a magyar rendszerre, mint elérni vágyott vízióra tekint Európa terrorelhárítási feladattal megbízott szakmai közössége.



8. ábra: Terrorelhárítás helye a fegyveres testületek metszetében. (forrás: szerző saját szerkesztése)

3.4. Terrorizmus hatása a harctéri egészségügyi ellátásra

A katasztrófák kapcsán kiemelt jelentőséggel bír a megelőzés. Az elv kiváló, viszont nem minden esetben működik. A katasztrófákat követő reagálás első feladata, az életmentés és a további károk megelőzése. Terrortámadás esetén a rendkívüli esemény megszakítása, a történések eszkalációjának megelőzését szolgálja (CTU művelet), míg a támadásban sérült emberek túlélési esélyeinek biztosítása már a károk enyhítéséről szól. E mozzanat egyik fontos eleme, az akut, helyszíni egészségügyi ellátás. A súlyos sérültek/ betegek megfelelő ellátása egyértelműen időszenzitív. Az idő kulcsszerepe azt jelenti, hogy a jó prognózis eléréséhez, minél korábban meg kell kezdeni az adekvát egészségügyi beavatkozásokat. Katasztrófák esetén ez csak úgy érhető el, ha az első reagáló erők képesek felvállalni és elvégezni az életmentő feladatokat. Megjegyzendő, hogy terrortámadás esetén, mindez a speciális rendőri beavatkozó egységek irányába mutató elvárás.

A logikámat követve, a fegyveres erők kapcsán, meg kell említeni egy igen speciális egészségügyi szakterületet, a harctéri ellátást. Ez értelmezhető „first responder”-i képességként. A megértéséhez először is tisztázni kell a harctér fogalmát, ami a katonai feladatok végrehajtásának esetében jól meghatározott.⁴⁰ A rendőrségi feladatok tekintetében, a harctér értelmezése kapcsolható a művelethez végrehajtásához, a műveleti területhez. Egyszerűbb esetekben azt lehet mondani, hogy a rendőri zárásen belül eső térben meghatározott helyek tekinthetők harctérnek – műveleti területnek. A rendőri zárás fogalmát a 11/1998. (IV.23.) ORFK utasítás tartalmazza: „24. A zárás valamely terület elszigetelése, körbezárása az adott területen folytatott más rendőri tevékenység sikeres végrehajtásához, meghatározott objektumok, személyek megóvásához, a közrend fenntartásához szükséges feltételek megteremtése érdekében.”⁴¹ A rendőri műveletek zárása, elszigetelése az állampolgárok biztonságának (és a művelet sikerességének) szempontjából alapvető szakmai követelmény. Azonban bizonyos esetekben a zárás kialakítása a rendelkezésre álló erők korlátozottsága miatt, teljességben nem lehetséges, vagy időben túl elnyúlhat, ugyanakkor a folyamatban lévő rendkívüli esemény azonnali beavatkozást tesz szükségessé. Ezekben az esetekben a harctér kiterjed minden olyan területre, ahol az állampolgárok és a műveletben résztvevő állomány élete és testi épsége valós fenyegetettségnek van kitéve. Gondoljunk itt a gázolások („ramming”) támadásokra, az árokfutókra vagy a második csapás lehetőségére. Más megközelítésből, a rendőri műveletek során harctérnek nevezhető, minden olyan térben

⁴⁰ SZENDY István Prof. Dr. (2013): *Hadelmélet és katonai műveletek. A katonai műveletek elmélete és gyakorlata*. Budapest: Nemzeti Közszerológati és Tankönyvkiadó Zrt. 48–56.

⁴¹ 11/1998. (IV. 23.) ORFK utasítás a Magyar Köztársaság Rendőrségének Csapatszerológati Szabályzata kiadásáról. Online: http://www.police.hu/sites/default/files/11_1998.pdf

meghatározott terület, ahova a belépésre csak a művelet végrehajtásáért felelős parancsnok adhat engedélyt. Ez a műveleti helyszín, ahol a rendőri értelemben vett „harci” cselekmények folynak. A műveleti területre való belépés tilalma a civil személyekre, engedélyhez kötöttsége a rendőri állományra vonatkozik.

A harctéri egészségügyi ellátás szűk szakterületét jelenti az egészségügyi tevékenységeknek. E feladatok, az egészségügyi sürgősségi betegellátásához, azon belül is a prehospitális ellátások közé sorolhatók. A polgári egészségügyi infrastruktúrában, főszabályként az oxiológia és sürgősségi orvostan felel a betegek/ sérültek területen történő, akut ellátásáért. E polgári szakterületekhez képest, a harctéri medicina nem konvencionális veszélyforrások potenciális fennállása mellett vállalja a sérültek ellátását. A civil élethez képest szélsőséges, az életre veszélyes körülmények indokolják, hogy az alkalmazott speciális, egészségügyi tevékenységet és annak végrehajtóit integrálni kell az adott fegyveres szervezet:

- szervezeti struktúrájába,
- alaptevékenységébe,
- különböző műveleti eljárásaiba (taktikáiba).

A fenti integráció csak úgy lehet sikeres, ha nem csak az egészségügyi prioritásokat (sürgősségi ellátás alapvetéseit) tekintjük fő rendezési elveknek, hanem az adott harci tevékenység kötelező érvényű szabályait is számba vesszük. A harctéri egészségügyi ellátás szervezeti szintű alkalmazásának számos mérlegelendő eleme van. Számításba kell venni a human erőforrás managementet, az alkalmazható eszközöket, a szakterületeknek megfelelő (harcászati és egészségügyi), követendő algoritmusokat és a képesség eléréséhez szükséges oktatási, képzési struktúrát. A felsorolás itt még nem érhet véget, hiszen a határterületi tevékenységek szervezése (logisztika), a felelősségi területek megosztása, a konkrét művelet irányítása (tervezés, döntéshozási, jelentési és utasítási rend) mind része az eredményes feladat végrehajtásnak.

3.5. Egészségügyi ellátás a fegyveres testületeknél – katonai szervezetek

A katonai szervezetekben a felismerés, miszerint nemhogy egy háborút, de még egy csatát sem lehet győztesként abszolválni, pusztán kiváló, harci tevékenységek alkalmazásával, mélyen visszanyúl a múltba. A több ezeréves tapasztalat azt mutatta, hogy nélkülözhetetlen a harci támogató és a harci támogató - kiszolgáló erők bevetése is, amennyiben a siker elérésére törvünk. A katonai erők egészségügyi biztosítása, támogatása klasszikusan e csoportokba

tartozik.⁴² E belátás talaján a katonai erők megszervezték egészségügyi ellátásukat mind a harctéren, mind attól távolabb, mind a konfliktuszónában, mind a békeidőben, hazai földön.

Megállapítható, hogy a katonai erők, az alapfeladataikhoz kapcsolatosan, rendelkeznek átfogó „first responder” képességekkel, beleértve az akut, helyszíni egészségügyi ellátás képességét is, ezért felkészültek a háborút, mint katasztrófát egészében kezelni.

3.6. Egészségügyi (harctéri) ellátás a rendvédelmi szervezeteknél

A hetvenes években Európában szervezett terrorelhárítási egységek kialakításában nagy szerepet játszottak, mintegy mintául szolgáltak a katonai különleges erők alakulatai. Érthető, hiszen feladataikban és azok körülményeiben sok átfedés észlelhető.⁴³ Ebből fakadóan már a kezdetekben is megjelent a harctéri egészségügyi ellátás képessége, azonban a katonai mintát követve. A „combat medic” (katonai harctéri ellátó) pozíció, a katonai orvoslás lehetőségeit és a katonai alakulat igényeit szolgálja ki. Ennek megfelelően feladata, alakulatának élőerő védelme, a sérült társak ellátása a különböző életmentő beavatkozások végrehajtásával. A katonai rendszerek alapfeladatából és lehetőségeiből ez a tevékenység jól levezethető. A kiterjedt frontvonal, a nagyszámú állomány nem teszi lehetővé diplomás egészségügyi végzettséggel rendelkező ellátók harctéri bevetését, a rendszer MEDEVAC⁴⁴ (egészségügyi kiürítés) alapú, ahol a gyors életmentő beavatkozások után, a sérültet távolabbi helyszínre telepített, egészségügyi ellátó egységbe juttatják, az első sérült – orvos (vagy diplomás egészségügyi ellátó) kontakt vagy szállítás közben vagy a sérülés helyétől távolabb eső, egészségügyi egységben jön létre.

A korai terrorelhárítási alakulatoknál foglalkoztatott harctéri egészségügyi ellátókat, katonai kiképzők, katonai logika és jogszabályok alapján készítették fel. Ez azt jelentette, hogy úgynevezett szakkiképzett állomány került hadrendbe állításra, a katonai „jogi kódexbe” jól illeszkedő jogszabályok alapján. Magyarországon ez a 2/2014 (II.28) HM rendelet,⁴⁵ ami felhatalmazást ad a „combat medic” működésére, meghatározza az elláthatók körét és az alkalmazhatóság körülményeit. Hasonló jogszabályi felhatalmazás a katonák esetében Európa-

⁴² SZENDY István Prof. Dr. (2013): *Hadelmélet és katonai műveletek. A katonai műveletek elmélete és gyakorlata*. Budapest: Nemzeti Közzolgálati és Tankönyvkiadó Zrt. 37–48.

⁴³ SZENDY István Prof. Dr. (2013): *Hadelmélet és katonai műveletek. A katonai műveletek elmélete és gyakorlata*. Budapest: Nemzeti Közzolgálati és Tankönyvkiadó Zrt. 47–48.

⁴⁴ MEDEVAC. Online:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/841686/doctrine_nato_med_spt_ajp_4_10.pdf

⁴⁵ 2/2014 (II.28.) HM rendelet a katonai feladat végrehajtása közben elvégezhető egészségügyi tevékenységekről, ezen tevékenységek elvégzéséhez szükséges egészségügyi szakkiképzések köréről, a szakkiképzési követelményekről, azok szakmai tartalmáról és a szakkiképzés lefolytatására jogosított intézmények köréről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1400002.HM>

szerte megtalálhatók. Zárójelben megjegyzendő, hogy sem az egészségügyi infrastruktúra, sem a nemzeti jogrendszer (katonait kivéve) nem ismeri a szakkiképzett személy fogalmát. A „rendszer” kompromisszumot hozott és az egyébként rendkívül szigorúan szabályozott egészségügyi szakterülettel szemben, a döntéshozók itt magánügyként, ráhagyták a katonai erők döntéshozóira a felelősséget. Érthető, hisz a katonai műveletekben, leginkább külföldön, a közreműködő állomány egészségügyi biztosítása nehezen oldható meg másképpen.

Saját tapasztalataim alapján megállapítom, hogy az európai CTU-k speciális egészségügyi ellátói, nagyrészt „combat medic”-ek, tehát speciálisan szakkiképzett „katonák”. Ahol egy egyszerű névváltoztatás történt mindössze. A „combat” jelzőt felváltotta a „tactical” szó. Egyéni szereplőkre bontva ez némileg degradáló, hiszen kiválóan felkészített, egészségügyi beavatkozókról beszélek, akiket kompetenciájuk alkalmazásában kötnek azok a jogszabályok, amelyek szerint képezték őket és amelyek egyébként egyáltalán nem vonatkoztathatók, alkalmazhatók rájuk. Némileg ellentmondást sugall a helyzet, de a rendszer elnézte ezt a káoszt vagy mert nem volt jobb ötlete vagy mert fel sem ismerte, esetleg nem volt elég anyagi forrása az ellentmondások megváltoztatására.

A terrorizmus megítélésében történt szemléletváltás kérdéseket vetett fel, az eddig követett katonai egészségügyi mintára vonatkozóan.

- Egyrészt a rendőri alapfeladatok különböznek a honvédségi, katonai küldetéstől. A rendőr legalapvetőbb kötelessége az állampolgárok életének, testi épségének védelme. Egy speciális rendőri bevetési egységnél, ahol van egészségügyi képesség, felvetődik az ellátandók körének kérdése és az ellátás prioritási rendje. A rendőr kötelessége élete kockáztatásával megvédeni a civileket, akkor vajon sérülések esetén nem képez-e ellátási prioritást egy civil. A dilemmát tovább bonyolítja a szakkiképzett „medic”-k felhatalmazásának, civilekre vonatkoztatható hiányossága.
- Amennyiben nem csak állítjuk, de el is hisszük, hogy a terrortámadás egy katasztrófa esemény, akkor a „first responder”-i felelősség megkívánja az egészségügyi képességeket. A katasztrófa csapások komplex megközelítése pedig nem lehetőség, hanem kötelezően teljesítendő feladat, tehát kötelesség.

A kör bezárult, a terror események kapcsán, az elsődleges eljárásra kötelezett terrorelhárító egységektől elvárható, hogy a teljesség és szakmai professzionalitás jegyében, képesek legyenek a teljeskörű válaszra. Tegyük ezt a rendelkezésükre álló, e feladatra felkészített állománnyal, jelen esetben az egészségügyi kompetenciával rendelkező rendőrökkel. A dilemmák felismerése, megfogalmazása megtörtént. A szemléletváltás a

„taktikai medicina” (rendőri, műveleti egészségügyi ellátás) új értelmezését hozta. E felismerésben és új megközelítésben, Magyarország, a Terrorelhárítási Központ úttörő szerepet vállalt Európában és a világon.

3.7. A katonai és rendvédelmi műveleti egészségügyi ellátás hasonlóságai különbségei

A rendkívüli körülmények között alkalmazott egészségügyi tevékenységek egységes szemléletre épülnek, ezért sok közös jellemvonást hordoznak magukban. Bár történelmileg a katona-egészségügy jelent meg először, rendszertanilag a legnagyobb gyűjtő a katasztrófa medicina. A környezet, a veszélyforrás jellege és annak elhárításának szakmai különbségei miatt, a katasztrófa egészségügy három további jól definiálható szakterületre bontható.

1. Szűk értelemben vett katasztrófa medicina
2. Honvédorvostan
3. Taktikai medicina

Mindegyik szakterületnek megvannak a saját szabályai mind az akut ellátásban, mind az azt követő definitív kezelésben. A sajátosságok lefedik a logisztikai követelményeket, a szükséges infrastruktúrát, az speciális eszközkészletet, ahogyan a human erőforrás egészségügyi képességen túli elvárásait is. A combat medicina és taktikai medicina hasonlóságait és különbségeit a 4. és 5. táblázatokban mutatom be.

COMBAT MEDICINA	TAKTIKAI MEDICINA
HATÁSKÖR	
Katonai „jogi kódex”	Rendvédelmi „jogi kódex”
Más + TERRORIZMUS	TERRORIZMUS + más
ILLETÉKESSÉG/ FELELŐSSÉG	
KÜLFÖLD és belföld	BELFÖLD és külföld
FEGYVEREK, SÉRÜLÉSEK, ALAPELVEK, ALGORITMUSOK	
Hasonló, de nem ugyanaz	

4. táblázat: A combat és a taktikai medicina hasonlóságai (forrás: szerző saját szerkesztése)

Mind a honvédelem, mind a rendvédelem tevékenységét szigorú jogszabályi felhatalmazások és korlátok jellemzik. A terrorelhárítás hatásköre megalakulásától kezdve a terrortámadások megelőzése és felszámolása, míg a katonai rendszerek ilyen irányú felelőssége relatív új felelősségvállalás. Mindkét fegyveres testületnek adottak a további feladatai is. A

rendvédelem főszabály szerint belföldi beavatkozás jogával és kötelességével felruházott, azonban bizonyos körülmények teljesülése esetén, külföldön is bevethető. A honvédelem belföldi alkalmazása csak rendkívüli jogrend bevezetésekor lehetséges. A műveletek során bevethető fegyverzetben és az általuk okozható károkból markáns különbségek mellett rengeteg az átfedés. Mindezek a sérülési mechanizmusokban, így a sérülésekben okoznak hasonlóságot. Az adott esemény és a helyszín biztonsági szempontú minősítése (közvetlen vagy közvetett fenyegetés, CBRN veszélyforrások), az élettani prioritások szerinti megközelítés (cABCDE/ MARCH⁴⁶) pedig egyszerűen nem lehet más a fegyveres támadások során.

COMBAT MEDICINA	TAKTIKAI MEDICINA
Célok	
Stratégia célok - részfeladatok	Végső megoldás
Helyszínek	
Háborús térség, kiterjedt frontvonalak	Békeidő, körülírt területek
Infrastruktúra	
Újonnan épített ellátórendszer	Polgári egészségügyi hálózat
Biztosítandó állomány	
SAJÁT ÁLLOMÁNY + adott körülmények között civilek	CIVILEK + SAJÁT ÁLLOMÁNY
Százak, ezrek	Tízek, százak
Harcéri ellátók	
SZAKKIKÉPZETT ellátók	DIPLOMÁS egészségügyi ellátók
MEDEVAC centrikus	„Limitált ROLL 1” a helyszínen
Katonai „ROLL” struktúra	Polgári PROGRESSZÍVITÁS
Egészségügyi algoritmusok	
Egyszerű	Komplex
Harcászati algoritmusok	
Katonai eljárásrendek és taktikák	Rendőri eljárásrendek és taktikák

5. táblázat: A combat és a taktikai medicina különbségei. (forrás: szerző saját szerkesztése)

⁴⁶ cABCDE/ MARCH: élettani prioritások szerinti megközelítés (c= kritikus vérzés, A: légút, B: légzés, C: keringés, D: idegrendszer, E: egyéb, M: masszív vérzés, A: légút, R: légzés, C keringés, H: tetőtől-talpig értékelés).

A honvédelem és rendvédelem alapvetően eltérő feladatrendszere végső soron kihat az egészségügyi támogatás gyakorlatára. Ez a tény két oldalról is megközelíthető. Egyrészt az ellátórendszer szervezésére, másrészt az alkalmazandó algoritmusokra. A katonai infrastruktúra háborús térségben, nagyszámú, saját állomány felvételére újonnan kiépített és telepített személyi és tárgyi feltételekre épül. A betegutak a NATO ROLE⁴⁷ koncepcióval lehet jól bemutatni, ahol a harctérrel a definitív ellátásig mozgatják - tartják a sérültet az aktuális állapotának megfelelő módon. A modell nem számíthat az anyaország békeidőre felépített egészségügyi hálózatára. A taktikai medicina alapvetően a békés mindennapokban berobbanó rendkívüli események sérültjeit hivatott ellátni. A vészhelyzetek többé – kevésbé elszigetelhetők a normál hétköznapi élettől. A veszélyzónában történt ellátás után a sérült „rákapcsolható” a polgári infrastruktúrára a helyszíni szállítástól a rehabilitációig, tehát nem igényel önálló rendszert. Az ellátási algoritmusok különbsége az elérhető egészségügyi kompetenciákra vezethető vissza. A katonai hadszínterek mérete, a bevetett állomány nagysága és a folyamatos igénybevétel nem teszi lehetővé a feladatok diplomás egészségügyi ellátóval való lefedését, ennyi szakember egyszerűen nem áll rendelkezésre. Az első beavatkozást ezért speciálisan e feladatra kiképzett katonák végzik, akik egyszerű, a laikusok számára jól megtanulható és begyakorolható algoritmusokat követnek. Az érintett, szakember által végrehajtott kezelést, átlagosan a sérülést követően 1 óra múlva kap. A fenti megállapítás nem lekezelő, a katonai rendszer hatékonyan működik a szükséges kompromisszumok mellett. A rendvédelem egészségügyi képességeinek megjelenése a terrorelhárítási egységek megszervezéséhez és fejlődéséhez köthető. A speciális egységek műveleteinek egészségügyi biztosítása készenléti és készségi szolgálatok formájában szervezettek. A terhelés volumene és időbeosztása lehetővé tette diplomás ellátókra épített rendszer kiépítését. A magasabb kompetencia pedig a polgári prehospitális ellátás algoritmusai felé mozdult. Természetesen a rendkívüli körülményeknek megfelelően, a „safety first”⁴⁸ alapelv betartásával, a taktikai medicina gyakorlóinak képesek a megfelelő protokollok közötti váltásokra. E képességük, a társadalmi elvárásokkal összhangban van, hiszen ügyfelei nem csak a hivatásos állományból kerülnek ki.

⁴⁷ NATO (1997): *Logistics Handbook 1997. Chapter 16: Medical Support, Role Support*. Online: <https://www.nato.int/docu/logi-en/1997/lo-1610.htm>

⁴⁸ Safety first: első a biztonság.

3.8. Részkövetkeztetések

A terrorizmus globális fenyegetésként való megjelenése válaszra készítette a honvédelem és rendvédelem szervezeteit. Az újonnan jelentkező feladatok megoldásai szemléletváltást, átalakulást és fejlődést kívántak meg, aminek szerves része a logisztikai támogatáson belül értelmezett egészségügyi ellátói képesség. Megállapítható, hogy a rendvédelemben újonnan megjelenő, helyszíni, egészségügyi tevékenység a taktikai medicina kétségtelenül épít a combat medicina tapasztalatira, elveire és algoritmusaira, azonban nem csak annak, más szervezési keretek között a rendvédelem által átvett formája. A TM-t a XX.-XXI. század biztonsági környezete hívta életre és presszionálta önálló irányban.

4. TERRORELHÁRÍTÁS A TERRORTÁMADÁSOK KLASSZIFIKÁCIÓJÁBAN

Amint azt korábban említettem, a terrorizmus fejlődésének megítélésében a terrortámadások végrehajtásának módozatai meghatározók. A terrortámadások klasszifikációja azonban nem egyértelmű, erre vonatkozó rendszerszintű felosztás nem elérhető, sokkal inkább a gyakorlati tapasztalatokra épülő, egyedi megközelítések terjedtek el, taxatív felsorolások formájában. A modus operandi önmagában meghatározza a tervezés és felszámolás taktikai elemeit. A taktikai medicina ellátás pedig része a komplex végrehajtásnak. Arról nem is beszélve, hogy a támadás mikéntje különböző egészségügyi teendőket, prioritásokat határoz meg. Természetesen a speciális beavatkozók eljárásai és az egészségügyi tevékenységek csak mesterségesen választhatók szét, e kettő között is szoros kapcsolat van. A műveletben keletkezett sérülés mindig hatással van a műveletre magára (taktikát befolyásolhat), ahogyan a műveletben felelt sérült is különböző feladatok elvégzését indikálja, másképpen fogalmazva a folyamatos változókra reagálni kell. A támadások klasszifikációjának egy lehetséges rendszerét mutatom be, ami számol a taktikai medicina ellátási igényekkel is (9. ábra). Előnye az egyszerűsége, hátránya az elméleti jellege, így a tervezésben felhasználhatósága korlátozott. A felosztás az elkövető szándékából indul ki és két egyszerű kérdésre keres választ. A két kérdésre kapott válasz négy kvadránst határoz meg, amibe minden terrortámadás jól illeszthető. Az így kapott típusok hasonló problémakörök megoldását vetik fel, így hasonló szemléletű taktikai és egészségügyi felszámolást igényelnek.

A minősítés két eleme:

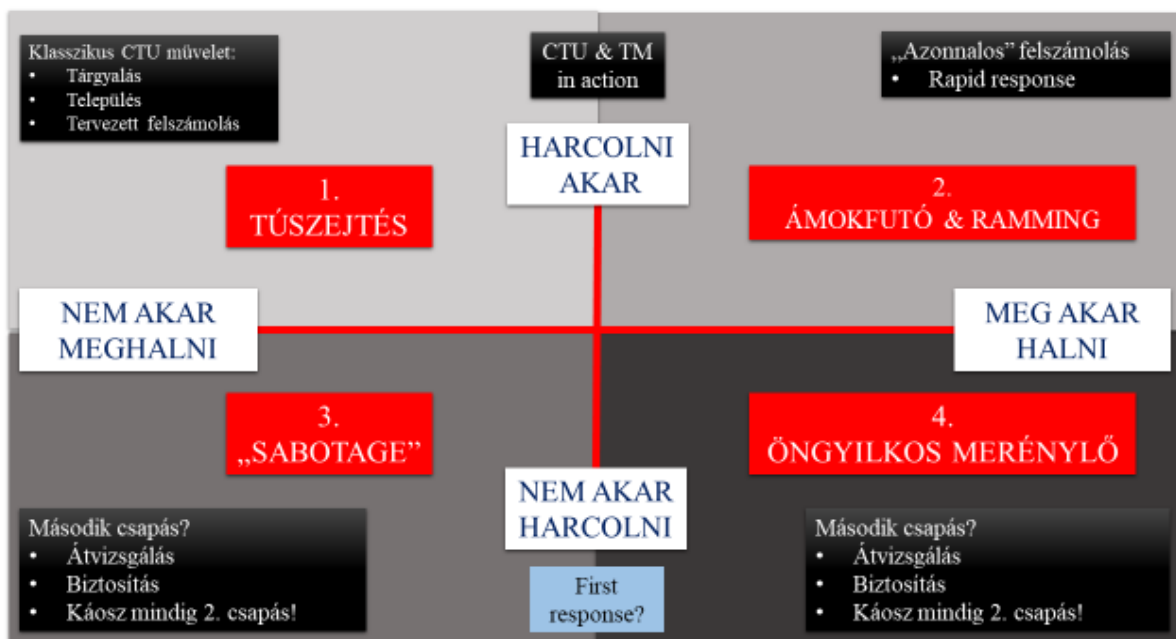
- Az elkövető(k) szándékozik-e harcolni?
- Az elkövető(k) meg akar-e halni?

4.1. Túszejtés: harcolni akar, de nem akar meghalni

A XXI. században már nem jellemző terrortámadásoknak a klasszikus formája. Az elkövető nyitott a tárgyalásra, nem mindenáron pusztítani akar. Felszámolásban a klasszikus terrorelhárító műveletek alkalmazandók, ahol az eskaláció veszélye miatt azonnalos egységek felállítása után megindul a tervezés, a képességek teljes arzenáljának felvonulása. Az elektív beavatkozás ideális időpontban történik.

A teljes egészségügyi ellátórendszer készségbe állítására elegendő idő áll rendelkezésre. Az első ellátó a taktikai medicina szervezeti egység, aki a helyszínre felvonult polgári mentőszolgálatnak adja át a sérülteket. Az illetékes kórházak riaszthatók, a felkészülés

a sérült fogadásra megtörténhet. Kiemelt jelentőséggel bír, hogy a szükséges kapacitások, mind human, mind technikai oldalon szervezhetőek, így rendelkezésre állhatnak.



9. ábra: Terrortámadások klasszifikációja. (forrás: NATO SOF kongresszus (2018), Berlin, szerző saját szerkesztése)

4.2. Ámokfutó, ramming: harcolni akar és elmegy a végletekig

Napjaink egyik legnépszerűbb elkövetési módja. A szándék a minél nagyobb pusztítás, a lehető legköltséghatékonyabban. Fegyverként bármi szóba jöhet. A pusztítást addig végzi, míg a felszámolására kijelölt erő végez vele. Az első beavatkozó bármely rendőri szerv lehet. A terrorelhárító egységek gyors válaszra rendelkezésre álló egységeinek központi szerepe van. Az esemény kezelése szinte minden oldalról komoly kihívásokat jelent. Felszámolói területen gyakran nem meghatározható a műveleti terület (zárás) és az elkövetők száma. Dinamikusan változó környezet, káosz, pánik jellemző. Mindig felmerül a második csapás lehetősége is (elhagyott tárgyak fenyegetettségként kezelendő). A kirendelt különböző egységek, különböző időben érkeznek a helyszínre (parancsnoklás kérdése). Az általánosnak mondható információhiány és az információáramlás akadályai tovább tarkítják a képet. A SIU-k, CTU-k részéről, a jellemzően XXI. században elterjedt elkövetési módra, a válasz az úgynevezett Rapid Respons –ek (RRT, gyors reagálású egységek) hadrendbe állítása volt.

Az egészségügyi ellátás szervezése, végrehajtása is a legnagyobb kihívásokkal szembesül. A tömeges sérültellátás mind a taktikai medicina ellátók, mind a polgári mentőszolgálatok részéről felveti a bevethető erőforrások aránytalan rendelkezésre állásának kezelési problematikáját. Külön kérdés a második csapás lehetősége miatt a civilek

bevetethetőségének kérdése. A szállítás és a kórházi ellátás szervezése következő szintere a megoldandó feladatoknak.

4.3. „Sabotage”: nem akar harcolni, de meghalni sem

Gyakori elkövetési módszer, ahol az elkövető hátra hagyja a fegyverét, majd aktiválja azt. A közterületen, közlekedési eszközön hagyott robbanószerkezetek lehetnek erre példák. A felszámolás itt más szemléletet igényel, hiszen nincs ki ellen harcolni, ugyanakkor a második csapás felmérése, a helyszín átvizsgálása, biztosítása alapvető követelmény. Ebben a CTU-k szerepe elvileg nem megkérdőjelezhető. Ide tartozhatnak a CBRN fegyverekkel elkövetett támadások is, ahol az ellenség sokszor láthatatlan. A felszámolásban, még inkább a megelőzésben kritikus elem a társadalom biztonság tudatos működése és az ehhez szükséges oktatás, nevelés.

Az egészségügy szerepe szerteágazó, a tömeges sérüléssel járó eseményeknél, a korábban leírtak itt is igazak. Külön kiemelendő az egészségügy indikátor funkciója a CBRN támadásoknál. A „furcsa”, a megszokottól eltérő sérültek/ betegek halmozott jelentkezése fel kell, hogy vesse a rendkívüli kóreredit háttérében álló szándékos magatartást is. A teljes egészségügyi ellátórendszer felkészítése, a megfelelő vészhelyzeti eljárási rendek kidolgozása a békeidő feladata, mindezek folyamatos felülvizsgálata, karbantartása, gyakorlása nélkülözhetetlen feltételei a hatékony válaszadási képességnek.

4.4. Öngyilkos merénylő: nem akar harcolni, de élni sem

Elkövetői alapja az extrém radikalizálódás és fanatizmus, amihez különösebb harci képességek sem szükségesek. Kezelése mind taktikai, mind egészségügyi oldalról az ámokfutáshoz, a ramminghoz hasonló. Bár a terrorizmus egészére jellemző a hírszerzés kiemelt jelentősége, e csoportban lehet talán a leeffektívebb az ez irányú tevékenység, különösen a megelőzésben.

4.5. Részkövetkeztetések

Összegezve a terrortámadások modus operandiainak rendszerezett felosztása kijelölheti azokat az irányokat, melyek segíthetnek a megelőzésben és a gyors reagálás hatékony megtervezésében, végrehajtásában. Két egyforma támadás nincs, de hasonló mozgatórugók vitathatatlan fellelhetők. Meggyőződésem, hogy a rendszerben való megközelítés minimálisra szoríthatja az improvizációból fakadó hibázási lehetőségeket.

5. A TAKTIKAI MEDICINA ÉRTELMEZÉSE

5.1. A Taktikai Medicina értelmezése: a klasszikus és modern taktikai medicina szemlélet

A taktikai medicina „útjának” elemzésekor megállapítható, hogy alakulása a terrorizmus evolúciójával, az arra reagálni hivatott terrorelhárítás fejlődésével, a képességek társadalmi és szakmai igényeinek megfelelő bővülésével szoros kapcsolatot mutat. Az sem túlzás, hogy az integrált egészségügyi tevékenység végső motorja a támadások módszereinek változása, az „ellenség” céljainak áthelyeződése és az ennek megfelelő reagálóképesség megtartása. Bár a taktikai medicina fiatal szakterülete az orvostudománynak, mégis kimutatható „korszakokkal” bír. Az átalakulás napjainkban is zajlik. Az alkalmazott rendszerek párhuzamosan működnek és nagyban függenek a helyi parancsnoki szemlélettől és sokszor az anyagi, politikai támogatástól.

A taktikai medicina rendszerbe állításának szempontjából három tényezőt látok meghatározónak.

1. Az egészségügyi ellátandók körének kijelölése,
2. A bevethető kompetenciák meghatározása,
3. Rendszerszintű ellátói lánc felállítása.

A fentiek alapján elkülönítem a TM klasszikus és modern formáit. Felosztásom alapja, hogy az egészségügyi biztosítás a saját állomány védelmére szolgál vagy kiterjesztett a civil érintettekre. Az előbbi a katonai harcateri ellátás mintáját követi, így megmarad a történetileg korábbi, kezdeti mintánál, ezért nevezem klasszikus TM-nek. Az utóbbi számol a tömeges eseményekre való reagálás társadalmi igényével és fordul a polgári áldozatok ellátása felé. Az időben később jelentkező elvárásnak való megfelelési kényszer új szemléletet hozott. Azok az egységek, akik próbálnak ebben az irányban is felelősséget vállalni, más prioritások mentén állítják fel az egészségügyi biztosítási támogatásukat. Ezt a formát nevezem modern TM-nek (6. táblázat).

A TM fenti klasszifikációja koránt sem jelent minősítést. Az ATLAS Szövetségben betöltött pozícióm⁴⁹ során szerzett tapasztalataim szerint, egy-két kivételtől eltekintve, a CTU felelős parancsnokai hisznek a modern TM szemlélet szükségszerűségében. A megvalósítás azonban korántsem tőlük függ. A polgári ellátáshoz közelítő szakmaiság függ az elérhető egészségügyi kompetenciától. A diplomás ellátókat azonban a rendvédelem nem vagy nem

⁴⁹ A szerző 2014 óta az ATLAS Szövetség Medic Forumának vezetője, a parancsnoki értekezletek állandó résztvevője.

megfelelő számban tudja megfizetni, így a 24/7 elérhetőségük nem feltétlen biztosítható. Különösen igaz ez Nyugat-Európára. A magasabb kompetencia több speciális eszközt, gyógyszerert igényel, aminek szintén komoly költsége van. Ugyanez mondható el a tömeges káreseményre való felkészültségről. A főállásban foglalkoztatott szakorvosok, mentőtisztek taktikai képzését meg kell oldani, ahogyan biztosítani kell számukra a folyamatos prehospitális vagy kórházi gyakorlatot is képességeik, tudásuk szinten tartásához, ami a szolgálat szervezést is érinti. Több szakemberre van szükség, mint ami másodállás nélkül le tudja fedni a készség, készenlét időtartalmát, ez költségként jelentkezik. Mindez számukra fokozott terhelést, időt, energiát és különös elhivatottságot igényel. Az egyén szinten jelentkező képesség viszont nem tekinthető rendszernek. A modern szemlélet a progresszivitáson, a folyamatosságon, a mobilitáson és a flexibilitáson nyugszik. Ennek megvalósításához elérhetővé kell tenni az egészségügyi képesség különböző kompetencia szintjeinek egyidejű és egy lokalizációban való elérhetőségét is a CTU bevetéseiben. Az egymásra épülő ellátáshoz pedig folyamatos képzésre van szükség, ami ismét szolgálat szervezési kérdéseket vet fel.

Mindezek alapján elmondható, hogy a klasszikus modell előerő védelmet szolgáló, katonai támogató kiszolgáló tevékenység, ami nagyban hozzájárul az egység fizikai, pszichés támogatásához. Olcsóbb, könnyebben szervezhetőbb, így elérhetőbb, akár saját hatáskörben is megvalósítható. Addig a modern modell a civil sérültek ellátását is magában hordozza, a védelmet kiterjeszti az áldozatokra és elkövetőre egyaránt. Komplexitása miatt jóval költségesebb, komolyabb szervezést igényel, hadrendbe állítása ezért politikai, ezen keresztül anyagi támogatás nélkül önerőből nehezen végrehajtható.

A taktikai medicina mindenképpen a kompromisszumos egészségügyi tevékenységek közé sorolandó. A két modell között alapvető különbség, hogy bár mindkettőnél igaz, hogy a körülmények (erőszakos események, közvetlen fenyegetés, prehospitális eszközkészlet) meghatározzák az elvégezhető cselekvéseket, de míg a klasszikus modellben a beavatkozásokat, terápiát korlátozza az ellátó felkészültsége és jogi felhatalmazása is, addig a modern szemléletben ilyen kompromisszumot nem kell hozni.

KLASSZIKUS TM MODELL	MODERN TM MODELL
Ellátandók köre	
Állomány	Állomány és áldozatok (civilek)
Egészségügyi ellátók kompetenciája	
Szakkiképzettek	Diplomások és szakkiképzettek
Jogi felhatalmazás	
Erősen korlátozott	Diplomának/ szakvizsgának megfelelő önálló felelősségvállalás
Rendezetlen	Rendezett
Helyszínek (zónák)	
Red/hot/bronz Yellow/warm/silver Green/cold/gold	Red/hot/bronz Yellow/warm/silver Green/cold/gold
Biztonság és algoritmus	
CUF ⁵⁰ , TFC ⁵¹	CUF, TFC, PFC ⁵²
Egészségügyi algoritmusok	
Limitált kompetenciának megfelelően egyszerű	Komplex sürgősségi egészségügyi ellátás
Beavatkozások	
Limitált sürgősségi invazivitás	Teljes sürgősségi invazivitás
Limitált gyógyszerhasználat	Teljes egészségügyi gyógyszerkészlet
Eszközkészlet	
Szűk spektrum	Teljes prehospitális spektrum
Képzés	
Egészségügy irányú	Taktikai és egészségügyi irányú
Költség	
Olcsó	Drága
Megvalósíthatóság	
Önerőből	Politikai, anyagi támogatás és elköteleződés mellett

6. táblázat: A klasszikus és a modern TM összehasonlítása. (forrás: szerző saját szerkesztése)

⁵⁰ CUF: care under fire (tűzharc alatti ellátás).

⁵¹ TFC: tactical field care (harctéri ellátás).

⁵² PFC: prolonged field care (elhúzó harctéri ellátás).

5.2 A Taktikai Medicina, mint speciális mentés

A TEK által bevezetett és megvalósított taktikai medicinára vonatkozó modern szemléletet nem írhatjuk le pusztán az ellátotti kör kiterjesztésével. A megközelítés további alapvető pillére a speciális mentés tevékenységi kör. Mielőtt kifejteném, hogy mit takar mindez, fontosnak tartom meghatározni a fogalmat. Mentés egyrészt jelenti a beteg/ sérült egészségügyi ellátását, annak feltalálási helyén. Másrésztől preventív megközelítésből is értelmezhető, miszerint az érintett személyeket kivonjuk az egészséget vagy életet veszélyeztető környezetből. Speciális jelző esetünkben a rendkívüli körülmények közötti mentést jelenti, amiben non-konvencionális veszélyforrások megléte közvetlen vagy közvetetten fenyegetik mind a mentésre szorulókat, mind a segítséget nyújtókat. Non-konvencionális meghatározással írható le minden olyan egészségre, életre káros veszélyforrás, ami a mindennapi élet során nem igényelt folyamatos kontrollt, nem tanultuk meg elkerülni, kezelni őket. A fenti feladatokat végrehajtó állományt első ellátóknak (first responder) nevezzük, akik a körülményeket figyelembe véve mindig csapatban, meghatározott felelősségi területek melletti munkamegosztásban teljesítik szolgálatukat. Végrehajtói szinten a speciális mentésnek vagy mondhatjuk „first responder”-i tevékenységnek két alappillérét különíthetjük el. A sikeres és eredményes feladatteljesítéshez nélkülözhetetlen műszaki-technikai képességeket és az életmentéshez szükséges egészségügyi beavatkozás ismeretanyagát.

Speciális műszaki – technikai képességek teszik alkalmassá a végrehajtó állományt a rendkívüli körülményekhez igazodó művelet végrehajtására. Ez irányulhat egyrészt a veszélyforrás megszüntetésére, ha ez nem kivitelezhető, a relatív biztonságos mozgásra, munkavégzésre. A specialitás abban is nyomon követhető, hogy e képességeket el kell sajátítani, az elért tudást célirányosan tervezett képzésekkel fenn kell tartani. A képességek alapján osztályozható a speciális mentési egység (ez természetesen feltakar a körülmények alapján történő felosztásra). A teljesség igénye nélkül elkülöníthető:

- Hegyimentés
- Vízimentés (vízben vagy vízből mentés)
- Bányamentés
- Barlangi mentés
- Városi körülmények közötti mentés (könnyű, közepes, nehéz)
- CBRNE (kémiai, biológiai, radionukleáris környezetben történő mentés)

A fenti műveletek végrehajtása főszabály szerint a katasztrófavédelem feladata. Az itt szükséges technikai ismeretek jelentős részét azonban mind a honvédség, mind a rendőrség speciális alakulatainak is gyakorolniuk kell saját feladataik végrehajtásaihoz, ezért bevetésükre

sokkal több lehetőség adódhat, mint az alapfeladatuk. E felsorolásból nem hagyható ki a speciális mentési tevékenységek legősibb formája a harcéri mentés/ sérültmentés:

- Combat search and rescue (CSAR)⁵³

Illetve annak legifjabb úttörője a rendvédelem akut ellátó képessége:

- Police search and rescue (PSAR)⁵⁴

Az utóbbi kettőt ma már az alapszakmákhoz (harci tevékenység) természetesen kapcsolódó aktivitásként kezeljük, a nevezéktan alapján combat medicina (katonai harcéri ellátás) és taktikai medicina (rendvédelmi műveleti ellátás) fedi le annak egészségügyi oldalát. Talán senki nem kérdőjelezi meg ezek speciális mentési besorolását, ahol a fenyegetést különböző fegyverek, robbanószerkezetek testesítik meg.

Nehezen beszélhetünk speciális mentési tevékenységről akut egészségügyi beavatkozás képessége nélkül. A végrehajtás másik pillére a veszélyforrások ellenére, minél korábban, lehetőleg a sérült feltalálási helyén azonnal alkalmazott sürgősségi ellátás. A TEK alapszabálya, hogy műveleteit egészségügyi biztosítás mellett hajtja végre, amire Európában először a speciális beavatkozó egységek között, önálló szervezeti egységet állított hadrendbe. Véleményem szerint az egészségügyi ellátás azonban nem egyenlő a közvetlen fenyegetettségben nyújtott segítséggel. Az ellátás szakaszai szerint ez jóval kiterjedtebb, mondhatjuk azt is, hogy a progresszivitás elve már a kárhelyszínen megkezdődik (10. ábra). A koncepcióm szerint a különleges mentési egységek két fő tevékenységi körében dolgozók technikai és egészségügyi képességeiben átfedést kell biztosítani. A megállapítás egyértelműnek tűnhet az egészségügyi ellátók oldaláról, hiszen az adott körülmények között, nekik is el kell jutniuk a sérültekhez, fel kell, hogy tudják mérni a veszélyeket, adott esetben a hirtelen felbukkanó akadályokat el kell hárítaniuk, ezáltal tudnak csak elfogadható rizikóvállalás mellett biztonságosan mozogni a műveletben.

A technikai-műszaki állomány egészségügyi ismeretei legalább ilyen fontosak. Egyrésztől sérülhet az egészségügyi ellátó, másrésztől több érintett személy esetén részt tudnak vállalni az ellátásban, arról nem is beszélve, hogy egy kritikus állapotú sérült esetén asszisztálni tudnak a diplomás személyzetnek. A szakkiképzéssel szerzett kompetenciák cABCDE megközelítést követve, alkalmassá teszik az állományt, az életet közvetlen fenyegető kórállapotok ellátásának megkezdésére.

⁵³ CSAR: combat search and rescue (katonai kutató-mentő).

⁵⁴ PSAR: police search and rescue (rendőri kutató-mentő).

Szakaszok	Körülmény/ helyszín	Feladat	Végrehajtók
Megközelítés	Közvetlen életveszély	Műszaki - technikai esemény specifikus képességek	Műszaki-technikusok + EÜ ellátó
CUF/ CUF „like”	Közvetlen életveszély	Biztosítás + cA	Műszaki-technikusok + EÜ ellátó
Kimenekítés	Közvetlen életveszély	szállítás	Műszaki-technikusok + EÜ ellátó
TRIAGE & Field Care	Veszélyzóna, de biztosítható hely	TRIAGE Start cABC/cABDE	EÜ ellátó
Evakuáció	Telepített sürgősségi ellátóhelyre	Szállítás, monitorizálás	Műszaki-technikusok + EÜ ellátó
Akut sürgősségi ellátás	Telepített sürgősségi ellátóhelyen	reTRIAGE Komplex ellátás	EÜ ellátók
Transzport	MEDEVAC/ CASEVAC	Transzport medicina	Helyi erők
Első traumatológiai ellátás	Kórház/ szükségkórház	Damage kontroll sebészet	Helyi erők / nemzetközi teamek
Definitive ellátás	Kórház	Korrektív beavatkozások	Helyi egészségügyi infrastruktúra
Rehabilitáció	Intézeti/ ambulanter		Helyi egészségügyi infrastruktúra

9. ábra: Speciális mentés főbb jellemzői. (forrás: szerző saját szerkesztése)

A két képességbeli pillér állománya a fentiek alapján képez egységet. Az együttműködés, a csapatmunka rendkívüli körülmények között alapvető követelmény. A műszaki csoport feladata a művelet teljes hosszában a körülményekhez igazodó irányítást, támogatást és kontrollt gyakorolni az egészségügyi állomány felett, míg a sérültellátás során az egészségügyi ellátó irányítja és felügyeli a technikai állomány gyógyító tevékenységét.

A TEK taktikai medicina új megközelítése így válik teljessé. Amennyiben a fenyegetés rendvédelmi hatáskörökbe tartozik és feladata a fegyveres vagy felfegyverkezett elkövetők által megvalósított rendkívüli helyzetek felszámolása a műszaki/ technikai képesség oldal egyenlő a tág értelemben vett „harcászati ismeretekkel”. A fent elmondottak értelmében ezek ismerete az egészségügyi ellátói oldalra is vonatkoznak. A „first responder”-i elvek alapján pedig nem kétséges, hogy a felszámoló állomány egészségügyi ismeretei nélkülözhetetlenek egy művelet végrehajtásában.

A TEK akut ellátói képességének ilyen megközelítése tehát jóval általánosabb alapokon nyugszik, mint egy bizonyos feladatcsoportra terjedő alkalmasság, ezért bevetésére pont képességeinek köszönhetően, jóval szélesebb körben van lehetőség. A gyakorlat ezt le is kérte a Kis Hableány sétahajó tragédiája után, a Baradla-barlang bűvárbalesetkor vagy a törökországi földrengés magyar kormány által kirendelt segélye kapcsán.⁵⁵ Ennek tudatában, a gyakorlat és felkészülések során, az összehangolt feladatvégrehajtás érdekében került

⁵⁵ FAGGYAS Attila (2023): A Terrorelhárítási Központ speciális mentési tevékenységének elgondolása a törökországi földrengés tapasztalatainak tükrében = The Special Rescue Activity Concept of the Counter Terrorism Center in Light of the Lessons Learned from the Türkiye Earthquake. *Honvéderő: a magyar honvédség egészségügyi szolgálata, a NATO katona-egészségügyi kiválósági központ és a Magyar Katonai-Katasztrófaorvostani Társaság lapja*, 75(1–2), 14–29.

kidolgozásra egy a speciális mentésre vonatkozó osztályozási séma. Ez nem csak az aktuális Start TRIAGE kategóriákat, de a műszaki mentési igényeket is figyelembe veszi (8. táblázat)

SAR TRIAGE KATEGÓRIÁK		
A – Assisted NEM SÉRÜLT/ TÁMOGATANDÓ – színekód: FEHÉR		
A1 - önálló	sérülése nincs	önmentésre képes, bevonható, együttműködő
A2 - technikai támogatás	sérülése nincs	mentésben együttműködő, de technikai támogatásra szorul.
E csoportba tartozók lehetnek eltévedtek, technikai problémákkal küzdők, kifáradás miatt segítségre szorulóak.		
Közös jellemzőjük, hogy a helyszínen rekedés jelenti az igazi rizikót, ezért mentésük indokolt		
B – Baseline MINIMÁLISAN SÉRÜLT – színekód ZÖLD		
B1 - technikai támogatás	enyhe sérülés, elsősegély szintű ellátást igényel, helyszínen ellátható	mentésben részben tud csak tevékenyen részt venni
B2 – teljes technikai mentés + szakaszos egészségügyi ellenőrzés	sérülései szakaszos egészségügyi ellenőrzést igényelnek (állapot revízió)	mentésben nem tud részt venni, technikai mentésre szorul
E csoportba a különböző zúzódások, ficamok, kisebb csöves csontok törései, sebek tartoznak, de ide sorolhatók a mentálisan kifáradt, erős stressz és pánik állapotban lévő önellátásra nem képesek is.		
C – Complainant PANASZOS SÉRÜLT/ halasztható definitív ellátás – színekód SÁRGA		
C1 – teljes technikai mentés + szakaszos egészségügyi ellátás	vitális paraméterei stabilak, szakaszosan egészségügyi ellátásra és újraértékelésre szorul (fájdalomcsillapítás), tudata tiszta	mentésben nem tud segédkezni - együttműködő,
C2 – komplex mentés: teljes technikai mentés + folyamatos egészségügyi felügyelet	vitális paraméterei stabilak, de sérülése/ betegsége magában hordozza a progressziót, monitorizálás	
E kategóriába tartoznak a súlyosabb, komplikált vagy többszörös törések, betegségek, melyek egészségügyi beavatkozást abszolút indikálnak, de vitális paraméterek stabilak. (pl. nagy csöves csontok törései, angina, hypertonia, GM roham, asthma, rendezhető diabetes mellitus (hypo-hyperglycaemia) stb.)		
D – Desperately wounded ÉLETVESZÉLYES SÉRÜLT/ azonnalos – színekód PIROS		
D1 – komplex mentés: teljes technikai mentés + folyamatos egészségügyi ellátás	kritikus állapotú sérült, akinek vitális funkció stabilizálhatók a helyszínen, folyamatos monitorizációt és ellátást igényelnek	mentésben nem tud segédkezni - nem együttműködő,
D2 - komplex mentés: teljes technikai mentés + folyamatos egészségügyi ellátás	kritikus állapotú sérült, akinek állapotát nem, vagy csak részben lehet stabilizálni, vitális paraméterei instabilak	
E kategóriába tartoznak a légzési, keringési elégtelenek, súlyos koponya és/ vagy politraumatizáltak. A D2 speciális esetei a „load and go” sérültek, akik helyszíni stabilizációjára kevés esély van, túlélésüket a minél korábbi kórházi ellátás tudja csak biztosítani.		
E – Exitus HALOTT – színekód FEKETE		
E1 - komplex mentés: teljes technikai mentés + folyamatos/ szakaszos reanimáció	Hypothermiás halott	mentésben nem tud segédkezni - nem együttműködő,

E2 - technikai mentés humanitárius indikációval	nem reanimálandó/ sikertelen reanimált	
A kategória minősítési kritériuma, hogy az első észleléskor nem mutat életjeleket		

7. táblázat: SAR TRIAGE. (forrás: a szerző saját szerkesztése)

A két alapvető beavatkozási kört a parancsnoki elem teszi teljessé, ami feladatait tekintve C4 felfogásban command – control – coordination – communication (vezetés - ellenőrzés – koordináció - kommunikáció) kerül megszervezésre. A parancsnok feladatai közé tartozik többek között a teljes logisztikai háttér biztosítása, a beavatkozó állomány élelmezésétől a szállásáig, a kapcsolattartás az együttműködő szervezetekkel, a háttérrel és a médiával, a szükséges feltételek folyamatos rendelkezésre állásának, szükség esetén pótlásának biztosítása. A helyszínen jelenlévő parancsnokot a műveleti központban felálló törzs támogatja.

5.3. A káresemény volumene

A speciális mentés értelmezésünkben a non-konvencionális veszélyforrások között végrehajtott életmentést jelenti. A rendkívüli esemény léptéke ezt leginkább az erő-eszköz számvetésben, és azok folyamatos rendelkezésre állásának biztosításában módosítja. Tehát egy bajbajutott és a tömeges káresemény áldozatai hasonló szemléletű beavatkozást igényelnek. Jelentős különbség a parancsnoki elem működésében, feladataiban érhető tetten. Az állományt a feladatvégrehajtás teljes időintervallumában önellátásra kell felkészíteni és felszerelni. Természetesen az egészségügyi algoritmusok közül a TRIAGE kihagyhatatlan részévé válik az eljárásnak, amit azonban közvetlen életveszélyben csak a fenyegetés kezelése után vagy kimenekítést követően alkalmazhatunk. A katasztrófa, mint a legnagyobb volumenű rendkívüli esemény annyiban különbözik, hogy a speciális mentésre delegált egységek egy jól meghatározott szektorban vállalják/ vállalhatják a sérültek vagy életveszélyes körülmények között ragadtak kimenekítését.

5.4. Az idő kérdése

Nem feltétlen szükséges egy sérülés ahhoz, hogy valaki speciális mentésre szoruljon, azonban a fennálló körülmények könnyen vezethetnek kedvezőtlen élettani folyamatok miatt egészségkárosodáshoz. Arról nem is beszélve, hogy a már meglévő primer károsodás gyorsabban vezethet állapotromláshoz, további másodlagos inzultushoz, ami circulus vitiosusok sorozatát indítva a prognózist jelentősen ronthatja. Az életmentés időszenzitív karaktere rendkívüli körülmények között felerősödik. A mentési tevékenység egy folyamat, ami az áldozatok szempontjából a káreseménnyel, a beavatkozók oldaláról a riasztással kezdődik. Az érintettek kórélettani folyamatait alapvetően az inzultust megelőző egészségügyi állapotuk, koruk, sérülésük jellege, súlyossága és az adott külső körülmények együttesen határozzák meg.

A kórfolyamatok a megfelelő beavatkozásig természetes lefutásuk mentén, egyénre szabottan zajlanak. A kimenetel erősen függ a minél korábbi adekvát ellátástól, tehát az eltelt időtől.

A non-konvencionális veszélyforrások közötti munkavégzés speciális beavatkozó állományt és eszközkészletet igényel, ami a helyszíni bevetetőséget, elérhetőséget nehezíti. A riasztást követő feladatok közé tartozik a bevonulás, eligazítás, málházás, a feladatspecifikus eszközök összeállítása (technikai/ egészségügyi), az önállátáshoz szükséges tételek biztosítása, a kivonulás (akár külföldre). A helyszínen érkezést követően az információgyűjtés, a település, az azonnali intézkedések megkezdése, a sérült(ek) feltalálása, megközelítése mellett a parancsnoki központ kiépítése és a táborépítés emelhetők ki. A mindezekhez szükséges időt a feladat jellege, a káresemény helyszíne, az állomány létszáma és nem utolsósorban a logisztikai lehetőségek jelentősen befolyásolják.

5.5. Az erő – eszköz – módszer triász

A rendvédelemben a feladatok megközelítésének általános elfogadott formája az erő–eszköz–módszer számvetés. E megközelítésben, a speciális mentési tevékenység terén a TEK számos kedvező feltétellel rendelkezik.

Erő terén fegyelmezett, hivatásos rendőri állománnyal, meghatározott parancsnoki – végrehajtói láncsal bír. Speciális műszaki-technikai és egészségügyi képességek folyamatos elérhetősége biztosított, a reagálási időnk rövid. Nem utolsósorban a non-konvencionális, életre veszélyes helyzetekben történő munkavégzésre fizikailag felkészült és pszichésen alkalmas beavatkozók alkotják a TEK szervezetét. Számos speciális képesség elérhetősége kiterjedt együttműködési megállapodások által biztosított, olyan szervezetekkel, akik képesek a TEK vezetése-irányítása alatti munkavégzésre. A műveletek vezetésében, irányításában, kontrolljában és koordinációban kiterjedt tapasztalat, napi rutin alapvető karaktere szervezetünknek.

Az eszközöket illetően a meglévő képességek mögött azonnal mobilizálható és bevethető készlet áll rendelkezésre. Az egészségügyi területen progresszív ellátás felépítését rövid idő alatt meg tudjuk oldani. Belföldön a táborépítés, a mobil parancsnoki műveleti központ, a szállítás feltételei adottak.

Módszerek tekintetében a TEK alapelve a professzionalitás, ami egységes szemlélettel, az egyes képességek összehangolásával és műveleti integrációjával valósítható meg. Azokon a speciális területeken, ahol a képességek nem elérhetők, ott a TEK együttműködés alapon, a feladatmeghatározása szerint koordinálással tud segíteni vagy állományával támogatja a végrehajtást.

5.6. Részkövetkeztetések

A taktikai medicina relatív rövid története során is átalakuláson ment keresztül. A történeti hagyományokon alapuló klasszikus katonai modell mellett, megjelent a társadalmi változásokra reagáló, „first provider”-i eleveken nyugvó modern szemléletű modell. A változások egyik motorja a TEK új megközelítése volt. A taktikai medicina modern szemlélete felelősséget vállal, a műveletekben fellelt, civil sérültek/ betegek egészségügyi ellátásáért is. Az új megközelítés „first responder”-i csapatmunka elveire épül és magában hordozza a speciális mentés karakterisztikus jegyeit, követelményeit. Ez az általános és erős alapokon nyugvó szemlélet lehetőséget ad az egészségügyi infrastruktúrában való elhelyezésére, társadalmi szerepvállalásának megértésére és bevetésének tág lehetőségeire.

6. A TEK TAKTIKAI MEDICINA MODERN SZEMLÉLETŰ MODELLJE – FELÉPÍTÉS ÉS ALGORITMUSOK

Korábban említettem, hogy a taktikai medicina európai fejlődésében a TEK központi szerepet vállalt. Ez megmutatkozik az új szemlélet bevezetésében, a TEK szervezeti felépítésben, a kidolgozott új TM modell gyakorlati megvalósításában, majd ezt követő nemzetközi oktatási tevékenységében. A fenti folyamat egy új koncepció kialakításával kezdődött, amelyet rendszerépítés követett. A vízió Hajdu János r. altábornagy nevéhez kötődik, aki a TEK szervezetének tervezésekor utasításba adta, hogy egy művelet sem hajtható végre egészségügyi biztosítás nélkül. Az ez irányú parancsnoki elköteleződését mutatta, hogy a felállított struktúrában az akut egészségügyi ellátók önálló szervezeti egységként jelentek meg. Az új osztály elkülönült az alapellátói (csapatorvosi) szolgálattól, állománya diplomás egészségügyi dolgozókkal került feltöltésre.

6.1. A koncepció és az új elvárások

A kezdeti koncepció szerint az egészségügyi biztosítást szakorvosokból, diplomás prehospitalis ellátókból (mentőtisztek) és képzett mentőápolókból álló csoportoknak kell elvégezni, akik 24/7 időrendben azonnal rendelkezésre állnak. Felelősségi területük a védett személy szükség szerinti és a beavatkozó állomány akut ellátása. A megfelelő minőségű ellátáshoz minden szükséges eszköznek rendelkezésre kell állnia, ami minimum romamkocsi szintű mentőautó felszereltséget jelent, mobilizálható (rohamhátizsák) formában kialakított rendszerezéssel. Az egészségügyi tevékenységet mind a személyvédelem, mind a művelet taktikai rendjébe integrálni kell. A vízió és koncepció gyakorlati megvalósítását 2010-ben kaptam utasításként, tekintettel, hogy hazánkban korábbi példa erre nem volt. Így indult el a taktikai medicina magyarországi meghonosítása.

A kiinduláshoz képest meghatározott feladatrendszer folyamatosan bővült, ami a TM értelmezésének és felelősségi területének, ezáltal fejlődésének folyamatos iránymutatását jelentette. A gyakorlatban jelentkező új elvárások az egészségügyi biztosítás terén:

- 1) Külföldön végrehajtott műveletek egészségügyi biztosítása (2010) – algoritmus, SOP⁵⁶
- 2) Magas sérülésveszéllyel járó kiképzések, kiválasztók (2011)
- 3) A TM ellátók taktikai képzése (2011) – képzési protokoll
- 4) Civil sérültek ellátása (2012) - szemléletváltás
- 5) A felszámolók egészségügy irányú képzése (2012) – képzési rendszer

⁵⁶ SOP: standard operation procedure (egységes eljárási rend).

- 6) ATLAS szerepvállalás (2012)
- 7) Nemzetközi képzések beindítása (2014) – nemzetközi képzési rendszer
- 8) MASCAL szituációk (2015) – algoritmus, SOP
- 9) CBRNE veszélyforrás kezelés (2016) – algoritmus, SOP
- 10) Search and rescue (SAR) típusú mentések (2019) – algoritmus, SOP
- 11) Járványügy (2020) – algoritmus, SOP

A kiinduló klasszikusnak minősíthető modell, az új kihívásokra adott megoldások révén alakult át egy modern, a környezethez és elvárásokhoz igazodó új szemléletű TM rendszerré, amire Európában még nem volt példa.

6.2. Rendszerszintű képesség kiépítése

A fentiekből látható, hogy az elvárásoknak való megfelelés nem teljesíthető improvizált megoldásokkal. A mindenkor elérhető minőségi ellátás, ahogy a klasszikus modellekben megfigyelhető, egy főre nem delegálható. A megcélzott képesség elérhetőségét, folyamatosságát, a mindenkori körülményekhez és igényekhez igazodó kompetenciákat biztosítani kell. Ezért a történelmi hagyományokra épülő klasszikus taktikai medicina modell újraértelmezése halaszthatatlan szükségéggé formálódott. Ennek felismerésében és kialakításában a TEK élen járt Európában. Az új modell kidolgozását kaptam feladatként 2010-ben. Az építkezésben a szemléletemet meghatározta, hogy csak a komplex rendszerben való gondolkodás lehet megoldás. Egy rendszer működését pedig a minden pillanatban elérhető minőség határozza meg, tehát ez a leggyengébb láncszem, ezt kell elfogadható szintre emelni lehetőleg minél kevesebb kompromisszummal. A megvalósítás főbb pillérei:

- 1) A taktikai és egészségügyi tevékenységek prioritásainak integrációja a művelet minden pillanatában – alkalmazkodás és elérhetőség biztosítása.
- 2) Különböző egészségügyi kompetenciákra épülő, láncszerűen összekapcsolt progresszív és folyamatos ellátás.
- 3) Egységes szemléletű egészségügyi algoritmusok minden ellátói szinten.
- 4) A különböző taktikai eljárásrendekhez igazodó taktikai medicina protokollok – rizikóbecslés, tervezés és végrehajtás egysége.
- 5) Egységes nomenklatúra.
- 6) Az eszközök tekintetében meghatározott minimum feltételek.
- 7) Egységes oktatási/ képzési rendszer.

6.3. A taktikai és egészségügyi tevékenységek prioritásainak integrációja

Ennek az egyszerűnek tűnő célnak gyakorlati megvalósítása csak a megfelelő szemlélet kialakításával érhető el. Mind a felszámolóknak, mind az egészségügyi ellátóknak ismerniük kell azokat az alapelveket, melyek szerint a másik fél működik. A speciális rendőri egységek kiemelt feladata az életmentés, ami a fegyveres fenyegetettség kezelésén, az elkövető kontrollálásán keresztül érhető el, ez a mindenkori biztonság alapja. Olyan prioritás, amit minden a műveletben résztvevő személynek készsége szinten éreznie kell. Ugyanakkor sérülés esetén, a túlélést már a biológia törvényei határozzák meg, a kórélettani folyamatok önálló változóként jelennek meg. A sikeres művelethez már az időben és adekvát módon alkalmazott sürgősségi, egészségügyi beavatkozás is szükséges. Ez nyilvánvaló annak, akinek feladata a gyógyítás, de komoly gondolati átrendezést igényel a felszámoló rendőröktől. Másrészről a „biztonság az első” alapelv, az „idő”, mint meghatározó tényezővel egészül ki.

A taktikai medicina műveleti integrációjának három nélkülözhetetlen alapelve:

- Életmentés
- Biztonság
- Időérzékenység

Ezek azok a prioritások, amiknek minden pillanatban érvényesülniük kell, megértésük és alkalmazásuk pedig alapvető a sikeres együttműködéshez, feladatvégrehajtáshoz.

6.4. Egyéni egészségügyi kompetenciák a taktikai medicina rendszerében

A rendkívüli események felszámolása mindig csapatmunkát igényel, összetett feladatot jelent. A rendszerszintű képesség elérése viszont nem képzelhető el jól meghatározott egyéni kompetenciák nélkül. E képességmátrix számos különböző elemet kell, hogy tartalmazzon. Egészségügyi ellátás megközelítésében – az egyszerűség kedvéért – ebben a rendszerben két nagy csoportot különböztethetünk meg. Egyik oldalon számolni kell az alapfeladat ellátásához szükséges, a felszámolói tevékenységet lefedő készsége szintű tudással, ami önmagában is összetett halmaz. Másik oldalon meg kell jelennie az egészségügyi beavatkozások végrehajtásához szükséges elméleti és gyakorlati ismereteknek. Az is egyértelműen látható, hogy a beavatkozásra kijelölt szervezet állománya így két célcsoportra osztható:

- Felszámolók (rendőrök) egészségügyi kompetenciáival.
- Egészségügyi ellátók taktikai ismeretekkel.

A két csoport kialakítása külön meghatározott képességeket kíván meg, ami egy differenciált képzési struktúrával érhető el. A kiképzést követően, a kívánt eredmény elérése után, mindezeket együtt integrált rendszerré kell kovácsolni.

6.5. Az egészségügyi képességek integrációjának megközelítése

Rendvédelemi gondolkodás alapja a különböző tevékenységek szervezésében, kialakításában az erő-eszköz-módszer triász szerinti megközelítés. A taktikai medicina szakterület esetén az erő az a humán erőforrás, akiknek feladatuk az egészségügyi beavatkozásokat végrehajtani, tehát a sérüléssel járó rendkívüli eseményben az ellátói lánc részeivé válnak. Az eredményes tevékenységhez nélkülözhetetlen a kompetenciájukhoz igazított, minden pillanatban elérhető, nélkülözhetetlen eszközkészlet. A módszer értelmezése kettős, egyrészt jelenti az alkalmazandó egészségügyi algoritmusokat, másrészt a taktikai rendbe illeszthető egészségügyi eljárásokat.

Az egészségügyi ellátás megkezdése a taktikai medicina szempontjából első körben körülmény és eseményfüggő. Az ahhoz szükséges kompetenciákat alapszintű képességekként értelmezhetjük, miszerint mindenkinek, aki a sérülés helyszínén tartózkodik képesnek lennie, időveszteség nélkül, az azonnali beavatkozásokat megtennie. Ez a tény adja az elsajátítandó tudás korlátait is. Olyan képességeket kell a képzés során oktatni, ami egészségügyi ellátás szempontjából laikusok számára is megtanulható, ugyanakkor adekvát módon illeszkedik a sérült állapotához, megteremti a feltételeit a későbbi terápia sikerének, másképpen mondva idő nyerhető általa. Az alapképességek, bár meghatározhatják a sérülés kimenetelét, így kiemelten fontosak, mégis limitáltak. Alkalmazásukkal nem érhetünk el definitív stabil állapotot vagy gyógyulást, de nem is ez a céljuk. Olyan intervenciókról van szó, amelyek egyszerűek, gyorsan kivitelezhetők, non-invazívak, eszközigényük minimális. Mindezek azt is jelentik, hogy relatív gyorsan elérünk korlátaikhoz. A sérülés kedvező kimenetelét csak az erre progresszíven épülő ellátói lánc biztosíthatja. A műveletben résztvevő minden felszámoló számára meghatározott tudásszintet, alapszintű taktikai medicina segélynyújtóként (basic tactical medical provider, BTMP) vezettem be a nevezéktanba.

A taktikai medicina rendszerének felépítésekor az ellátói lánc egyes elemeinek szoros kapcsolását kiemelt célként határoztam meg. Az alapképességek bevetése után olyan egészségügyi kompetenciákra van szükség, amelyek rá tudnak kapcsolódni és időveszteség nélkül képesek magasabb szinten folytatni a már megkezdett és elvégzett beavatkozásokat. Ennek feltételei, hogy a következő ellátói szint azonos szemléletű és nomenklatúrájú algoritmusok alkalmazásával, mélyebb elméleti tudással és gyakorlati készségekkel, magasabb szintű ellátást tudjon nyújtani. Az időveszteség csökkentése miatt követelmény, hogy az ellátás folytatására kijelölt elem a sérüléshez közel álljon, gyorsan elérhető legyen és természetesen a magasabb kompetenciájához igazított eszközkészlet mindenkor rendelkezésére álljon.

A progresszivitásnak megfelelő következő ellátói szint még mindig egészségügyi szempontból laikusokra, rendőrökre épül, azonban meghatározott képzés után, már invazív beavatkozásokra alkalmas állományt jelent. A katonai logisztika területén belül, ez a harctéri életmentő katonának megfeleltethető szakkiképzett beavatkozók. Szerepük a teljes taktikai medicina rendszerben kissé más, mint a honvédség esetén. Egyrészt a beavatkozó állomány rendes tagjai, így meghatározott taktikai feladatot látnak el és a művelet során elhelyezkedésük miatt közel tartózkodnak az eseményekhez. Képességeik lévén súlyos sérülések esetén meg tudnak kezdeni olyan, az alapokon túlmutató akután szükséges terápiát, ami nélkül a túlélés nem elképzelhető. E téren önálló munkavégzésre jogosultak. Másrészt a diplomás ellátók megérkezése után, segíteni tudják őket a további teendők végrehajtásában, asszisztenciát szolgáltatva. Képzésük tehát kiterjed az általuk nem használt, de a magasabb szintű beavatkozásokban helyet kapó eszközökre, gyógyszerekre is. A kezelésért felelős team létszámának emelése gyorsítja az egészségügyi ellátást, ami hozzájárulhat a stabilizáció eléréséhez, javíthatja a túlélés esélyeit. A nevezéktanban itt egységesítésre került sor. A nemzetközi gyakorlat számos megnevezést használ e kompetenciával rendelkező személyekre. Ennek hátránya, hogy követhetlenné válik az általuk birtokolt tudás. Az Európai Unió terrorelhárító egységeiben történt felméréseim során a nómenklátúra teljes káoszt mutatott. Ugyanarra a képességmátrixra több kifejezés volt használatban úgymint, medic, combat medic, combat nurse, life saver, combat life saver, CLS, paramedic. A zűrzavart jól mutatta, hogy ugyanabból az országból, sőt ugyanattól az egységtől érkezők sem használták egységesen a megnevezéseket. A fenti rendezetlenség megszüntetésének gyakorlati jelentősége van a határon átnyúló műveletek végrehajtása során. Az egészségügyi biztosítás tervezésekor pontosan kell látni az ilyen irányú feladatokra kijelölt állomány képességeit. A TEK-ben kialakított ellátói szinteknél a nevezéktant egyértelműen igazítottam a meghatározott kompetenciákhoz. Az általam javasolt megnevezés erre a speciális állománycsoportra a középszintű taktikai medicina segélynyújtó (intermediate tactical medical provider – ITMP), ami nemcsak Magyarországon, a TEK-ben, de az ATLAS Szövetség egységeiben is bevezettek.

A progresszív ellátás következő szintjének meghatározására az európai gyakorlat és a terrorelhárító egységek különböző lehetőségei miatt volt szükség. Azokban az országokban alkalmazzák, akik a középszintű ellátásnál magasabb minőségű egészségügyi képességek rendszerbe állítását látnak indokoltnak, de anyagi lehetőségeik nem engedik meg diplomás személyek alkalmazását. A csoport kompetenciái itt is részletesen meghatározottak, e szint emelt szintű taktikai medicina ellátó (advanced tactical medical provider – ATMP) néven került a nevezéktanba. A TEK-ben erre nincs szükség, mert az ellátási láncban helyettük orvosok,

mentőtisztek állnak. Fontos megjegyezni, hogy az ATMP-k alkalmazása komoly jogi felhatalmazást igényel (igényelne), hiszen olyan invazív beavatkozásokra képesek, amelyek elvégzése már egészségügyi végzettséghez kötött, ez csak úgynevezett kivételszabályok bevezetésével lehetséges.

A taktikai medicina kompetenciák következő szintjei már felsőfokú egészségügyi végzettséghez kötöttek. Ebben a csoportban a hivatásos állományba vonuláshoz szükséges rendészet irányú képzés, és a taktikai képességek oktatása állnak fókuszban. A professzionális taktikai medicina ellátó (professional tactical medical provider – PTMP) a TEK-ben lehet mentőtiszt vagy orvos. Mentőtisztek esetén az alkalmazás feltétele minimum 5 év gyakorlat a mentőszolgálatnál vagy kórház sürgősségi osztályán. Orvosok esetében meghatározásra kerültek a befogadható szakvizsgák, ami lehet aneszteziológia és intenzív terápia, oxyológia és sürgősségi terápia, traumatológia, illetve hon- és katasztrófaorvostan. A diplomás állományt további két csoportra osztottam. Emelt szintet és kiemelt szintet különböztetünk meg. Ennek oka a külföldön végrehajtott, időben elhúzódó műveletek magasabb igényei állnak. Ebben a helyzetben már nem elég a mentőtiszt vagy általános orvosi kompetenciacsomag. A repatriáció megkezdéséig újabb feladatként jelentkezik az adott terület kórházi ellátásának kontrollja vagy ha ez sem elérhető a komplex időben elhúzódó beteg/ sérültellátás, akár erős kompromisszumok mellett alkalmazott intenzív terápia.

A kitűzött célok eléréséhez elengedhetetlen a megfelelően curriculummal végrehajtott képzések szervezése, a felkészítés fő irányai:

- BTMP és ITMP esetében egészségügyi képességek és taktikai medicina integrációs alapismeretek,
- ATMP és PTMP esetben, a speciális műveleti végrehajtás (rendőrszakmai, taktikai alapismeretek) és a taktikai medicina műveleti integrációjának ismeretei.

A „rendszer” minősítés, pusztán a fentiek hadrendbe állításával, még túlzó lenne. A TEK modellje gondoskodik a taktikai medicina, mint speciális egészségügyi szolgálat, vezetési, irányítási, szervezési, kontroll funkcióiról és adminisztratív teendőiről.



10. ábra: TM humán erőforrása. (forrás: szerző saját szerkesztése)

6.6. Egészségügyi algoritmusok a TEK Taktikai Medicina rendszerében

A műveletek egészségügyi biztosítását végrehajtó progresszív egészségügyi ellátás humán erőforrásának képességeit, az általuk alkalmazott algoritmusokkal és az azokban szereplő kompetenciákkal lehet a legjobban leírni. Mindezek azonban végtermékek, a valóságban az igények megállapítása az első. Taktikai medicina szűk értelemben vett tárgya a műveletek végrehajtásának folyamatába illesztett, rendkívüli, mondhatjuk harci körülmények között kialakult sérültek ellátása. Tágabb értelemben azonban lefedi a teljes prehospitális sürgősségi egészségügyi szakterület beteganyagát. Felelősségi területe nem csak sérülések kezelése, de minden a speciális rendőri egységek tevékenységei során fellelt személyek ellátása is. Ebben a körben találkozhatunk olyan belgyógyászati, ideggyógyászati és egyéb kórképekkel, ami túlmutat a traumatológia fókuszú combat medicinán. Gyakorlatunk a fenti hipotézist alátámasztotta, a teljesség igénye nélkül említem az akut infarktust, a status asthmaticust és epilepticust, mint diagnózisokat, amikkel találkoztunk már. A szükséges képességek meghatározásában mindezt figyelembe kellett venni. Ugyanakkor vitathatatlan, hogy a katonai harctéri ellátás adatai, tapasztalatai elengedhetetlen alapot adtak kiinduláskor.⁵⁷

Az alkalmazandó egészségügyi algoritmusok az emberi anatómia, élettan, kórélettan és pathológia prioritásaira, univerzális szabályszerűségeire épülnek, ezeket nem kell újra feltalálni. Az orvostudomány több évezredes története során kisselektálódtak azok terápiás megoldások, amelyek evidence based alapon alkalmazhatók, széles körben elfogadott szakmai irányelvek szerint követendők. Ez nem opcionális, hanem kötelező szabály. A megállapítás akkor is igaz, ha a katasztrófamedicina nagy csoportjába tartozó harctéri ellátás (a katonai, a rendvédelmi is), a körülmények miatt kompromisszumra kényszerítik annak alkalmazóit. A kompromisszumvállalás azonban tudatos, nem improvizatív és csak annyira megengedhető, amennyire feltétlen szükséges. Ez a szemlélet nélkülözhetetlen és alapvető eleme szakterületünknek.

A taktikai medicina egészségügyi algoritmusainak meghatározásakor tehát a combat medicina és polgári sürgősségi ellátás harmóniáját kellett megteremteni. A TEK alapítását követően, diákként részt vettem Hilversuumban, Hollandiában a Dutch Joint Military Medical Education and Training Centre combat medicina kurzusán és MH EK Egészségügyi Felkészítő és Továbbképző Intézet (Tünde utca bázis) harctéri életmentő katona képzésén. A két tanfolyam között hasonlóság, hogy egészségügyi végzettség nélküli, laikus hallgatóknak adnak át speciális

⁵⁷ KHORRAM-MANESH et al. (2022): Review of Military Casualties in Modern Conflicts—The Re-emergence of Casualties From Armored Warfare. *Military Medicine*, 187(3–4), March/April 2022, 313–321. Online: https://academic.oup.com/milmed/article/187/3-4/e313/6179198#google_vignette; Combined Arms Center (2013): SOF Combat Casualty Care Handbook. Scotts Valley: CreateSpace Independent Publishing Platform.

tudást. Leginkább ezért, mindkét esetben különös figyelmet fordítottam a képzések pedagógiai oldalára, az oktatott tananyag elsajátíthatóságára (fogyasztóbarát karakterére), és az oktatási metodikára. Intenzív terápiás szakorvosként főleg az érdekelt, hogy milyen módon, milyen módszerrel épül fel curriculumuk, azt miképpen adják át, illetve miben áll az oktatást végzők valós egészségügyi tapasztalata, hitelessége. Az oktatott protokollok mindkét intézményben, a sürgősségi terápiában jól ismert cAcBCDE alapokra épültek, melyet az aktuális körülmények szerint, a katonai harctéri ellátásnak megfelelő CUF vagy TFC megközelítésbe építettek be. Számos értékes tapasztalatból kiemelném, hogy mindkét kurzuson motivált oktatók, lelkesen és támogatóan hajtották végre az oktatást. Hasonlóság volt, hogy a főállású katonák napi gyógyító rutinja nem volt meggyőző. Legtöbbször korábban missziókban vettek részt, majd képzésben dolgoztak tovább. Harctéri tapasztalat adott volt, azonban a folyamatos gyógyító tevékenység, mint az egészségügyi irányú fejlődésért és szintentartásért felelős aktivitás nem volt jellemzően alkalmazott. További problémaként éltem meg, hogy az instruktorok néhány esetben olyat oktattak, amit életben még soha nem végeztek (mellkas tüdekompressziója), így a gyakorlati hitelesség nem, a tankönyvszagú tudás inkább volt érezhető. Az oktatói gárdából számomra hiányoztak a legmagasabb kompetenciát jelentő orvosok. Az European Resuscitation Council (ERC)⁵⁸ instruktoraként, a tapasztalataimat összevetve az ott használt felnőttoktatási metodikával, arra a következtetésre jutottam, hogy javíthatók, hatékonyabbá tehetők a képzések a fegyveres testületeknél. Egyrészt új, négy lépcsős felnőttoktatási modell, másrészt a könnyebb elsajátíthatóságot és alkalmazhatóságot szolgáló egészségügyi protokollok bevezetésével.

6.7. A TEK Taktikai Medicina algoritmusának alapjai

A taktikai medicina nem más, mint non-konvencionális veszélyforrások között végrehajtott, sürgősségi prehospitális ellátás. Az egészségügyi infrastruktúrába jól illeszthető, hiánypótló szakterület. Elsődleges célja a sérültek, betegek élettani prioritások mentén történő értékelése, és a szükséges életmentő beavatkozások megtétele. Az alkalmazott protokoll ezt kell, hogy tükrözze. A szervezet prioritásának megfelelő vizsgálati és beavatkozási sorrendet két elfogadott algoritmus tükrözi a legjobban a cAcBCDE és a MARCH (9. táblázat). A kettő között érdemi különbség nincs, nem is lehet, hiszen tárgyuk az emberi szervezet determinált működése.

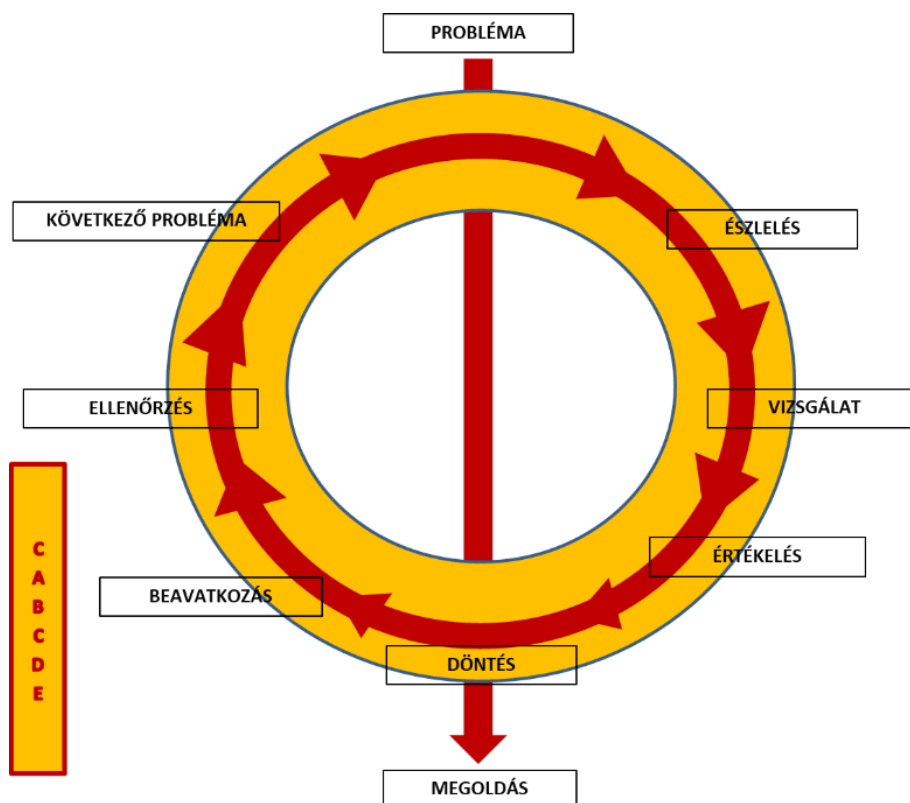
⁵⁸ ERC: European Resuscitation Council (Európai Újraélesztési Társaság).

cABCDE		MARCH		
c	Catastrophic bleeding	M	Massive bleeding	nagymértékű vérzés
A	Airway	A	Airway	légút
B	Breathing	R	Respiration	légzés
C	Circulation	C	Circulation	keringés
D	Disability	-		idegrendszer
E	Exposure	-		egyéb minden
		H	Head to toe	tetőtől talpig minden

8. táblázat: cABCDE és MARCH algoritmusok. (forrás: szerző saját szerkesztése)

A saját rendszerünkben a cAcBCDE megközelítést vezettük be, ugyanakkor a nemzetközi oktatásokban a MARCH is szerepel a megfelelő illesztésben azok számára, akik hazájukban azt a verziót használják.

Az általam bevezetett algoritmussal a candidánsok jobb kompiacienek eléréséhez, az egyes összetevők elsajátítandó anyagát, egyszerűbben követhető felsorolás szerű elemekkel, kérdésekkel egészítettem ki. Ezzel nem egy zanzásított tananyagot, hanem didaktikusan strukturált protokollt kell elsajátítaniuk a hallgatóknak, majd a gyakorlatban, stresszhelyzetben rekonstruálni azt. A bevezetett módosított protokoll abból indul ki, hogy a humán élettani folyamatok komplex rendszerében a laikusok számára könnyebb követni egy a lépésről lépésre meghatározott algoritmust, mint szintetizálni új problémaköröket a biológiai működések összességéből. Az egyes lépéseket hierarchikusan felépített kérdéscsoportok formájában tartalmazza a protokoll, tehát a megfelelő sorrendben feltett kérdésekre kell keresni a válaszokat. A válaszokhoz kapcsolatosan történik az értékelés, amin alapszik a megfelelő döntés az elvégzendő beavatkozásokról. A következő problémára csak a beavatkozás ellenőrzése/újraértékelése után kerülhet sor. A protokoll tehát az emberhez köthető univerzális gondolkodási algoritmusra épül (11. ábra). A ciklus megértése nagyban hozzájárul az oktatott állomány tudatos munkavégzéséhez, készség szintű alkalmazásával pedig megfelelő alaposság és önkontroll gyakorolható, ami az egészségügyi tevékenység alapvető elvárása.



11. ábra: Az emberi gondolkodás algoritmus. (forrás: szerző saját szerkesztése)

Az emberi szervezet számára nélkülözhetetlen oxigén útját követő ABC megközelítés, az úgynevezett 3-4-5 kérdéses verzióval egészítettem ki. A protokoll alapján az ERC EPALS⁵⁹ megközelítéséből származtatható. A csatolt kérdéseket a 10. táblázat mutatja be. A protokoll alapeleme, hogy a megfelelő kérdéseket követően, a szükséges beavatkozásokat a prioritásnak megfelelően el kell végezni, visszaellenőrizni, majd lehet a következő kérdésesomagra lépni. A fenti problémakezelés előnye, hogy az oktatott állománynak első körben az alfabetikus sorrendiséget kell megjegyezni ABCDE, második körben a numerikus növekvő számok adnak vezetőt a 3-4-5 kérdéssel. Az oktatott állomány ezáltal könnyen elsajátíthatja a prioritásokat lefedő, az akut életmentésnek megfelelő teljes protokoll. Tapasztalataim szerint, ez a didaktikus módszer az oktatók részéről könnyebb tanítást, a hallgatók részéről jobb követhetőséget, így jobb compliencet jelentenek. A teljesség igényével meg kell említeni az úgynevezett kiegészítő kérdések rendszerét. A kórélettani folyamatok ritkán mindent vagy semmit jellegűek, a betegségre/ sérülésre jellemző teljes klinikai kép kialakulása időben rövidebb-hosszabb ideig tartó folyamat. Az oktatás ezért kiterjed olyan vizsgálati módszerekre, olyan kérdésekre, amiket akkor alkalmazunk, amikor még bizonytalan

⁵⁹ EPLS: European Pediatric Advanced Life Support.

a diagnózis, tehát arra szolgálnak, hogy megerősítsék, vagy éppen kizárják azt. Mindennek jelentősége kiemelt az invazív beavatkozások indikációjának felállításakor.

Prioritás		Kérdések	Kapcsolt beavatkozások
c (M)		Látható nagy vérzés?	vérzéscsillapítás
„c” alapvető problémája: van-e csillapítható nagyütemű vérzés?			
A	3 kérdés	1. Légút szabad?	Légútbiztosítás
		2. Légút veszélyben?	
		3. Légút elzáródott?	
„A” lapvető problémája: van-e légúti obstrukció?			
B (R)	4 kérdés	1. Légzésszám?	Oxigén szupport Légzéstámogatás PTX ellátás
		2. Mellkaskitérés? (szimmetria)	
		3. Oxigén szaturáció?	
		4. Légzési munka?	
„B” alapvető problémái: van-e légzési elégtelenség? Van-e feszülő légmell?			
C	5 kérdés	1. Pulzusszám (centrális-perifériás)?	Parenterális út biztosítás Folyadék resuscitáció
		2. Kapilláris telődési idő?	
		3. Vérnyomás?	
		4. Preload?	
		5. Szívritmus (ritmusos, aritmiás)?	
„C” alapvető problémái: van-e shock, van-e perikardiális tamponád, van-e ritmuszavar?			
D (H)		A= éber, adekvát?	korrekt cABC ellátás
		V= hangra reagál?	
		P= fájdalomra reagál	
		U= nem reagál?	
„D” alapvető problémája: van-e tudatzavar (mennyiségi, minőségi)			
E (H)		1. Belső vérzés?	Végtag rögzítés Medence rögzítés Sebellátás Hypothermia védelem
		2. Egyéb vérzés?	
		3. Törés, Ficam?	
		4. Égési sérülés?	
		5. Hypothermia?	
„E” alapvető problémája: van-e belső vérzés? Van-e egyéb ellátandó? Fennáll-e a kihűlés veszélye?			

9. táblázat: A field care során alkalmazható cABCDE protokollba illesztett kérdések. (forrás: szerző saját szerkesztése)

6.8. A field care ellátás szakaszai

Field care során a sérültek kezelésében három egymásra épülő szakaszt vezettem be, ami egyrészt megfelel a „treat first which kill first” alapelvnek, másrészt a folyamatos újraértékelést protokoll szintre emelik. A rescue terápia, a stabilizáció és a fenntartás fázisai szemléletükben egymásnak megfelelnek, céljukban kicsit eltérnek. (12. ábra)



12. ábra: TFC ellátás szakaszai. (forrás: szerző saját szerkesztése)

- **Rescue (életmentés):** célja a legszükségesebb életmentő beavatkozások gyors, idővesztés nélküli elvégzését célozza meg – sorrendben cABC megközelítés után, az annak megfelelő beavatkozások megtételével zárul.
- **Stabilizáció:** célja a rescue alatt észlelt vitális funkciók ismételt ellenőrzése, szükség esetén a további beavatkozások megtétele, illetve a korábban elvégzett invazív beavatkozások kontrollja. Megközelítésben cABC+DE sorrendben a teljes korábban leírt protokoll végigkövetését jelenti.

- **Fenntartás:** célja az előző két szakasz alatt elért stabil állapot fenntartása az evakuációig, folyamatos cABCDE visszaellenőrzés mentén. Időben elhúzódó esetekben ez a szakasz megfelel a prolonged TFC-nek⁶⁰.

A bevezetett gyakorlatunkban a jól realizálható előny, az egységes szemléletű megközelítés. A kompetencia szintektől független, minden taktikai medicina ellátó ugyanazt a protokollt követi. Tehát mind BTMP, ITMP, ATMP és PTMP szinten ezt az eljárást oktatjuk és várjuk el. A kompetenciák közötti különbséget az elméleti háttéranyag mélysége és az elsajátított invazív beavatkozások bővebb köre jelenti.

6.9. Az alapszintű TM ellátó egészségügyi kompetenciái

- A BLS⁶¹, valamint a félautomata külső defibrillátor (AED⁶²) használatának ismerete, a biológiai halál felismerése.
- A vérzés típusok elkülönítése, a masszív vérzés felismerése.
 - Az elsősegély szintű vérzéscsillapítási folyamatok ismerete és alkalmazása.
 - A tourniquet (TQ), a nyomó, a szorítókötés alkalmazása.
 - A különböző sebellátások elsősegélynyújtás szintjén történő ismerete és alkalmazása.
- A légutak anatómiájának alapszinten való ismerete.
 - A veszélyben lévő, elzáródott légút felismerése.
 - A manuális légútbiztosító fogások alkalmazásának az ismerete.
 - Az egyszerű légútbiztosító eszközök alkalmazása (nasopharyngeális, oropharyngeális tubus).
- A légzés élettanának alapszinten történő ismerete.
 - A légzési elégtelenség jeleinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - A légmell tüneteinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - A nyílt légmell semi-occlúzív kötéssel történő ellátása.
- A keringési élettan elsősegély szinten történő ismerete.
 - A keringési elégtelenség (shock) jeleinek elsősegély szinten történő felismerése.
- A tudatnak az első sürgősségi értékelés (AVPU) szerinti vizsgálata és értékelése.
 - Az eszméletlenség felismerése.

⁶⁰ Prolonged Casualty Care Guidelines (CPG ID:91) (2021). Online: https://jts.health.mil/assets/docs/cpgs/Prolonged_Casualty_Care_Guidelines_21_Dec_2021_ID91.pdf

⁶¹ BLS: basic life support (alapszintű újraélesztés).

⁶² AED: automata elektromos defibrillátor.

- A stabil oldalfekvő helyzet kialakítása.
- A sérült vagy beteg kihülés elleni védelme.
- A sérült mentési, szállítási technikák ismerete és alkalmazása.
- A műveleti terület biztonsági alapú elkülönítésének ismerete, alkalmazása.
 - A közvetlen fenyegetettség alatt alkalmazható eljárások ismerete, alkalmazása.
 - A közvetett fenyegetettség helyzetének felismerése.
- A rendszeresített elsősegélynyújtó felszerelés ismerete, alkalmazása.
- Az elsősegély-nyújtás önálló megkezdése.

6.10. Az alapszintű TM ellátók minimumfelszerelése

- 1 darab tourniquet
- 1 darab 15 centiméter széles emergency bandage
- 1 darab (saját méretének megfelelő) naso- vagy oropharyngeális tubus
- 1 pár vizsgálókesztyű
- 1 darab steril mull lap
- 1 darab 10 centiméter szegetlen gézpólya
- 1 darab felszerelésre rögzíthető hordtáska

6.11. A középszintű Taktikai Medicina segélynyújtó egészségügyi kompetenciái

- A rendszeresített elsősegélynyújtó felszerelés ismerete és alkalmazása.
- Önálló elsősegély-nyújtás, valamint a sérült vagy beteg személy szaksegélyre történő előkészítése.
- A sérültosztályozás alapjainak ismerete, alkalmazása.
- A sérült mentési, szállítási technikák ismerete és alkalmazása.
- Az emberi test felépítésének és működésének alapszintű ismerete.
- A sérült vagy beteg személy vizsgálata menetének alapszintű ismerete és alkalmazása.
- A BLS végzése, félautomata külső defibrillátor (AED) használatának ismerte, a biológiai halál felismerése.
- A vérzés típusok elkülönítése, a masszív vérzés felismerése.
 - Az elsősegély szintű vérzéscsillapítási folyamatok ismerete és alkalmazása.
 - A tourniquet alkalmazása.
 - A nyomó, a szorítókötés alkalmazása.
 - A hemosztatikus kötszerek ismerete, alkalmazása.

- A különböző sebellátások elsősegélynyújtás szintjén történő ismerete és alkalmazása.
- A légutak anatómiájának alapszinten való ismerete.
 - A veszélyben lévő, elzáródott légút felismerése.
 - A manuális légútbiztosító fogások alkalmazásának az ismerete.
 - Az egyszerű légútbiztosító eszközök alkalmazása (nasopharyngeális, oropharyngeális tubus).
 - Supralaryngeális légútbiztosító eszközök ismerete, alkalmazása.
- A légzés élettanának alapszintű ismerete.
 - A légzési elégtelenség jeleinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - A légmell tüneteinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - A nyílt légmell semi-occlúzív kötéssel történő ellátása.
 - A feszülő légmell tüneteinek, panaszainak észlelése esetén az érintett oldalon mellkas tű-detenzionálás végzésének az ismerete.
 - Az AMBU–maszk lélegeztetés végzésének ismerete, légzés kontrollálás, asszisztálás.
- A keringési élettan elsősegély szinten történő ismerete.
 - A keringési elégtelenség (shock) jeleinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - A perifériás folyadékpótlás menetének ismerete és alkalmazása, az aszepszis-antiszepszis fogalmának ismerete.
 - Perifériás véna biztosítása (kanüllel).
 - A perifériás vénás beviteli hely biztosítása (hatóanyag tartalom nélküli) krisztalloid infúzió érpályába juttatásához.
 - Az optimális beviteli hely kiválasztásának ismerete a sérüléstől függően.
 - A beviteli hely felületi dezinficiens oldattal történő előkészítése.
 - Az optimális folyadékaamlást biztosító kanül behelyezése, rögzítése.
 - A behelyezés során nem várt esemény felismerése, elhárítása (extravazáció, értévesztés).
 - A perifériás véna kanül átjárhatóságának biztosítása, illetve lezárása.
 - A véna környezetében lévő terület ellenőrzése (ideértve a beszúrási pontot is).
 - Krisztalloid infúzió előkészítése (infúziós szerelékkel történő csatlakoztatás).
 - Az infúzió adagolásának indítása.
 - Az intraosseális (i.o.) kanülálás menetének ismerete, alkalmazása.

- Az intraosseális kanül behelyezése.
- Az i.o. beviteli hely biztosítása (hatóanyag tartalom nélküli) krisztalloid infúzió érpályába juttatásához.
- Az optimális beviteli hely kiválasztása, sérüléstől függően (tibia, humerus).
- A beviteli hely dezincifiens oldattal történő előkészítése.
- Az optimális folyadékáramlást biztosító kanül behelyezése, ellenőrzése, rögzítése.
- Nem várt esemény felismerése, elhárítása a behelyezés során (extravasáció, kanül kimozdulás).
- Az i.o. kanül átjárhatóságának biztosítása, illetve lezárása.
- Az i.o. kanül környezetében lévő terület ellenőrzése (ideértve a beszúrási pontot is).
- Krisztalloid infúzió előkészítése (infúziós szerelékkel csatlakoztat).
- Infúzió adagolásának indítása.
- A különböző testrészek sérüléseinek felismerése, és alapszintű ellátás biztosítása.
- A csont- és ízületi sérülések felismerése, és alapszintű ellátás biztosítása.
- A hő- és hidegártalmak felismerése, és alapszintű ellátás biztosítása.
- A CBRN fegyverek által okozott sérülések alapszintű ismerete, alapszintű ellátás biztosítása.
- A műveleti terület biztonsági alapú minősítésének ismerete, alkalmazása.
 - A közvetlen fenyegetettség alatt alkalmazható eljárások ismerete, alkalmazása.
 - A közvetett fenyegetettség felismerése, az alkalmazható eljárások végrehajtása.
- A dokumentáció szabályainak ismerete, elvégzése.
- A tevékenység önálló megkezdése.

6.12. A középszintű Taktikai Medicina ellátó minimumfelszerelése

- Kötszerek, sebellátás
 - 2 darab tourniquet
 - 2 tasak vérzéscsillapító por (15 g) vagy hemostatikus kötszer,
 - 2 darab emergency bandage, (6") – szorítókötés
 - 1 darab sűrített mull pólya
 - 1 darab steril géz 2x2
 - 6 darab steril géz 4x4
 - 6 darab HD sebtapas

- 1 darab steril égési kötszer kit
- 2 darab mellkasi kötszer (chest seal, szelepes)
- 2 darab elasztikus pólya
- 2 darab ragasztó szalag
- 2 darab háromszögletű kendő
- 1 doboz bőrfertőtlenítő oldat (100 ml)
- 1 darab végtagrögzítő sín 36"
- **A légútbiztosítás és a lélegeztetés eszközei**
 - 2 darab oropharyngealis tubus (4)
 - 2 darab oropharyngealis tubus (5)
 - 2 darab nasopharyngealis tubus (30 Fr)
 - 2 darab nasopharyngealis tubus (34 Fr)
 - 1 darab lélegeztető ballon szeleppel
 - 1 darab lélegeztető maszk (5)
 - 1 darab I-gel légútbiztosító eszköz
 - 1 darab eldobható szívó
 - 2 darab mellkaspunctiós tű
 - 1 darab extralaryngeális légútbiztosító eszköz
- **A vénabiztosítás, a parenterális folyadékpótlás eszközei**
 - 2-2 darab intravénás kanül (16 G, 18 G, 20 G),
 - 3 darab infúziós szerelék
 - 2 darab kristalloid infúzió (500 ml)
- **Egyéb eszközök**
 - 1 darab trauma olló
 - 1 darab mosquitó
 - 1 darab anatómiai csipesz
 - 1 darab érfogó és Kelly kapocs
 - 10 pár egyszer használatos kesztyű
 - 3 darab lehűlés elleni izolációs fólia
 - 1 darab nyakrögzítő eszköz
 - 1 darab fejlámpa
 - 1 darab jegyzettömb
 - 1 darab filctoll

6.13. A katonai harctéri ellátás adaptációja

Fegyveres testületeknél közismert tény, hogy az alkalmazható egészségügyi ellátásnak igazodnia kell a műveletek harci körülményeihez. Közvetlen fenyegetettségben a nem megfelelően megválasztott taktika további sérülésekhez vezethet, arról nem is beszélve, hogy az ellátandó életének megmentése sem teljesül. A tűzharc alatti ellátás, ezért korlátozott beavatkozásokra ad lehetőséget. A „biztonság az első” elven kell az aktuális helyzetet értékelni és megközelíteni. A biztonságra vonatkozó döntések mindig az adott, közvetlen helyszínen lévő egység parancsnokának feladata. Az értékelést az egészségügyi szakkiképzett felszámolók is meg tudják tenni, más a helyzet a diplomás személyzettel. Ők munkájukat csak engedéllyel végezhetik akkor, ha a helyszín biztosítható. Ezek alapján három szituáció különíthető el.

Tűzharc alatti ellátás egészségügyi algoritmusa (care under fire) magában foglal minden olyan körülményt, ami közvetlen fenyegetettségként írható le. A lőfegyverek, egyéb élet kioltására alkalmas felfegyverzett ellenség mellett ide sorolható a robbantás potenciális lehetősége, akár telepített IOD⁶³-k által. Az erre vonatkozó információk ezért kulcsfontosságúak, ahogy a terület átvizsgálása is. Természetesen nem csak ellenséges fenyegetettség állhat fent, az egyéb körülmények is számításba veendők, mint például instabil épület, elektromos áram vagy egyéb, akár CBRN veszélyforrások. Ilyen helyzetekben a fenyegetés megszüntetésére irányuló harci magatartás az első, ami mellett egészségügyi szempontból is értelmezhetően, a sérült(ek) biztosítható helyre történő kimenekítésére kell törekedni (11. táblázat). Az utóbbi csak vállalható kockázatvállalás mellett hajtható végre.

Prioritás		Kapcsolt beavatkozások
c (M)	Látható nagy vérzés?	vérzéscsillapítás: direkt nyomással, TQ ⁶⁴ -tel
„c” alapvető problémája: van-e csillapítható nagyütemű vérzés? Önellátási képesség?		
A	Légút? Eszméletlen?	Stabil oldalfekvő helyzet
„A” alapvető problémája: legegyszerűbb légútbiztosítás		

10. táblázat: CUF algoritmus elemei. (forrás: szerző saját szerkesztése)

Ilyen helyzetekben különösen fontos az oktatás során a tilalmak kiemelése. Biztonsági okokra visszavezethetően nem végezhető újraélesztés, tömeges sérülés esetén TRIAGE és a

⁶³ IOD: improvised explosive device (rögtönzött robbanószerkezet).

⁶⁴ TQ: tourniquet (érszorító)

fenti beavatkozásokon túl egyéb szofisztikáltabb egészségügyi diagnosztika vagy terápiás manőver.

A biztonságra vonatkozó minősítés nem statikus, a folyamatos újraértékelés elengedhetetlen. A közvetlen fenyegetés felszámolható, ilyenkor a helyszín biztosíthatóvá válhat. Azonban definíció szerint a támadás bármikor felbukkanhat. Ezért kiemelt feladat a fegyveres biztosítás, mert általa a veszély prompt kezelhető. A taktikai medicina ellátóknak képesnek kell lenniük a protokollok közötti váltásra, a körülmények változásának megfelelő azonnali reagálásra.

6.14. Újraélesztés helye a Taktikai Medicinában

A resuscitáció protokollja egyértelmű, azon változtatni nem lehet és kell. Ezért inkább a teljes ellátás menetében kell elhelyezni. Azt már meghatároztuk, hogy CUF-ban nem végezhető. A harctéri ellátás sajátosságai miatt (field care alatt) az első teendő a masszív vérzés ellátása lesz. A légutak felszabadítása után a légzés ellenőrzése következik, az 1/4 kérdés a légzésszám. Amennyiben 10 másodperc alatt nincs észlelhető légvétel az újraélesztést lege artis meg kell kezdeni. Kivételt képez a tömeges sérüléssel járó rendkívüli esemény, ahol a TRIAGE az első, amiben reanimációnak nincs helye.

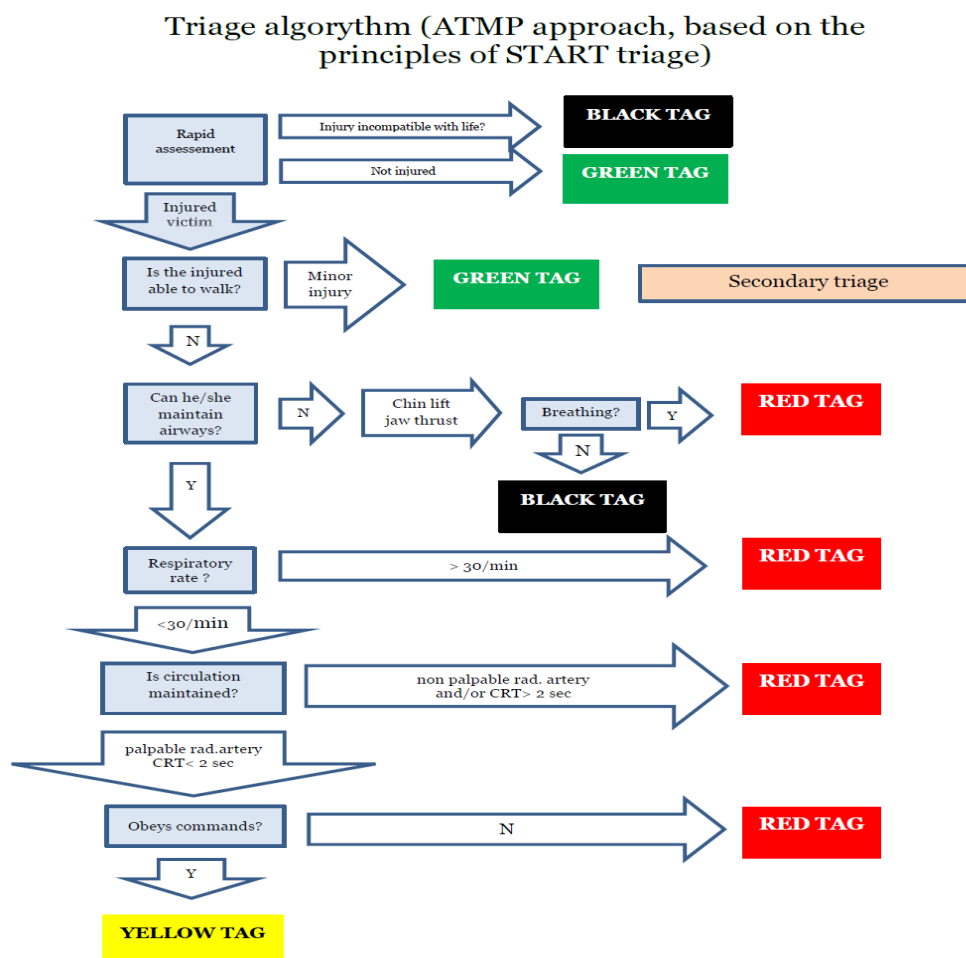
6.15. Tömeges sérülés ellátási protokollja – TRIAGE

Taktikai medicina rendszer kiépítésekor, a MASCAL események felszámolásához két algoritmus került bevezetésre. Az első a szakkiképzettek és a diplomások által alkalmazott START TRIAGE⁶⁵, ami a polgári sürgősségi ellátásban elfogadott protokolltól semmiben nem tér el (13 ábra). Talán annyi különbség tehető, hogy gyakorlatunkban a színek használata javasolt. A hasonló kategóriába eső sérültek egy helyre gyűjtése az erő-eszköz elosztás hatékonyabbá tételére mindenképpen megfontolandó. Field care ellátásban a kijelölt területek jelzése színekkel egyszerűbbé és egyértelműbbé válik, ezáltal a káosz átláthatóságát javítja.

A sürgősségi prehospitális szakma egyik vitatott témája, hogy ki végezze a sérültesztályozást. A mai napig elfogadott, hogy ez a legmagasabb kompetenciával rendelkező ellátó feladata. A rendkívüli körülmények között szervezett taktikai medicina ellátásban nem feltétlen kizárólagos ez a megállapítás. A körülmények számos egyéb számításba veendő elemet tartalmaznak. Zajló művelet során mindenképpen prioritást élvez a területen ragadt civilek kimenekítése. A helyszín adottságai azonban magukban hordozhatják az újabb és újabb

⁶⁵ CLARKSON, Leigha – WILLIAMS, Mollie (2023): *EMS Mass Casualty Triage*. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk459369>

veszélyt eszkaláló hatások jelentkezését. A megfelelő sorrendű gyors kiürítés alapja, a gyorsan, korrekten elvégzett osztályozás, másrészt pedig súlyos sérüléseknél a túlélés meghatározója, a minél korábban megkezdett adekvát terápia. A két megállapítás sokszor egymás ellen hat. Megoldás lehet a szakkiképzettek által végzett, a kompetenciájukhoz mérten nem túl bonyolult TRIAGE végrehajtása, miközben a súlyos sérült(ek) ellátását a diplomás megkezdi.



13. ábra: TRIAGE START.⁶⁶

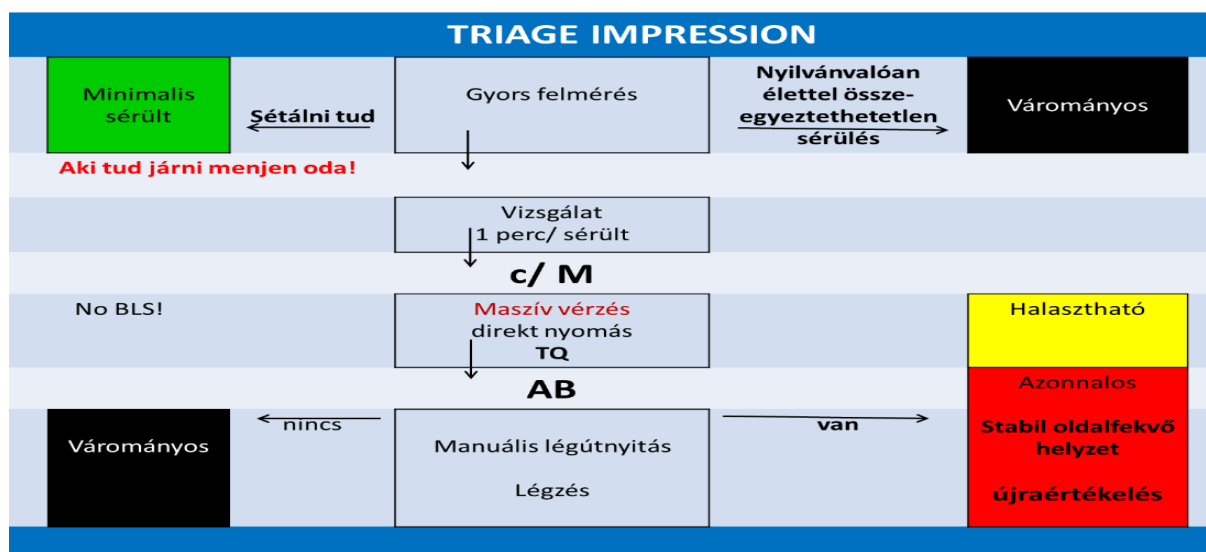
Szintén az életből származó tapasztalatom, hogy tömeges káresemény esetén a helyszínre érkező, alap egészségügyi kompetenciával rendelkező rendőrök lefagynak a sok sérült láttán. Nem tudják mit, hogyan csináljanak, értelmetlen cselekvési láncokba kezdenek, vagy tanácstalanul topognak. A jelenségről több olyan kolléga számolt be, akik a valós életben kerültek már ilyen helyzetbe (francia, belga, angol) és elmondták azt is, hogy a későbbiekben

⁶⁶ Triage Start. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

újrarendelve az eseményeket szégyenérzetet éreztek. A lelkiismeret furdalásuk szorongást, alvászavarokat okozott. Ez vezetett egy új, egyszerű TRIAGE rendszer kidolgozásához, amit TRIAGE Impressionnak⁶⁷ neveztem el (14. ábra) Ennek célja, hogy az elsőként helyszínre érkezők a meglévő alap egészségügyi ismereteik felhasználásával meg tudják kezdeni a tömeges kárhely egészségügyi rendezését, ezzel segítve a később érkezők munkáját. A BTMP képességekkel végrehajtható sérültosztályozási rendszer gyakorlati előnyeinek bizonyult 100-nál több sérültet felvonultató nagyszabású gyakorlatok alapján:

- Valós egészségügyi szempontból is értékelhető beavatkozás.
- A taktikai szempontból indikált kiürítés korrekt megkezdése.
- Értelmes tevékenység a felszámolók saját megítélése alapján (PTSD⁶⁸ prevenció).

Természetesen fontos kihangsúlyozni, hogy a TRIAGE Impression nem helyettesíti a TRIAGE START rendszerét. A szakkiképzett vagy diplomás ellátó megérkezésekor, azt kontrollálni kell. Alkalmazása akkor jön szóba, ha akár a helyszín, akár a sérültszám, akár a szituáció ezt indokoltá teszi.



14. ábra: TRIAGE Impression algoritmus. (forrás: szerző saját szerkesztése)

A taktikai környezetben végrehajtott sérültosztályozás, kárhelyfelszámolásnak vannak sajátos jellemzői:

- A teljes belső gyűjtőpont kontrollja fegyveres biztosítása szükséges.
- A belső gyűjtőpont feladatrendszere önálló parancsnok kijelölését igényli, amihez nem szükséges egészségügyi szakember.

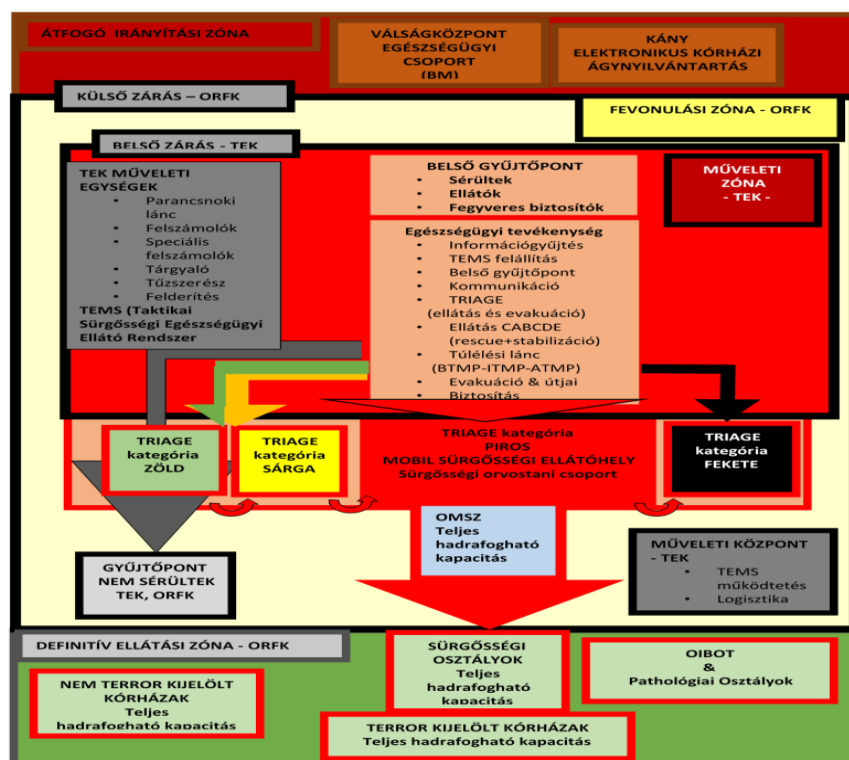
⁶⁷ TRIAGE Impression (benyomáson alapuló Triage), BTMP képességekkel végrehajtható egyszerűsített sérültosztályozás.

⁶⁸ PTSD: post traumatic stress disease (posztraumás stressz szindróma).

- A legmagasabb egészségügyi kompetenciájú ellátó a belső gyűjtőpont egészségügyi szupervizora.
- Minden elkülönített sérültekategóriákra kialakított gyűjtőhelyet fegyveres kontroll alatt kell tartani (megbúvó elkövető).
- Még át nem vizsgált helyszínen a zöld kategóriájú sérültek gyors evakuációja biztosan megmenthető személyeket jelent.
- A járni képesek, a halasztható, sárga kategóriába tartozó, járni nem képes sérültek evakuációjában segítségül felhasználhatók, így csökkenthető az aránytalanság.
- A kiürítés csak fegyveres kontroll alatt hajtható végre (nem tudni ki barát, ki ellenség), ebben menekítő folyosó kialakítása, vagy kisebb csoportok fegyveres kísérettel történő kontrollja lehet megoldás.

6.16. Tömeges sérülés ellátásának feltételei

Taktikai medicina gyakorlatában a polgári infrastruktúrától eltérő körülmények és eltérő lehetőségek állnak fenn. Ennek megfelelően indokolt volt a saját eljárási rend kidolgozása, ami a MASCAL események felszámolásának szerves része. MASCAL rendkívüli helyzetekben a



15. ábra: Tömeges kárhely szervezése. (forrás: szerző saját szerkesztése)

TEK ellátói rendszerének nem feladata az MIMMS⁶⁹ szintű algoritmus működtetése. Azonban elvárás a „first responder”-i feladatok hatékony ellátása. A tömeges kárhely felszámolása időben elhúzódó, több fázison keresztül valósul meg, ennek idealizált környezetét mutatja be a 15. ábra.

6.16.1. Tömeges kárhely főbb elemei és feladatrendszerük

A rendvédelem tömeges kárhelyei számos különbséget mutatnak a civil élet hasonló helyzeteihez képest. Ezek leginkább a non-konvencionális veszélyforrásokkal írhatók le. Ezért az ilyen körülmények közötti munkaszervezés és munkavégzés külön fejezetét jelentik a MASCAL szituációknak. A legmarkánsabb eltérés a biztonságot fenyegető események felismerésében és kezelésében érhetők tetten, e képességgel, saját hatáskörén belül a TEK rendelkezik, ezért az ő felelőssége a körülményeknek megfelelő vezetés, irányítás és koordináció.

6.16.1.1. Külső zárás

Feladata a műveletben résztvevő erők elkülönítése, védelme és tevékenységük zavartalan biztosítása, a felvonulási zóna kiépítése, aminek kijelölése első körben a TEK felelőssége, ebben a kirendelt általános rendőri szervekkel együttműködik. Végrehajtása a helyi rendőri szervek feladata. A külső zárás biztosítja a civilek biztonságát is, mivel elszigeteli rendkívüli környezetet a normál rendben működő területektől.

6.16.1.2. Külső gyűjtőpont, kiürítési pont– outer casualty collecting/clearing point (oCCP)

Feladata a műveleti lezárt területről evakuált sérültek retriage-a, ellátása, transzportra való felkészítése és a megfelelő intézetbe történő szállítás szervezése, megkezdése. A terület kijelölésének felelőssége a TEK-nél van. Kialakításának és működtetésének fő szabályai:

- a. Felállítása a belső záráson kívül, de a külső záráson belül a felvonulási területen történik. Kijelölésében fontolóra kell venni a helyi adottságokat. CBRN esemény esetén a lehető legközelebbi, de biztonságos zónák jöhetnek csak szóba. Ebben az esetben a katasztrófavédelem speciális egységeinek bevonása kötelező.
- b. Megközelíthetőségben a szállítást végző járművek megfelelő be- és kimeneti mozgása biztosított kell, hogy legyen.

⁶⁹ MIMMS: Major Incident Medical Management and Support (jelentős egészségügyi esemény menedzsment és támogatás)

- c. Biztonságért az általános rendőri szerv felel, a terület fegyveres kontrollja indokolt. Az evakuáltak egészségügyi állapotuktól függően biztonsági ellenőrzésen mennek át, személyeket dokumentálni kell (fénykép, adatfelvétel).
- d. Az egészségügyi ellátásért az Országos Mentőszolgálat felel, ami egyben jelenti humán erőforrást és a szükséges eszközöket is. A munka szervezése az OMSZ vonatkozó eljárásrenden alapul. A kárhelyparancsnok a TEK műveleti parancsnoka alá tagozódva látja el feladat, vele összekötőn keresztül folyamatos kapcsolatot tart fenn.
- e. CBRN eseménykor a mentesítés megelőzi a triage-t és ellátást. Ez alól csak a vitális paraméterekben instabil, életveszélyes sérültek ellátása kivétel, ahol ez amennyiben kivitelezhető párhuzamosan történik.

6.16.1.3. Műveleti Központ

A felvonulási területen belül kap helyet. Szerepe tisztán egészségügyi oldalról tekintve az, hogy a TEK egészségügyi parancsnoka itt tevékenykedik, lehetőleg saját összekötővel, továbbá mellé rendeltén található az OMSZ összekötő. Felelőssége a teljes ellátás irányítása és kontrollja. A végrehajtáshoz szükséges feltételek erő-eszköz oldalainak biztosítása, a tartalékképzés, szükség esetén a pihentetés és a váltások szervezése. Az egészségügyi parancsnok az OMSZ-szal együtt dolgozik a kórházi háttér szervezésében, a sérültirányításban.

6.16.1.4. Belső zárás

Feladata a szűk értelemben vett műveleti terület, a TEK beavatkozási helyszínének hermetikus elkülönítése a külvilágtól. Célja a rendkívüli esemény eszkalációjának meggátolása, az elkövetők menekülésének megakadályozása, illetve lehetetlenné tenni kívülről a belépést a további sérülések megelőzésének érdekében. Emiatt a belső záráson belülről, csak engedéllyel léphet be bárki. Ennek biztosítása a műveletet végrehajtó speciális erők feladata.

6.16.1.5. Belső gyűjtőpont - inner Casualty Collecting Point – (iCCP)

A belső gyűjtőpont feladata egy tömeges káresemény esetén, a hatékony erő-eszköz elosztásban határozható meg. Rendkívüli körülmények között kiemelt szerepe van a TEK feladatellátásában, miszerint a biztonság szempontjából még nem átvizsgált műveleti területekre nem engedhető be a polgári mentőszolgálat, így a minél több emberélet megmentésére irányuló szakmai feltételeket magának kell biztosítani. Ez egyrésztől történhetne gyorsan szervezett evakuációval, ami azonban nagy humán erőforrás igényel jár, arról nem

beszélve, hogy egészségügyi ellátás szempontjából kritikus idővesztésről is jelent. A belső gyűjtőpont ideális felépítését a 16. ábra mutatja. Fontos kiemelni, hogy a felépítéséhez, megszervezéséhez időre van szükség. A sérültek ellátását azonban a szakma szabályai szerint meg kell kezdeni. A teljesen kiépült helyszín ismerete segíthet a szervezésben, az igények meghatározásában és iránymutatásként szolgálhat a szükséges teendők elvégzésében.

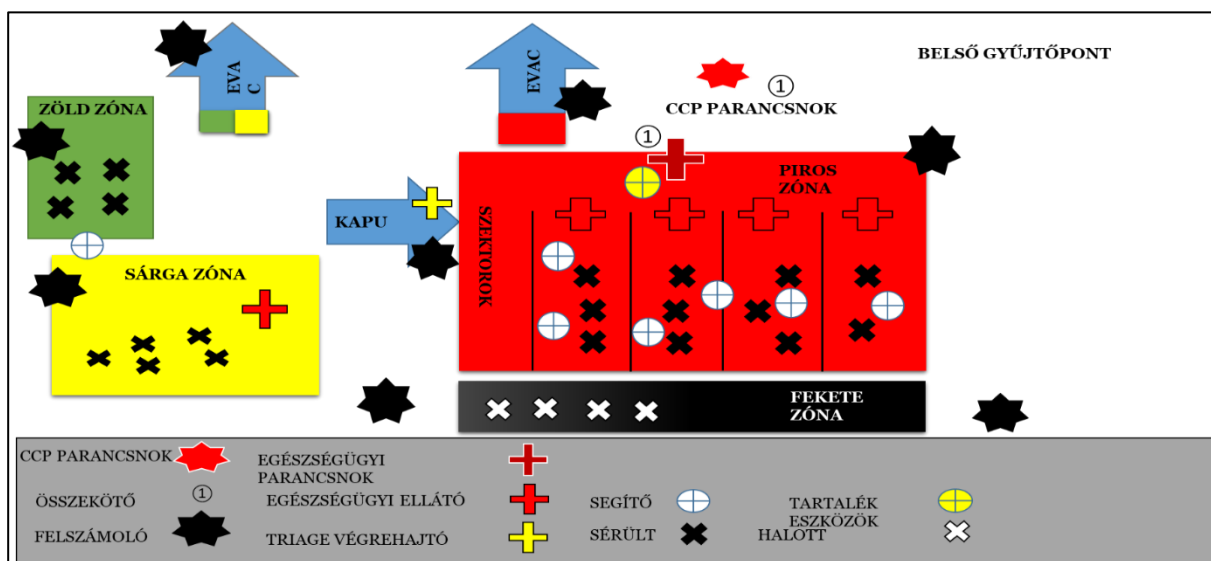
6.16.2. Belső gyűjtőpont felépítése

Az iCCP területén belül el kell különíteni a különböző TRIAGE kategóriákba eső sérülteket, ezeket nevezéktanunk alapján zónáknak hívjuk. A zónák között kiemelt jelentőséggel bír a piros zóna, ahol az azonnalos ellátásra szorulókat kerülnek fektetésre. A nagyszabású gyakorlatok tanúsága szerint e területen belül, ellátási szektorokat javasolt kijelölni. Egy szektorban egy egészségügyi ellátó felel a sérültekért, így elkerülhetők a párhuzamosan szervezett, de információvesztéssel járó kezelési átfedések. Másrészt javít a beavatkozásra várók arányos elosztásában és a rendelkezésre álló szakkiképzett és diplomás erők megfelelő feladatmegosztásában. A szektorok rendszerbe állítása a gyakorlatban jól bevált, működőképes új verziója a tömeges ellátás szervezésének. A zónák és szektorok mellett kiemelt a gyűjtőpont kapuja. Funkciója kettős, miszerint a később érkező sérültek TRIAGE szerint értékelése itt megtörténhet, ezek alapján kerülhetnek a megfelelő zónákba és szektorokba. Az adminisztratív összeírásoknál a számok pontosíthatók, a kiürítés során pedig követhetővé válnak az ellátottak betegútjai.

6.16.3. Belső gyűjtőpont személyi állománya

Tömeges sérüléssel/ megbetegedéssel járó helyzetek megoldása mindig időben elnyúló folyamat. Meghatározása szerint az ellátók és ellátandók között kisebb, inkább nagyobb aránytalanság áll fenn. E helyzetek kezeléséhez szükséges erőforrás, jó szervezés mellett, az idő haladtával egyre bővül. Mint minden rendkívüli esemény kapcsán az első feladat a relatív biztonságos környezet kialakítása, ami a taktikai medicina alkalmazásakor a feladat felszámolására kirendelt speciális rendőri egységek felelőssége. A belső gyűjtőpont vonatkozásában ez jelenti a teljes terület 360 fokos fegyveres biztosítását, beleértve a zónák külön kontrollját is. Az kárhelyszín vezetésére és irányítására önálló parancsnokot javasolt kijelölni, akinek munkáját összekötő tiszt segíti. E parancsnoki elemnek tagja még, a legmagasabb egészségügyi végzettséggel (kompetenciával) rendelkező szupervizor. Ez utóbbi feladata, hogy összeköttetést teremtsen az iCCP parancsnokon keresztül a műveleti központtal, tegye meg a szükséges jelentéseket, illetve határozza meg a végrehajtáshoz nélkülözhetetlen

támogatásokat. Kezdetben elvégzi a TRIAGE-t, vagy kontrollálja azt. Időben később kijelöli a szektorokat és hozzárendeli az ellátókat, akiknek folyamatos elérhetőség mellett segít a döntéshozatalban, elvégzi a nélkülözhetetlen invazív beavatkozásokat és meghatározza az evakuációs sorrendet. A sérültszortírozást követően kialakul a halaszthatatlan beavatkozásra szoruló vörös zónája, ahol az összes diplomás és szakkiképzett TM ellátó összevonásra kerül. Az algoritmusokban történt átváltás után ők gondoskodnak a field care végrehajtásáról. Az időközben gyűjtőpontra szállított sérültek osztályozását vagy a szupervizor, vagy ha van rá lehetőség a szakkiképzett felszámoló végzi a iCCP kapujában. A halasztható sérültek zónáját ideális esetben egy szakkiképzett TM felszámoló kontrollálja, aki szükség esetén reTRIAGE-t elvégzi és jelent a szupervizornak, ezzel lehetőséget adva az újraértékelésre és változtatásra. Külön kell említenünk az úgynevezett segítőket, akik nem szakkiképzettek, de különböző feladatokkal megbízhatók ezáltal hozzájárulhatnak a terhelés csökkentéséhez, az idővel történő hatékonyabb gazdálkodáshoz, illetve a sérültekkel való kontaktus fenntartásához.



16. ábra: Belső gyűjtőpont sematikus váza. (forrás: szerző saját szerkesztése)

6.16.4. Belső gyűjtőpont eszközkészlete

Tömeges sérüléssel járó rendkívüli eseménykor az aránytalanság nem csak a személyek illetően áll vagy állhat fenn. Önálló korlátot képezhet a szükséges egészségügyi eszközök hiánya. A kárrendezés megkezdésekor a rendszeresített minimumfelszerelés áll rendelkezésre, ami minden TM ellátónál a meghatározott módon fellelhető. Az osztályozás alatt különösebb felszerelésre nincs szükség, azonban a field care megkezdésekor már nélkülözhetetlenek az életmentő eszközök. Az is nyilvánvaló, hogy nagyszámú ellátandó esetén gyorsan kifognak a

készletek. A TEK rendszerébe ezért egy úgynevezett tömeges láda vagy másnéven MASCAL láda került hadrendbe állításra, ami 25-30 sérült első ellátására elegendő egyszerhasználatos eszközöket, kötszereket és gyógyszereket tartalmaz. Ennek telepítésére a szupervizor kérésére a művelet irányító parancsnok intézkedik. Elhelyezése a vörös zónában történik, mindenki által hozzáférhető módon. További lehetőség az időközben helyszínre érkező, de műveleti területre még nem beengedhető polgári mentőszolgálatok által rendelkezésre bocsátható felszerelés belső gyűjtőpontra juttatása.

6.16.5. Evakuációs útvonalak

A rendvédelem hatáskörébe tartozó MASCAL eseményeknél külön kell szót ejteni az evakuációs útvonalakról. Ennek oka ismételt a biztonság. A taktikai medicina alapvető küldetése a minél korábban megkezdett szakszerű életmentés. Adott esetben ez azt is jelentheti, hogy a műveleti területen még tart a felszámolás, a helyszín átvizsgálása még nem történt meg vagy éppen folyamatban van. Ebben az esetben a biztonságos vagy biztosítható kiürítési útvonalat meg kell határozni. A kijelölés több szempont figyelembevételével történik, az erre vonatkozó információmennyiség a műveleti központban, a műveleti parancsnoknál összpontosul, aki a teljes műveletre rálát. Érthető tehát, hogy a gyors evakuáció, bár egészségügyi szempontból kívánatos, kontrol nélkül magában hordozza a további sérüléseket, nem megfelelő irányokat (idővesztés), a veszélyhelyzet eszkalációját. A belső gyűjtőpont kiürítése ezért csak parancsnoki kontrol mellett, annak engedélyével hajtható végre. A megkezdés időpontja, mint meghatározó prognosztikai elem, széles skálán mozoghat. Az evakuációnak további humán erőforrás igénye van. Egyrészt szükséges fegyveres biztosítás, másrészt szállítói kapacitás, adott esetben egészségügyi felügyelet. Tapasztalatom szerint megoldás lehet, hogy a rendvédelmi állomány (általános rendőri szerv) bevonásra kerül. Ők fegyveresek, rendőrök, akik megfelelő speciális felszámolói biztosítás mellett beengedhetők a területre, életüket esküjük szerint kockáztathatják. A szállításban jelentős segítséget nyújthatnak az erőforrások aránytalanságának feloldásához.

6.17. A TEK Taktikai Medicina modelljében használt algoritmusok rendszere

A műveletek egészségügyi biztosítása több egymással kapcsolódó egészségügyi protokollokból álló rendszerként értelmezhető. A TEK modellben szereplő komplex hálózat megjelenítése végrehajtási és oktatási előnyökkel is jár. Ez a megállapítás azon a tapasztalaton nyugszik, hogy a szakkiképzettek gyakorlatában az algoritmusok közötti átváltás okozza a

legnagyobb dilemmát, itt tudnak leginkább időben megcsúszni. A 17. ábra mutatja a protokollok közötti térképet, ami a TEK és ATLAS gyakorlatában az oktatási tananyag része.

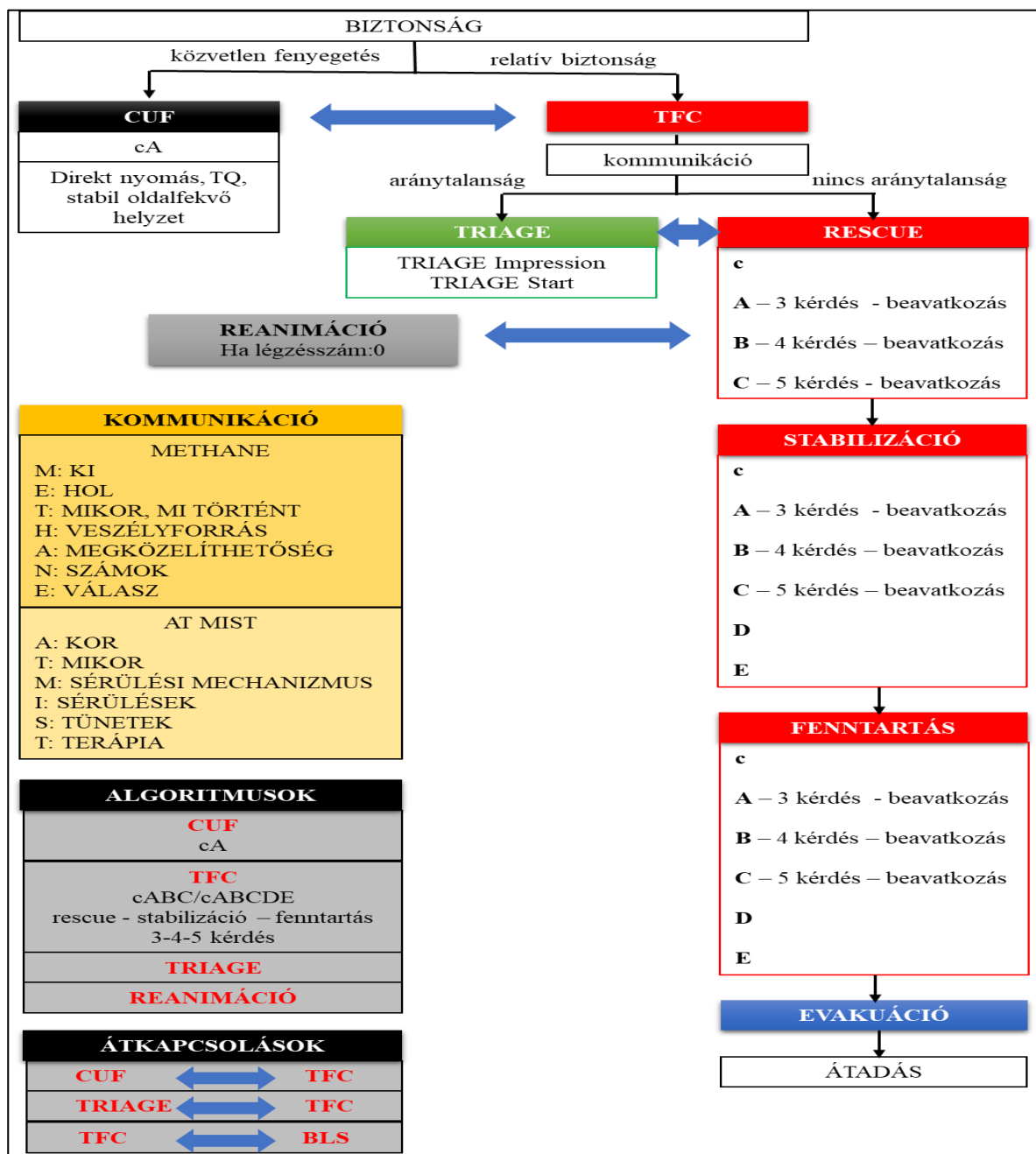
A TEK taktikai medicina modelljének felépítésekor mindvégig a rendszerben való gondolkodás vezetett. Az volt a célom, hogy egy eljárásrendbe hozzam össze a csapatszintű működéseket az egyéni képességekkel. Megtaláljam az arányt a felszámolói (harcászati) alapképességekkel rendelkező rendőrök egészségügyi szakkiképzése és a diplomás egészségügyi állomány taktikai képzése között. A progresszivitás alapelve, az így összeállított ellátási lánc szerint teljesülni tud. A képességek kialakításában a „first responder”-i megközelítés: a feladatmegosztás és az átfedések biztosítják a hatékony és rugalmas együttműködést. A koncepció kialakításakor kiemelten figyeltem, annak oktathatóságára. A meghatározott algoritmusok szemlélete és nomenklatúrája egységes, az élettani prioritásoknak megfelelően lépcsőről-lépésre, jól elkülöníthető kérdés-válasz elven kerültek kialakításra, ami nagyban segíti megérthetőségüket, elsajátíthatóságukat és gyakorlati alkalmazhatóságukat. A kialakított új TM modell egyaránt adaptálható a műveleti, a személyvédelmi és a speciális mentési feladatokra, mind belföldön, mind külföldön, ezáltal széles körben bevethető.

6.17.1. Együttműködés

A nagy kiterjedésű, sok áldozattal járó rendkívüli események felszámolása komplex feladat. Hatékony megoldása csak több aktor összehangolt működésével valósítható meg. Itt felsorolhatók az általános rendőri szerv egységei, a katasztrófavédelem, a mentőszolgálatok mellett a közművek, a tömegközlekedési vállalatok, kórházak és számos egyéb civil szervezet. Bevonásukra azonban szigorú feltételek vonatkoznak, a központi irányítás mindenkori feladata a munkamegosztás szervezése, irányítása a multi-agency gondolkodásra építve. A helyszínen működő műveletirányító parancsnok a biztonságos környezet kialakításáért felelős. Ez utóbbi adja a bevetetőség abszolút korlátját. Polgári személyek élete, testi épsége nem kockáztatható semmilyen cél érdekében. A TEK a hatáskörébe tartozó feladatvégrehajtásainál a biztonság alapvető követelmény, ezért a sérültellátás terén a polgári mentőszolgálatok nem léphetnek be a műveleti területre addig, amíg azt az erre felkészített állomány nem vizsgálja át és garantálja a non-konvencionális veszélyforrások kiiktatását. A TEK gyakorlataiba rendszeresen bevonta az Országos Mentőszolgálatot, az elsők között volt a Batthány téri metróállomáson történt túszejtés, ahol az OMSZ lelkes állománya, elszántan a segítségnyújtás zászlaja alatt behatolt a műveleti területre. Ott maguk és mindenki más életét veszélybe sodorva, már nehéz volt visszakozniuk. A scenáriónak nem volt célja a tragédia e formájának bemutatása, így nem történt vérontás. Az eset azonban jó precedenst teremtett az eljárási rend megértésére,

megértetésére. Ma már az OMSZ irányítása és dolgozói tudják, hogy munkájukat, legalábbis a biztonság vonatkozásában a TEK irányítja a helyszínen. A mentőszolgálatral kiváló kapcsolat jellemzi az együttműködésünket. A taktikai medicina alapelveit volt lehetőségem oktatni a mentős kollektívának. Az EMMI összefogásával, az OMSZ részére a TEK, a Semmelweis Egyetem, a Szegedi Orvostudományi Egyetem és a Katasztrófavédelem által szervezett közös S.P.E.C képzésen, amit két alkalommal körülbelül 240 fő részére szerveztünk. Az együttműködést mutatja a kiemelt biztosítást igénylő delegációk eseteiben, a TEK-ben felállított törzs összekötővel biztosított kapcsolata, a területi elven működtetett OMSZ egységek közreműködése egységes elgondolás szerint.

A TEK filozófiája, hogy mindenkivel együttműködik, aki segíteni tudja a professzionális és eredményes feladatmegoldást. Így dolgoztunk együtt a Magyar Barlangmentő Szolgálattal, a Vizimentő Szolgálattal, különböző búváregyesületekkel és számos kórházzal, klinikával.



17. ábra: TM algoritmus térkép /METHANE, AT MIST kommunikációs algoritmusok/. (forrás: szerző saját szerkesztése)

6.18. Részkövetkeztetések

A TEK taktikai medicina modellje, a terrortámadásokat - az elvi szinten megfogalmazott, katasztrófa eseményként tudja kezelni. Felvállalja a rendőri alapfeladatokról fakadó kötelezettségeit, így az állampolgárok életének, testi épségének közvetlen védelmét. Vallja, hogy a rendkívüli események során, emberi életet menteni - hol fegyverrel, hol egészségügyi ellátással, hol a kettővel egyszerre és párhuzamosan - lehet és kell. Hiszi azt, hogy ez csak szervezés és döntés kérdése. A döntés pedig megszületett. A szakmai algoritmusok meghatározásakor cél volt a katonai orvoslás tapasztalatait és hagyományait folytatni az eddig

elért eredmények maximális tiszteletével. A modell azonban szakított a korábbi megközelítéssel, ami egy az egyben alkalmazza a katonai orvoslás, katonai igényekre épülő rendszerét, inkább adaptálta azt a rendvédelmi feladatokhoz, szervezethez és társadalmi elvárásokhoz. A TEK taktikai medicina modell, az egészségügyi algoritmusában közelített a polgári prehospitális protokollokhoz, integrálta azok alkalmazható elemeit és szigorúbban, részletesebben szabályozza az ellátás menetét. A polgári mentés irányába történő nyitás, egyrészt elfogadhatóbbá teszi a taktikai medicinát az egészségügyi infrastruktúra jogi és szakmai területein. Másrészt feltölti tartalommal a civil egészségügyi infrastruktúra térképén található fehér foltot, a rendkívüli események „harcterén” történő prehospitális ellátás képességével.

7. ATLAS SZÖVETSÉG EGÉSZSÉGÜGYI TEVÉKENYSÉGE – MEDIC FORUM

7.1. Az ATLAS Szövetség megalakulása

A globálissá váló terrorizmussal szemben csak a nemzetközi összefogás veheti fel eredményesen a harcot. Ezzel a meggyőződéssel kezdődött az európai speciális beavatkozó egységek együttműködése. Az első lépések közvetlen a New York-i Ikertornyok elleni terrortámadást követően (9/11) megtörténtek.⁷⁰ Európában a legnagyobb presztízzsel rendelkező terrorelhárító alakulatok regnáló parancsnokai felismerték a közeledő fenyegetést és informális egyeztetésbe kezdtek. Érdeklődésük központjában álló legfontosabb kérdések, hogy hogyan lehet előmozdítani a speciális egységek együttműködését, milyen kihívásokkal kell szembenézni, amennyiben egy Európára kiterjedő hálózat létrehozására kötelezik el magukat. Nem utolsó sorban, milyen célkitűzéseket kell meghatározni ahhoz, hogy a terrortámadások felszámolásában egységesen és eredményesen fel tudjanak lépni az Európai Unió tagállamaiban. A kezdeti brain stormingot tettek követték.

Hivatalosan az európai terrorelhárító alakulatok szövetsége - az ATLAS Szövetség - 2008-ban alakult meg az Európai Bizottság 2008/617/JHA határozata alapján.⁷¹ Az alapító okirat szerint megfogalmazott célok a mai napig érvényesek:

- EU tagállamok terrorelhárító alakulatai közötti együttműködés megerősítése három kiemelt területen:
 - A terroreseményekkel kapcsolatos információ-, tapasztalat és tudásmegosztás;
 - Biztonságos (védett) kommunikációs hálózat kiépítése az egységek között;
 - A folyamatosan változó terrorfenyegetettség elleni hatékony küzdelem jegyében, kutatások és fejlesztések előmozdítása, támogatása és végrehajtása, ami képes biztosítani az Unió CTU-k töretlen fejlődését.
- Koordinált intézkedések végrehajtása a legmagasabb szintű biztonság elérésére:
 - Az EU tagországok CTU alakulatainak egységes minőségi standardok szerinti működésének meghatározása és bevezetése (minimum és gold standardok);
 - Összehangolt támogatási rendszer létrehozása, amivel minden tagországban maximális és hasonló esély feltételei teremthetők meg a sikeres műveletek végrehajtására;

⁷⁰ BERGEN, Peter L. (2019): *September 11 attacks United States [2001]*. Online: <https://www.britannica.com/event/September-11-attacks>

⁷¹ 2008/617/JHA Council Decision Online: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dec/2008/617/oj>

- A nagyszabású terrorcselekmények felszámolásához szükséges, határokon átnyúló műveletek végrehajtásához nélkülözhetetlen feltételek megteremtése.

Magyarország a Szövetségbe a Készenléti Rendőrség Terrorelhárító Szolgálat (TESZ) egységével lépett be, a tagságot jogutódként, 2010-es megalakulását követően, a TEK vette át a Műveleti Igazgatóságával. Az ATLAS Szövetség tagjait a 12. táblázatban foglalom össze.

EGYSÉG	ORSZÁG	EGYSÉG	ORSZÁG
AKS	Dánia	K-Komando	Észtország
ARAS	Litvánia	Lynx	Szlovákia
ATJ Lučko	Horvátország	NI	Svédország
BOA	Lengyelország	NOCS	Olaszország
BSIJ	Románia	OMEGA	Lettország
Delta	Norvégia	RAID	Franciaország
DSI	Hollandia	Red Panther	Szlovénia
DSU	Belgium	SCO19	Egyesült Királyság
EAO	Ciprus	SEK Baden-Württemberg	Németország
EKAM	Görögország	Special Intervention Unit	Málta
EKO Cobra	Ausztria	SIU Switzerland	Svájc
ERU	Írország	SIAS	Románia
GEO	Spanyolország	SOBT	Bulgária
GIGN	Franciaország	TEK	Magyarország
GIOE	Portugália	UEI	Spanyolország
GIS	Olaszország	URNA	Csehország
GOE	Portugália	USP	Luxemburg
GSG 9	Németország	Viking	Izland
Karhu	Finnország		

11. táblázat: ATLAS Szövetség tagegységei (forrás: szerző saját szerkesztése)

7.2. Az ATLAS Szövetség felépítése

Az EU elkötelezettsége a terrorizmus elleni harcban folyamatosan nyomon követhető, szerteágazó tevékenységét mutatja az EC által kiadott 2020-as terrorizmus elleni programja.⁷² Az Európát is elérő terrorhullám folyamatos cselekvésre készítette a döntéshozókat, erre példa az ATLAS Szövetség felállítása is, amely az EU státusza szerint „Informal Network”-ként⁷³

⁷² Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions a counter-terrorism agenda for the eu: anticipate, prevent, protect, respond. Online: [09122020_communication_commission_european_parliament_the_council_eu_agenda_counter_terrorism_po-2020-9031_com-2020_795_en.pdf](#)

⁷³ LØVSETH, Toini (é.n.): *Informal Networks: What Matters? On Policy Networks and the New Institutionalism in Organization Theory*. Online:

jött létre, finanszírozását önállóan az ISF⁷⁴-tól kapja (Internal Security Police Fund). Ez utóbbi az LEWP-n⁷⁵ keresztül az Európai Parlament kontrollja alatt áll. Az ATLAS Szövetség rövid idő alatt az európai terrorelhárítás egyik leggyorsabban fejlődő fóruma lett. A legtöbb uniós ügynökséggel szemben, a gyakorlatban végrehajtói feladatokat lát el. A 2010-es évek közepén felerősödő európai terrorhullám hatására fokozatosan erősítették a már meglévő EU-s ügynökségeket (EUROPOL, CEPOL, FRONTEX), illetve újabb intézmények hadrendbe állítására került sor, úgymint az ECTC⁷⁶. Az átalakítások az ATLAS Szövetséget is elérték. Az Európai Bizottság szorgalmazta az EUROPOL-hoz való közeledést, leginkább a gyakorlati szakemberek adminisztratív és bürokratikus terheinek csökkentésére, ezzel a feladattal alakították meg az EUROPOL-on belül az ATLAS Support Office-t (ASO)⁷⁷ 2018-ban.

Az ATLAS Szövetség szervezeti felépítése a fenti leírt céloknak megfelelően került kialakításra, a megalakulástól több kisebb változáson ment át, azonban alapvető struktúráján a mai napig nem kellett változtatni (18. ábra).⁷⁸

<https://ecpr.eu/Login.aspx?ReturnUrl=%2fFilestore%2fPaperProposal%2f808cab10-51e5-4881-b1b0-8daaccf3f0d5.pdf>

⁷⁴ Internal Security Fund (ISF). Online: https://home-affairs.ec.europa.eu/financing/fundings/security-and-safeguarding-liberties/internal-security-fund-police_en

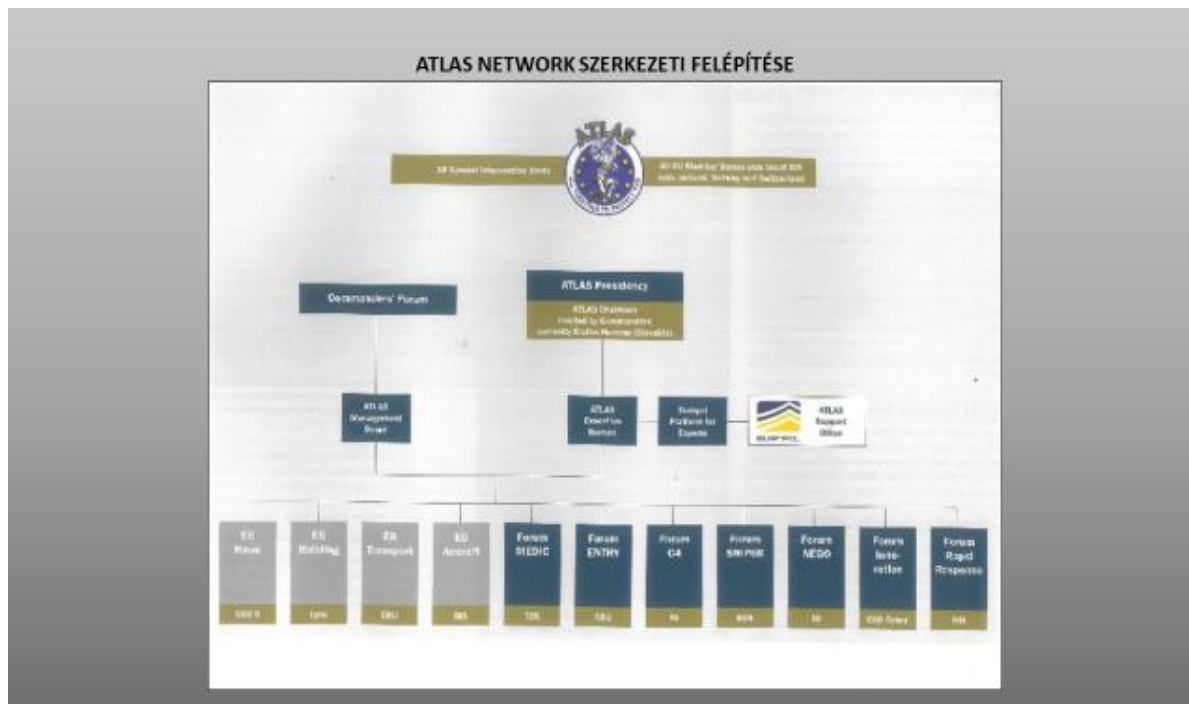
⁷⁵ Law Enforcement Working Party (LEWP). Online: <https://www.consilium.europa.eu/en/council-eu/preparatory-bodies/law-enforcement-working-party/>

⁷⁶ European Counter Terrorism Centre (ECTC). Online: <https://www.europol.europa.eu/about-europol/european-counter-terrorism-centre-ectc>

⁷⁷ ASO: ATLAS Support Office (ATLAS Támogató Iroda).

⁷⁸ ATLAS saját anyag.

A szervezeti felépítésben tematikusan kialakított, folyamatosan működő, szakmai munkacsoportok kerültek megszervezésre. A munkacsoportok három szinten jelennek meg, egy munkacsoportban 6-8 tagország kaphat helyet önkéntes jelentkezés után, parancsnoki döntéshozási fórum jóváhagyásával.



18. ábra: ATLAS Szövetség szervezeti felépítése (forrás: C. Lippay: The ATLAS Network⁷⁹)

- Az „**Expert Group-ok**” (EG)⁸⁰ egy nagy feladatkörön belül, átfogó tevékenységgel felelnek a nemzetközi műveletek kompatibilitásáért a valós végrehajtástól a nagyszabású gyakorlatokig. A négy EG: Building - épületharcászat, Naval – tengeri műveletek, Transport - közlekedési eszközökkel kapcsolatos műveletek, Aircraft – légijárművekkel kapcsolatos műveletek.
- A **Fórumok** egy meghatározott, különleges képesség köré szerveződnek és gondoskodnak azok fejlesztéséről, integrációjáról és képzéséről. Folyamatosan működő Fórum státuszú munkacsoportok: a C2/C4 – parancsnoki rendszerek (command, control, coordination and communication), ENTRY – behatolási technikák, NEGOTIATION – tárgyalási technikák, SNIPER – precíziós lövészet, MEDIC – taktikai medicina, RAPID RESPONSE – gyors reagálású csoport és INOV – harcászati eszközök technikai fejlesztése.

⁷⁹ LIPPAY, Christoph (2021): *The ATLAS Network European Special Intervention Units combating terrorism and violent crime*. Edewecht: Bürger Verlag GmbH & Co. KG.

⁸⁰ Expert Group: szakértői munkacsoport.

- A **Projektek** meghatározott időre (maximum 3 év) felállított munkacsoportok, akik egy adott, általában aktuális problémával foglalkoznak. A feladatuk igen szerteágazó, az új technikai eszközök kifejlesztésétől a speciális technikák kidolgozásáig. Projektet általában a folyamatosan működő munkacsoportok indítanak.

A szakmai tevékenységek vezetéséről és koordinálásáról külön szervezeti szint gondoskodik. Ide sorolható az ATLAS Szövetség döntéshozatali szerve az ATLAS Parancsnoki Fórum (ATLAS Commanders' Forum, ACF). Az ACF-ben minden egyes tagország parancsnoka képviseli egységét. Döntéseit szavazással hozza, egyszerű többséggel. Jelenleg 32 ország 38 tagegységéből áll a szövetség. Az ATLAS Parancsnokát (Chairman) négyévente választják, feladata a nemzetközi térben képviselni a szövetséget, vezetni üléseit, felügyelni gazdasági ügyeit. A Szövetség folyamatos tevékenységét segíti a parancsnok helyettese (wise chair) segíti, aki a következő 4 éves ciklus vezetője lesz. A vezetés mindennapi feladatait az ATLAS Executive Büro (Végrehajtási iroda, AEB) támogatja. Az Europol által fenntartott EPE (Europol Platform for Experts, zárt kommunikációs felület) folyamatos elérhetőséggel biztosítja az egységek közötti védett információcserét. Az AEB az Europol ASO-val együttműködve felel az adminisztratív feladatokért.

7.3. Taktikai Medicina az ATLAS-ban – első lépések

A taktikai medicina, a speciális rendőri egységek által, a műveleteiben alkalmazott sürgősségi, egészségügyi ellátás. Tevékenységét elsősorban nem konvencionális veszélyforrások között fejti ki ott, ahol a polgári egészségügyi szolgáltatók biztonsági okok miatt nem működhetnek.

A TM történelmileg a katonai harcéri ellátás mintájára épült.⁸¹ Ennek megfelelően feladata elsősorban a harcoló állomány élőerő védelme volt. Azokban az országokban, ahol a TM oktatásért a katonai kiképzők felelősek (vagy olyan instruktorok, akiket katonai szolgálatok képeztek ki) - ez a szemlélet az uralkodó. Náluk a taktikai medicina ellátók feladata a rendőrök életének megmentése és a túlélésük biztosítása. Tekinthetjük ezt, a taktikai medicina klasszikus formájának.⁸²

⁸¹ ALEXANDER, George A. Maj. Gen. (2018): *The history and Future of Combat Care*. Online: <https://www.ausa.org/articles/history—and-future—combat-care>; MABRY, Bob LTC MD (é.n.): *Advancing Pre-Hospital Care: Battlefield to Street- Street to Battlefield*. Online: https://nasemso.org/wp-content/uploads/Pre-Hospital-Initiatives-in-a-Military-Environment_LTC-Robert-Mabry.pdf

⁸² FAGGYAS, Attila (2019): Taktische Medizin im Atlas-Verbund: Konzept und Ausbildung der Antiterror-Einhalten, *Taktik + Medizin*, 2(4), 54–58.

Az ATLAS Szövetségben az első, egészségügyi irányú képességfejlesztési program a német GSG9 orvosnőjének, és a holland DSI⁸³ egység doktornőjének nevéhez fűződik. Ők mérték fel először, egy kérdőív segítségével, az ATLAS tagegységek harctéri ellátói képességeit.

Az első felmérés rámutatott arra, hogy az egészségügyi képességek az európai terrorelhárító alakulatoknál meglehetősen mozaikosan állnak rendelkezésre. Az adatok tükrözték a rendőri szervek és katonai egységek közötti szemléletkülönbséget az egészségügyi ellátás terén, az előbbieknél korántsem jutott kiemelt szerep e képességnek. További következtetés, hogy az egyes tagországok a terrorelhárítási egységeik megszervezésekor, különböző mértékben építettek a katonai különleges erők tapasztalataira, többeknél a rendvédelem saját elképzelései domináltak. A felmérést követően, a parancsnokok támogatását megszerezve indult az ATLAS első egészségügyi irányú tevékenysége Projekt formában, „Train the Trainers”⁸⁴ néven. E Projekt az egészségügyi alapképességek megjelenését célozta meg a CTU-ban. A „Train the trainers” program, Hilversuumban, Hollandiában, a Military Medical Training Centerben (IDGO) került végrehajtásra (2012-2013). A projektben 4 lépcsőben összesen 108 instruktor felkészítése történt meg. Az ATLAS-on belül az első egészségügyi program a TM klasszikus megközelítésén alapult.

A program előnyei:

- Első kezdeményezés volt, ami rávilágított az egészségügyi képességek szükségességére a speciális rendőri alakulatoknál.
- Sikert elérni a parancsnoki támogatást, ami anyagi források biztosítását is jelentette.
- Első alkalommal került összehívásra az ATLAS Medic Expert⁸⁵ konferencia, ahol a tagországok egészségügyi tevékenységért felelős szakértőket delegálhattak. Sok országban ennek hatására került kijelölésre ilyen személy.
- 108 fő képzése 2 év alatt jelentős sikerként volt értékelhető.
- Megindult a taktikai medicina szakterület fejlődése az ATLAS Szövetségben.

A program korlátai, kritikái:

Az első „medic” Projektben részt vettem a hilversuumi képzésben, illetve az Expert Group Meetingen. A programmal kapcsolatban az alábbi tapasztalatokat szereztem:

⁸³ DSI: holland terrorelhárítási alakulat.

⁸⁴ Train the Trainers – kiképzők kiképzése.

⁸⁵ Medic Expert: egészségügyi szakértő.

- A képzés az alapszintnek megfelelő, katonai harctéri ellátást fedte le. A képzés szervezése nem kiforrott, improvizatív és „nagybani” jellegű volt. Egy kurzuson 30-40 ember egyidejű oktatása zajlott, ettől lassú és a sok holtidő miatt unalmas lett. Mindez a résztvevők compliance-t rombolta.
- A szituációs gyakorlatok csak katonai taktikai elemeket tartalmaztak, zömében nyílt terepen, ezért a rendőr felszámolók kevésbé találták meg benne szerepüket. Nem volt testreszabott.
- A képességek tanításakor nem használtak a szimulációs oktatási eszközöket.
- Az egészségügyi tevékenységek műveleti munkába történő integrációja nem képezte még az elméleti oktatás részét sem.
- Nem készült előzetes felmérés a kurzusra történő jelentkezés során a résztvevők kompetenciáját illetően, így nem differenciált csoportok kerültek összeállításra. Egyszerre képeztek orvosokat és olyan laikusokat, akik először szembesültek az egészségügyi ellátás problémakörével. Emiatt a tananyagban való haladás akadozóvá vált. Egyeseknek túl gyors, másoknak túl unalmas lett, sajnos nem mindenki tudta helyén kezelni ezt a jelenséget, így a csapatok nem váltak egységgé.
- Az oktatók katonai harctéri ellátói szakkiképzettséggel rendelkeztek. A hallgatóságban lévő mentőtisztek (paramedikusok) és orvosok kérdéseire nem tudtak minden esetben adekvát módon válaszolni. A probléma az első napon kiderült, bár a szervezők reagálhattak volna (az intézmény rendelkezésére állt megfelelő szintű instruktor), de mégsem léptek a kialakult helyzet kezelésére.
- Szubjektív oldalról érezhető volt, (az egyébként egész Európára jellemző jelenség), a katonai és a rendvédelmi dolgozók között burkoltan feszülő „hatalmi harc”. A katonai instruktorok attitűdje több alkalommal lekezelő volt, amit a speciális felszámolók megéreztek, nehezményeztek.
- A legfőbb gond az volt, hogy a képzés a céltól eltérően, nem foglalkozott az instruktori képességek kialakításával, fejlesztésével. Mindössze az egészségügyi anyag átadásával, így nem érhetette el a célját.

Az ATLAS szabályzata szerint a Projektek meghatározott időre szólnak. 2013. év végére a „Train the Trainers” egészségügyi irányú képzés a végéhez ért. A GSG9 és DSI a projekt változatlan formában való folytatásáért, meghosszabbításáért lobbizott. Ugyanakkor a fent említett kritikák miatt a programmal szembeni érdeklődés csökkeni látszott.

Jómagam az első kurzuson vettem részt. A képzésről részletes visszajelzést küldtem a Projekt vezetőinek, ebben a kritikai észrevételek mellett megoldási javaslatokat tettem. Felhívtam a figyelmet arra, hogy a taktikai medicina speciális szakterületeknek csak akkor lesz jövője az ATLAS-ban, ha az egyes egységek kompetenciaszintjében észlelhető különbségeket figyelembe véve, mindenki érdeklődését kielégítve szervezzük programjainkat. Sarkalatos pontként említettem meg, hogy a katonai eljárási rendeket nem lehet egy az egyben átvenni a rendvédelembe, inkább azokra építve meg kell találni a speciális rendőri elvárásokat magában foglaló, saját harctéri egészségügyi ellátást és azt integrálni műveleteinkbe.

Javasataimat mind a GSG9, mind a DSI mint projektvezetők szkeptikusan fogadták. 2013. őszére parázs viták alakultak ki a munkacsoportban, a kérdés a hogyan tovább volt. Az egészségügyi Projekt lezárásával valós veszélye lett annak, hogy a Szövetség tovább lép a taktikai medicina kérdéskörön. Tekintettel, hogy a „Train the Trainers” Projekt vezetői nem tudtak megújulni és újabb javaslattal előállni, megbíztak, hogy tegyek javaslatot a Parancsnoki Fórumon az egészségügyi képességek további fejlesztésére, programjára az ATLAS szervezetén belül.

7.4. Taktikai Medicina újragondolása az ATLAS-ban – fordulópont

2013. év második félévében megtartott ATLAS Parancsnoki Értekezleten engedélyt kaptam egy összefoglaló előadás bemutatására, aminek célja a taktikai medicina helyének, szerepének és jövőjének bemutatása. A koncepcióm a TEK-ben felépített taktikai medicina modellre épült, ami masszív szemléletváltást jelentett az európai térben. Az előadás távolról indította a problémafelvetést és alapvetően a parancsnokok tisztánlátását, megértését irányozta meg. Felhasználtam a korábbi „Train the Trainers” Projekt kapcsán szerzett tapasztalatokat is. Az előadás több logikai lépcsőn át jutott el a megoldást kínáló javaslatig (Proposal⁸⁶):

- Általános bevezetőben bemutattam, hogy a posztmodern terrorizmus megjelenésével nagyjából eltűntek a klasszikus túszejtések, gépeltérítések, helyüket átvették az öngyilkos merényletek és a „ramming”.⁸⁷ E korszak terrorizmusa a féktelen gyilkolást, a minél nagyobb pusztítást célozza meg. Eredményük, a tömeges sérüléssel járó

⁸⁶ Az ATLAS Szövetségben minden új tevékenység javaslat benyújtásával indul (Proposal), ezt az ACF résztvevői elé kell tární, költségvetési számadással kiegészítve. A parancsnokok, ezt követően szavaznak a program megindításáról vagy elvetéséről. Amennyiben pozitív elbírálás alá kerül a javaslat, azt beillesztik a következő évi költségvetésbe. Az összes beérkező javaslatból készítenek egy éves számvetést, amit újabb szavazásra bocsátanak. Általában több a javaslat, mint a rendelkezésre álló költségvetési keret, ekkor újabb vita indul a megvalósítandó és elvetendő aktivitásokról.

⁸⁷ VOORHEES, Elizabeth (2017): *Vehicle Ramming Incidents and Perimeter Protection*. Online: https://www.nccpsafety.org/assets/files/library/Vehicle_Ramming_Incidents_and_Perimeter_Protection.pdf

katasztrófákban (MASCAL⁸⁸) mutatkoznak. A terrorelhárító egységek gyakran a sérülések kialakulása után érnek a helyszínre, ahol a fenyegetést, a még a helyszínen lévő terroristák és a „second hit”⁸⁹ jelentheti. A tömeges sérülések, a taktikai medicina újragondolására kényszerítik a terrorelhárító egységek felelős vezetőit, egészségügyi szakembereit.

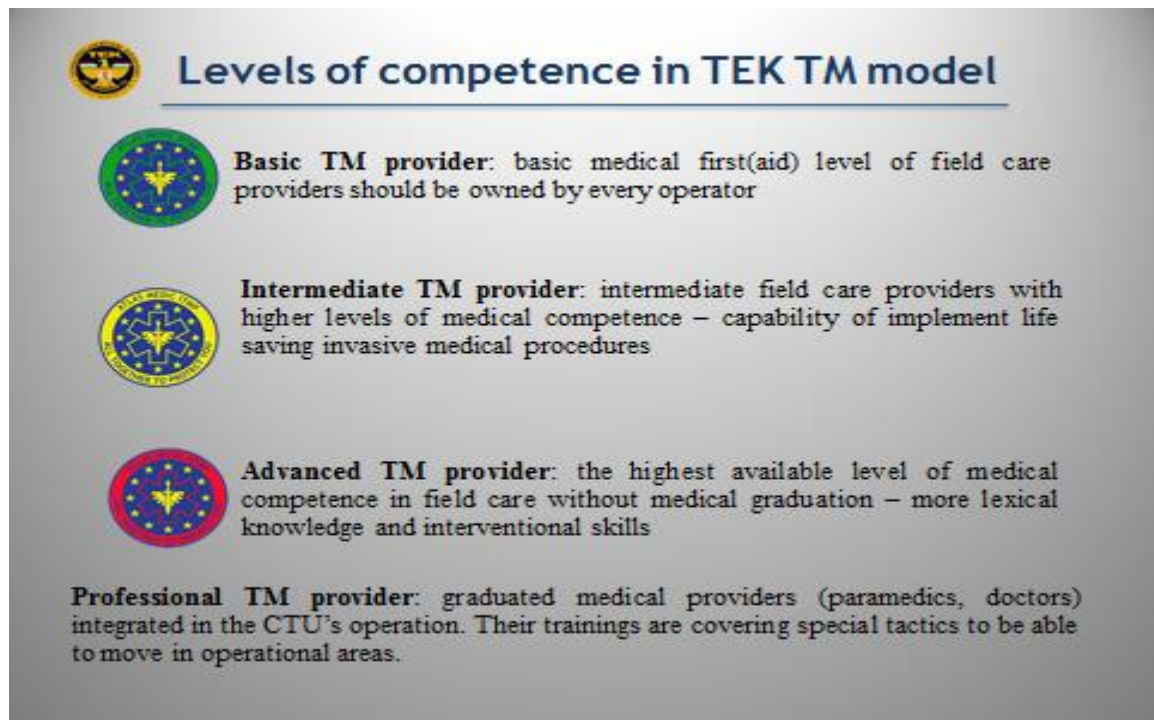
- **Második lépcsőben a TM modern felfogásának bemutatására tettem kísérletet.** A felmerült kérdésre, miszerint elegendő-e a rendvédelemben a saját, beavatkozó állomány védelme akkor, amikor a rendőri eskü, az állampolgárok életének és testi épségének megmentéséről szól, csak egy válasz volt adható: nem. A rendvédelem alapfeladata ugyanis más, mint a honvédelemé. A SIU-nak és CTU-nak fel kell vállalni azokat a „first responder”-i képességeket, amelyek esélyt adnak, a műveletekben fellelt, sérült állampolgárok túléléséhez.⁹⁰ A speciális rendvédelmi egységek nem elégedhetnek meg csak saját állományuk védelmével. Ez a taktikai medicina modern szemlélete,⁹¹ ami már megfelel a társadalom új elvárásának. A modern szemlélet nem csak egy taktikai medicina ellátó köré szervezett egészségügyi tevékenység, hanem komplett rendszerben gondolkodik a tervezéstől a részletekbe menő végrehajtásig.
- Harmadik lépcsőben a magyar Terrorelhárítási Központ által javasolt TM modellt mutattam be, mely alkalmas, hogy megfelelő adaptációval minden tagország számára megoldást jelentsen. A modellünk az új elvárásoknak megfelelően, új szemléletű taktikai medicina rendszert épített ki és ezzel együtt új TM modellt hozott létre. A „TEK TM modell” lényege, hogy progresszív és folyamatos egészségügyi ellátást integrál a műveletekbe diplomás egészségügyi ellátókkal. A progresszivitásért négy különböző egészségügyi kompetencia egymásra épülő láncolata felelős (19. ábra). A „TEK TM modellben” a folyamatosságot e fenti ellátói körök progresszív összekapcsolása és a műveleti taktikába illesztése jeleníti meg, ahogyan az egészségügyi rendszerek proximalitás, flexibilitás, mobilitás és alkalmazkodás alapelveit is.

⁸⁸ FRY, Emory A. – LENERT, LESLIE A. (2005): *MASCAL: RFID Tracking of Patients, Staff and Equipment to Enhance Hospital Response to Mass Casualty Events*. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560691/>

⁸⁹ Second hit: második csapás.

⁹⁰ FAGGYAS Attila (2020): A terrorizmus, mint katasztrófa. A magyar és az európai terrorelhárító egységek első reagáló képességének alakulása a harctéri ellátás szempontjából. *Belügyi Szemle*. 68(10), 105-126.

⁹¹ FAGGYAS, Attila (2019): Taktische Medizin im Atlas-Verbund: Konzept und Ausbildung der Antiterror-Einhalten, *Taktik + Medizin*, 2(4), 54–58.



19. ábra: A TEK TM model egészségügyi kompetencia szintjei (forrás: szerző saját szerkesztése)

- Negyedik lépcsőben kísérletet tettem annak bemutatására, hogy az új szemléleten alapuló „TEK TM modell” miért biztosíthatja az ATLAS számára a fejlődést a taktikai medicina képességek terén. Az új TM modell előnyei:
 - A rendszerszintű TM ellátás megfelel a társadalom elvárásainak.
 - Lehetőséget ad arra, hogy minden tagedység megtalálja azt az egészségügyi ellátói szintet, amelynek megvalósítására az anyagi és humán forrásai rendelkezésre állnak.
 - A modell megmutatja a jövő fejlődési irányait, orientálja a figyelmet a még szükséges és elérendő erők, eszközök és módszerek terén.
 - A modell nem csak az egyes egészségügyi ellátókra koncentrál (klasszikus forma), hanem rendszerszemléletével, különböző, megvalósítható verziókat kínál.
 - A modell biztosítja az egészségügyi tevékenységek integrációját a műveleti taktikába, megmutatja a szükséges parancsnoki tevékenységet, a felszámolók és az egészségügyi ellátók feladatait, ahogyan kezeli az együttműködés főbb szabályait a polgári egészségügyi infrastruktúrával.
 - Nem utolsó sorban a modell szakmai algoritmusában megtartja a katonai harcéri ellátás hagyományait (care under fire, tactical field care, prolonged tactical field care, TRIAGE), ugyanakkor közelít a polgári ellátás szakmai

szabályaihoz, ami alapfeltétele a polgári egészségügyi infrastruktúra általi befogadásnak.

- Utolsó lépésben megtettem a javaslataimat az ATLAS taktikai medicina képességének kialakítására. Ebben a fejezetben a rövid, a közép és a hosszútávú tervek szerepeltek.
 - Standard Operation Procedure⁹² (SOP) megalkotása: 2014. évi programként javasoltam. Hátterében az állt, hogy az ATLAS költségvetési keretét a 2014. évben jelentősen lecsökkentették, így olyan programot kellett felajánlani, ami jelentős értéket képvisel, ugyanakkor nem költségigényes.
 - Az SOP megalkotására tett javaslat célja a „crossborder”⁹³ műveletek sikeres végrehajtása. Ez a feladat az ATLAS alapító okiratában is szerepel, legvalószínűbb megvalósulása a MASCAL szituációkhoz vezető nagyszabású terrortámadások esetén várható. Ezek a rendkívüli események csak rendezett, szabályozott együttműködéssel kezelhetők sikeresen, amelyek egységesített nomenklatúra és feladatmegosztás mellett hajthatók végre.
 - Az SOP-k megalkotására tett javaslatom új elemként jelentkezett az ATLAS rendszerében. Korábban erre nem volt példa, az ATLAS nem rendelkezett egységes eljárásrendekkel. Pilot kezdeményezést ajánlottam a parancsnokoknak. A taktikai medicina ezzel precedens teremtett, ami pozitív szemléletváltáshoz vezetett az ATLAS Szövetségben, új irányt nyitott minden speciális szakterület (képesség) előtt.
 - A javaslatom közép és hosszútávon tartalmazott egy átfogó képzési rendszer megalkotását ATLAS Education and Training System néven. Az előterjesztésem szerint, az oktatási rendszer, különböző kompetenciaszinteken elérhető kurzusokból áll, ahol minden tagegység megtalálhatja azt a tananyagot, ami az aktuális helyzetének legmegfelelőbb.
 - A javaslatom tartalmazta, hogy a nagyszabású ATLAS gyakorlatok egészségügyi irányú feladatainak meghatározásában, szervezésében és lebonyolításában, a taktikai medicináért felelős munkacsoport, központosítva vállal felelősséget. Ez biztosítja, hogy nem esetleges, improvizatív jelleggel kerül e téma a gyakorlatok terveibe, hanem hosszútávon megalkotott program feleljen a megfelelő irányban való fejlődésért.

⁹² Standard Operation Procedure: egységesített eljárásrend.

⁹³ Crossborder: határokon átnyúló.

- Végül a fent említett program végrehajthatóságára strukturális változtatásokat javasoltam. Kiemeltem, hogy a közép és hosszútávú terveket csak folyamatosan működő munkacsoportban lehet megvalósítani. A Projekt formával szemben, a taktikai medicina feladatkör Fórum szervezeti egységbe kell, hogy rendeződjön.

Az előterjesztésem pozitív elbírálást kapott, az ACF megértette és meglátta a felvázolt programban rejlő értékeket. A döntésük szerint megalakulhatott a taktikai medicina állandó munkacsoport és ATLAS Medic Forum néven bekerült az ATLAS szervezeti struktúrájába. A javasolt elemek közül 2014-re a Fórum megalakítására és a taktikai medicina SOP összeállítására kaptam felkérést (utasítást).

7.5. ATLAS Medic Forum megalakítása

Az ACF felhatalmazása a TEK-et a Medic Forum (MF) vezetőjévé tette. Az ATLAS szabályzata szerint, a munkacsoport tagjai önkéntesen kapcsolódnak a munkába. A korábbi projekt résztvevőinél nem volt kérdés, hogy folytatni kívánják a megkezdett munkát. Megalakulásnál javasoltam, hogy a határterületi szakmáknak megfelelően, tartsuk egyensúlyban az egészségügyi és rendőrszakmai területeket, így a munkacsoportba kerültek orvosok és egészségügyi irányban szakkiképzett felszámolók. Az első MF összetétele:

- TEK (Magyarország) munkacsoport vezető – rendőrorvos
- GSG 9 (Németország) – rendőrorvos
- DSI (Hollandia) – katonaorvos
- NI (Svédország) – felszámoló
- Omega (Lettország) – felszámoló
- TEK (Magyarország) – felszámoló

A MF 2014-es megalakulásakor meghatározta célkitűzéseit, ami tekinthető a minőségbiztosításban ismert missziós nyilatkozatnak is. Az induláskor lefektetett általános célok a mai napig vezetőként működnek a munkacsoport működésében:

- Elhelyezni a taktikai medicinát, mint a speciális műveletek önálló szakterületét a rendvédelemben, meghatározni feladatait, felelősségi területeit, ezzel aktív szerepet vállalni a modern szemléletű európai rendőrség formálásában.
- Támogatni a rendvédelem önálló harctéri ellátásának kialakítását, fejlődését.
- Reagálni a változó kihívásokra, fenntartani a TM folyamatos fejlődését igazodva a környezetben létrejövő változásokra.

- Kidolgozni az ATLAS taktikai medicina standard eljárási rendjeit (SOP).
- Integrálni a TM gyakorlatát az ATLAS CTU műveleteibe.
- Európai egységes TM oktatási és képzési rendszer kidolgozása és működtetése.
- Támogatni minden ATLAS tagegységet a saját TM rendszerének kidolgozásában.
- Szorosan együttműködni az ATLAS Expert Groupok-kal a nagyszabású hadgyakorlatok szervezésében, végrehajtásában és értékelésében.
- Európai szinten rendezni a TM jogszabályi felhatalmazását.

Az elmúlt 10 évben az ATLAS Medic Forum összetétele többször változott a munkacsoport jelenleg az alábbi felállásban működik:

- TEK (Magyarország) – MF vezető, rendőrorvos
- GSG9 (Németország) – rendőrorvos
- EKO COBRA (Ausztria) – mentőtiszt/ paramedikus
- NI (Svédország) – felszámoló
- KARHU (Finnország) – mentőtiszt/ paramedikus
- ERU (Írország) – felszámoló
- GIGN (Franciaország) – rendőrorvos, csatlakozás folyamatban

7.6. ATLAS Medic Forum működése – általános szabályok

Az ATLAS szabályzata szerint munkacsoportjai önállóan szervezik tevékenységüket. A szabályzatnak megfelelő működésért, az elszámolásért és a szakmai programért a munkacsoport vezető tagegység felel.

A szakmai programot írásban, az EU által előírt kötött formában, kezdetben a megelőző évben, jelenleg 2 éves periódusra, a megadott határidőig be kell nyújtani (Proposal). A Proposal tartalmi elemeit a 20. ábra mutatja. Az írásos javaslatot az AEB dolgozza fel. A formanyomtatvány mellett a munkacsoport vezetője a javaslatot szóban, beszámoló formában köteles előadni a parancsnoki fórumon. A beszámoló szintén megadott formában, kötelező tartalmi elemeket foglal magában. Az előadott javaslatot az ATLAS parancsnoka nyílt vitára bocsátja, ahol a parancsnokok kérdéseket tehetnek fel, kritikákat fogalmazhatnak meg vagy éppen támogatásukat fejezhetik ki. A javaslat kiemelt eleme a program éves költségvetése. A beszámolót követően a parancsnokok nyílt szavazással döntenek a bemutatott programjavaslat elfogadásáról, végrehajthatóságáról (első szavazás).

► Work package 1

Work package: [redacted]					
[Give a name to your work package and keep the same numbering you use in the Forecast Budget Calculation (Annex 1)]					
Duration in months: [redacted]		Name of the Applicant/Co-applicant leading this work package and their affiliated entity(ies) (if applicable): [redacted]			
I. Objective(s) of this work package (expected outcome)					
[redacted]					
II. Description of the work (activities)					
Please present a concise overview of the work in this work package in terms of planned activities to achieve the objectives of this work package. Please be specific, give a short name for each activity and number them (the same activities will have to be, see code 66 in the section IV).					
[redacted]					
III. Expected outputs (incl. deliverables)					
Outputs are the products, capital goods and see code 66 result from an Action's activities. Deliverables are see code 66 can be delivered to the Commission printed on paper or in a digital format. Limit the number of outputs and see code 66 , do not include minor sub-items or internal working papers. Examples of outputs (excl. deliverables) and deliverables for work package 0:					
• Outputs (excl. deliverables) – kick-off meetings, coordination meetings, steering committees • Deliverables – report, minutes, agreements					
III.a. Expected output(s) (excl. deliverables) of this work package					
Output No.	Output (a)	Explanation (b)			
1.1	[redacted]	[redacted]			
1.2	[redacted]	[redacted]			
Please list outputs produced under this work package:					
(a) be specific as to the scope and level of ambition, therefore use a quantitative description where applicable (e.g. X regional seminars organised with X participants each, X hours of training (who was trained, where))					
(b) please add here additional information which would help the evaluator to understand the characteristics/scope/level of ambition of the output(s)					
III.b. Expected deliverable(s) of this work package					
Deliverable No.	Deliverable name/type (a)	Format (b)	Language (c)	Beneficiaries (d)	Months of implementation (e)
1.1	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
1.2	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Please list the deliverables produced under this work package.					
(a) the type/name of deliverable should be self-explanatory and could be: a publication (flyer / brochure / working paper / article / press release / slides / CD), website / web-tool, etc.					
(b) indicate the format (printed / electronic), the approximate number of pages and copies of a publication					
(c) specify each language in which the deliverable will be available					
(d) indicate the specific short / medium / long term beneficiaries for each deliverable					
(e) specify the month in which the deliverables will be actually completed. Month 1 marks the start of the action, and all					

deadlines should be relative to this starting date.		
IV. Distribution of activities to each Applicant/Co-applicant/their affiliated entity(ies) in this work package		
Establish a clear list of the activities described above indicating which activity is performed by which Applicant/Co-applicant/affiliated entity(ies).		
Activity No.	Name of the activity	Applicant/Co-applicant/affiliated entity(ies)
1.1	[redacted]	[redacted]
1.2	[redacted]	[redacted]
V. Sub-contracting		
Indicate which activities will be sub-contracted and explain the reasons for sub-contracting (as opposed to the direct implementation by the applicant / co-applicant) (if any). Purchase of goods or services necessary for the implementation of activities by the applicant / co-applicant see code 66 sub-contracting. In principle, the applicant and co-applicant should have the capacity to carry out the activities of the action. Nevertheless, in some cases sub-contracting of the implementation of certain activities might be justified.		
[redacted]		

1

2

20. ábra: ATLAS Szövetség javaslattételi formanyomtatványa. (forrás: ATLAS Szövetség)

A parancsnoki értekezlet kötelező tartalmi eleme, az ATLAS minden munkacsoportja által javasolt tevékenység meghallgatása, értékelése, megvitatása, illetve a javaslatok anyagi forrásainak ár/ érték elemzése. Az előadott javaslatokat követően, a szükséges anyagi eszközök összeírásra kerülnek az AEB által, ami megadja a következő költségvetési periódusban igényelt teljes forrásigényt. A gyakorlatban a tervezett költségvetés és az ISF által rendelkezésre bocsátott összeg között kisebb-nagyobb különbség áll fenn. Az ACF feladata feloldani a dilemmát, amire két lehetőség van:

- Az adott munkacsoport vezetőjével egyetértésben, amennyiben kompromisszumok hozhatók, csökkentik az adott programra szánt összegeket (ami több munkacsoport esetében jelentős költségcsökkentést eredményezhet).
- Egy vagy több programot törölnek a következő évi agendából. A döntés alapja elsősorban a program ATLAS tevékenységhez hozzáadott érték alapján születik meg.

Az egyes aktivitások prioritása, az egyes parancsnokok meggyőződésén múlik, technikailag szavazás formában kerül végrehajtásra (2. szavazás).

A költségvetés végső összeállítása után az ACF ismét szavaz (3. szavazás) és hagyja jóvá a következő évekre vonatkozó forrásmegosztást. Az elkészült dokumentumot az AEB küldi meg a LEWP-nak és ISF-nek. A Medic Forumra vonatkozó költségvetési számokat éves bontásban a 13. táblázat tartalmazza.

A fenti rendszerből látható, hogy a munkacsoportok javaslattételi beszámolója nem csak formalitás. A speciális, szakmailag indokolt programot el kell adni a parancsnokoknak, meg kell versenyeztetni a többi munkacsoport programjaival. Különösen igaz volt ez az egészségügyi tevékenységekkel kapcsolatban. Az európai terrorelhárító egységek parancsnokai kezdetben nem értékelték egyformán a taktikai medicina jelentőségét. Ehhez nagyban hozzájárult, hogy személyi állomány terén, eszközkészletben és anyagi forrásokban is igen eltérő adottságok, lehetőségek jellemezték (és jellemzik ma is) az egyes egységeket. E markáns különbségek vezetnek oda, hogy az alakulatok parancsnokainak prioritásai sem fedik egymást, ami komoly vitákhoz vezetnek az értekezleteken. Az ATLAS egyik nagy erénye, hogy a kompromisszumra és a konszenzusra való törekvése megkérdőjelezhetetlen, a viták rendezése ezért kulturált, konstruktív megbeszélések formájában minden esetben megtörtént. Nem kihagyható az a megállapítás sem, hogy a viták szakmai alapon történnek. Az ACF állományában nem politikusok, hanem tapasztalt, a ranglétrán végig kapaszkodó felszámolók kapnak helyet, nekik az első számú szempont az életszerűség és a gyakorlati megvalósíthatóság. A munkacsoportok működésének másik kontrollja a jóváhagyott tevékenységek éves beszámolója. Az elszámolást egyrészt írásban, szintén kötött tartalmi és formai elemekkel kell megtenni. EU szabály szerint minden finanszírozott tevékenységről jelentést kell készíteni, azt a program teljesítése után benyújtani. Másrészt a programot követő év első ACF értekezletén szóban kell beszámolni az elvégzett munkáról. A teljesítések éves beszámolója sem tét nélküli. Az összefoglaló minősíti a munkacsoport tevékenységét, különös tekintettel a vezető tagegységet, a vezető személyt. Az éves értékelés hozzájárul a következő év javaslatának megítéléséhez is.

ÉV	ÖSSZEG (EUR)
2014	7585
2015	50080
2016	52795
2017	69550
2018	78760
2019	75550
2020	109340
2021	88600
2022	107719
2020	218 000 ⁹⁴
2021	0
2022	107 719
2023	74 670
2024	79 284
2025	85 350
2026	1020

12. táblázat: Az ATLAS Medic Forum költségvetése 2014-2026. (forrás: ATLAS Szövetség)

7.7. ATLAS Medic Forum működése

7.7.1. Sajátosságok

A fenti, minden munkacsoportra kötelezően vonatkozó működési rend mellett, az újonnan alakult Medic Forumban ki kellett alakítani a speciális szakmai területére jellemző munkaszervezést. Ennek a feladata a MF vezetőjére hárult. Kiemelt feladat volt az egészségügyi ellátás műveleti integrációja az ATLAS tagegységekben. A feladat végrehajtásának körülményeiről általánosságban elmondhatók:

- Európai CTU-k megosztott, különböző szemlélettel bíró parancsnoki állománya megnehezítette a gyors építkezést. Egyes egységek a létükért küzdöttek (anyagi források), mások már rendszerük finomhangolását végezték (szélesebb látókör).
- Európában az egészségügyi ellátás általában véve nem képezte részét a rendőri tevékenységeknek (nem tradicionális feladatkör), azt polgári (civil) ellátókkal oldották meg jelentős késedelemmel. E dogma lebontásához és a felelősségérzet kialakulásához nyitottságra és szemléletváltásra volt szükség. Ez csak a parancsnokok tájékoztatásával, képzésével lehetett elérni, amire az ACF értekezleteken adódott lehetőség.

⁹⁴ Állóeszközök beszerzésére EU külön forrásból biztosított összeg ATLAS taktikai Medicina Kiválósági Központ fejlesztéséhez.

- Jellemző a precedens alapú gondolkodás a rendvédelem ágazati politikában. Érzékelhetően nyitottabbak voltak azok az országok, ahol sérüléssel járó rendkívüli események történtek a múltban. Azok a tagesegységek, akik szembesültek már a sérültek ellátásának problémakörével, kiváltképpen, ha közvélemény érdeklődésére is kísérté, más politikai támogatást kapnak. E támogatás anyagi oldalon is realizálható volt. Ennek ellentétjét is észleltem. Ott, ahol precedens még nem fordult elő, halogató attitűd volt jellemző az egészségügyi ellátás műveleti integrációjával kapcsolatban. Másképpen fogalmazva a rendvédelem politika hajlamos inkább presszió hatására az eseményekre reagálni, semmint preventív gondolkodással megelőzni azokat.
- Figyelemre méltó volt az egységek megosztottsága a harctéri ellátás szervezése terén. Több egységben a taktikai medicina ad hoc és a felszámolói végrehajtó állományból, alulról, önállóan szervezett képességeként jelent meg, különösebb parancsnoki támogatás nélkül (megtűrt tevékenység), YouTube alapú tudást képviselve.
- Az egészségügyi ágazat tehetetlensége általánosságban észlelhető karaktere a rendkívüli események kezelésének. Az Európában megszorodott terrorelhárítási műveletek zárt végrehajtására (szakmai követelmény), a tömeges sérüléssel járó eseményekre az ágazat nem tudott hatékony választ adni (nem fértek hozzá a sérültekhez időben). Ugyanakkor a rendőri szervezetek nem akartak (tudtak) ilyen irányú felelősséget vállalni (human erőforrás, kompetencia és szemléletbeli korlátok).
- A diplomás ellátók és a szakkiképzettek alkalmazásának dilemmái. Az előbbieket bevezethetők, ha hivatásos állományban vannak (felelősségvállalás joga adott), az utóbbiak jogszabályi felhatalmazása csak a katonai rendszerekben áll rendelkezésre. A jogszabályi háttér rendezetlensége általános probléma Európában.
- Kelet- és Nyugat-Európa egészségügyi infrastruktúrájából fakadó különbségek miatt a diplomás ellátók túl drágák nyugaton, hadrendbe állításuk túl költséges, így nem elérhető. Keleten bár megfizethetők az önálló felelősségvállalásra képes egészségügyi dolgozók, de az egységek, gyakran anyagi gondokkal küzdenek. Működőképességüket a lőszer, fegyverzet beszerzése inkább határozza meg, mint az egészségügyi ellátói képesség.
- Nem állt rendelkezésre Európában hiteles, rendvédelem taktikai eljárásaiban jártas egészségügy irányú képzőközpont.

Általánosságban elmondható, hogy a munkacsoport irányítását olyan szakterületen kellett megtenni, ahol nem álltak rendelkezésre stabil pillérek, tapasztalatok, ahol az egységes

szemlélet igen távol állt a valóságtól. Az építkezést ezért alapelvek szintjétől kellett megkezdeni. A kaotikus nevezéktan és a taktikai elemek változó definíciói sem könnyítettek a helyzeten. A Medic Forum munkarendjébe ezért stabil funkcionális elemeket illesztettem:

7.7.2. ATLAS Medic Forum Meeting (MFM)⁹⁵

A munkacsoport tagjainak rendszeres értekezlete, kezdetben évente kétszer került megtartásra, 3 napos esemény formában, Budapesten, a TEK bázisán. A Fórum folyamatos működését biztosította, célja a tagok közötti konszenzus kialakítása, egységes szemlélet felépítése volt. Technikai lebonyolításban rendszeres témakörök, aktuális kérdések és „brain storming” részekre osztottam. Az agenda főbb részei:

- MF vezetőjének féléves beszámolója az elvégzett feladatokról és ACF-en elhangzott eseményekről.
- MF vezetőjének javaslata a következő évre vonatkozó tevékenységekről – vita.
- Aktuális fókuszban lévő kérdések szakmai megbeszélése, vitája.
- Tapasztalatcsere, információcsere a megtörtént események egészségügyi vonatkozásairól.
- Jövőre vonatkozó gondolatok, ötletek, javaslatok megvitatása (fejlesztési lehetőségek, irányok, igények).

7.7.3. ATLAS Medic Expert Meeting (MEM)⁹⁶

A MF által bevezetett rendszeres értekezlet, melyre az összes ATLAS tagegység egészségügyi tevékenység szervezésével megbízott szakértője kerül meghívásra. A szakértők kijelölése az adott CTU parancsnokának felelőssége, javaslatom szerint az elérhető legtapasztaltabb és legmagasabb kompetenciával bíró kolléga bevonásával. E tekintetben a szórás nagy a Szövetségben, ugyanakkor lefedi a speciális rendőri alakulatok képességeit, ami igen nagy előnynek bizonyult. A munkafolyamatokra, a különböző taktikai eljárásokra széles körben enged rálátást, ami az egészségügyi tevékenységek integrációjának folyamatában nélkülözhetetlen. MEM céljai az tagegységektől származó információgyűjtés, az igények felmérése, a megoldandó problémák összegyűjtése, tapasztalatcsere. Ezen állandó témákhoz kapcsolódik egy-két aktuális, konkrét terv vagy szakmai kérdéskör részletes megtanácskozása.

Az agenda főbb részei:

⁹⁵ ATLAS Medic Forum Meeting: munkacsoport értekezlet

⁹⁶ ATLAS Medic Expert Meeting: egészségügyi szakértői értekezlet.

- MF vezetőjének beszámolója a korábbi tevékenységekről.
- MF vezetőjének tájékoztatója a korábban felvetett problémák megoldására tett lépésekről.
- MF vezetőjének a jövőre vonatkozó előterjesztései, javaslatai, tervei – vita.
- Kijelölt speciális témák megtanácskozása.
- Tapasztalatcsere, információcsere a megtörtént események egészségügyi vonatkozásairól.
- Jövőre vonatkozó gondolatok, ötletek, javaslatok megvitatása (fejlődési lehetőségek, irányok, igények).

A megtartott ATLAS Medic Expert Meetingek adatait a 14. és 15. táblázat tartalmazza.

7.7.4. Kérdőívek (Questionnaire)

Szintén az ATLAS MF által bevezetett kommunikációs forma, melyet alapvetően az egyes tevékenységek igényeinek felmérésének céljából vezettem be. A megkeresések eddig az ATLAS taktikai medicina képzési programjával kapcsolatosak voltak, 2015., 2017., 2024 években kerültek végrehajtásra. Az utolsó kérdőív a képzési program teljes tíz évét, annak eredményeit és értékelését fogja át, ezt külön értékelem a későbbiekben. A kérdőívekben keresett információk, az egyes tagegységek vonatkozásában:

- A felszámolók hány százaléka rendelkezik alapfokú taktikai medicina képességgel (ATLAS nomenklatúrában BTMP).
- Hány felszámolóra jut 1 szakkiképzett TM ellátó (ATLAS nomenklatúrában ITMP)
- Rendelkezésre áll-e műveletenként egy emelt szintű TM ellátó (ATLAS nomenklatúrában ATMP) vagy diplomás sürgősségi ellátó (mentőtiszt/ orvos).
- Van-e az egységnek TM képzésre felkészített instruktora (ATLAS nomenklatúrában Tactical Medical Instructor, TMI).

Mindegyik kérdéskörben felmértem az igényt is, következésképpen hány BTMP, ITMP és ATMP képzettre, illetve az alapképességek oktatására képes instruktorra van szükségük a kívánt cél eléréséhez.

Medic Expert Meeting 1.	TÉMAKÖR	EREDMÉNYEK
Budapest, 2014.	SOP (Manual of Guidance of Medical Coverages in ATLAS Missions)	Missziós nyilatkozat elfogadása ⁹⁷ SOP elemeinek és tartalmának összeállítása, SOP konszenzus

⁹⁷ ATLAS parancsnokok missziós nyilatkozata a TM-ről

RÉSZTVEVŐ EGYSÉGEK / ORSZÁGOK			
EKAM	Görögország	AKS	Dánia
BOA	Lengyelország	USP	Luxenburg
GOE	Portugália	CGSU	Belgium
Red Panther	Szlovénia	K-Komando	Észtország
SIAS	Románia	DSI	Hollandia
EKO Cobra	Ausztria	SEK BW	Németország
ARAS	Litvánia	GSG9	Németország
ERU/EAO	Ciprus	ERU	Írország
SUCT	Bulgária	NI	Svédország
NOCS	Olaszország	KARHU	Finnország
ATU	Svájc	TEK	Magyarország

13. táblázat: Az első Medic Expert Meeting adatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)

Medic Expert Meeting 2.	TÉMAKÖR	EREDMÉNYEK	
Budapest, 2019.	SOP Manual of Guidance of MASCAL events	MASCAL események felszámolása a különböző taktikai változók tükrében TRIAGE variánsok TM ellátók gyógyszer használatának lehetőségei Új TM kurzus alapjainak letétele (MASCAL Event Training Course)	
RÉSZTVEVŐ EGYSÉGEK / ORSZÁGOK (23)			
LYNX	Szlovákia	TEK	Magyarország
EKAM	Görögország	AKS	Dánia
BOA	Lengyelország	USP	Luxenburg
GOE	Portugália	CGSU	Belgium
Red Panther	Szlovénia	GIGN	Franciaország
SIAS	Románia	DSI	Hollandia
SCO19	Nagy Brittanica	SEK BW	Németország
ARAS	Litvánia	GSG9	Németország
ERU/EAO	Ciprus	ERU	Írország
ATJ Lucko	Horvátország	NI	Svédország
NOCS	Olaszország	KARHU	Finnország
ATU	Svájc		

14. táblázat: A második Medic Expert Meeting adatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)

[illegible]

117



Medic Forum Questionnaire

Dear Commanders!

For the better support of your unit we kindly ask you to fill the MEDIC FORUM's questionnaire and send back as soon as possible /01.03.2017/.

Our goal is to see clear what kind of activity you need in the future regarding to medical trainings.

Background:

In the last two years (2015-16) we organized special Tactical Medical Courses based on your answers of the previous questionnaire in this topic (2015). You can find the results of the questionnaire of 2015 in the attachment.

There were 3 Advanced Tactical Medical Provider Courses (ATMP), 2 Intermediate Tactical Medical Provider Courses (ITMP) and 1 Basic Tactical Medical Provider Course (BTMP) held in Hungary organized under the wing of ATLAS and TEK. After the trainings we asked the participants to fill up a standardized feedback form. The overall satisfactory rate was 95% which suggested that we are on the right way and the courses represented a good quality in the topics, in trainings and in the way of organizing it.

We would like to continue this work for your support. Our wish is to invite every unit in the ATLAS independently whether they have joined this program yet or have not delegated participants to the courses before.

We still believe that the "medical" preparedness is more than important in every Special Intervention Unit to reduce the risk of fatal outcome of injuries related our missions. Our program gives you a chance to improve your medical knowledge and skills even you use different tactical medical systems.

For the future activity we would like to know your interests about our Tactical Medical Program. Please fill up the questionnaire (again) and sign the project and number of your operators you intend to delegate. We give you some explanation for better understanding below.

Thank you for your cooperation.

FOR YOUR GUIDANCE

1. The ATLAS MEDIC FORUM wants to build up our own (ATLAS) training system on different levels of competence – Atlas Tactical Medical Educational Program
2. There are three level of medical competence in Tactical Medicine:
 - a. Basic Tactical Medical Provider (BTMP)
 - b. Intermediate Tactical Medical Provider (ITMP)
 - c. Advanced Tactical Medical Provider (ATMP)

Table 2: level of competence – skills

	BTMP – every operator	ITMP	ATMP
C	• direct pressure, • tourniquet, • emergency bandage	BTMP + • hemostatic powder	ITMP
A	• evaluation of airway obstruction • manual airway manoeuvres (chin lift, jaw thrust), • simple airway devices (oral, nasal tubes)	BTMP + • AMBU mask ventilation • Extralaryngeal airways • Cricicotomy	ITMP + • intratracheal intubation
B	• evaluation of respiratory distress and PFX • chest seal	BTMP + • AMBU mask valve ventilation • needle decompression	ITMP + • thoracic drainage • suctioning • AMBU ventilation
C	• evaluation of shock	BTMP + • up / lay out • fluid resuscitation • crystalloid infusion	ITMP + • drugs
D	AVPU	BTMP	• evaluation of elevated ICP • hyperventilation • sedation
E	• hypothermia prevention • fixations	• burn care	• complex prehospital care
	BLS	BLS + AED	ALS, ITLS
TRIAGE	TRIAGE Impression	TRIAGE Start	TRIAGE

3. New course available in 2017 - TACTICAL MEDICAL INSTRUCTOR COURSE:

- The goal of the course is to help the assigned operators to become a medical instructor.
- The medical knowledge based on BTMP level
- The transferred topics cover the elements of teaching models of adults
- The trainers of TEK are instructors of European Resuscitation Council (ERC) experienced in teaching and they follow ERC guideline in the training.
- The trainers of TEK are doctors and academy graduated paramedics experienced in professional tactical medical providers.
- The expectable outcome is well trained medical instructors who can transfer the basic medical knowledge and skills in high standards and in the most effective way.
- The instructors' skills can be use in different other topics (shooting, tactics etc.)
- We give them the complete ATLAS Basic Tactical Medical education program with presentations, skill stations and scenarios.

3. table: Topics of Tactical Medical Instructor Course

1. Tactical Medical Knowledge		
1.1	Tactical Medicine in general	Lectures
1.2	Care under fire	Scenarios
1.3	Tactical Field Care	Scenarios
1.4	Key points of teaching of this topics	Lecture
2. Basic physiology		
2.1	Anatomy, physiology of the human body	Lectures
2.2	Key points of teaching of this topics	Lecture
3. Basic Life Support Resuscitation with and without equipment		
3.1	BLS	Lectures
3.2	AED, AMBU mask valve ventilation	Skills
3.3	Key points of teaching of this topics	Lecture, skill
4. CABG – CABGDE & MARCH algorithm		
4.1	Critical bleeding – massive bleeding	Lectures
4.2	Airway	Lectures
4.3	Respiratory – respiration	Skills
4.4	Circulation	Scenarios
4.5	Disability – head to toe	Scenarios
4.6	Exposure – head to toe	Scenarios
4.7	Key points of teaching of this topics	Lecture
5. Basics of teaching adults		
5.1	Teaching models	Lecture
5.2	Main issues of teaching	Lecture
6. Presentations		
6.1	Rules of preparing power point presentations	Lecture
6.2	Rules of making presentations	Lecture
6.3	Making lectures	Skill and scenario
7. Skill stations		
7.1	Rules of preparing skill stations	Lecture
7.2	Rules of managing skill stations	Lecture
7.3	Managing skill stations	Skill and scenario
8. Scenarios		
8.1	Rules of preparing scenarios	Lecture
8.2	Rules of managing scenarios	Lecture
8.3	Managing scenarios	Skill and scenario

All further information on the questionnaire is available from:

Pol. Lt. Colonel Dr. Attila Faggyas
TEK, Special Medical Division
Head of ATLAS MEDIC FORUM

email: dr.faggyas.attila@tek.gov.hu
phone: +36 30932-27-72

Thank you, in advance for your swift reply and cooperation.

Respectfully:

ATLAS MEDIC FORUM

Pol. Colonel József Szilágyi
Director of Operations
TEK, Hungary

Pol. Lt. Colonel Dr. Attila Faggyas
TEK Hungary
Special Medical Division
Head of Division
Head Physician

A kérdőívekből nyert adatokat az 16. táblázatban foglaltam össze:

Kérdőív adatok	2015	2017	Megvalósult képzések 2014–2020
Válaszolt egységek száma/össz. egység (%)	21/36 (58,3)	31/37 (83,7)	31/38 (82%)
BTMP kurzusra igény			
egység	5	7	2
fő	114	146	43
ITMP kurzusra igény			
egység	13	15	23
fő	129	109	106
ATMP kurzusra igény			
egység	11	18	24
fő	83	94	98
TMI kurzusra igény (fő)			
egység	-	11	24
fő	-	26	57

15. táblázat: Az MF kérdőívek adatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)

Kérdőívek értékelése:

- Az első kérdőívünkre a megkérdezettek 58%-a válaszolt, a kurzus népszerűsége azonban egyre nőtt, 2017-ben már több mint 80%-os volt az érdeklődés az ATLAS tagegységekben. A MF elfogadottsága jelentősen javult.
- A nem válaszolt tagegységek zömében anyagi forrás hiányával magyarázták a képzési programtól való távolmaradást, számukra az utazási költség is vállalhatatlan terhet jelentett. A tartózkodók másik csoportjára jellemző a kis állomány, ők nem tudták vállalni az egy hetes kiesést a szolgálatból. A harmadik csoportba tartoznak azok, aki saját rendszerükkel elégedettek, egyszerűen nem kívántak újabb verziókat meghallgatni.
- Menetközben a kérdőívekben jelentkező országokon kívül, jóval több nemzet és egység csatlakozott a programhoz.
- Bár a BTMP trainingre kezdetben nagy volt az érdeklődés, de a beindított instruktor képzés kiváltotta azt, így aktualitását veszítette. Az instruktorok a BTMP képzést, saját egységükénél, ATLAS algoritmusok szerint végre tudják hajtani, ami jelentős költséget takarít meg, könnyebben és folyamatosan szervezhető.
- Az ATMP és ITMP kurzusok megoszlása egyenletes, a jelentkezési szándék egyrészt függ az egység lehetőségeitől, másrészt fejlődési irányt is kijelöl.

7.8. ATLAS MEDIC FORUM tevékenysége – Manual of Medical Coverages of ATLAS Missions⁹⁸ (SOP)

7.8.1. Előzmények

2014. előtt az ATLAS tagedységek egészségügyi irányú tevékenységével kapcsolatban korlátozottan álltak rendelkezésre információk és tapasztalatok, ezek beszerzésére négy lehetőség adódott:

- A „Train the trainers” projekt szervezésekor megrendezésre került egy a későbbi Expert Meetinghez hasonló összevonása a tagedységek egészségügyi feladatokra kijelölt személyeinek.
- A projekt munkacsoportjainak megbeszélései, aminek tagja voltam.
- Kommunikáció a később megvalósított képzés a résztvevőivel.
- ATLAS Parancsnoki Forumon a vezetőkkel való beszélgetések.

E fórumokon begyűjtött tapasztalatok egyértelművé tették számomra, hogy a CTU tagedységek „harctéri” egészségügyi ellátása, szinte minden vetületében igen kaotikus. Az is egyértelművé vált, hogy amennyiben meg akarunk felelni az ATLAS célkitűzéseinek és valós opció a határokon átnyúló műveletek végrehajtása, akkor a viszonyokat rendezni kell. A rendezetlenség főbb elemei:

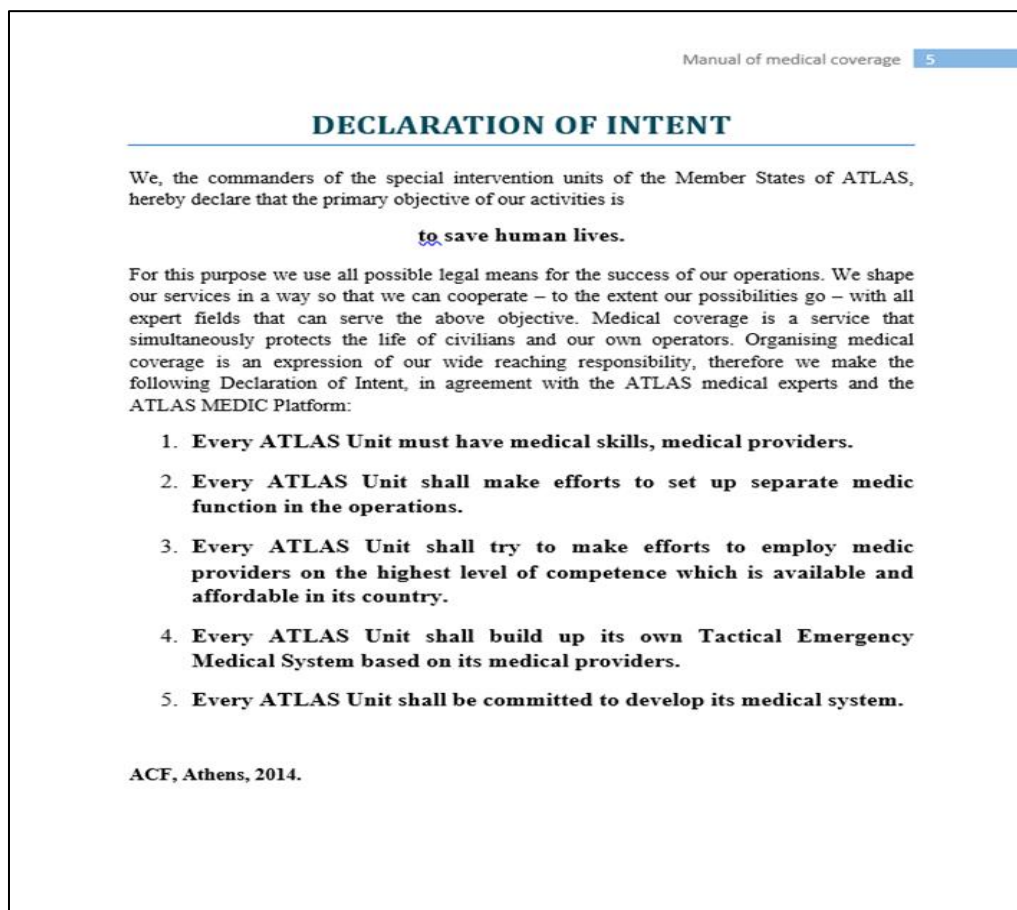
- Nincs egységes szemlélet;
- Nincs rendszer;
- Nincsenek egységes ellátási algoritmusok;
- Nincs egységes nomenklatúra;
- Nincs egységes parancsnoki lánc;
- Az egészségügyi ellátás műveleti integrációja nagy különbségeket mutat ott is, ahol erről egyáltalán beszélni lehet.

Az első ATLAS TM SOP feladata elsősorban olyan alapvetések dokumentumba foglalása volt, ami lehetővé tette az egységes szemlélet kialakítását, ami vezetőként szolgálhatott minden tagedységnek a saját rendszerének felépítéséhez.

⁹⁸ Manual of Medical Coverages of ATLAS Missions (SOP): ATLAS műveletek egészségügyi biztosításának kézikönyve (Egységes Eljárási Rend).

7.8.2. A SOP felépítése, fejezetei:

1. **Declaration of intent**⁹⁹: az ATLAS parancsnoka által aláírt szándéknyilatkozat, mely meghatározza, hogy a CTU-k elsődleges feladata az emberi életetek megmentése. A műveletek egészségügyi biztosításának megszervezése a beavatkozó egységek felelőssége (23. ábra).



23. ábra: ATLAS MoG Parancsnoki Szándéknyilatkozat. (forrás: szerző saját szerkesztése)

2. **Introduction (bevezetés)**: emberi életetek megmentésének, mint vezérelvnek a taktikai medicina értelmezése.
3. **Key definitions (kulcsfontosságú meghatározások)**: összefogja mindazon definíciókat, amelyek az egységes nyelvezet eléréséhez nélkülözhetetlenek.
4. **Principles (alapelvek)**: a TM alkalmazásának minden körülmények között érvényesülő, szemléletet meghatározó alapvetései.
5. **Elements of medical coverages (egészségügyi biztosítás szereplői)**: felsorolja azokat a személyi döntéseket és csatolt feladatokat, ami a TM rendszer működtetéséhez nélkülözhetetlenek.

⁹⁹ Declaration of Intent: Szándéknyilatkozat.

6. **Planning medical coverage (egészségügyi biztosítás tervezése):** check-listaszerű felsorolásban taglalja a tervezés főbb szempontjait.
7. **Providing medical coverage (egészségügyi biztosítás végrehajtása):** az egészségügyi ellátás szakaszait, a folyamatos ellátást biztosító túlélési lánc, a döntéshozási lánc működését és működtetését meghatározó elemek, a szükséges döntések és végrehajtásukat összefoglaló eljárási rend.
8. **Things to do after operation (művelet végrehajtását követő teendők):** mindazon teendők felsorolása, mely szükséges az ismételt hadrendbe álláshoz, a fejlődéshez és a posttraumás stressz szindróma megelőzéséhez.
9. **Possibilities of the ATLAS member states - Levels of TEMS¹⁰⁰ structures (ATLAS tagesegységek lehetőségei – TM Sürgősségi Egészségügyi Ellátó Rendszer szintjei):** e fejezet segítséget kínál a CTU-k számára, az egyéni adottságaikon alapuló TEMS felépítésére. Számba veszi a különböző kompetenciaszintekre épülő ellátói modelleket.
10. **Possibilities of how TEMS can work in the ATLAS international operations/missions (TEMS működésének lehetőségei a nemzetközi műveletekben):** gyakorlatilag egy felajánlás azon tagesegységek részéről, akik saját TEMS-sel bírnak azok számára, akik ilyen képességekkel még nem rendelkeznek. Átmeneti megoldás az egészségügyi biztosítás végrehajtására, ahol nemzetközi professzionális TM egység utazik a válságterületre.

7.9. ATLAS MEDIC FORUM tevékenysége - gyakorlatok

Az ATLAS Parancsnoki Fórum egyértelmű felkérése volt, hogy az újonnan alakult Medic Munkacsoport aktívan vegyen részt a szövetség által végrehajtott gyakorlatok szervezésében. Egyeztetéseket követően, konszenzus alapján, a MF vezetőjének javaslatait figyelembe véve, a gyakorlatokkal kapcsolatban az alábbi feladatok kerültek meghatározásra:

- A tervezés egészségügyi célkitűzéseinek meghatározása, illeszkedve az EG által elgondolt célokhoz.
- Preexercise trainingek¹⁰¹ teljes körű tervezése és végrehajtása.
- A taktikai szituációknak megfelelő egészségügyi scénáriók beépítése a gyakorlatokba.
- Az egészségügyi scénáriók human erőforrásának, eszközigényeinek meghatározása a rendező munkacsoporttal együttműködve.

¹⁰⁰ TEMS Tactical Emergency Medical System: TM Sürgősségi Egészségügyi Ellátó Rendszer.

¹⁰¹ Preexercise training: gyakorlatokba integrált képzés.

- A scenáriók menetrendjének részletes kidolgozása, vezetésének meghatározása.
- Elbírálás szempontjainak kidolgozása és a bíraskodás végrehajtása.
- Tapasztalatok, eredmények feldolgozása és további felhasználása.

A TM rendszer építésének szempontjából a gyakorlatok újabb lehetőséget teremtettek az igények felmérésére, problémák feltárására, az ismeretek átadására és a TM szakma elfogadtatására.

7.9.1. Lisszabon Building Exercise¹⁰² (Portugália), 2014

7.9.1.1. Előzmények

ATLAS Medic Forum megalakulása. A gyakorlatra vonatkozó alapadatokat a 17–19. táblázatokban foglaltam össze.

Lisszabon Épületharcászati Hadgyakorlat				
Szervező EG	Building Expert Group			
Téma	Túszejtés, egyetemi hallgatóság			
Résztvevő egységek/ országok ATLAS tagok (9)	GOE GIOE ARAS BOA TEK	Portugália Portugália Lettország Lengyelország Magyarország	EKO COBRA SEK Baden-Württemberg GSG9 GEO	Ausztria Németország Németország Spanyolország

16. táblázat: Lisszabon épületharcászati hadgyakorlat alapadatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)

Lisszabon Épületharcászati Hadgyakorlat	
Felszámolók száma	80-100 fő
Elkövetők száma	12 fő
Túszok száma	250 fő
Sérültek száma	19 fő
Együttműködők	Portugál Mentőszolgálat

17. táblázat: Lisszabon épületharcászati hadgyakorlaton résztvevők. (forrás: szerző saját szerkesztése)

¹⁰² Lissabon Building Exercise: Lissaboni Épületharcászati Gyakorlat.

Lisszabon Épületharcászati Hadgyakorlat	
Műveleti célok	Tűszmentés, realisztikus végrehajtás (real time)
	ATLAS tagegységek együttműködése
	ATLAS parancsnokság felállítása (JOC ¹⁰³ , TOC ¹⁰⁴ , OSC ¹⁰⁵), feladatmegosztás és végrehajtás
	Együttműködés a társszervekkel és civil szervezetekkel
TM célok	• A résztvevő egységek képességének felmérése • Alap algoritmusok végrehajtása • A TM műveleti integrációjának felmérése • ATLAS nemzetközi művelet parancsnoki tevékenysége a sérültek ellátásának kapcsán • Evakuáció szervezése • Együttműködés a polgári mentőszolgálatokkal
TM scenáriók	CUF – booby trap ¹⁰⁶ 2 felszámoló • 2 fő TRIAGE kategória piros (azonnalos)
	TFC – 1 civil sérült • 1 fő TRIAGE kategória piros (azonnalos)
	MASCAL – 16 sérült civil • 4 fő TRIAGE kategória piros (azonnalos) • 3 fő TRIAGE kategória sárga (halasztható) • 4 fő TRIAGE kategória zöld (minimális, sétáló) • 5 fő TRIAGE kategória fekete (halott)
	EVAC/ átadás/ kommunikáció

18. táblázat: Lisszabon épületharcászati hadgyakorlat céljai, scenáriói. (forrás: szerző saját szerkesztése)

7.9.1.2. Tapasztalatok

Az első olyan ATLAS gyakorlat volt, ahol a sérültek ellátásával tudatosan foglalkozott a szövetség.

- **CUF scenárió:** A felszámolás során két operátor sérült súlyosan, egy robbanó csapdába futott (amputáció), egy lött sérülést szenvedett. Ellátásukat az egységben működő TM ellátó végezte Care Under Fire algoritmus szerint. Az ellátás igen szépen és precízen zajlott, a sérülteket kommunikáció után a lehető legrövidebb idő alatt evakuálták. Átkapcsolás TFC-re viszont elmaradt, pedig a körülmények engedték volna.
- **TFC scenárió:** Egy CTU egység civil sérültet észlelt a felállítási helyre való feljutás közben. Zárt lépcsőfordulóban (manőken – szimulációs eszköz). Az ellátást a TM ellátó megkezdte a Tactical Field Care algoritmus szerint. Itt kommunikációs probléma alakult ki. Hirtelen a helyszínre három TM ellátót irányítottak, akik külön-külön

¹⁰³ JOC (Joint Operation Command, összevont parancsnokság).

¹⁰⁴ TOC (Tactical Operation Command, műveleti parancsnokság).

¹⁰⁵ OSC (On Scene Command, helyszíni parancsnok).

¹⁰⁶ Booby trap: álcázott csapda, robbanószer.

megvizsgálták a sérültet, ezáltal jelentős időt veszítve. Az igazi gond akkor alakult ki, amikor a civil ellátó a helyszínre érkezett és halottnak nyilvánította azt a sérültet, aki szemmel láthatóan lélegzett. A CLS ellátók talpraesettsége volt az, ami átlendítette az ellátást a megfelelő irányba, meggyőzték a mentőst, hogy végezze el rendes a vizsgálatot, ezt követően már az ellátás szépen haladt.

- **A tömeges sérülés** helyszínén hatalmas lett a káosz. A TM ellátók megkezdték a TRIAGE-t többé - kevésbé jól. Ekkora a felszámolás már befejeződött a helyszín átvizsgálttá vált. A helyi mentőket beengedték a területre, de nem megfelelő számban (egy ellátót), aki megkezdte a reTRIAGE-t. A körülményeknek köszönhetően, illetve a szervezetlenség miatt, teljesen zavartan viselkedett. Átminősítette a sérülteket, amiben több hibát vétett. Nem kommunikált a TM ellátókkal, sem a parancsnoki központtal. A munkába a TM ellátókat nem vonta be. Evakuációt teljesen véletlenszerűen rendelte el, szakmailag hiányosan. Elmondható, hogy a tömeges kárhely felszámolását szakmailag nem sikerült megoldani.
- **Evakuáció:** a TFC és CUF esetekben, amikor az egységek maguk döntöttek a kiürítés végrehajtásáról, a feladat gyorsan és megfelelő szakmaisággal került végrehajtásra. A záráson kívüli átadás viszont ad hoc jellegűt öltött, abban protokollnak megfelelő rend nem volt felismerhető (MIST¹⁰⁷). A kommunikáció a MASCAL szituációban teljesen elmaradt. A sérülést nem szenvedetteknél az evakuációs folyósó kialakításra került, így a biztonsági kontroll végig teljesült.
- A helyszínektől függetlenül elmondható, hogy a gyakorlatban résztvevő egységek felének nem volt TM ellátója, ők elmondás szerint, amennyiben sérülést szenvedtek vagy észleltek volna, ahogy a taktikai helyzet azt megengedi, azonnali evakuációt hajtottak volna végre. Pusztán a szerencse kérdése volt, hogy nem kerültek sérüléssel járó helyzetbe. A szerencse alapú végrehajtás azonban nem elfogadható.
- Az portugál helyi adottság, hogy a rendvédelmi rendszer bevonja a polgári ellátókat a rendkívüli esemény kezelésében. Ilyen esetekben védőfelszerelést adnak a mentős kollégáknak, akik a műveleti területre beléphetnek. Előzetes képzésük a harci körülmények közötti ellátásra nincs, védelmüket kirendelt felszámoló biztosítja. A gyakorlat tapasztalata azt mutatta, hogy még mesterségesen generált műveleti helyszínen sem tudott a civil ellátó megfelelően tevékenykedni. Ez igaz volt mind a

¹⁰⁷ SHERTZ, Michael (2018): *MIST Report: A simple way to convey information*. Online: <https://www.crisis-medicine.com/mist-report-a-simple-way-to-convey-information/>

szakmai tartalomra, mind a kommunikációra és munkaszervezésre. Külön kiemelhető, hogy a diplomás helyszínre érkezésekor a TM ellátók megkönnyebbültek és gyakorlatilag felfüggesztették egészségügyi aktivitásukat mondván, hogy a kárhely innen kezdve a magasabb kompetenciájú professzionális személyzet felelőssége. Az együttműködés totális hiánya mutatkozott.

7.9.1.3. Következtetések/ megállapítások

A gyakorlat végrehajtása során észlelt jelenségekből levont főbb tanulságok:

- Nem volt egészségügyi ellátásra vonatkozó tervezés, ami végzetes hibaként értékelhető. Ennek elkerülése végett javasoltam az ATLAS egészségügyi SOP elkészítését és alkalmazását a jövőben.
- A tervezés hiánya vezetett a rossz erő-eszköz elosztáshoz, ami meghatározta a sérültek prognózisát.
- A kommunikáció hiánya, ami a tervezés hiányára is visszavezethető, koncepció nélküli, rendezetlen ellátáshoz vezetett mind a MASCAL, mind a TFC szituációkban. A szervezetlenség és a kommunikáció késedelme az ellátás és evakuáció elégtelenségéhez vezetett. Javaslatom szerint az SOP használata rendezi ezt a kérdést is. Az SOP-nak tisztáznia kell a jelentés és utasítási láncot.
- A civil ellátók bevonása mindenhol káoszt teremtett. Ennek megoldása helyi portugál problémakör. Javasoltam, hogy kezdeményezzenek egyeztető tárgyalásokat a műveleti területen történő munka szabályairól, aminek működőképességét a képzést követően gyakorlatok formájában ellenőrizték. A fenti megállapítás szerint javasolt eljárniuk azoknak az ATLAS tagegységeknek, akik nemzeti szinten, hasonló módon szervezik egészségügyi biztosításukat.
- Egyszerű scenárióknál az egészségügyi ellátás minősége elfogadható volt, legalábbis a rendelkezésre álló kompetenciához viszonyítottnak. A bonyolultabb eseteknél a szervezetlenség komoly akadályként jelentkezett.
- A szakmai algoritmusok közötti váltás felismerése központi kérdés a sikeres életmentés végrehajtásához. A hatékonyság növeléséhez egyrészt TM rendszerépítés, másrészt magasabb képzettség elérhetősége jelenthet megoldást. A fenti célok megvalósulásához egységes TM képzésekre van szükség.
- Nem volt a taktikai medicinában jártas személy delegálva a parancsnoki központba. Az ott helyet kapó egészségügyi koordinátor csak a műveleti helyszínről evakuált sérültek ellátását tudta érdemben irányítani. Javasoltam a parancsnoki központba olyan

koordinátor szervezését, aki átlátja a műveleti érdekeket és az egészségügyi teendőket egyaránt, egyéb esetben a sérültek managementje nem lesz megfelelő a záráson belül. A TM irányú képzésekre a parancsnoki állománynak is szüksége van.

7.9.1.4. Következmények/eredmények

A lisszaboni gyakorlat vitathatatlan eredménye, hogy megindult a közös munka az Expert Group-ok és a Medic munkacsoport között. A gyakorlat és az azt követő értékelés egyértelművé tette a még szkeptikus parancsnokok számára is, hogy a rendőri műveleti tevékenység nem nélkülözheti az egészségügyi ellátói képességeket. Ezt a felelősséget fel kell vállalniuk, ha az életmentésnek, mint rendőri alapfeladatnak a CTU-k meg akarnak felelni. Az üzenetben megküldött mottó: „Életet menteni nem csak fegyverrel lehet”.

Másik megvalósult célom, hogy az ATLAS Parancsnokság teljes állományának sikerült megszerezni a támogatását az ATLAS TM SOP elkészítésében, annak szükségességét tovább nem kellett indokolni. Ez az elem pedig a taktikai medicina rendszerszintű felépítésének és gyakorlati megvalósulásának első mozzanata lett EU-ban.

7.9.2. Tallin, Athos Exercise (Észtország), 2016

7.9.2.1. Előzmények

2014. év végén az ACF elfogadta a Fórum által javasolt TM SOP-t. Mindemellett 2014-ben megindult az ATLAS saját szervezésű taktikai medicina képzési rendszere. Ennek eredményeként 2016-ra hat kurzust is lebonyolítottunk Advanced TMP és Intermediate TMP szinten. A gyakorlaton az egységek egy részének már ATLAS TM képzésen végzett egészségügyi ellátói álltak rendelkezésre, míg az egységek másik része a korábbi gyakorlatuknak megfelelően alkalmaztak szakkiképzetteket. Természetesen akadt olyan egység is, ahol az egészségügyi képesség még nem került kiépítésre. A fenti helyzet lehetőséget teremtett az összevetésre, amit ki is használtam. A gyakorlatra vonatkozó alap adatokat a 20., 21. táblázatban foglaltam össze.

ATLAS ATHOS Épületharcászati Hadgyakorlat				
Szervező EG	Building Expert Group			
Téma	Menekülésben lévő terrorista csoport elfogása			
Résztvevő egységek/ országok NEM ATLAS tagok (4)	FBI HRT KAPO	USA Észtország	SEK Schleswig-Holstein SEK Rheinland-Pfalz	Németország Németország
Résztvevő egységek/ országok ATLAS tagok (14)	KARHU OMEGA ARAS BOA LYNX TEK GSG9	Finnország Lettország Litvánia Lengyelország Szlovákia Magyarország Németország	RED PANTHER EKO COBRA RAID DSU GOE AKS SEK Baden-Württemberg	Szlovénia Ausztria Franciaország Belgium Portugália Dánia Németország
Felszámolóok száma	120 fő			
Elkövetők száma	25 fő			
Túszok száma	150 fő			
Sérültek száma	71			
Együttműködők	Észt Mentőszolgálat, Észt Honvédség, Tallin teljes egészségügyi infrastruktúrája			

19. táblázat: Tallin épületharcászati hadgyakorlat alapadatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)

ATLAS ATHOS Épületharcászati Hadgyakorlat	
Műveleti célok	Nyíltterületi harcászat
	Épületharcászat és EOD behatolás
	Túszmentés
	Több helyszínen egyidejű felszámolás és azonnali feladatok szimultán koordinálása, végrehajtása.
	ATLAS parancsnokság felállítása (JOC, TOC, OSC), feladatmegosztás és végrehajtás
	Együttműködés a társszervekkel és civil szervezetekkel
	Alapszituációk kezelése (CUF, TFC, MASCAL), A TM műveleti integrációjának felmérése, ATLAS nemzetközi művelet TM irányú parancsnoki tevékenysége SOP alkalmazásának megítélése, Evakuáció szervezése.
TM célok	ATLAS TM képzésen részt vettek tevékenységének összevetése az egyéb módon felépített egészségügyi ellátással.
Preexercise training	A gyakorlatot megelőző 2 napban került lebonyolításra, Három helyszín, forgószínpadszerű végrehajtás minden egységnek, CUF, TFC, MASCAL/ TRIAGE elmélet és szituációk
TM szcenáriók	CUF/ TFC – 5 sérült
	CUF/TFC – 10 sérült
	MEDEVAC ¹⁰⁸ / TFC – 6 sérült
	MASCAL – 50 sérült civil
	EVAC/ átadás/ kommunikáció

20. táblázat: Tallin épületharcászati hadgyakorlat céljai, szcenáriói. (forrás: szerző saját szerkesztése)

¹⁰⁸ NATO STANDARD AJMedP-2 Allied Joint Medical Doctrine For Medical Evacuation. Online: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-2_EDA_V1_E_2546.pdf

7.9.2.2. Preexercise training

Az ATLAS TM képzések tapasztalataira és felvetéseire építve szerveztem meg a képzés anyagát. A kurzusokon történt beszámolók számos általánosnak mondható problémát tártak fel, ami egyszerűen visszavezethető volt arra, hogy az ATLAS CTU-k mindennapi gyakorlatában a medic-ek támogatottsága nem volt megfelelő. Erre utalt:

- A gyakorlásoknál a sérüléssel járó szituációk alulprezentáltak.
- A felszámolók nem támogatják a medic-et a munkájában (magára hagyják), nincs csapatmunka, nincs eljárási rend. Elszeparált képesség.
- A csoport parancsnokok (team leaderek) nem értik (eléggé) a TM helyét a taktikai rendben.
- Hiányosak a felszerelések (a döntéshozók nem biztosítanak elég anyagi forrást sem a gyakorlásokhoz, sem az alapfelszerelés beszerzéséhez).
- A medic irányú képzés nem presztizs jellegű, nem központilag elrendelt, inkább az „elszántak” önképzése domináló.
- Ugyanakkor sérülés esetén (akár képzéseknél) az egészségügyi ellátóra nagy presszió nehezedik a team részéről.

Az integrált TM képzésnél, ezért a fenti problémákra fókuszáltam. A lebonyolításnál fő célkitűzésként a csapatban történő végrehajtás, az egészségügyi ellátó támogatása és az ellátás taktikai integrációja került meghatározásra. A szituációk vezetésekor törekedtem arra, hogy a felszámolók megértsék, hogy az egészségügyi ellátónak mit, mikor és miért kell elvégeznie, illetve milyen támogatást igényelnek. A képzést ezért a teljes felszámoló egységnek (nem csak a TM ellátónak) tartottam.

7.9.2.3. A training elemei

- Rövid elméleti összefoglaló az alapszituációk kezelésére (CUF, TFC, MASCAL), amiben az egészségügyi algoritmus mellett, a nem egészségügyi teendőkre kiemelt hangsúlyt fektettem. Az elméleti oktatást összevontan, három tagegység állományának egyidőben, a gyakorlat helyszínén, előre elkészített poszter prezentáció formában történt a lehető leginteraktívabb módon (45 perc).
- Három, szituációs gyakorlat (3x45 perc), körforgóban, párhuzamos végrehajtással, minden egység mind a három feladatot elvégezte. A scénáriók CUF, TFC és MASCAL algoritmusok köré épültek. Rövid eligazítást követően a végrehajtás, majd egy azonnali

értékelés következett. Az instruktorok az ERC gyakorlatvezetési eljárása szerint jártak el.

A training során tett megfigyeléseimet három csoportba osztom, annak függvényében, hogy az egységek ATLAS TM képzésen már részt vettek vagy sem, illetve volt-e TM képességük. A tapasztaltakat a 22–24. táblázatban foglalom össze.

TM képességekkel nem rendelkező egységek
Megfigyelések, tapasztalatok • Fegyelmezett taktikai végrehajtás. • Sérüléseknél ösztönös elsősegélynyújtás és segélykérés. • Minden esetben evakuációra való törekvés, ami azonban a körülmények miatt nem volt végrehajtható. • Evakuáció hiányában pánik, tanácstalanság és káosz jelei. • Demoralizáció.
Megjegyzés Azoknál az egységeknél, ahol az egészségügyi képesség nem állt rendelkezésre, a TM instruktorok bemutatták az ellátás menetét. A tancélú bemutató a tapasztalatszerzés eddig nem ismert formáját jelentette ezeknek az egységeknek. Érezhető volt a felismerésük, a rádöbbenésük.
Feed back a végrehajtóktól Szinte minden e csoportba tartozó CTU úgy hagyta el a traininget, hogy szeretnék e szakterületet kitanulni és alkalmazni. Jelentkeznének az ATLAS TM kurzusaira, abban kértek segítséget, hogy parancsnokaiknál járjak közben és segítsék a támogatásuk megszerzésében.

21. táblázat: ATHOS Épületharcászati Hadgyakorlat preexercise training tapasztalatai I. (forrás: szerző saját szerkesztése)

ATLAS TM Képzési és Oktatási Rendszerben NEM vettek részt
Megfigyelések, tapasztalatok • CUF és TFC szituációk megoldására látható koncepciókkal rendelkeznek, e szerint az ellátás megtörtént, meghatározott taktikai rendben. • Az egészségügyi algoritmusok kapcsán többször tapasztaltam csapongó ellátási menetet, rendezetlen diagnosztikai lépéseket (vizsgálatok elemei és sorrendje) és a következtelen beavatkozásokat, a prioritások közötti ugrálás gyakori jelenség volt (cABCDE, MARCH¹⁰⁹) – képzési hiba. • A civilek ellátásának dilemmája. Több medic csak saját felszámoló kezelését végezte el, civil sérülteknél csak non-invazív elsősegély történt – jogszabályi felhatalmazás hiányossága. • Medic-ek támogatása a csoport részéről hiányos, elmaradó volt. • Nem egységes, még a kompetenciájukhoz mérten is hiányos egészségügyi felszerelés az egységek zöménél tapasztalható volt. • TRIAGE ismeretek általános hiánya

¹⁰⁹ FISCHER, Andrew (2021): *Saving Countless Lives: The MARCH Algorithm in Tactical Combat Casualty Care*. Online: <https://havokjournal.com/fitness/medical/march-algorithm>

Megjegyzés

A legkaotikusabb esetekben, a TM instruktorok által bemutatásra került az ATLAS TM ellátási algoritmus, rávilágítva annak előnyeire, következetességeire, ami pozitív fogadtatásra talált. Ezen egységek többsége nem kapott TRIAGE algoritmusból képzést (képzési hiba). Általánosan elmondható, hogy a CUF scenárióban a telepített IOD-t nem kezelték veszélyforrásnak, közvetlen fenyegetésnek (képzési hiba).

Feed back a végrehajtóktól

A katonai képzésben részesült medic-ek többsége elismerte, hogy a rendőri CTU-k saját, testreszabott algoritmusai sokban jelenthetnek előnyt munkájukban. Jelezték igényüket, hogy ezek elsajátítása miatt részt vennének az ATLAS képzésben. A civilek ellátásának megoldásában pedig segítséget kértek.

22. táblázat: ATHOS Épületharcászati Hadgyakorlat preexercise training tapasztalatai II. (forrás: szerző saját szerkesztése)

ATLAS TM Képzési és Oktatási Rendszerben részt vettek**Megfigyelések, tapasztalatok**

- CUF és TFC szituációk megoldására rendben zajlott.
- MASCAL kárhely felszámolása elkezdődött, de a csoport nem működött együtt a TM ellátóval (nem értették a helyzetet).
- A MASCAL eseménynél a TM ellátó nem irányított, ahogy a team leader sem.
- Kommunikációs problémák a TM ellátó, a felszámolók és a parancsnokok között.
- Az elméleti eligazítás után látszott a törekvés a csapatmunka kialakítására, bár ez akadózó és rendezetlen volt.

Megjegyzés

Az ATLAS egészségügyi képzés eredményessége egyértelműen látszott. Az ellátók határozott fellépése és önbizalma (tudták, hogy mit kell tenni) keretet adott a feladatmegoldásának. Egyértelmű volt, hogy a MASCAL szituációk kezelésére több hangsúlyt kell fektetni a saját képzéseinken, a témakört ki kell terjeszteni a szervezési kérdésekre is, illetve a tömeges kárhelyek felszámolásához kevés lesz a medic algoritmusok készségszintű ismerete. A parancsnokok ismereteinek bővítése elengedhetetlen elemmé vált. A kommunikáció minden résztvevőnél képzésre szorul. Továbbá egyértelművé vált, hogy a TM integrációját nemzeti CTU szinten erősíteni kell, erre az ATLAS-ban az ACF és a C2/C4 Forummal való együttműködés a megfelelő felület.

Feed back a végrehajtóktól

Sikerként értékelem, hogy a felszámolók elmondták, hogy most már érzik a TM ellátókkal való együttműködés alapjait, annak szükségességét és megjegyezték, hogy a jövőben nagyobb figyelmet szánnak e problémakörnek. A civil személyek ellátásának dilemmájában ez a csoport is segítséget kért.

23. táblázat: ATHOS Épületharcászati Hadgyakorlat preexercise training tapasztalatai III. (forrás: szerző saját szerkesztése)

7.9.2.4. Tapasztalatok

Az ATHOS exercise egészségügyi ellátás oldaláról már jóval precízebben tervezett esemény volt. A szervezők kiterjesztették a sérültek ellátását a polgári infrastruktúra irányában is, így a mentőszolgálatok mellett, bevonásra kerültek a helyi kórházak sürgősségi, traumatológia és intenzív osztályai is. A taktikai medicina scenáriók minden helyszínen részét

képezték a forgatókönyvnek. A gyakorlat előtt, a szervezők megkérték az egységeket, hogy amennyiben van TM képességük, ellátójuk, őket mindenképpen illessék az utazó állományukba, illetve minden medic-nél legyen ott a rendszeresített felszerelése is. A TM instruktorként feladata volt a színészek (jelzők) konkrét sérüléseinek meghatározása, az aktuális fizikai állapotnak megfelelő viselkedésre (jelenlétre) való kiokosítás. A sérülteket professzionális sminkesek készítették fel a realiztikus élmény eléréséhez.

- **CUF/TFC (Kalamaja):** 1 halott négy sérült szerepelt a tervben, két helyszíntre bontva, nyílt téren. Cél a rajtaütés során keletkezett sérülések care under fire algoritmus szerinti ellátása. E helyszín, egy 5 km átfogójú, épületekkel tarkított, nyílt terepet foglalt magában, amiben több gyárépület, közpark, utcák és egy börtön volt található. A TM algoritmusok szerint ellátás, szinte minden egységnél, megfelelő szakmaisággal történt. Gondot jelentett a TFC-re való átkapcsolás és a végrehajtandó feladat összehangolása. Ez inkább taktikai jellegű problémakör és helyzet parancsnoki minősítésének kérdése (ámokfutó vagy elszigetelt elkövető). A nagyobb gond a sérültek további sorsának menedzseléséből fakadt, az érintettek polgári mentésnek történő átadása akadózott. A mentők irányítása nem volt megfelelő, a parancsnoki központ és mentésirányítás összhangját nem lehetett érzékelni.
- **CUF/TFC (Klooga):** Tíz sérült ellátását foglalta magában. A gyakorlat taktikai elemeit tekintve, hasonló az előzőhöz, miszerint a városi hadviselés és épületharcászat elemeit foglalta magában. Egészségügyi szempontból hasonló következtetéseket tudunk levonni. A különbség a helyszín kiterjedésében volt, itt jóval kisebb, elszigetelt területen zajlottak az események, ahol a polgári mentést könnyebb volt szervezni, így az átadás hatékonyabban működött.
- **MEDEVAC (Harku):** szintén épületek és szabadtér egyvelegét adó helyszín volt, ahol 1 súlyos, 2 halott és 3 könnyű sérültet terveztünk. Ezen állomás célja a gyors ellátást követő evakuáció, helikopter segítségével (MEDEVAC). A súlyos hasi sérült ellátása és evakuációja hatékonyan megtörtént. A szcenárió inkább figyelemfelhívás és politikai célból történt. Több súlyos sérült ellátására a polgári légimentés nem lett volna alkalmas, a katonai kapacitások pedig nem mobilizálhatók gyorsan a belföldi eseményeknél. Üzenete leginkább, hogy a rendőri és katonai együttműködés erősítése kívánatos lenne.
- **MASCAL (Linnehall):** tapasztalatom szerint a tömeges kárhely előkészítése igényli a legnagyobb munkát, ebben az esetben az események egy színházteremben zajlottak, 50

sérülten, 15 elkövetővel. A szcenárió leírását és TRIAGE kategóriáit már Magyarországon elkészítettem. Azonban a szervezők velünk párhuzamosan a mentőszolgálatukat is felkérték az előkészítésre. A szituáció jól mutatta a polgári és hivatásos szervezetek gyakorlata közötti különbségeket. Más szóval nem szerencsés, ha a rendvédelmi, (katonai) rendkívüli események gyakorlatát, speciális tudással és tapasztalattal nem rendelkezők állítják össze. A helyi szervezők bemutatták az észmentőszolgálat verzióját, akik az égett sérültek és a hasi sérültek ellátását kívánták gyakorolni. Problémát jelentett, hogy a tervezett végrehajtással (legendával) nehezen összeegyeztethető sérülési mechanizmusokat írtak le a valóságtól elrugaszkodott sérülésekkel. Jeleztem a szervezőknek, hogy nem jó az üzenete a valóságot nélkülöző sérültek gyakorlatba emelésének, összekeveri és megzavarja az egészségügyi ellátókat, arról nem is beszélve, hogy az élettan és kórélettan tudásának hiányát tükrözik, amihez az ATLAS Medic Fórum nem adja a nevét. A másik probléma az volt, hogy a sérültek leírását csak észtil készítették el, más pedig nyelven nem. Emiatt a bíraskodás végrehajtása – egészségügyi szempontból – kétségessé vált. Ezt is jeleztem. A döntés végső soron az ATLAS verzió elfogadása lett, tekintettel arra, hogy „harci” gyakorlat volt.

A felszámolás taktikai szempontból kiválóan sikerült, a túszoikat sikerült leválasztani az elkövetőktől, így egyrészt megnyílt a lehetőség a sérültek ellátására, másrészt öt elkövető szétszóródott a tagolt helyszínen (Erkel Színház kétszeresét kitevő objektum). A tömeges kárhely felszámolását, a TRIAGE-t két TM ellátó kezdte meg. Az ATLAS kurzusunkon kiképzett ellátó magához ragadta az irányítást és átvette a helyszín parancsnoki teendőit. Kialakításra kerültek a TRIAGE kategória szerint meghatározott sérült gyűjtőpontok. A minimális (zöld) és halasztható (sárga) sérültek fegyveres felügyelete is megszervezésre került. A két ellátó és a helyszínen lévő felszámolók közötti kommunikáció és együttműködés kiválóan zajlott. Az időközben beérkező egészségügyi ellátók elosztásra kerültek, az azonnalos (piros) kategóriájú sérültek kezelésének feladatát kapták. Az 50 sérült TRIAGE-a után, a TFC-re átkapcsolás is megvalósult. ATLAS Medic SOP szerint megérkeztek az evakuációs csapatok, megkezdődött a sérültek kijuttatása a műveleti területre, az evakuáció azonban lehetőségekhez mérten is lassabban haladt, az erre a feladatra kijelölt csoportok gyakorlatilag nem tértek vissza, kevés humán erőforrás lett kijelölve (parancsnoki hatáskör).

A problémák itt is (Lisszabonhoz hasonlóan), akkor jelentek meg, amikor a civil ellátók a helyszínre érkeztek. Két jelenség emelhető ki:

- Biztonsági vonatkozások: a területen ekkor még három elkövető nem került elfogásra, illetve a terület egyéb veszélyforrások irányában nem volt átvizsgálva. A civil ellátók biztonsága nem volt garantálható. Ezt ők is érezték, jelenlétükben látszott a zavarodottság és a félelem (nem tudták, hogyan zajlik a gyakorlat, így folyamatosan célpontnak érezték magukat). Elmondás szerint a civileket politikai presszióra küldték be.
- Szakmai vonatkozások: a helyszínre érkező polgári mentősök szemmel láthatóan nem bíztak a TM ellátók által megállapított TRIAGE minősítésekben, ezért azonnal reTRIAGE-ba kezdtek, ami felesleges idővesztést okozott. Sajnos sok esetben a jó minősítéseket átírták. A megindult gyors ellátás megtorpant, lelassult, sőt átmenetileg leállt. (Az ATLAS kiképzett TM ellátó ekkor kétségbeesetten fordult hozzám – csak annyit mondtam neki, ha bízik magában, hogy jól csinálja, akkor tegye a dolgát.) A megszakadt ellátás a taktikai medicina ellátó visszatéréseivel, irányításának újrakezdésével indult meg ismételten.

Az észtt mentőszolgálat helyszínre telepített sürgősségi ellátóhelyét csak későn sikerült felállítani, gyakorlatilag már alig volt sérült. A külső sérült gyűjtőpont munkaszervezése sem volt megfelelő, a sérültek osztályozás és ellátás nélkül feltorlódtak, érdemi kezelésben nem részesültek.

7.9.2.5. Következtetések/ megállapítások

- Az ATLAS TM program eredményei tisztán láthatóvá váltak, különösen az alapszituációk kezelését illetően (CUF, TFC). A szervezési, kommunikációs problémák egy szinttel feljebb kerültek, a központi irányítás oldalára. Nyilvánvalóvá vált, hogy a parancsnoki képzés megszervezése elengedhetetlen a minőségi ellátás megvalósításához.
- A preexercise training során nyert tapasztalatokat a csapatok jól emelték át a gyakorlatba (csapatmunka és medic integráció), ami hatékonyan segítette a feladatok megoldását. Az új speciális szakterület iránti fogékonyságuk kézzel fogható volt.
- A taktikai szituációkban a műveleti döntésekhez tisztábban kell látni a prioritásokat, ez csak akkor valósítható meg, ha az egységek többet és tudatosabban foglalkoznak olyan események kezelésével, ahol a sérülés újabb változóként jelenik meg.

- A tömeges kárhelyek felszámolásában jelentős előrelépés volt tapasztalható. A lisszaboni tapasztalatokat beépítettük képzési programjainkba, ami az ellátás szervezési oldalán mutatkozott meg leginkább. A parancsnoki irányítás a medic oldalon (medic officer), a gyűjtőpontok, az átkapcsolások és az evakuáció szervezése nagyságrendekkel hatékonyabb volt, mint korábban. A tartalékképzés és az eszközlogisztika, az evakuáció, a polgári együttműködés szervezése, illetve a biztonsági elemek további fejlesztése egyértelmű feladatként jelent meg.
- A polgári ellátók bevetése a műveleti területen továbbra is kétségeket keltett. Ők sem lélektanilag, sem taktikai prioritások terén nem felkészültek. Jelen gyakorlatban is a civilek (lisszabonihoz hasonlóan) inkább akadályként, mint realizálható hozzáadott értékkel voltak jelen. Új tapasztalat volt a politikai nyomásra engedékennyé váló parancsnoklás. A tapasztaltak a civil és a hivatásos szervezetek közötti párbeszéd meg szervezését, erősítését indokolta.
- Tervezés és SOP végrehajtás terén is érezhető volt az előrelépés. A JOC-ba és TOC-ba is került TM-ban jártas egészségügyi ellátó. A JOC inkább fókuszált a polgári ellátásra, ami azonban igen lassan tudott csak reagálni a rendkívüli helyzetre. A fegyelem és a szigorú utasítási lánc a civil szférában nehezebben megvalósuló elemek. A TOC egészségügyi irányú tevékenységét megnehezítették a folyamatosan és dinamikusan változó körülmények (menetből történő felszámolás, „üldözés”). Ebben az esetben egyértelműen az OSC és a team ledereknek kell átvenni a kezdeményezést. Ez viszont nagyobb egészségügyi irányú rálátást követel meg az alsóbb szinten álló parancsnokoktól. Ennek erősítése, kialakítása a MF egyik kihívásává vált.

7.9.2.6. Következmények/ eredmények

- A tallini gyakorlatról készült jelentés áttörést hozott a MF által szervezett TM kurzusok megítélésében. A visszajelzések szerint, a preexercise training megmutatta, hogy a TEK által, az ATLAS támogatásával szervezett képzések gyakorlati szemlélete jelentősen tudja támogatni az egységek életre való felkészítését, minősége pedig kiemelkedik az eddig megszokottól. Ezt követően az ATLAS TM kurzusokon többszörös túljelentkezést tapasztaltunk.
- A tömeges kárhely felszámolásában erősíteni kell a szervezési feladatok képzési anyagát és be kell iktatni azt a parancsnoki képzésbe.
- A polgári infrastruktúrával való hatékony együttműködés elengedhetetlen. Az egyeztetéseket nemzeti szinten, minden CTU-nak meg kell tennie független attól, hogy

milyen TM szisztémát működtett. A párbeszédnek ki kell terjedniük a rendkívüli körülmények közötti mentés alapvetéseire és az összehangolt tevékenység szervezéseinek szabályaira is.

Magyarországon, többek között a tallini tapasztalataimra építve került megszervezésre, az OMSZ S.P.E.C. kurzus. A képzés megindításában, tervezésében és végrehajtásában, mint szervező aktívan vettem részt, felhasználva a speciális környezetben történő életmentés végrehajtásában és szervezésében szerzett tapasztalataimat.

7.9.3. Stockholm STORM Exercise (Svédország), 2017.

7.9.3.1. Előzmények

A NAVAL EG egy igen aktív munkacsoportja az ATLAS Szövetségnek, tevékenységük a legköltségesebbek közé tartozik, tekintettel igen kiterjedt eszközkészletükre (hajók, rohamcsónakok, helikopterek, célterület (kompok). Az általuk szervezett gyakorlatok általában grandiózusak, átfogók. A 2017-es tengeri gyakorlat fő kérdése a határokon átnyúló felszámolás folyamatosan mozgó célterületen, annak minden jogi és szervezési kérdését összefogva. Egészségügyi szempontból az európai terrorhullámban észlelt tömeges sérülések megoldásai álltak a fókuszban. Olyan kárhely felszámolása, ahol az evakuáció, ellátás komoly kihívásokat jelent. A hadgyakorlatra vonatkozó adatokat a 25–26. táblázatokban foglalom össze.

ATLAS STORM NAVAL Hadgyakorlat				
Szervező EG	NAVAL Expert Group			
Téma	Komplex felszámolás tengeri körülmények között. Változó felségvizeken átívelő rendkívüli esemény kezelése (jogszabályi, diplomáciai, műveletirányítási szempontok).			
Résztvevő egységek/országok ATLAS tagok (10)	DSI UEI DSU DELTA KARHU	Hollandia Spanyolország Belgium Norvégia Finnország	GSG 9 VIKING NI EKO COBRA TEK	Németország Izland Svédország Ausztria Magyarország
Résztvevő egységek NEM ATLAS tagok (5)	NTR NBS NIK	Svédország Svédország Svédország	NC2 SOG	Svédország Svédország
Felszámolók száma	100 fő			
Elkövetők száma	18 fő			
Túszok száma	300 fő			
Sérültek száma				

24. táblázat: STORM NAVAL Hadgyakorlat alapadatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)

ATLAS STORM NAVAL Hadgyakorlat	
Műveleti cél	Tűszmentés, realisztikus végrehajtás (real time). Ámokfutás felszámolása. ATLAS tagegységek együttműködése NAVAL szituációban. ATLAS parancsnokság C4 SOP tesztelése. Együttműködés a társszervekkel és civil szervezetekkel.
TM célok	MASCAL szituáció felszámolása. TFC/ PFC ¹¹⁰ (prolonged field care). C4 feladatok végrehajtása a sérültek ellátásának kapcsán. Evakuáció szervezése. Együttműködés a polgári mentőszolgálatokkal.
Preexercise training	TRIAGE a különböző egészségügyi kompetenciaszinteken Gyűjtőpontok felállításának és szervezésének szempontjai
TM scenáriók	MASCAL – 150 civil sérült 40 fő TRIAGE kategória piros (azonnalos) 50 fő TRIAGE kategória sárga (halasztható) 35 fő TRIAGE kategória zöld (minimális, sétáló) 25 fő TRIAGE kategória fekete (halott) A sérültek megoszlása menetközben változott EVAC/ átadás/ kommunikáció

25. táblázat: STORM NAVAL Hadgyakorlat céljai, scenáriói (forrás: szerző saját szerkesztése)

7.9.3.2. Preexercise training:

A gyakorlat célkitűzéseire igazodva került meghatározásra a képzések tananyaga, amihez a korábbi eseményeken tapasztalt fejlesztendő területeket is beemeltem. Az előadások és scenáriók kialakításakor figyelembe vettem az ATLAS TM kurzusokon tudomásomra jutott, a résztvevők által feltárt problémákat is. A képzéseknek két célcsoportját állítottam fel:

- Parancsnoki állomány: az ATLAS egységek és szervezők parancsnokai nyitottak voltak az egészségügyi irányú képzésre. Számukra workshop jellegű, interaktív szituációs gyakorlatot szerveztem, aminek témája olyan művelet tervezése, ami potenciálisan magában hordozza a tömeges sérüléseket. A tervezési fázist követően, szimulált végrehajtás során, pedig a tervek megvalósíthatósága és az változókra való reagálás képezte a képzés tárgyát. Mind a tervezés, mind a végrehajtás irányítottan történt. Mindkét fázisban segítettem, kiegészítettem gondolkodásukat azokkal a szempontokkal, amik nélkülözhetetlenek a művelet egészségügyi vonatkozású feladatainak megoldásában.

A parancsnoki képzés lebonyolításkor négy csoportot hoztam létre, mindegyik ugyanazt a feladatot kapva egymástól elszigetelten dolgozott a tervezési fázisban. A terveket a többi

¹¹⁰ KEENAN Sean – RIESBERG, Jamie C. (2017): Prolonged Field Care: Beyond the „Golden Hour”. *Wilderness & Environmental Medicine*, 28(2 – Supplement), 135–139. Online: [https://www.wemjournal.org/article/S1080-6032\(17\)30063-7/fulltext](https://www.wemjournal.org/article/S1080-6032(17)30063-7/fulltext)

csoport bírálta el, vitatta meg, ahol pro és kontra érvekkel juthattak konszenzusra. A hiányzó elemeket én vettem fel, amire közösen reagáltak. A végrehajtási fázist együtt vezették le.

- Felszámoló állomány: részükre az alapkompenciához rendelt, ATLAS TM képzésbe emelt, saját, MF által elfogadott, úgynevezett TRIAGE Impression algoritmus oktatása történt meg. A képzést két részre bontottam, elméleti előadást követően, egyszerű szcenárió, ahol a két csoportra osztott társaság egyik fele a sérült, másik fele az ellátó team volt (25-25 fő).

Az oktatás alapja azon megfigyelésem volt, miszerint az egészségügyi kompetenciával nem rendelkező felszámolók egy tömeges sérülés esetén lefagynak. Nem tudják hol és hogyan kezdjék meg a segítségnyújtást, ami jelentős idővesztéshez vezet. Másrésről a limitált kompetenciájuk nem ad elég önbizalmat ahhoz, hogy aktívan részt vegyenek a kárhely felszámolásában, inkább utasításra várnak a medic-től, aki viszont erősen túlterhelt. A TRIAGE Impression alkalmazása lehetőséget teremt a feladatok konkréttá tételére, ami jelentős segítséget nyújt a helyszínen lévő felszámolók belső blokkjának áttörésére, így az erőforrások hatékony hadrendbe állítására. A preexercise training tapasztalatait a 27–28. táblázatokban foglalom össze.

Parancsnoki képzés
Megfigyelések, tapasztalatok • A parancsnoki állomány nyitott volt e speciális kérdéskör „játékára”, igen aktív és érdeklődő attitűd jellemezte őket. • Több parancsnoknak semmilyen tapasztalata nem volt az egészségügyi tervezés terén. • A képzésvezetés metodikája hozzájárult a compliance növeléséhez (a parancsnokok egymással vitáztak, nem külső személlyel), a konszenzusra és kooperációra való törekvés erősödött (kevésbé látták a tétjét, presztízsét a témának), a feladatmegoldásnak kommunikációs gyakorlat jellege is lett. • A tervezés összetettsége legtöbbjüket meglepte. • A tervezés szempontjai hiányosak voltak, különösen az egyes munkafolyamatok közötti kapcsolatok szervezésének tekintetében. • Az egészségügyi helyzetre vonatkozó információgyűjtést és felderítést teljesen új elemként értékelték. • A felelősségi területek kijelölése rendre elmaradt (parancsnoki, döntéshozói lánc). • A kommunikáció szervezése parázs vitát váltott ki (egy vagy több csatornás). • Az együttműködők túl nagy szabadságot kaptak (mentőszolgálatok).
Megjegyzés Ez volt az első parancsnoki tréning egészségügyi témában, a „játék” célja inkább a szemléletalakítás volt semmint a konkrét SOP tételszerű elsajátítása. Érezhető volt, hogy a műveleti parancsnokok továbbra is elsősorban a fegyvereikben és erejükben hisznek, az egészségügy mellérendelt értéként azonban érezhetően megjelent és a korábbi lekezelt helyzete, legalább is ebben a csoportban jó irányban változott.

Feed back a parancsnokoktól

A komplexitás felismeréséből fakadóan szinte mindenki jelezte, hogy a kérdések megoldására, a TM-ben jártas személy bevonására van szükségük a parancsnoki központban. A feszített napi menetrendben üdítően mozgatta meg agyukat.

26. táblázat: STORM NAVAL Hadgyakorlat képzési tapasztalatai I. (forrás: szerző saját szerkesztése)

Felszámoló állomány képzése
Megfigyelések, tapasztalatok • A felszámolói állomány egészségügyi képzése igen hálás feladat, mind az elméleti, mind a gyakorlati oktatást nagy érdeklődés jellemezte (érthető saját és társaik sorsáról közvetlenül van szó). • A felszámolók gyorsan elsajátították a TRIAGE algoritmus egyszerű változatát, különösen azért, mert a már meglévő kompetenciáikra építhettek, csak más szemlélettel kellett azokat alkalmazni. • A gyakorlat alatt rárobbantak a sérültekre és villám gyorsan számolták fel a kárhelyt, a korábban észlelt bizonytalanságnak jele sem volt (tudták mit lehet és kell tenni). • A sérültek fegyveres biztosítása többször elmaradt, erre rendre fel kellett hívnom a figyelmet (tömeges kárhelynél nem lehet tudni van-e „alvó”, megbúvó elkövető). • A parancsnoki tevékenységben alkalmazták az elméleti előadásban elhangzottakat, team leader szépen irányított a káoszban.
Megjegyzés Az alapellátói (BTMP) kompetenciák használata jelentős javulást hozhat a tömeges kárhelyek felszámolásában. A konkrét feladatszabás és a szigorúan meghatározott határok feloldják a bizonytalanságot, ami aktívabb részvételt eredményez és a poszttraumás stressz kialakulásának veszélyét is csökkentheti.
Feed back a végrehajtóktól Egyértelműen pozitív visszajelzés érkezett, illetve megállapították, hogy amennyiben lehetőséget kapnának az ilyen helyzetekben, hogy alkalmazzák a tudásukat sokkal értékesebbnek éreznék magukat.

27. táblázat: STORM NAVAL Hadgyakorlat képzési tapasztalatai II. (forrás: szerző saját szerkesztése)

7.9.3.3. A STORM hadgyakorlat kihívásai

A gyakorlat bár több szcenáriófoglalatot magában, egészségügyi vonatkozása a záróeseménynek volt, ami a legnagyobb szabású tömeges kárhely megjelenítése volt az ATLAS történetében. Egészségügyi szempontból több problémát vetett fel, melyek megoldása korántsem könnyű feladat:

- A partoktól távol hajózó, zsúfolásig telt kompon történt, sérüléssel járó rendkívüli esemény logisztikai kihívások tömkelegét jelenti.
- Míg a felszámolás taktikai és technikai elemei adottak, az egészségügyi ellátás szervezésére nincs felkészülve az infrastruktúránk.
- Megközelítés: a felszámolás kapcsán a csapatok bírnak TM ellátókkal, így a fedélzetre jutnak, de egyéb utánpótlása a humán erőforrásnak kérdéses.

- A nagy és tagolt területen szétszórta elhelyezkedő sérültek megtalálása, eljuttatása a kezelési pontokra.
- Eszközellátás: a TM ellátók zsákból, magas mobilitás mellett dolgoznak, készletük gyorsan kifogy. Egészségügyi felszerelés eljuttatása a fedélzetre helikopterekkel lehetséges, de tartalmának összeállítása és a szervezés jelentős időt vesz igénybe.
- Evakuálás: a hajóról több lehetőség is szóba jöhet, de a helikopterek, a gyorsabb mozgású hajók, a csónakok kapacitása kicsi, szervezésük az életben lassú. Technikailag is nehéz végrehajtani. Megoldás lehet a hajó minél előbbi kikötőbe juttatása, de ez is időigényes, különösen, ha a hajó működésképtelenné vált.
- A TM ellátók kompetenciája az akut ellátásra korlátozódik, felszerelésük is erre a célra kialakított. A prolonged field care-re való átállás komoly kihívás, kiváltképpen a szükséges gyógyszerek és a beadásukhoz nélkülözhetetlen felhatalmazás hiánya miatt.

7.9.3.4. A STORM gyakorlat tapasztalatai

- A felszámolásban résztvevő ATLAS CTU egységek többsége rendelkezett a MF által szervezett ATMP vagy ITMP végzettségű egészségügyi ellátókkal, ők a TRIAGE-t szakmailag igen magas színvonalon végrehajtották, a sérültek osztályozása megfelelő módon történt.
- A sérültek szétválogatása és elkülönítése után a TFC-re való átállás zökkenőmentesen ment, a terápia megkezdődött.
- Az egyes ellátók közötti együttműködés azonban nem valósult meg, a medic-ek egymástól függetlenül, elszigetelten működtek (szervezési hiba).
- Az ellátottak újraértékelése elmaradt. A kommunikáció és szakmai vezetés-irányítás hiánya miatt volt, aki többször került vizsgálatra, volt, aki kimaradt (szervezési hiba).
- A PFC átállás hiányzott (kompetencia hiány).
- A kárhelyszín felépítése mozaikosan sikerült. A sérülteket egy helyre szállították, belső gyűjtőpont kijelölése megtörtént, a helyszín kiválasztása jónak volt mondható (jó döntés).
- A TRIAGE súlyossági kategóriák szerinti felosztását elvégezték (jó döntés).
- Az iCCP-hez kaput rendeltek, a kapuban végezték az új bejövő sérültek TRIAGE-t, dokumentálását és onnan történt a megfelelő ellátó helyre történő szállításuk (jó döntés).
- Az egészségügyi ellátókat összevonták (jó döntés). Nem lett azonban egészségügyi szupervizor kijelölve (szervezési hiba).

- Az alapszintű egészségügyi ellátók (BTMP) bevonása nem történt meg, még saját kompetenciájuk szintjén sem. Az egészségügyi ellátók nem használtak „segítőket”, ami jelentősen javíthatta volna az ellátók arányát (szervezési hiba).
- Kezdetben az eszközökből nem állt rendelkezésre tartalék, amikor megérkezett arról nem tájékoztatták az ellátókat. Nem jelöltek ki olyan helyet, ahol a tartalék mindenki számára elérhető (szervezési hiba).
- Az iCCP parancsnokát a TOC kijelölte egy ATLAS CTU team leader személyében, neki tapasztalt egészségügyi ellátó, mint mellérendelt medic szupervizor nem állt rendelkezésére (szervezési hiba). Az ellátók szakmai kontrollja nem valósult meg (szervezési hiba). Az iCCP parancsnokát nem hirdették ki, az ellátók nem voltak tisztában a vezetési struktúrával (szervezési hiba).
- A rendelkezésre álló ATMP/ ITMP állománynak nem került kijelölésre felelősségi terület, szektor (szervezési hiba). Ezáltal az ellátók „ugráltak” a sérültek között, mivel nem kommunikáltak lelassult a TRIAGE, többen többször kerültek értékelés alá (szervezési hiba). Ez az irányítási hiba, a TFC alatt jelentett igazi gondot. A sérültek nem kerültek elosztásra, ellátók nem lettek az ellátandókhoz rendelve, ami a terápiás információk elvesztését jelentette (szervezési hiba).
- Az evakuáció részben állt kontroll alatt, az „azonnalos” sérültek kiürítésére irányult e tevékenység. A kiürítés a komp olyan területére történt, ahova dokkolhat másik, szállításra kijelölt gyorsabb hajó. A kiürítési pontban feltorlódtak a sérültek, mert nem volt lehetőség az elszállításra. Az iCCP és a kiürítési pont között nem volt kommunikáció (szervezési hiba). A feltorlódtott súlyos sérültekre nem szerveztek egészségügyi ellátókat, így ők felügyelet, reTRIAGE és ellátás nélkül maradtak (súlyos szervezési hiba).
- A JOC és TOC parancsnokai nem éltek azzal a lehetőséggel, hogy professzionális ellátókat (orvosok, mentőtisztek) juttassanak a fedélzetre a komp átvizsgálása után, így az ellátók és ellátandók közötti diszkrepancián nem tudták javítani. Más részről a magas egészségügyi kompetenciával rendelkezők nagyban javíthatták volna a PFC ellátás színvonalát (szervezési kérdés).
- A halasztható sérültek fegyveres kontrollja elmaradt, az esetleg jelen lévő „alvó elkövetők” potenciális veszélyt jelentettek, ami támadás esetén további sérülésekhez, káoszhoz, az ellátórendszer összeomlásához vezethetett volna (súlyos taktikai hiba).

7.9.3.5. Következtetések/ megállapítások

- Egy 150 sérültet magában foglaló rendkívüli esemény felszámolása minden esetben a legnagyobb kihívások között említhető. A feladat végrehajtása komoly kompromisszumok vállalásával jár. A megfelelő szervezés, a vezetés és az irányítás jelentősen javíthatja a túlélés esélyeit.
- Egy tömeges kárhely felszámolásának csak egyik oldala a megfelelően végrehajtott sérült osztályozás. A TRIAGE csak egy része a MASCAL szituációk kezelésének, azt megfelelő logisztika kell, hogy támogassa. Ennek megszervezése a JOC, TOC és helyszíni parancsnoki rendszer feladata.
- A logisztikai háttér mellett, különösen szakkiképzett egészségügyi ellátók esetén gondoskodni kell a professzionális szakmai felügyeletről és támogatásról (egészségügyi szupervizor).
- Az iCCP felépítése, a munka szervezése előre meghatározott algoritmusok szerint csökkenti a helyszíni improvizációk szükségességét, így a hibázás lehetőségét. Az iCCP felállításakor a személyekre, helyszínekre, eszközökre és módszerekre irányuló tervezés elengedhetetlen.
- A TOC-nak sokkal nagyobb szerepet kell vállalnia a MASCAL események egészségügyi vonatkozású kérdéseiben. Ez csak a parancsnokok megfelelő képzésével érhető el.
- A BTMP bevonása ilyen nagyszabású káreseménynél erősen javasolt. A kompetenciájuk lehetővé teszi őket a sérültek monitorizálására, logisztikai támogatásra, kommunikáció elvégzésére.

7.9.3.6. Következmények/ eredmények

Az ATHOS és a STORM gyakorlatok nagyban járultak hozzá az ATLAS taktikai medicina képzési programjának fejlődéséhez. Ez egyrészt megmutatkozik az egyéni képességek fejlesztésében, ami a BTMP, ITMP és ATMP kurzusokon oktatott TRIAGE algoritmusok és azok alkalmazási gyakorlatának hatékonyabb kialakítását jelentette.

Másrészről az egyéni képességek kialakítása mellett egyértelművé vált a MASCAL szituációk vezetési, irányítási és szervezési kérdéseinek SOP jellegű meghatározása és oktatása. A feladat konszenzust igényel ezért került megrendezésre a második Medic Expert Meeting, ahol 22 tagegység vezető egészségügyi ellátója vett részt az egységes szemlélet kialakításában.

A MF javaslatomra továbblépett és új kurzust hozott létre a Tömeges Sérüléssel Járó Események felszámolásának oktatására, (MASCAL Event Training Course – METC) néven. Az új képzési elem magában foglalja a különböző kompetenciaszinteken alkalmazható osztályozásokon túl, a rendkívüli esemény erő-eszköz-módszer triászának problémakörét a tervezéstől a végrehajtásig, a személyi döntésektől az allokációig, az egyéni feladatoktól a globális szervezésig.

7.9.4. Lest COOPERATION Exercise (Szlovákia), 2016.

7.9.4.1. Előzmények

A 2016-os év a STORM exercise-ra fókuszált, a BUILDING munkacsoportnak sikerült olyan objektumot lekötnie, ami speciális technikai adottságokkal bír. A lesti NATO kiképző központ lehetőséget ad a folyamatos képfelvétel készítésére, ami sok egységnél nem megvalósítható. A gyakorlat fő célkitűzése a felvételek részletes elemzésével segíteni a felszámolókat, az egységeket taktikai mozgásuk elemzésében, fejlesztésében. A MF önálló állomást kapott, azzal a kéréssel, hogy lehetőleg az alapellátó és szakkiképzett állomány együttműködését mélyítsük.

ATLAS COOPERATION Épületharcászati Hadgyakorlat, Lest				
Szervező EG	BUILDING Expert Group			
Résztvevő egységek/ országok ATLAS tagok (8)	NOCS GSG9 SIU Lucko SIU Swiss	Olaszország Németország Horvátország Svájc	NI EKO COBRA Red Panther TEK	Svédország Ausztria Szlovénia Magyarország
Fő téma	Tűszmentés			
Műveleti célok	Tűszmentés, realisztikus végrehajtás (real time). Speciális behatolási technikák. TM alapképességek. Képfelvétel készítés, elemzés.			
TM célok	TM ellátó és felszámoló egység reagálása a változó környezetre (alkalmazkodás). VIP személy ellátási prioritásainak kezelése. „Ha a Medic sérül”.			
Preexercise training	TM alapellátás és a TM rendszer szervezésének alapvetései (elméleti előadás).			
TM scenáriók	VIP versus felszámoló. Medic sérül.			
	Ellátás/ EVAC/ átadás/ kommunikáció.			
Felszámolók száma	80 fő			
Sérültek száma	fő			

28. táblázat: COOPERATION Épületharcászati Hadgyakorlat adatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)

7.9.4.2. Tapasztalatok

A szcenárió legendája szerint két magasrangú politikus túsul ejtése után a tárgyalások megszakadnak, egyik túszt meglövik, ezért azonnali beavatkozásra kapnak parancsot az egységek. A felderítés szerint a két túszt különböző helyiségekben, emeletes ház két különböző szintjén tartózkodik. Behatolás során az egyik felszámoló az ott fogva tartott tússzal együtt találatot kap. Ellátás megkezdése után rövid idővel, robbanószerkezet működik el, amitől az egészségügyi ellátó sérül. Mindeközben a két emelettel feljebb elszigetelt túszt kiszabadítása is prioritás.

A gyakorlat célja annak a megfigyelése volt, hogy a folyamatosan változó környezetben:

- Hogyan kezelik a prioritásokat.
- Hogyan irányít, kommunikál a csoport parancsnoka a változásokra, hogyan menedzseli az egészségügyi ellátást.
- Befolyásolja-e az ellátás sorrendjét a VIP (civil) és felszámoló közötti státuszkülönbség.
- Egészségügyi felszámoló irányítja-e az alapellátó munkáját.
- Hogyan reagálnak az egészségügyi ellátójuk kiesésére (van-e B terv).
- Hogyan tudnak TM alapképességekkel sérültellátást végrehajtani.

A gyakorlat során mind a nyolc egység végrehajtotta a feladatot, amire 90 perc állt rendelkezésükre.

- A szituáció első részének megoldása szinte minden változatban megtörtént. A presszió, amit a civil sérült ellátására irányult, miszerint magas rangú politikus az ellátandó, nem törte át az ingerküszöböt a legtöbb egységnél. Továbbra is tartották magukat a civilek ellátásának tilalmához és saját bajtársuk kezelését hajtották csak végre. Egyes egységek a harcostársuk ellátása után megkezdték a polgári személy ellátását is.
- Egy egység TM ellátójának sem jutott eszébe, hogy két sérült esetében is alkalmazni kell a TRIAGE-t.
- Néhány egység két sérültet párhuzamosan kezdte ellátni, egyiket a szakkiképzett, másikat egy felszámoló. Ez ott volt megfigyelhető, ahol az egységben az alapellátói képesség már kiépített. Ezen esetekben azonban csak elvétve volt olyan ITMP, aki irányította a BTMP-t. Azoknál az egységeknél, ahol a Medic szaktudás egy emberre korlátozódott vagy pánik alakult ki vagy a TM ellátót egyszerűen magára hagyták.

- Az egészségügyi ellátó sérülése legtöbb esetben káoszhoz vezetett, volt olyan CTU, ahol csak vele kezdtek foglalkozni, a két korábbi sérültet nem vette át senki. Más egységek teljesen szétestek, kapkodni kezdtek, legjobb esetben azonnali evakuációt kezdtek meg. Egyetlen olyan eset volt, ahol a parancsnok utasította a felszámolóit, hogy mind a három sérültet vegyék át és folytassák az ellátást, miközben erősítést kért további mentőegységek helyszínre rendelésére. Ez a TEK volt, ahol a TM rendszer és oktatás kiterjed ilyen változókra is.

7.9.4.3. Következtetések/ megállapítások

- Ismét igazolódott, hogy a TM jogszabályi rendezése égető probléma. Meg kell tudni indokolni, hogy a megszerzett egészségügyi kompetencia miért nem alkalmazható polgári személyek esetében. Másképpen, ha a szakkiképzéssel kompetenciát adunk, akkor azt már ne korlátozzuk.
- Az egészségügyi ellátóknál, erősíteni kell az ellátás irányításának képességet. Tehát meg kell tanulniuk és fel kell vállalniuk ilyen helyzetekben a vezetés feladatait. A feladat végrehajtása csapatmunka, az egészségügyi ellátóknak használniuk kell a rendelkezésre álló „segítőket”, számukra egyértelmű utasításokat kell megfogalmazniuk és folyamatosan gondoskodniuk kell az ellenőrzésükről.
- A TM alapellátói képességek nélkülözhetetlenek, ilyen irányú képzést minden felszámolónak meg kell kapnia.
- Tudatosítani kell, hogy az ellátási sorrend nem etikai kérdés, tisztán szakmai, aminek alapja a TRIAGE.

7.9.4.4. Következmények/ eredmények

Az igen nagy európai felszámolói állományra tekintettel a BTMP képzést leghatékonyabban instruktorok felkészítésével lehet elérni. Az egységes szemléletű kiképzői állomány, egységes algoritmusokkal és nomenklatrúrával képes a TM alapjait megszilárdítani. A korábbi tapasztalatokkal együtt, ezért építettük fel és indítottuk el az ATLAS Taktikai Medicina Kiképző Kurzusainkat (Tactical Medical Instructor Course, TMIC). A TMIC szerves részévé tettük az alapszintű TRIAGE algoritmust (TRIAGE Impression). Az ITMP és ATMP kurzusainkon az ellátásirányításra kiemelt hangsúlyt fektetünk.

7.10. Részkövetkeztetések

A globális terrorizmus eleni harcot csak nemzetközi összefogással lehet hatékonyan megvívni. Az európai terrorelhárítási alakulatokat összefogó ATLAS Szövetség ennek szellemében működik. A különböző szakmai munkacsoportok feladata a legmegfelelőbb eljárások kidolgozása, a tapasztalat- és információcsere lehetőségének megszervezése, a közös gyakorlatok szervezése, a jelentős beruházást igénylő fejlesztések menedzselése, finanszírozása és az új vívmányok képzésének megszervezése. Az ATLAS Network egészségügyi munkacsoportja összegyűjti és elemzi a tagesegységektől származó, a működésre vonatkozó és a feladatvégrehajtásban szerzett információkat, amiket beépít a képzési, oktatási programjába biztosítva a folyamatos fejlődést. A Medic Forum a nagyszabású hadgyakorlatok tervezésével, végrehajtásával és nem utolsó sorban finanszírozásával lehetőséget teremt a gyakorlati tapasztalatszerzésre, a javasolt algoritmusok megmérettetésére a szükséges fejlődési irányok meghatározására. A gyakorlatokon megfigyelt jelenségek módszeres elemzése és a megfelelő következtetések levonása után, a taktikai medicina munkacsoport összefoglaló jelentésben megosztja észrevételeit és javaslatait a parancsnoki állománnyal, illetve a tapasztalatokat beépíti oktatási programjába. A Medic Forum működése nagyban járul hozzá a TM európai gyakorlatának folyamatos fejlődéséhez.

8. A TAKTIKAI MEDICINA EURÓPAI KÉPZÉSI RENDSZERE – ATLAS TAKTIKAI MEDICINA KIVÁLÓSÁGI KÖZPONT

8.1. A képzési rendszer általános jellemzői

Az ATLAS Szövetséget az egészségügyi szárnyának működésével együtt a korábbi fejezetekben bemutattam. A Medic Fórum alapvető célkitűzései az évek során nem változtak, ebben a szervezet küldetésével összhangban, kiemelt szerepet kapott a TM képzés és oktatás megszervezése és végrehajtása. A program legfontosabb elemei:

- A TM gyakorlatban alkalmazható oktatása;
- Egységes nevezéktan bevezetése és használata;
- Több, egymásra épülő kompetenciaszint meghatározása;
- Az egyéni képességek fejlesztésének és fejlődésének támogatása;
- Egységes szemléletű algoritmusok bevezetése minden ellátói szinten;
- Minden tagedység számára elérhető képzések;
- A mindenkori és egyéni igényekhez igazodó kurzusok kínálatának kialakítása.

A képzési struktúra felépítésekor tudatosan figyeltem, hogy olyan rendszer kerüljön kialakításra, ami több mint különböző tematikájú tanfolyamok egyvelege. Az egyes oktatási formák ezért egymásra épülő láncként határozhatók meg, amelyek magukban hordozzák az egyéni fejlődés lehetőségét, az egyre magasabb egészségügyi képességek megszerzését. Az így kialakított rendszerben találhatók alapkursusként meghatározott tanfolyamok:

- Alapszintű TM ellátó (BTMP),
- Középszintű TM ellátó (ITMP) és
- Emeltszintű TM ellátó (ATMP) képzések.

Ezeket, az igényeknek megfelelően speciális tematikájú oktatások egészítik ki:

- BTMP – Triage Officers Instructors' Training Course (TOITC),
- ITMP/ATMP – MASCAL Event Training Course (METC),
- ITMP/ATMP - TM Instructors' Training Course (TMIC),
- BTMP - EOD¹¹¹ Medic,
- SAR Medic.

¹¹¹ EOD: Tűzszerész.

A tanfolyamok oktatási módszertanát is azonos szemlélet jellemez, amelyek szigorú sorrendben egymásra épülve vezetik a teljes tananyagot:

- Elméleti tanórák,
- Egyéni képességek köré szervezett gyakorlatok (skill állomások),
- Gyakorlati scénáriók - szimulációs eszközökkel – tiszta gyakorlat,
- Gyakorlati scénáriók - realisztikus körülmények között – „koszos gyakorlat”,
- Vizsga: elméleti (teszt), skill, szituációs.

Módszertan tekintetében az Európai Újraélesztési Társaság által is használt négy lépcsős felnőttképzési modellt választottam,¹¹² ami a leghatékonyabb forma a reszuszcitáció protokolljának átadására. A módszer négy fázisa:

- Instruktori valós idejű bemutató,
- Instruktori bemutató folyamatos instruktori magyarázat mellett,
- Oktató által végrehajtott, de egy önként jelentkező kandidáns által diktált végrehajtás,
- Az oktatásban résztvevők gyakorlása.

A kurrikulum is egységes szemlélettel került összeállításra. A meghatározott tananyag, különböző tanfolyamokon azonos megközelítésben kerül a leadásra, az adott kompetenciaszinthez illesztett tartalommal. A kurzusok felépítésére jellemző, hogy blokkokban, egymásra épülve alakítottam ki az elsajátítandó elméleti háttértudást és gyakorlati képességeket. Főbb összetevők:

- cABCDE/ MARCH megközelítés az élettani prioritásoknak megfelelően;
- 3-4-5 és kiegészítő kérdések és lehetséges válaszok mentén haladva;
- Élettan és anatómia elméleti anyag ABCDE sorrendben;
- Kórélettan elmélet, propedeutika elmélet és skillek - ABCDE sorrendben;
- Beavatkozások elmélete, skilljei és gyakorlata – ABCDE sorrendben;
- Algoritmusok elmélete, skillje és gyakorlata.

A fenti sorrendben történő oktatásszervezés minden tanfolyamunkon megvalósul. A speciális tematikájú képzések ezeket a pontokat egészítik ki az elmélet- skill –gyakorlat rendezési elv mentén. A TM képzések általános jellemzőit a 30. táblázat tartalmazza.

¹¹² *Módszertani kézikönyv skill képzésekhez* (2019). Budapest: ÁEEK. Online: https://medsim.unideb.hu/sites/default/files/upload_documents/modszertani_kezikonyv.pdf

Oktatási eszközök beszerzését, 2019-ben a TacMed COE alapításakor az EU jelentős összeggel támogatta, így sikerült önálló szimulációs labort kiépítenünk. Az eszközök magas színvonalú, hifi technikát is felvonultató készlete lefedi az összes oktatandó területet. Ez tette lehetővé, hogy a korábban SE Szimulációs Tanszéki Csoport által rendelkezésünkre bocsátott helyszínt és eszközöket, jóval rugalmasabb felhasználási lehetőséget nyújtó, saját készletre cseréljük.

		Megjegyzés
Instruktorok	orvosok, mentőtisztek TM gyakorlattal	harcéri és polgári ellátás együttes jelenléte
	orvosi egyetemi oktatók	
Instruktor/diák arány	1:2, 1:3	személyre szabott, közvetlen kapcsolat, intenzív oktatás
Helyszínek	előadóterem	TEK
	szimulációs labor	TEK
	kórbonctan	SE
	lőtér	TEK, éles lövészetbe integrált sérültellátás
	terep	TEK
Szituációk	repülőgép, metro, busz, gépjárművek, harci jármű, csapatszállító teherautó, épület, nyílt terep, éjszaka, nappal	műveleti és személyvédelmi helyzetek
Egészségügyi megközelítés (protokoll)	ABC/cABCDE MARC/MARCH	CUF, TFC, EVAC, MASCAL, CBRN
	3-4-5 kérdés + kiegészítő kérdések	
Közreműködők	Magyar Vöröskereszt Baleseti Szimulációs Társaság	sérült imitáció, realisztikus műveleti környezet
	TEK műveleti állománya	
	TEK CBRN egysége	

29. táblázat: A TM képzések jellemzői. (forrás: szerző saját szerkesztése)

8.2. ATLAS TacMed COE kurzusai

8.2.1. Alapszintű Taktikai Medicina Ellátó Képzés (BTMP)

Célja a minden felszámoló számára kötelezően szükséges egészségügyi ismeretek oktatása, speciális elsősegélynek tekinthető, mely invazív beavatkozásokat nem tartalmaz. A három napos, 24 órás tanfolyam vizsgával zárul. Az ATLAS-ban szervezésére jellemző, hogy az oktatandó felszámolók számától függően, meghatározott mennyiségű instruktor utazik a képzést kérő országba. A résztvevők száma nem korlátozott. A szükséges eszközöket az oktatók viszik magukkal.

8.2.2. Középszintű Taktikai Medicina Ellátó Kurzus (ITMP)

Célja az egészségügyi szakkiképzett állomány kialakítása, épül a BTMP képességekre, de mélyebb elméleti háttértudást, invazív egészségügyi skilleket és komplex algoritmusokat tartalmaz. A hatnapos, 52 órás tanfolyam komplex vizsgával zárul (elméleti teszt, skill és gyakorlat), a sikeresen teljesítők oklevelet kapnak. Szervezésére a TEK budapesti objektumában kerül sor. Egy képzésen maximum 16 diák vehet részt, így lehet az ideális instruktorkandidáns arányt fenntartani. Általában 3-4-szeres túljelentkezés jellemzi őket. A képzés bonctermi gyakorlatot, éleslövészeti közbeni sérültellátást is tartalmaz, amelyek a legnépszerűbb foglalkozásai. A realisztikus szituációs gyakorlatok kialakításában a smikelt és szerepet játszó sérültek mellett, a TEK felszámolói működnek közre. Ezzel a valóságnak mindenben megfelelő taktikai mozgásokkal végrehajtott műveletekbe kell illeszteni a sérültellátás megfelelő algoritmusait. A tömeges ellátásra vonatkozó elmélet és gyakorlat önálló blokkját képezi a curriculumnak. A végzett ITMP kollégák kitűző viselésére válnak jogosulttá. A színkóddal ellátott karjelző mutatja viselőjének egészségügyi kompetenciáját, ezáltal a határon átnyúló műveletekben javítja a művelet egészségügyi tervezését és végrehajtását.

8.2.3. Emeltszintű Taktikai Medicina Ellátó Kurzus (ATMP)

Az emelt szintű kurzus célkitűzése, a kezdeti koncepcióhoz képest, változtatni kellett. A program kiépítésekor az ATMP tanfolyam a diplomás taktikai medicina ellátókat szólította meg (orvosok, mentőtisztek). Sajnálatos módon, 2014-ben még olyan kevés e kategóriába sorolható CTU alkalmazott állt rendelkezésre Európában, hogy az összlétszámuk egy rendezvényt sem töltött volna meg. Ugyanakkor a parancsnokokkal és a külföldi kollégákkal való megbeszélésekből egyértelműen körvonalazódott egy szűkebb állománycsoport, akik az egészségügyi biztosítás-képesség kialakítására és fenntartására kaptak utasítást egységükben. Őket leginkább csoportvezetőként vagy rangidős ellátóként írhatjuk le. Számuk az évek során egyre nőtt. Ez nagyban köszönhető a parancsnoknak adott javaslataim befogadásának, miszerint az egészségügy önálló képességként kezelendő, ami jól illeszthető az ilyen speciális képességgel rendelkező felszámolók életpályamodelljébe. E kollégák, a koruk előrehaladtával vagy sérüléseik miatt, amikor a fizikai elvárásokat már nem tudják teljesíteni, jól alkalmazhatók a taktikai medicina képesség szervezésében, oktatásában és összefogásában. Tapasztalatuk, tudásuk így nem veszik el, és önálló beosztást képviselnek a logisztikai támogatásban. További előnyük, hogy képzett felszámolóként a műveleti taktikák készség szintű ismeretével rendelkeznek így bevetésükre minden adott.

A rangidős egészségügyi tisztek képzése hatnapos, 52 órás tanfolyam, ami szintén komplex vizsgával zárul. A tananyag elméleti oldalát az ITMP-hez képest tovább mélyítettem, az invazív beavatkozások tárházát bővítettem. A taktikai sürgősségi egészségügyi ellátórendszer felépítésének és működtetésének elemei bekerültek az oktatási anyagba. Fontos hangsúlyozni, hogy az ATLAS medic kurzusok alapfilozófiája, hogy az általunk bemutatott verziók - javaslatok. Az üzenet, hogy hazatérve mindenki alakítsa ki az egységének, hazájának infrastruktúrájába illeszthető változatát. A szervezési kérdések elméleti alapjainak ismertetését „table top exercise” (TTx) követi. A csoportokban végrehajtott gyakorlat az egyik legkedveltebb része a tanfolyamnak. Tapasztalataim szerint e gyakorlat számos értékes kimenettel bír. A csapatmunka során a résztvevők kommunikációja, együttműködési készsége és kreativitása is megmérettetik, olyan benyomásokkal gazdagodnak, amit jól tudnak majd alkalmazni a további munkájuk során. A visszajelzéseink is ezt a megállapítást támasztják alá. A végzett ATMP kollégák szintén kitűző viselésére válnak jogosulttá.

8.2.4. Taktikai Medicina Instruktoroképző Kurzus (TMIC)

Az instruktoroképzés megszervezésének háttérében két elméleti elgondolás állt. Az első egy meggyőződés, miszerint a legtestreszabottabban és leghatékonyabban a saját erőből szervezett tanfolyamok tudják az alapképességek felépítését szolgálni. A felszámolók egészségügyi képességénél érezhető legerősebben a műveleti integráció igénye. Az egyes egységek önmaguk felelnek az alkalmazott taktikai eljárásaikért, ezek, ha nagyban nem is, de mutathatnak különbségeket az európai közösségben. A minden beavatkozó számára szükséges életmentő beavatkozások illesztése a gyakorlati végrehajtásba leginkább saját kiképzők által történhet a legmegfelelőbb és a leghitelesebb módon. Másrésről az európai egységek állományának nagysága jelentős különbségeket mutat. Nagyszámú egységeknél a BTMP kurzusok lebonyolítása sok időt vehet igénybe, aminek szervezése külföldről érkező instruktorokkal körülményes és drága. Összeségében a kiképzés időben elnyúlhat, a szükséges kompetenciák megszerzése, majd később fenntartása nehézkessé válhat. E tekintetben a saját erőből történő szervezés jóval rugalmasabban tudja kiszolgálni az igényeket. A második egy következtetés, ami az ATLAS TM oktatási program sikerességéből fakad. Az egyre növekvő számú ITMP, ATMP állomány lehetőséget teremtett a képzésbe történő bevonásukra, hiszen kompetenciájuk már jóval meghaladta az alapként meghatározott szintet. A kiképzői feladattal való megbízásuk, elméleti alapon, pedig számos előnyt vetett fel. A tanfolyamok intenzív kapcsolata a „medic” személyek megismerésének jó forrása, segít kialakítani az állomány

elismerését, bizalmát. A képzést ezért ITMP, ATMP vagy ezekkel ekvivalens kompetenciával rendelkezők számára hirdetjük meg.

A TMIC célja olyan kiképzők felkészítése, akik az alapképességek oktatását el tudják végezni, meg tudják szervezni mind a tanfolyamokat, mind a fenntartó képzéseket. A négynapos 28 órás tanfolyamon maximum 20 fő képzését vállaljuk, anyagában két nagy blokk különül el. A résztvevőknek végig kell menniük az általunk tartott BTMP kurzuson. Az első eligazításon minden esetben elmondjuk, hogy figyeljék az instruktorok minden mozdulatát, jelenlétét és az attitűdjüket. Itt nem a sérültellátás algoritmusán van a fő hangsúly, hanem annak oktatási módszertanán. A másik terület az oktatási készségek fejlesztése, abból kiindulva, hogy a pedagógia külön szakterület és valaminek az ismerete nem jelenti, hogy azt tanítani is képesek vagyunk. A módszertani fejezet is tovább osztható:

- Elméleti oktatás oktatása: a hallgatók megismerik a prezentáció készítés alapvető szabályait, majd gyakorlatban az általunk megadott témát fel kell dolgozniuk, egymásnak elő kell adniuk.
- Skill képességek tanításának oktatása: elődást hallanak a gyakorlati készségek átadásának főbb lépcsőiről, a 4 lépcsős képzési metodikáról, majd a gyakorlatban önállóan kell egyszerű skilleket egymásnak oktatniuk, a felkészüléstől az zárásig.
- Szcenáriók vezetésének oktatása: szintén egy elméleti, majd egy gyakorlati részből áll.

A kurzus alatt az instruktoraink különböző élethelyzeteket alakítanak ki, különböző a normálistól eltérő szituációkat játszanak el hallgatóként, ezzel segítik a leendő kiképzők tapasztalatszerzését. Minden egyes oktatási gyakorlatot megbeszéléssel zárunk, ahol az instruktor kandidánsok visszajelzést kapnak egyrészt társaiktól, másrészt képzőiktől.

A tanfolyam elvégzését követően az oklevél mellett a résztvevők elektronikusan megkapják az ATLAS BTMP kurzus teljes anyagát az előadásokat, a skill állomások részletes leírását, anyagigényét és a szituációk teljes ismertetésével. A célunk, hogy támogassuk és felgyorsítsuk a tagegységi önálló tanfolyamok szervezését, csökkentsük a végzett instruktorok terhelését.

8.2.5. Tömeges sérüléssel járó események felszámolásának kurzusa (METC)

A képzés célja, a CTU-k hatáskörébe tartozó, tömeges sérüléssel járó rendkívüli események kapcsán szükségessé váló egészségügyi feladatok ellátásának képességét kialakítani. Az egyik legaktuálisabb témát dolgozza fel a tanfolyam, miszerint a napjainkra jellemző postmodern terrorizmus modus operandiainak fókuszában, a minél több emberáldozatot és sérülést okozó támadások állnak. Nem MIMMS tanfolyam, inkább a záráson belüli speciális beavatkozó egységek feladatait foglalja magában. A tananyag „first responder”-

i megközelítésben fogja össze a tömeges sérülések kezelésének algoritmusait, egyértelműen a helyszíni, gyakorlati teendőkre koncentrálni. A kurrikulum lefedi a sérültosztályozás protokolljait, az evakuációs módszereket, a belső sérült gyűjtőpont kialakításának és működtetésének szabályait, ahol a CBRN környezetben történő munkavégzés önálló blokkként jelenik meg. A legnagyobb közreműködő számot igénylő képzési forma, az egyszerre 50 sérült ellátásának gyakorlatahoz. A METC jellegzetessége, hogy nem csak az ITMP-k, ATMP-k, de a diplomás kollégák között is igen népszerű a négynapos, 28 órás tanfolyam, amin egyszerre 16 kollégát tudunk fogadni.

8.2.6. TRIAGE Tiszt Instruktor Képző Tanfolyam (TOITC)

Míg a TMIC és a METC tanfolyamok az ITMP és az ATMP kurzusokra építenek bemeneti kompetenciák tekintetében, addig a TOITC jól egészíti ki a BTMP tudást az ATLAS képzési programban. Ugyanakkor az általános rendőri szerveknél még alapszint sem megtalálható, ezért a TOITC úgy került összeállításra, hogy elvégzéséhez nincs szükség előzetes egészségügyi ismeretekre. A képzés háttérében az ATLAS Szövetség szemléletváltása figyelhető meg. Az európai rendvédelmi elitet összefogó hálózat – az Európai Bizottság bátorításával – azt tűzte ki céljául, hogy nem csak a napi gyakorlat megoldásaiban, hanem a rendkívüli helyzetekre való felkészülésben is zászlóshajóként lép fel. Ez a kezdeményezés 2020-tól kezdve folyamatosan szerepelt a parancsnoki értekezletek napirendjében. Abban az időben csak a Medic Forum, TacMed COE rendelkezett évekre visszamenő referenciákkal komplex oktatási program szervezésében. Nem volt kérdés, hogy a választ tőlünk várták, amit meg is adtam. A TOITC célja az általános rendőrök egészségügyi képzése a tömeges sérüléssel járó kárhelyek felszámolásának megkezdésére. Egy egyszerű sérültosztályozási algoritmus áll a középpontban, amihez csak a képzésen elsajátítható alap skill készségek szükségesek. A kialakított képességeknek nem lehetett célja a komplex TRIAGE és MIMMS jellegű és szintű tudás átadása, sokkal inkább a kezdeti feladatok ellátása, a káosz felszámolásának megkezdése. Konkrét teendők meghatározásával oldható a helyszínre érkező egészségügy szempontból laikus rendőrök pszichés blokkjának oldása, csökkenthetők az értelmetlen látszattevékenységek és nem utolsósorban, a PTSD kialakulásának valószínűsége csökkenthető. Tekintettel a hatalmas számú terepen dolgozó európai rendőri állományra, a tudásátadást instruktorképzés formában javasoltam végrehajtani. A tananyag ezért a TMIC oktatási blokkjait is magában foglalja. A tanfolyamot az európai ügynökségek együttműködésének keretében a CEPOL hirdeti meg és végzi teljeskörűen a szervezési feladatokat. Az EUROPOL az ATLAS szövetségen keresztül a végrehajtásért felel. A képzés négynapos, 28 órás és maximum 24 diák

számára kerül megrendezésre a TEK budapesti központjában. A résztvevők sikeres vizsga után a teljes TRIAGE Officers' Training Course tananyagát megkapják, ezáltal a saját, nemzeti képzés megszervezése jóval könnyebbé válhat.

8.2.7. Tűzserész Medic Képzés (EOD Medic)

Egészségügyi területen az európai rendvédelmi ügynökségek és hálózatok együttműködésének másik eredménye az EOD Medic tanfolyam. Kezdeményező az Európai Tűzserész Network (EEODN¹¹³), akik konkrét TM irányú képzés megszervezésével keresték meg az ATLAS Szövetséget. A felkérésben alapszintű oktatást kértek, amely lehetőséget teremt a terepen sérült tűzserészek önellátói képességeire. A sérülési körülményeket figyelembe véve, olyan kurzust állítottam össze, ami BTMP és METC metszetében álló kompetenciákat tartalmaz. Magában foglalja a robbanást követő tömeges kárhely felszámolásának első lépéseit, a sérültosztályozás egyszerű és komplex változatát, továbbá a CUF és TFC alapszintű algoritmusait. A négynapos, 28 órás képzésen 24 diák vehet részt. A tanfolyamot az EEODN hirdeti meg, szervezi a végrehajtásért az ATLAS TacMed COE felel.

8.3. Az ATLAS TacMed COE TM oktatási és képzési programjának értékei

A taktikai medicina képzések egyértelmű célja az egészségügyi képességek kialakítása több kompetencia szinten. A program mintát kínál a progresszív szemléletű ellátói lánc kiépítésére is, olyan kínálatot biztosít, amiben minden nemzet megtalálhatja aktuális állapotának megfelelő képzést. A végrehajtásorientált szemlélet azok számára is jó gyakorlási lehetőséget ad, akik magas szinten alkalmazzák a TM-t. Mindezek hozzájárulnak a képzések sikeréhez, népszerűségéhez. Az oktatási program azonban több mint egyszerű tematikus képzések sorozata. Az évek során a képzés csapatépítő szerepe egyre erősebb lett. A résztvevők egymással kapcsolatot tartanak, megbeszélik tapasztalataikat, megosztják javaslataikat, így a TM ellátók egy összetartó közösség a közösségben. Sajnálatos módon a szenzitív terület miatt ennek nyílt platformját még nem sikerült kialakítanom. Az EUROPOL kommunikációs csatornáit védettek, levélteli pontjai korlátozottak, országonként egy-két SIENA¹¹⁴ végpont található. Ezen keresztül a közösségi jellegű kommunikáció nem megvalósítható. Fejlesztését már többször kezdeményeztem, eddig megoldást nem találtak.

¹¹³ EEODN: European Explosives Ordinance Disposal Network (Európai Tűzserész Társaság).

¹¹⁴ SIENA végpont: zárt kommunikáció végrehajtására alkalmas elektronikus infrastruktúra végpontja.

8.4. Részkövetkeztetések

Az ATLAS Szövetség egészségügyi munkacsoportja 2014-ben indította a taktikai medicina oktatási és képzési programját. Az oktatási rendszer legfőbb értékei: a kurzusok minden egység számára való elérhetősége, az igényekhez igazodó különböző kompetenciaszintekre épülő tanfolyamok, az egységes nomenklátúra használat, az azonos felépítésű, jól oktatható, ezáltal könnyen elsajátítható algoritmusok, az egységes oktatási metodika és a magas instruktor/kandidáns arány. A képzések végrehajtását egyrészt tapasztalt, diplomás taktikai medicina ellátók, másrészt orvosi egyetemi oktatók végzik, ami garanciát jelent, hogy mind a rendőri műveletek specialitásai, mind a polgári egészségügyi ellátás elvárásai egyszerre érvényesüljenek. Az oktatási program kurzuskínálata lehetőséget ad az egyéni fejlődésre, az egyre magasabb egészségügyi kompetenciák megszerzésére. A posztmodern terrorizmusra jellemző, tömeges sérüléssel járó rendkívüli események kezeléséhez, alap- és középszintű egészségügyi képességekre épülő sérültosztályozási rendszert ajánl önálló tanfolyamok formájában. A rendvédelem egyéb speciális területeire szabott kurzusokkal, mint a tűzserészet vagy a kutató-mentő tevékenység, hozzájárul az európai rendvédelem speciális egészségügyi ismereteinek bővítéséhez.

Az ATLAS Oktatási és Képzési Program a modern taktikai medicina modellre épül, rendszerszintű megközelítést támogat, TM instruktorok képzésével és a TEMS felépítésének javaslataival elősegíti a CTU egységek önállóságát. A TM képzési rendszer elismerése, hogy 2019-ben az Európai Bizottság támogatásával megalapításra került az első rendvédelmi kiválósági központ, az ATLAS Center of Excellence for Tactical Medicine.

9. AZ ATLAS TAKTIKAI MEDICINA KÉPZÉSI ÉS OKTATÁSI PROGRAMJA ÉS VÉGREHAJTÁSA (2014–2024)

A múlt eseményeinek elemzésekor, a trendek vizsgálatánál és az összehasonlító elemzéseknél is előszeretettel használunk kerek évfordulókat. Esetemben az áttekintésnek nem csak ez a szokás adta meg a kereteit. AZ ATLAS Szövetség Taktikai Medicina Oktatási és Képzési Programját 2014-ben indítottam meg. Az oktatási rendszer hadrendbe állításának háttérében álló főbb okok:

- A posztmodern terrorizmus, a globálissá váló fenyegetés Európában is realizálódott, amire választ kellett adni. A reagálás nem hagyhatta figyelmen kívül a nagyszámú emberáldozatok helyszíni ellátásának problémakörét.
- Az Európai Unió államaiban, a CTU-k gyakorlatában, anyagi támogatásában és szemléletében is jelentős minőségbeli különbségek voltak felfedezhetők, a megállapítás különösen igaznak volt mondható az egészségügyi támogatás rendszerére.
- A 2010-ben alapított TEK új szemléletet hozott a műveletek egészségügyi biztosításában.
- A TEK TM modellje számos megoldást kínált az európai elit rendvédelmi alakulatok egészségügyi biztosításának dilemmáiban.
- Az ATLAS 2012-ben indított egészségügyi projektje nem tudta minden egység igényeit kielégíteni, az új, átfogóbb képzés lehetőségét kínáló javaslatom felkeltette a parancsnokok többségének érdeklődését.

Az ACF 2013-as döntéssel új munkacsoportot hozott létre a Medic Fórumot, ami 2014-ben a meghirdetett programja mentén megkezdte tevékenységét.

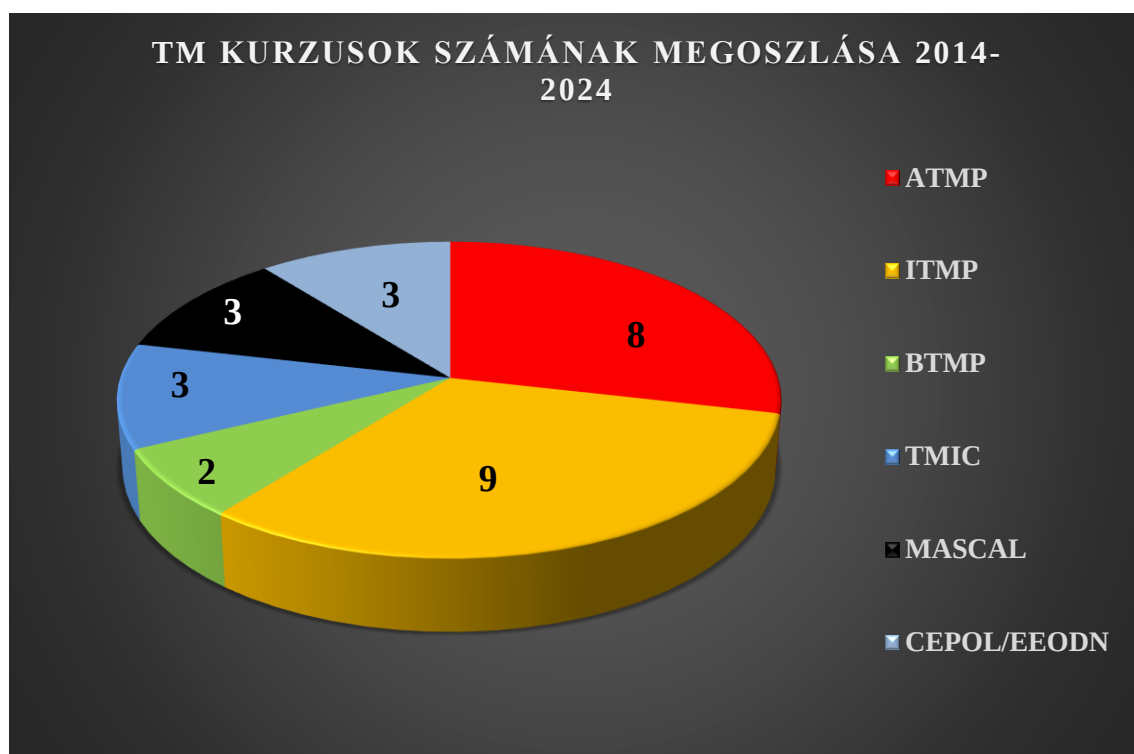
9.1. Az ATLAS TM tanfolyamok a számok tükrében (2014–2024)

Az ATLAS Taktikai Medicina Képzési és Oktatási Program az idő tengelyén folyamatosan változó, fejlődő képet mutatott. A megállapítás igaz az egyes tanfolyamok tartalmára és szerkezetére, illetve a program kínálati skálájára is. A változás alapja az egységek igényeinek folyamatos monitorizálása volt, ami a mai napig alapvető szemléletem. Meggyőződésem, hogy csak az állandó kapcsolattartás, az érintettekkel való megfelelő kommunikáció által érhető el a hatékony szolgáltatás, márpedig az oktatás helyes megközelítése véleményem szerint, a hiteles szolgálati attitűd.

A program indulásakor célom volt minden egység számára elérhető és aktuális szükségéhez igazított rendszer kialakítása. Nem burkoltan a víziómban az szerepelt, hogy ne legyen olyan a közösségünkben, aki nem csatlakozott a projekthez. Meggyőződésem szerint

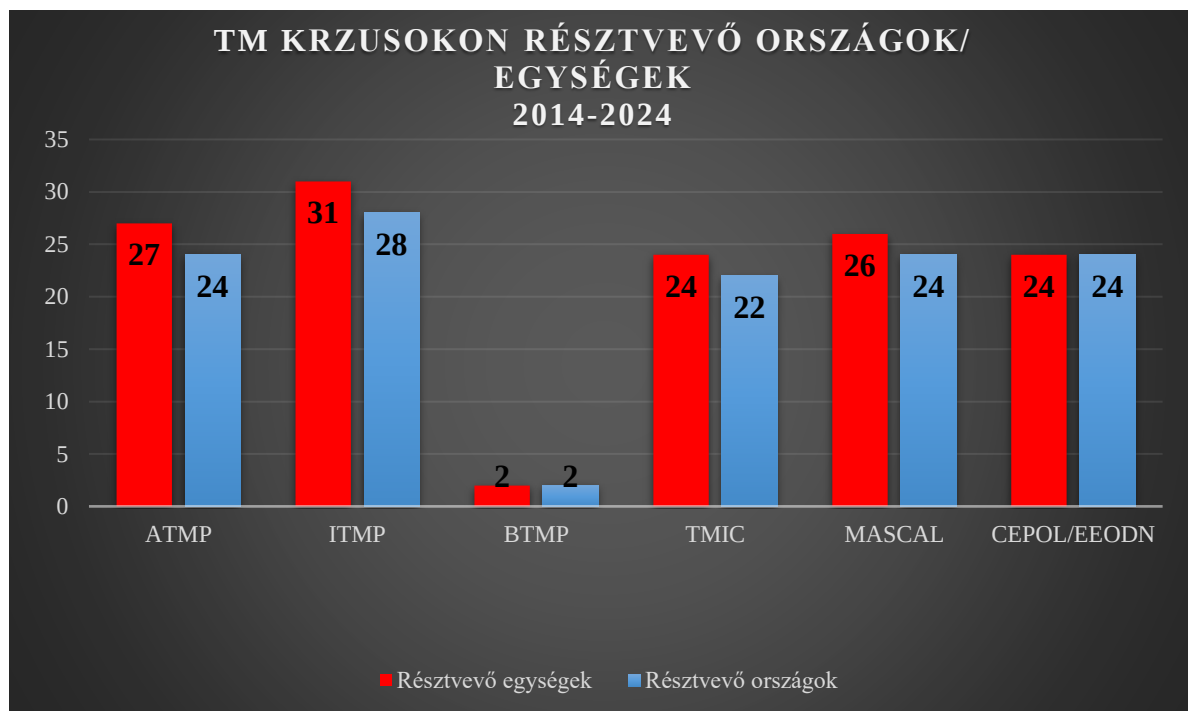
csak személyes tapasztalat alapján lehet megítélni a rendszer hozzáadott értékeit, gyakorlati hasznát.

A vizsgált időszakban 2014–2024 között 28 nemzetközi kurzust szerveztem. Az egyes kurzusok, összhangban az egységesített nomenklatúrával, meghatározott bemeneteli követelmények és kimeneti célok mellett kerültek meghirdetésre. A tanfolyamok típus szerinti megoszlását a 24. ábra mutatja.



24. ábra: A TM kurzusok típus szerinti megoszlása. (forrás: szerző saját szerkesztés)

A program indulásakor kitűzött célokat maximálisan sikerült elérni. Az ATLAS Szövetség 32 országából mind a 38 tagegység részt vett valamelyik taktikai medicina képzésen. Az Unios együttműködés jegyében a CEPOL és EEODN részére szervezett tanfolyamok további 15 nem ATLAS szervezeti egységgel bővítették a résztvevők számát, amelyeken 74 rendőrtiszt vett részt. Összesen 53 különböző rendvédelmi feladatot ellátó szerv, 496 rendvédelmi alkalmazottjának tartottunk egészségügyi tematikájú oktatást.



25. ábra: A résztvevő országok és egységek számának megoszlása a képzés típusai szerint. (forrás: szerző saját szerkesztése)

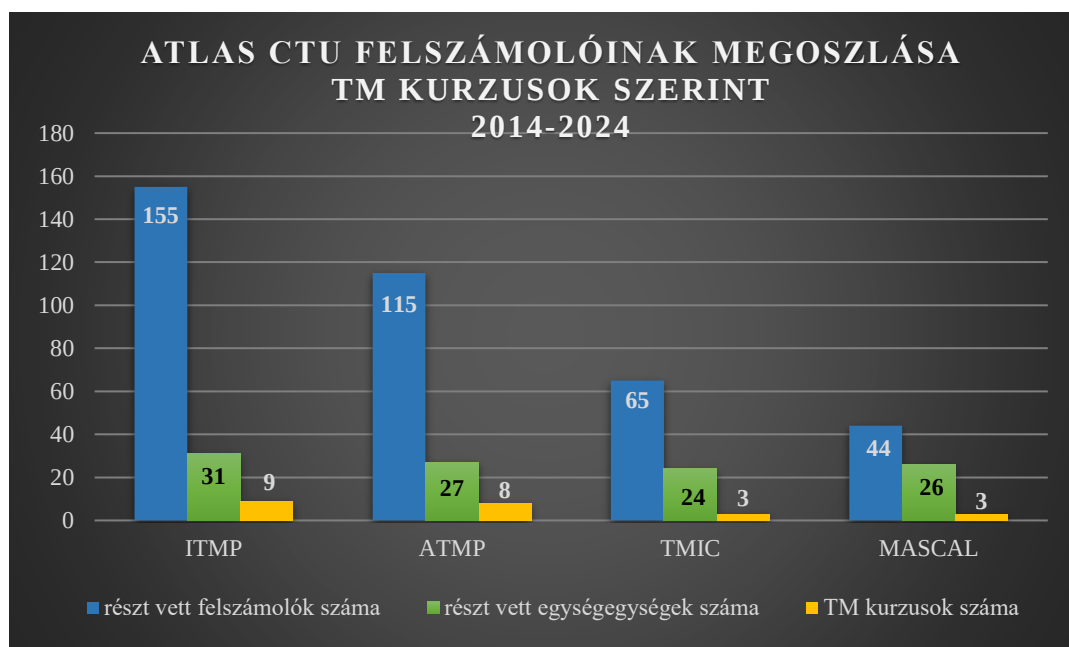
Az ATLAS Szövetség állományát véve alapul, 422 felszámoló taktikai medicina felkészítést végeztük el 10 év alatt. A résztvevő országok és egységek számának megoszlását a képzés típusai szerint a 25. ábra mutatja. Az adatok azt mutatják, hogy a középszintű TM ellátók hadrendbe állítására volt leginkább igény, aminek okai:

- Az egészségügyi képességgel nem rendelkezőknél, ez az új logisztikai támogatási formának a leginkább és a leggyorsabban elérhető formája.
- A már TM ellátókkal rendelkezők jellemzően folytatva hagyományaikat, inkább bővítették ezt az állománycsoportjukat, illetve lehetőséget láttak a gyakorlásra.

A népszerűségben nem sokkal lemaradva az ATMP kurzusok következtek. A felhasználás itt is kettős:

- Számos ITMP-t végzett felszámoló tért vissza a magasabb kompetencia megszerzéséért, ezáltal emelve a minőséget egységükben az egészségügyi biztosítás terén.
- Azok, akik máshol szereztek középszintnek megfelelő tudást, kompetenciájuk bővítésére ragadták meg az alkalmat.

A TMIC és METC tanfolyamok már a TM szakkiképzettek speciális tematikájú képzését biztosítják. Időben később indultak, aminek oka, hogy belépőként ITMP vagy ATMP szintű végzettséget igényelnek. A hatékony szervezésért ki kellett, hogy várjuk azt az időt, amíg a szükséges képességek megjelentek az egységek nagy százalékában. Mindkettőre többszörös túljelentkezést tapasztalunk.



26. ábra: A TM kurzusokon résztvevő felszámolók száma. (forrás: szerző saját szerkesztése)

Míg az ITMP és az ATMP ellátók jó szolgálatszervezéssel biztosíthatják a műveletek egészségügyi felügyeletét, ezért abszolút számuk is informatív az egészségügyi képességek megítélésakor, addig az alapképesség javaslatunk szerint minden felszámolónál kötelező elem. A felmérést itt a műveletet végrehajtó állomány százalékos arányban érdemes értékelni. A TEK-ben a BTMP képzés folyamatos, az alapképzés része, mind a személyvédelmi, mind a műveleti állomány tagjai 100%-ban felkészítettek BTMP szinten. A TM kurzusokon résztvevő felszámolók számát a 26. ábra mutatja.

9.1.1. Összegzés

Az ATLAS Medic Forum és a TacMed COE oktatási tevékenységét egészében vizsgálva, a szervezett tanfolyamokon felül, meg kell említeni a hadgyakorlatok témájához illesztett, szemléletében a teljes kurzusokkal mindenben egyező, rövid taktikai medicina képzési blokkokat. A résztvevők volumene miatt a számadatok itt kevésbé pontosak, a regisztrált résztvevők alapján, ebben a csoportban 480 fővel lehet számolnunk és további kilenc nem ATLAS egységgel.

Taktikai medicina oktatásra vonatkozóan további állománycsoportot képez a TEK saját állományának egészségügyi felkészítése, ami BTMP szinten 512 rendőrt, ITM – ATMP képesség esetén 54 főt jelent.

Mindent összevéve elmondható, hogy az ATLAS Taktikai Medicina Oktatási és Képzési Programhoz csatlakozóan, a TM irányú képzések valamilyen formájában 62 rendőri szerv 1542 alkalmazottja részesült.

9.2. Az ATLAS egységek taktikai medicina képességeinek változásai (2014–2024)

9.2.1. Medic Forum kérdőíve (2024)

A kérdőív összeállításának és a vizsgálatnak kettős célja volt. A tudományos kutatásom az alkalmazott tudományok körébe sorolható. Az ATLAS Szövetségben betöltött tisztségem lehetővé tette, hogy átfogóan lássak rá az európai elit rendvédelmi egységek taktikai medicina szemléletére, gyakorlatára, erőseire és problémáira. A medic munkacsoport vezetőjeként folyamatosan kaptam információkat a globális európai és nemzeti szintű trendekről, fejlődésről vagy éppen gátakról. Lehetőséget kaptam, hogy a kutatásom részeredményeit folyamatosan ültessem át a gyakorlatba, az ezek alapján javasolt változtatásokat nyomon tudjam követni és különböző módon visszaellenőrizzem. Másrészt a feladatom része a rendszeres elszámolás az EU irányában. Tíz év jó apropó volt egy átfogó jelentés készítéséhez, amit az ATLAS parancsnokok, az EC képviselők és az EUROPOL vezetőség felé előadhattam.

A kérdéscsomag átöleli az elmúlt 10 évben, az ATLAS tagegységekben a TM téren történt változásokat, felméri, a fent említett Taktikai Medicina Oktatási és Képzési Program eredményeit, vizsgálja:

- A TM-mel kapcsolatos szemléletváltozást 2014. és 2024. összevetésében;
- A TM képességek változását a TM ellátók számának, kompetenciaszintjének alakulásán keresztül;
- Az ATLAS TacMed COE szerepét a létrejött változásokban;
- A TM TacMed COE kurzusainak minőségét;
- A jövőre vonatkozó további igények feltérképezését.

9.2.2. A kérdőív felépítése

A kérdőív a fenti kérdésköröket blokkokban taglalja. Első kérdéskör hat kompetencia szerinti bontásban, a TM képességek meglétére kérdez rá. A szintek BTMP, ITMP, ATMP, instruktor, mentőtiszt és orvos kategóriáknak felelnek meg. A felmérés minden esetben a 2014-es és 2024-es számadatokra kérdez rá. Megpróbálkoztam az abszolút számok mellett százalékos

arányok megjelenítésével is, azonban ez utóbbira meglehetősen mozaikosan érkeztek a visszajelzések.

A második blokk a TM képzési gyakorlatot járja körbe. Itt az ATLAS rendszerétől független együttműködő partnerek bevonására is kitértem, különös tekintettel a civil és a katonai egészségügyi ellátó rendszerek használatára, illetve a saját oktatói képességek meglétére.

A harmadik szakmai felméréskör arra irányult, hogy az egészségügyi logisztikai támogatás, az adott egységben, tekinthető-e rendszerszintű működés megközelítésben, vagyis megszervezett-e az ATLAS nomenklatúrája szerinti TEMS-nek. Ebben a körben kiindulópont 2014., ami az ATLAS TM szemléletváltozás fordulópontjának tekinthető.

A negyedik blokk a Medic Forum és TacMed COE működését, annak minőségét, illetve az egységek fejlődésére gyakorolt hatását vizsgálja. A válaszban a minősítést 1–10 terjedő skálán tehették meg az egységek, ahol az 1 érték a legrosszabb, a 10 a legjobb megítélést jelentette.

Az ötödik fejezet a jövőre vonatkozó igényeket gyűjti össze, ahol vagy a már meglévő, vagy a tervezett aktivitásokat sorolom fel és kérem be elvárásaikat a programtervezéssel kapcsolatban.

Végül a kérdőív lehetőséget ad szövegesen megfogalmazott véleményformálásra. Célja, hogy minden olyan adatot begyűjthessek, ami a megkérdezett egység számára fontos, esetleg egyéni probléma, de a kérdőív nem tér ki rá. E blokk statisztikai feldolgozása nyilvánvalóan nem lehetséges, azonban azok a felvetések, amelyek több egységnél hasonló módon jelennek meg, mindenképpen komolyan veendő feedbacknek tekintendő és a TacMed COE számára iránymutatásként szolgál.

9.2.3. A kérdőíves felmérés végrehajtása

A parancsnokokat a tervezett vizsgálatról, annak formájáról és céljairól a 2023. ACF II. értekezleten tájékoztattam. Célok között említettem, hogy az adatokat tudományos céllal is szeretném felhasználni, természetesen az egységekre visszavezethető konkrét adat nélkül, teljes anonimitásban. A felvetéssel szemben negatív észrevétel nem volt. A parancsnokok támogatásukról biztosítottak. A felmérés második beharangozása 2024. ACF I. értekezleten történt meg, a kérdőíveket ezek után, az ATLAS védett kommunikációs rendszerén keresztül, az összes parancsnoknak közvetlen, elektronikus formában küldtem meg (27. ábra).

ATLAS Medic Fórum Taktikai Medicina Kérdőíve 2024

27. ábra: ATLAS MF kérdőíve – 2024. (forrás: szerző saját szerkesztése)

A 38 ATLAS egységnek 38 kérdőív került kiküldésre, amiből 36 érkezett vissza, ami 94,73%-os feldolgozásra adott lehetőséget.

A válaszok több blokkban, időben elhúzódóan érkeztek vissza. Ennek megfelelően az első részeredményeket már a 2024. ACF II. tanácskozáson a résztvevők felé prezentálni tudtam. Az ATLAS Szövetségben eddig példátlan, átfogó jelentés meglepte a parancsnokokat, egyértelmű pozitív visszajelzéseket kaptam. Ezzel azt a célt, hogy újabb eszköz bevetését sugalljam a szervezetünknek, miszerint a jelentős összegeket költő munkacsoportok időről-időre összefoglaló beszámolóra legyenek kötelezettek, elértem.

9.2.4. A kérdőíves felmérés technikai elemei

A vizsgálat több olyan problémakört mér fel, ahol az adatok összevethetősége nélkülözhetetlen. A kiértékelhetőséghez és hitelességhez a kérdőív mellé egy kísérőlevelet csatoltam, amely megteremtette a feltételeit az egységes kategóriák felállításának, tehát homogén csoportok létrehozásának. A fenti megállapítás egyértelműen a felszámolók egészségügyi képességein alapuló csoportokra vonatkozik, amit a kompetenciákat felsoroló kategóriák szerinti csoportosításban táblázatban kaptak meg, ennek magyar nyelvű kivonatát a 31. táblázat mutatja. Valójában itt figyelemfelhívásról volt szó, hiszen az egyes kompetenciaszintek meghatározása, az egységes nomenklatúra bevezetésével már tíz évvel ezelőtt is adott volt. A kategóriákba való sorolásnál elsősorban az objektívvé tehető beavatkozásokat emelten be a könnyebb átláthatóság miatt. Az ATLAS Szövetségben elfogadott gyakorlat szerint, az egészségügyi kérdésekben a rangidős ellátó segíti a parancsnokot, így a felsorolt tételek egyértelműsíthetők mindenki számára. A kategóriákba sorolás jelen esetben nem összetévesztendő az adott szint teljes kompetenciával. Mindezek szerint külön vizsgált kategóriák a BTMP, ITMP, ATMP szintek, míg a diplomás ellátóknál a nemzeti képzést vettem alapul, tehát a mentőtiszti főiskolai (BsC) végzettséget vagy az orvosoknál a diploma (MsC) meglétét. Az instruktori állománynál a minősítést nem kizárólagosan az ATLAS TMIC tanfolyam elvégzése jelentette, hanem a tény, hogy TM oktatási feladatokat lát el a szóban forgó személy.

KÉPESSÉGEK	BTMP	ITMP	ATMP
BLS, AED használat	+	+	+
Betegvizsgálat cABCDE/ MARCH sorrendben	+	+	+
Betegvizsgálat eszközzel (fonendoscope, SatO2, RR mérő)		+	+
Vérzéscsillapítás non-invazív eszközökkel	+	+	+
TRIAGE Impression vagy ezzel ekvivalens sérültosztályozás	+		
Start TRIAGE sérültosztályozás alkalmazása	+	+	+
Nyaki gerinc rögzítés eszközzel és anélkül	+	+	+
Manuális légútbiztosítási módszerek	+	+	+
Egyszerű légútbiztosító eszközök használata (ORO, NASO)	+	+	+
iGel		+	+
Coniotomia			+
Intubáció			+/-
Balon/ maszk lélegeztetés	+	+	+
Balonos lélegeztetés stabil légút mellett		+	+
Chest seal használat	+	+	+
Tüdekompresszió		+	+
Mellkasi drainage, sürgősségi thoracotomia			+/-
Intravénás út biztosítás		+	+
Intraosseális út biztosítás		+	+

Crystalloid infúzió beadása, folyadék resuscitatio		+	+
Fájdalomcsillapítás (nemzeti licence szerint)			+
Gerinc, medence és végtagrögzítések	+	+	+
Sebellátás kötszerekkel	+	+	+
Hypothermia elleni védelem	+	+	+
TEMS irányítás, kontroll			+
METHANE, MIST kommunikáció	+	+	+

30. táblázat: A kérdőív kitöltését segítő kompetencia kategóriák elemei. (forrás: szerző saját szerkesztése)

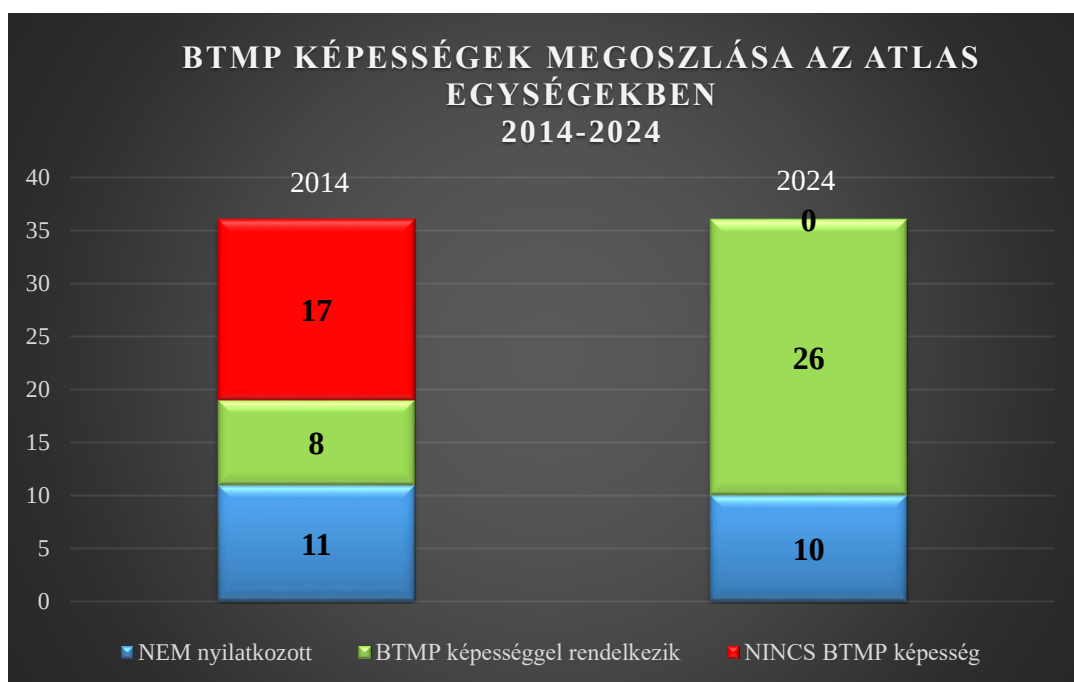
Tekintettel arra, hogy felmérésem az elit rendvédelmi egységeknél történt, külön figyelembe kellett vennem a szenzitív információk védelmét. Felhívtam a figyelmet, hogy az adatok közlése, azok tartalmának megítélése saját hatáskörükbe tartozik, amennyiben úgy érzik, hogy valamely tétel nem megadható, azt a kérdőíven jelezzék. A legérzékenyebbnek tekinthető adat az alapképességek száma vagy akár annak százalékos megoszlása, hiszen ebből a teljes műveleti állomány volumenére lehet következtetni, ezért a kérdőíven itt külön jeleztem a szenzitivitást. A kérdőív feldolgozása számos olyan értékes megállapításhoz vezetett, ami a különböző egységekhez kötött, ezek megosztásához az adott CTU megnevezése is szükséges lenne, erre azonban nincs felhatalmazásom, így ezeket nem jeleníthetem meg.

9.2.5. Egészségügyi alapképességek alakulása az ATLAS Szövetségben 2014–2024 között

A terrorelhárítás műveleteinek egészségügyi biztosítása hierarchikusan egymásra épülő ellátói láncot alkotva tud csak hatékonyan működni. Ennek a folyamatnak az első eleme, a minden felszámoló által készsége szinten alkalmazható alapszintű taktikai medicina ismeretek. Érthető tehát, hogy a képzési program kezdetektől fogva kiemelt hangsúlyt helyezett ennek az állománycsoportnak a fejlesztésére. Mindez azonban nem elképzelhető és még kevésbé megvalósítható a felelős parancsnokok együtt gondolkodása és támogatása nélkül. Tapasztalatom szerint ehhez 2014-ben komoly szemléletváltásra volt szükség. Az egészségügyi alapképességek alakulását a 28. ábra mutatja.

- 2014-ben 17 egység egyáltalán nem rendelkezett BTMP képességgel;
- 2024-re viszont nem volt már olyan európai CTU, ahol hiányzott volna a BTMP szintű tudás, mindez a felszámolók 5-100%-nál;
- 8 egységben a BTMP már meglévő képesség volt – 4 egységben a felszámolók 100%-ban, 1 egységben 90%-ban, 1 egységben 66%-ban, míg 3 egységben 10-10-15%-ban;

- 11 és 10 egység a kérdésre nem válaszolt (szenzitív adatként minősítette azt).



28. ábra: BTMP képességek megoszlásának változása 2014-2024 között. (forrás: szerző saját szerkesztése)

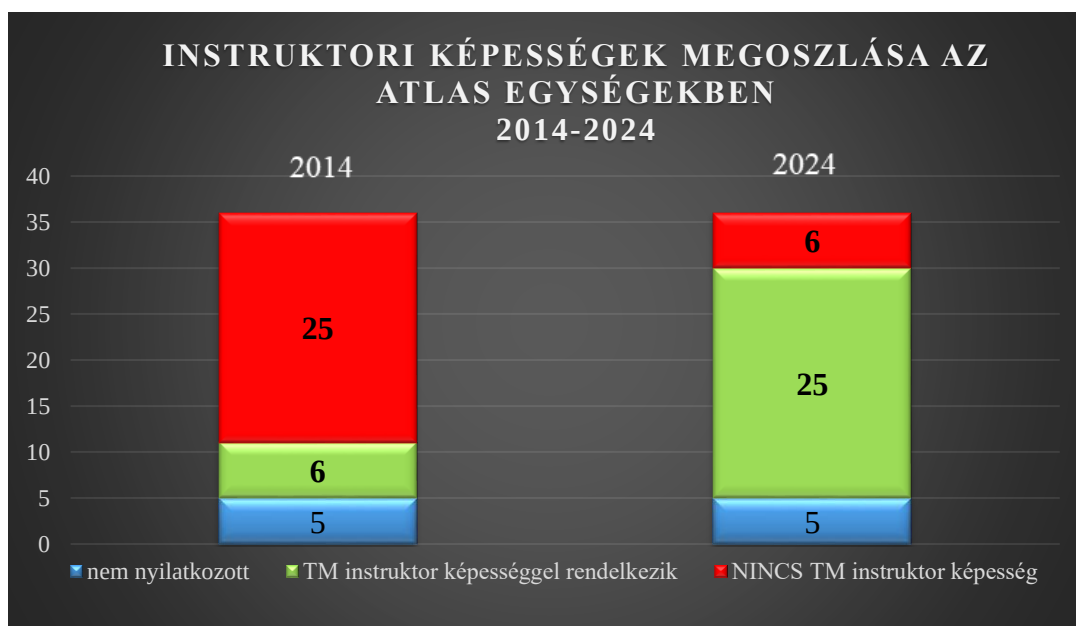
A kedvező változások háttérében több tényező jelölhető meg, amiben az ATLAS Medic Forum központi szerepet játszott:

- Parancsnoki szemléletváltás:
 - Több CTU parancsnoka számolt be sérüléssel járó műveletről, ezek között volt halálos kimenetelű;
 - Taktikai medicina előadások üzenetei az ACF értekezleten: XXI. század elit rendvédelmi egységeiben az alapszintű egészségügyi ismeretek megléte nem opció, hanem kötelezően elvárt elem;
 - TM kurzusokon végzők beszámolóí, a képességmegismerésére irányuló tevékenységük.
- Együttműködés előnyeinek felismerése a parancsnoki szinten. Ennek megvalósult formái:
 - Civil egészségügyi szolgáltatók (mentőszolgálatok, kórházak, SAR szervezetek);
 - Egészségügyi főiskolák, orvosi egyetemek;
 - Katonai szolgálatok.
- ATLAS oktatási és képzési program BTMP kurzusai;
- Az ATLAS TM instruktorok képzése után, saját BTMP képzés beindítása.

Összegzésként elmondható, hogy az ATLAS TM Oktatási és Képzési Program sikeresen járult hozzá, hogy az alap egészségügyi képességek minden európai CTU-ban megjelentek, a 2014. évhez képest ez 3,25-szeres növekedést jelent az egységek számát tekintve.

9.2.6. Taktika Medicina instruktorok számának alakulása 2014-2024 között

Az instruktori képességek kialakításának koncepciója a BTMP képzések hatékonyságát célozta meg. A tanfolyamok célja az alapszintű egészségügyi képességek kialakításának egység szintű megszervezése. Korábban említettem, hogy kezdetektől fogva célom volt e fronton az egységek önállóságának megteremtése. Ezt központi ATLAS képzéssel csak lassan és igen magas költségek árán tudtuk volna megszervezni. Az instruktorok kiutazását a szükséges szimulációs eszközökkel, csak jelentős ráfordításokkal lehet megoldani. Elmondható az is, hogy ennek ellenére számos egység, önköltségen kéri a BTMP tanfolyamok ATLAS TacMed COE általi megszervezését, lebonyolítását. Az instruktori képességek alakulását a 29. ábra mutatja be.



29. ábra: TM Instruktori képességek alakulása az ATLAS tagegységekben. (forrás: szerző saját szerkesztése)

A kérdőív feldolgozása során megállapítható:

- 2014-ben 25 egység nem rendelkezett BTMP szintnek megfelelő TM kiképzővel, ami 2024-re 6-ra csökkent.
- 2014-ben mindössze 6 egység volt képes önálló BTMP képzést, saját kiképzőkkel végrehajtani.

- 10 év alatt 19 egységnél sikerült az oktatói képességet kialakítanunk, ez idő alatt 3 kurzuson 24 egység 65 felszámolója vett részt instruktorképzői tanfolyamainkon.
- 5 egység nem válaszolt erre a kérdésre.

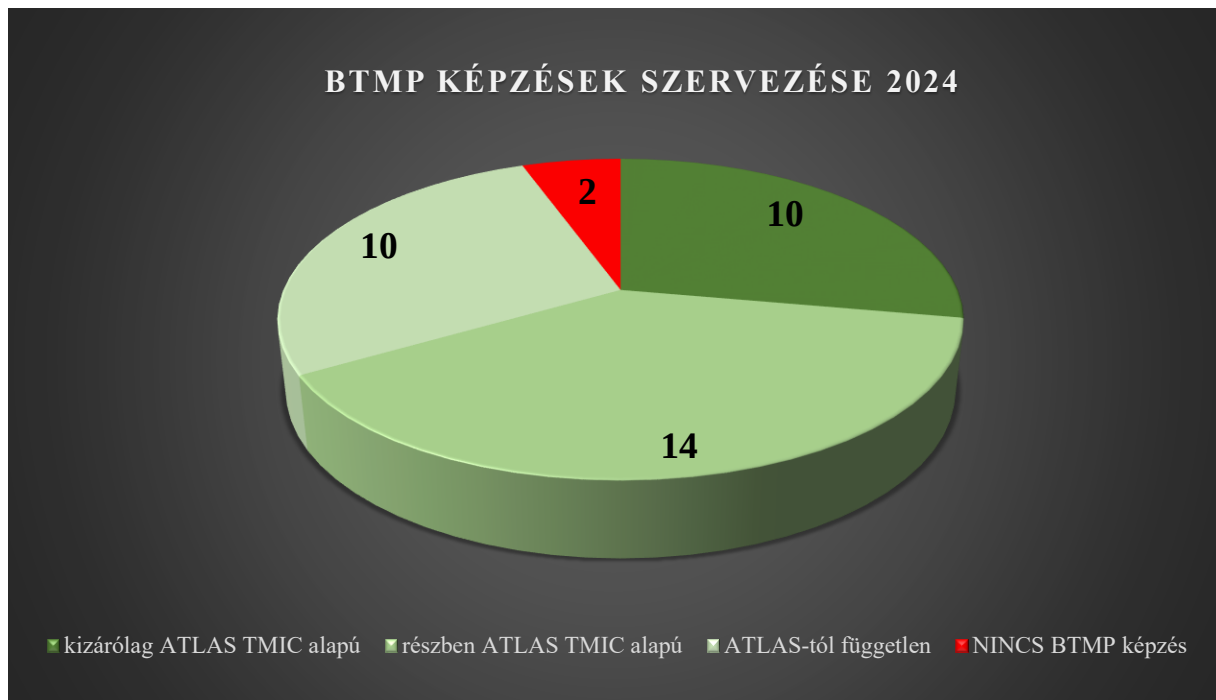
Az oktatói képességekben észlelhető fejlődés, a BTMP kompetenciák megszerzéséhez hasonlóan jelentős. A folyamatot itt is több tényező segítette elő:

- A parancsnoki szemléletváltás mindig a változások alapjaként értékelhető;
- ATLAS TM instruktorképzésen végzetek hadrendbe állítása egyértelműen pozitív hatást gyakorolt;
- Együttműködések kiépítése számos egységnél előmozdította mind a BTMP, mind az instruktorképzést.

A programunk szerint az instruktorképzés az alap egészségügyi képességek oktatása egymással szoros kapcsolatban állnak, ezért a vizsgálatom kiterjedt a BTMP kurzusok szervezésének módjaira, leginkább a tanfolyamok végrehajtóinak körére (30. ábra), megállapítható:

- Mindössze 2 egység nem szervez BTMP tanfolyamot.
- 10/ 36 (28%) egység kizárólag ATLAS TMIC alapon végzi alapszintű oktatását.
- 39% -ban (14/36) a CTU-k egyéb szervezetekkel és saját (TMIC alapú) instruktorokkal együttműködésben hajtják végre BTMP tanfolyamaikat, amiből
 - 5 CTU csak civil egészségügyi szolgáltatóval;
 - 3 CTU csak katonai szervezetekkel;
 - 6 CTU katonai és civil szolgálatokkal közösen szervezi a tanfolyamokat.
- 28%-a az egységeknek (10/36) az ATLAS-tól teljesen független, saját koncepció szerint állítja össze az ezirányú képzéseit.

- Az ATLAS instruktorképzés az egységek 2/3-ban (14/36) valamilyen formában szerepet kapott a felszámolók oktatásában.



30. ábra: Alapszintű TM tanfolyamok szervezése az ATLAS egységeknél. (forrás: szerző saját szerkesztés)

A tanfolyamok rendszerbe állítását, mindenképpen pozitívan értékelem, független azok szervezési formáitól. A cél ugyanis nem a forma, hanem a megvalósulás volt. Az egyes verziók más előnyökkel és hátrányokkal járnak.

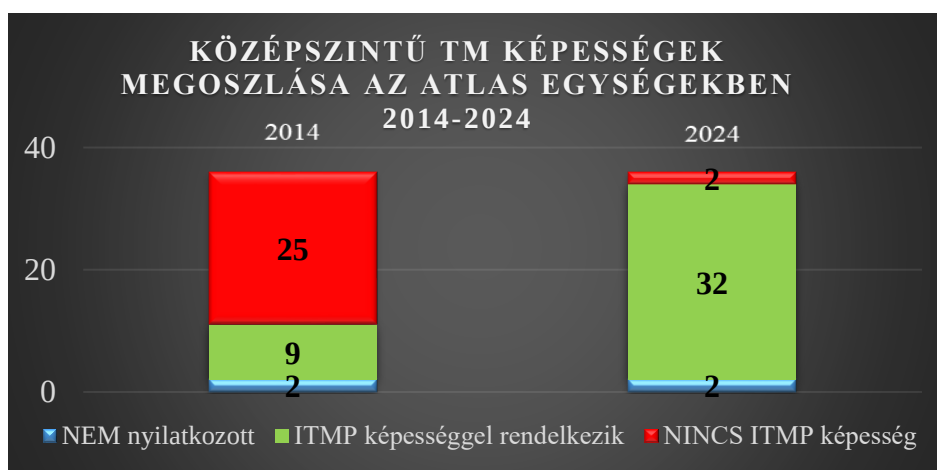
Tiszta ATLAS verzió előnye, hogy az egyéges nomenklatúra és egységes algoritmusok a laikus felszámolók számára könnyebb megértést jelentenek, tisztán egy sémát mutatnak. Az önerejű tanfolyam, saját instruktorokkal rugalmas, akár egyénre szabott szervezésre ad lehetőséget és nem utolsó sorban erősíti a csapatkohéziót, a medic specialitású kollégák elfogadását.

A „hibrid” szervezési forma szélesebb látószöveget adhat, lehetővé teszi egyéb szervezetek gondolkodásának megismerését, a szervezetek közötti kommunikációt a személyes kapcsolatok kiépítésével javítja.

Összegezve megállapítható, hogy az ATLAS TacMed COE instruktorképzési koncepciója sikeresen vizsgázott. Egyrészt több egység csak erre alapozva alakított ki saját képzési rendszert, másrészt több „hibrid” oktatási formában az ATLAS verzió is szerepet kapott. Azok az egységek, akik jelenleg nem rendelkeznek ilyen irányú tevékenységgel mind arról nyilatkoztak, hogy a terveik között szerepel csatlakozni a TMIC rendszerhez.

9.2.7. Középszintű Taktikai Medicina ellátói képesség alakulása 2014-2024 között

A taktikai medicina oktatási programunk másik prioritást jelentő formája, az ellátói lánc BTMP szintet követő eleme, a középszintű TM kompetenciát célzó ITMP tanfolyam. A két egészségügyi kompetencia között nagyságrendi ugrás észlelhető az invazív beavatkozások elvégzésének és az azok mögött álló lexikális tudás megszerzésével. Ez az ellátói szint a műveletek egészségügyi biztosítását, további magasabb képzettségű személyek nélkül, önállóan is el tudja látni. Ez különösen fontos megállapítás azoknak az egységeknek, akik lehetőségeiket tekintve korlátozottabb körülmények között szervezik a logisztikai támogatásukat e formáját. A modern TM szemlélet alapján a cél természetesen a teljes rendszer kiépítése, de a fokozatosság elve szerint az ITMP integrálása a műveletekben jelentős minőségbeli ugrást képvisel. Ez az ellátási forma komoly hagyományokkal bír, hiszen a combat medicina harcéri alkalmazásának központi eleme. Az ATLAS tagegységek ITMP szintű képességeinek alakulását a 31. ábra mutatja.



31. ábra: A középszintű TM kompetencia alakulása az ATLAS (forrás: szerző saját szerkesztés)

Az adatok alapján megállapítható:

- 2014-ben 25 egységben nem volt jelen ITMP kompetencia;
- 2024-re már 32 CTU rendelkezik ezzel az egészségügyi képességgel, egységenként 1-54 fő közötti számban.
- 9 egységben már meglévő képességről volt szó – 1-150 közötti számban;
- 2024-ben mindössze 2 CTU-nál nincs jelen a TM ellátás ezen formája;
- 2 egység nem válaszolt a kérdésre szenzitív adatként értékelve azt.

Az ATLAS TacMed COE összes képzésének kimeneteli kompetenciáját tekintve statisztikailag ebben a formában sikerült a legnagyobb előrelépést tennünk, a számottevő fejlődés hátterében álló okok:

- A parancsnoki szemléletváltás, mint mozgató erő itt sem hagyható ki.

- Ez a történelmi hagyományokra épülő ellátási mód, könnyebben volt elfogadtatható a parancsnokok körében.
- A szint felszámolók képzésére épül, tehát nem igényel státusz bővítést, így költséghatékonyan szervezhető.
- Az ATLAS TM Képzési és Oktatási Programja 10 év alatt 9 kurzuson 32 egység 155 felszámolóját képezte ki, ami nagyban járult hozzá a logisztikai támogatás erősödéséhez, különösen azoknál az egységeknél, akik egyáltalán nem rendelkeztek egészségügyi képességekkel.
- A nemzeti szinten megvalósuló, könnyen elérhető katonai szolgálatokkal történő együttműködés, további lehetőséget jelent a megvalósításban.

Az ITMP kompetencia a speciális rendvédelmi műveletek egészségügyi biztosításának egyik központi eleme. Az e képességgel bíró felszámolók további fejlesztése, a jó elméleti alapok miatt könnyű, életpályamodellbe jól illeszthető, tudásuk miatt a képzések szervezésében és végrehajtásában is lehet velük számolni. Megjelenésüket az egységeknél minőségmeghatározó mozzanatként értékelem.

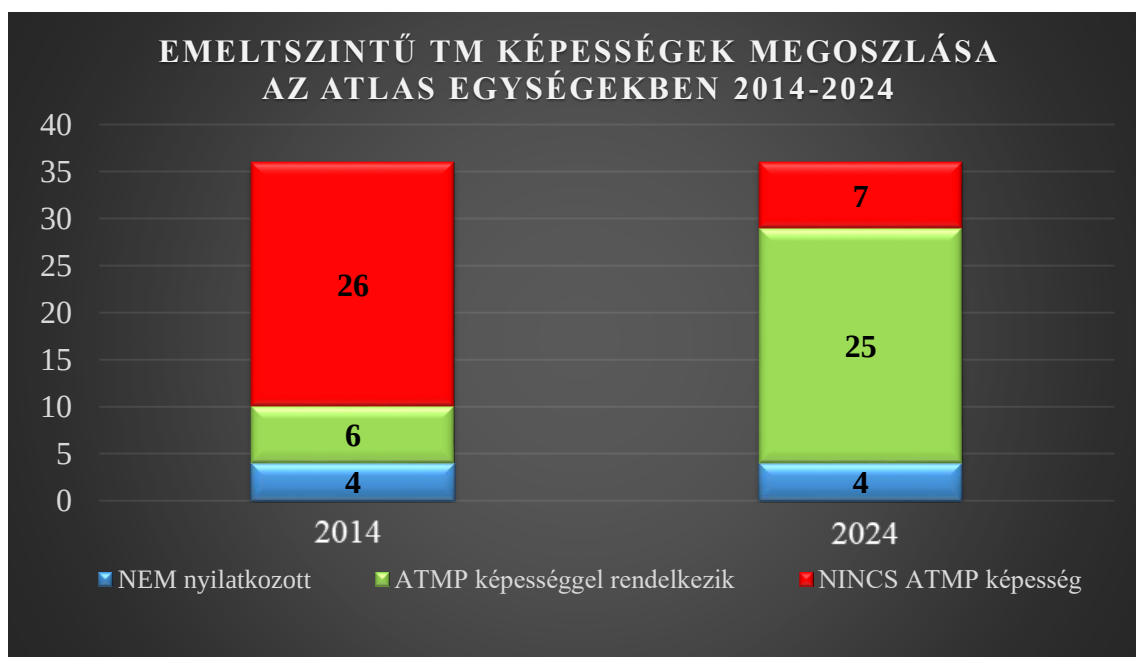
A középszintű kompetencia megszerzésének irányában szervezett oktatásoknál is megfigyelhető az együttműködés a különböző nemzeti szintű szolgálatokkal. A vizsgálat során feltárható volt, hogy 16 egység e kompetenciaszint megszerzésében és fenntartásában él a hibrid képzési módszerrel:

- 3 CTU csak civil;
- 3 egység csak katonai;
- 10 CTU mind civil, mind katonai szervezetekkel is együttműködik ennek érdekében.

Összegezve az ATLAS Oktatási és Képzési Program ITMP tanfolyamok szervezésével masszív segítséget nyújtott az európai elit egységeknek az egészségügyi ellátás megszervezésében, és annak fejlesztésében. Tevékenységünk révén 10 év alatt 3,5-szeresére nőtt a középszintű TM ellátókkal rendelkező egységek száma.

9.2.8. Emeltszintű Taktikai Medicina képességek alakulása 2014–2024 között

Az ATMP kompetencia, bár az ATLAS taktikai medicina programjában alapképzésnek tekinthető tanfolyamon szerezhető meg, a mindennapi gyakorlatban inkább a tradicionális „medic” állomány fejlesztésének, továbbképzésének színtere. Az életben az ITMP szinttől élesen nem különül el. A képzésen további invazív beavatkozások képességei szerezhetők meg, de az ellátásszervezés, rendszerépítés és a TEMS működtetésének szemlélete ad igazi többletet a rendszerhez. Népszerűsége véleményem szerint ennek köszönhető. Az emelt szintű kompetenciák alakulását a vizsgált időszakra vonatkozóan a 32. ábra mutatja.



32. ábra: Emelt szintű TM képességek alakulása az ATLAS tagegységekben 2014-2024. (forrás: szerző saját szerkesztés)

Az adatok alapján megállapítható:

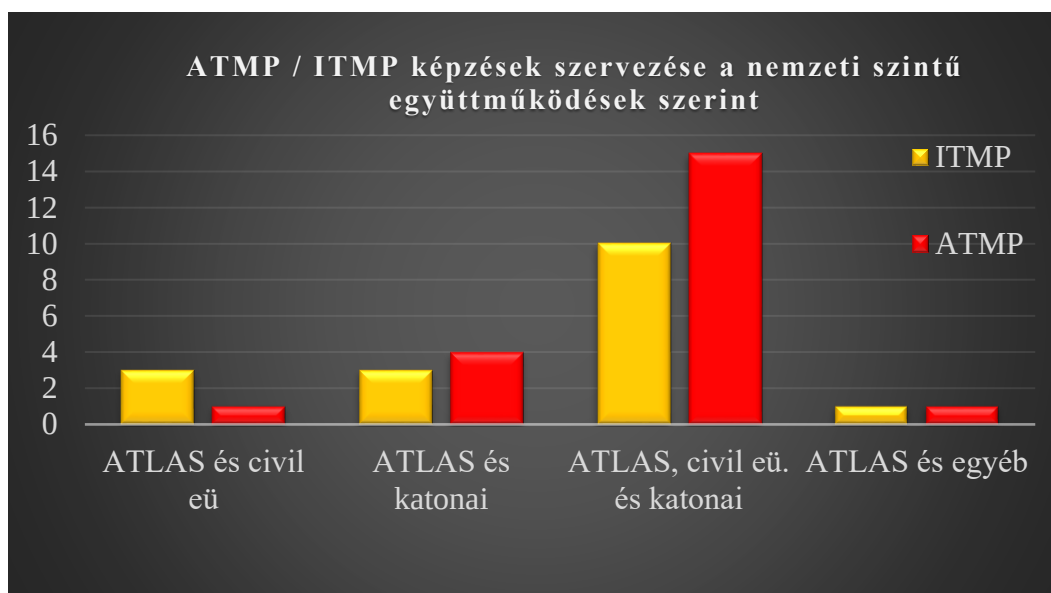
- 2014-ben mindössze 6 CTU rendelkezett az ATMP meghatározásának megfelelő egészségügyi kompetenciával, míg 26 egységben ez a szint nem volt ismeretes sem.
- 2024-re 25 egység számol be e képességcsoport meglétéről, ami az összes CTU 70%-t jelenti.
- 4 egység nem válaszolt a kérdésre.

A fejlődés e téren is vitathatatlan, ennek háttérében álló okok:

- Az ATMP tanfolyam jól szolgálja ki az TM ellátók szakmai fejlődésének igényét, így mindazok, akik már rendelkeztek ITMP képességgel meglátták benne az előrelépés lehetőségét. 10 év alatt 8 kurzuson, 27 egység, 115 ITMP ellátóját képeztük.

- Az ATLAS ITMP tanfolyamon minősítést szerzettek folytathatják tanulmányaikat egy magasabb kompetenciaszint megszerzésének reményében. Mindezt tehetik a már elsajátított algoritmusok egységes szemléletével.
- Az ATMP és a TEMS működtetése közötti szoros kapcsolat segíti azokat az egységeket, ahol az egészségügyi biztosítás rendszerszintű kiépítésének igénye megjelent.

Az ITMP és ATMP ellátók nemzeti szintű képzése szorosan összekapcsolódik. A helyi szolgáltatókkal való együttműködések jelentős támogatást képviselnek a megszerzett kompetenciák fenntartásában (33. ábra) Kiemelhető, hogy az ATMP szintű, hibrid jellegű képzések fejlesztése mindenképpen előnyös. A multiagency végrehajtást kívánó CTU műveletek megkövetelik a társszervekkel való szoros együttműködést, a közös képzések lehetőséget teremtenek a partner szolgálatok eljárásrendjeinek megismerését, a kommunikációs rendek megismerését ezáltal segítik a helyszínen történő hatékony együttműködést.



33. ábra: ITMP/ ATMP képzések nemzeti szinten történő szervezése. (forrás: szerző saját szerkesztés)

A kérdőívre adott válaszok alapján megállapítható, hogy az ATLAS egységek csak elhanyagolható százalékban nem építettek ki az ITMP/ ATMP kompetenciának megfelelő hibrid jellegű képzést.

- Az egységek többsége mind a civil szolgáltatókkal, mind a katonai szolgálatokkal együttműködik.
- A CTU-k kisebb százalékban, vagy csak civil, vagy csak katonai partnerekkel működik együtt továbbképzések terén.

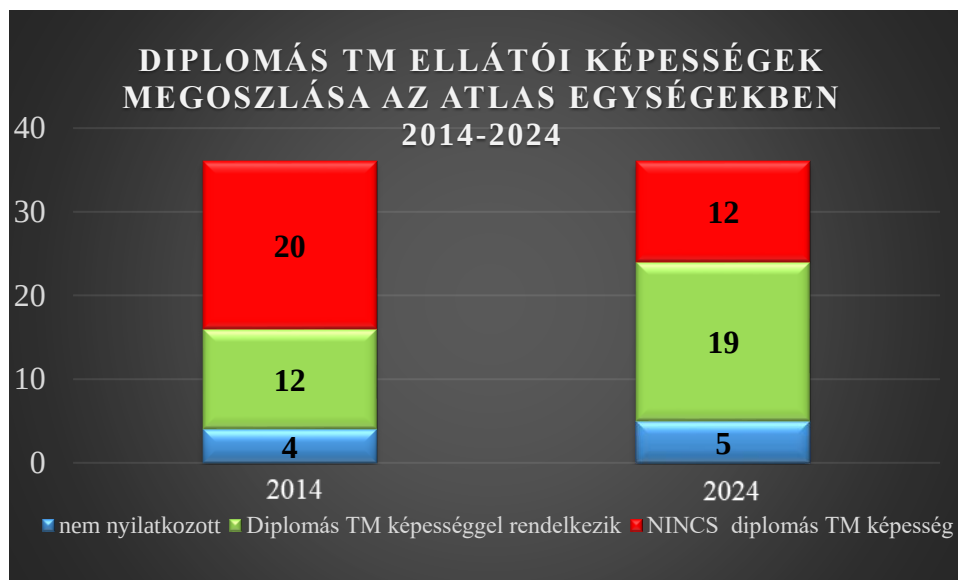
Összegezve a TM modern szemléletére épülő, újonnan kialakított ATMP kompetencia jól volt illeszthető az egységek taktikai medicina ellátói rendszerébe. Az emelt szintű ellátók kiképzése jelentős lendületet adott a saját TEMS kiépítésének is.

9.2.9. Diplomás Taktikai Medicina ellátók számának alakulása 2014–2024

A speciális, elit rendvédelmi egységek műveleteinek egészségügyi biztosítási rendszere a diplomás ellátókkal válik teljessé. Az európai közösség egészét tekintve itt szembesülünk azzal, hogy a szemléletváltás nem jelent mindenre megoldást. Az megfelelő anyagi források nélkül korlátokba ütközünk. A legjobb példa erre a munkaerőpiacon drága humán erőforrásként jelen lévő diplomás egészségügyi ellátók rendvédelmi alkalmazhatósága. A parancsnokokkal történt egyeztetések alapján elmondható, hogy alig akad olyan vezető, aki ne szeretne orvost alkalmazni egységében. A szűkös költség azonban meggátolja őket ebben, ennek ellenére van előrelépés ezen a fronton is. Volt olyan parancsnok, aki sikeresen lobbizott és olyan is, aki költségvetését átszervezve volt képes orvos foglalkoztatására. Az ATLAS Szövetség diplomás egészségügyi ellátóinak megoszlását a 34. ábra mutatja. Az európai terrorelhárítási egységekben az orvosok foglalkoztatása többféle módon történik:

Csapatorvosi szolgálatot lát el és egyben felügyeli az egészségügyi képzéseket;

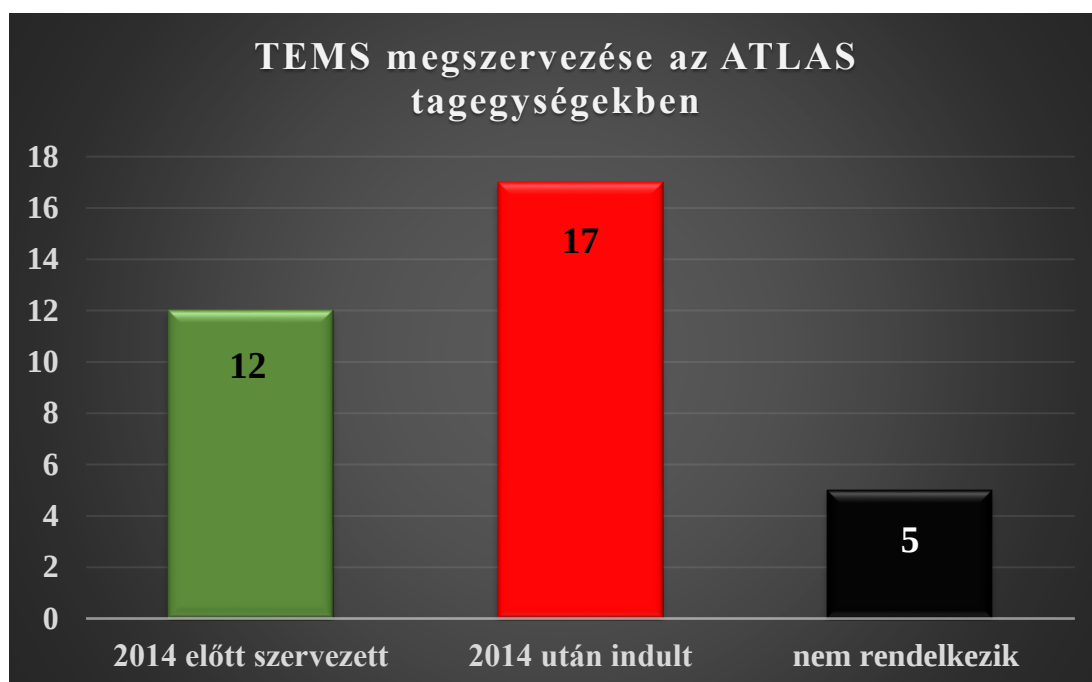
- A műveletek során folyamatos telefonos elérhetőség mellett döntéstámogatóként lép be az egészségügyi biztosításba;
- A műveletekben vonuló állomány része, a műveleti területen bevethető.



34. ábra: Diplomás egészségügyi ellátói képességek alakulása az ATLAS tagegységekben 2014–2024. (forrás: szerző saját szerkesztés)

9.2.10. Taktikai Sürgősségi Egészségügyi Ellátórendszer szervezése 2014–2024

A TEMS az ATLAS nomenklatúrájában a terrorelhárítási alakulat által végrehajtott műveletek egészségügyi biztosításának tervezett és szervezett rendszerét jelenti. A CTU-k taktikai medicina szakterületének legmagasabb szintű tevékenysége. Átfogja a feladatokat a műveletek tervezésétől az adminisztratív teendőig, ezen túl felel a TM képzések szervezését és az egészségügyi ellátás integrációjáért. A megszervezésre vonatkozó főbb elemeket az ATLAS TM SOP-ja tartalmazza, ami elsősorban iránymutatást jelent. A TEMS felállítása mindenképpen nemzeti hatáskörbe tartozik, és jól jellemzi az adott egység egészségügyi szemléletét, fejlettségét. A TEMS megszervezésre vonatkozó adatokat a 35. ábra mutatja.



35. ábra: A TEMS megszervezésére vonatkozó adatok. (forrás: szerző saját szerkesztés)

Vizsgálatom során felmértem, hogy az egyes tagegységek rendelkeznek-e rendszerszintű szervezettséggel, illetve azt mikor indították be. A kérdés számomra az volt, hogy az ATLAS MF és az ATLAS TacMed COE mennyiben járult hozzá a TEMS felépítéséhez. Az adatok alapján megállapítható:

- 2014. előtt 12 egység (33%) rendelkezett tervszerűen szervezett TM ellátórendszerrel.
- 2014. után 17 CTU (47%) szervezte meg saját TEMS-ét.
- 2024-ben tehát az egységek 80%-a már tudatos tervszerű egészségügyi biztosítás mellett látja el feladatait.
- 5 egység még nem indította meg ilyen irányú szolgálatát.

A vizsgálat ennek a pontjánál meg kell jegyeznem, hogy a 2014-et megelőző évekre vonatkozó adatokban a parancsnokok egységük (saját tevékenységük) iránti túlzott

elfogultságát érzem. Olyan mintha a jelen jó helyzetük miatt, e témakör tekintetében, átírták volna a múltjukat. Ismerve a 2014-es TM szakmai helyzetet elképzelhetetlennek tartom, hogy amikor a BTMP képesség mindössze 8, míg az ITMP képesség mindössze 6 CTU-nál volt megszervezett, akkor 12 egység TEMS-ről beszélhet. Más a helyzet a 2024-es adatokkal kapcsolatban. Elmondható, hogy a TEMS-ben való gondolkodás erős korrelációt mutat a diplomás TM ellátók és az emelt szintű TM ellátók számával, működésével. Az is látható az egységekre lebontott adatokból, hogy több, mint 29 CTU-ban van vagy orvos, mentőtiszt vagy ATMP képzettséggel rendelkező kolléga, továbbá a TEMS megszervezésében szerepet játszanak a rangidős ITMP ellátók is. A szemléletváltás és az TacMed COE kurzusai pedig jelentősen támogatták a rendszerszintű gondolkodást az egészségügyi biztosítás terén, így a TEMS felépítését is.

Összegzőként megállapítható, hogy a TEMS magas szintű szervezettséget jelent az egészségügyi biztosítás terén, a felmérésben nincs a múltra vonatkoztatható hiteles adat, azonban az aktuális helyzetkép elfogadható. A gondolkodásmódbeli fejlődést és az ATLAS TM képzési programjának sikerét jól tükrözi a TEMS szolgálatok 80%-os lefedettségi mutatója.

9.2.11. Az ATLAS TacMed COE tanfolyamainak megítélése

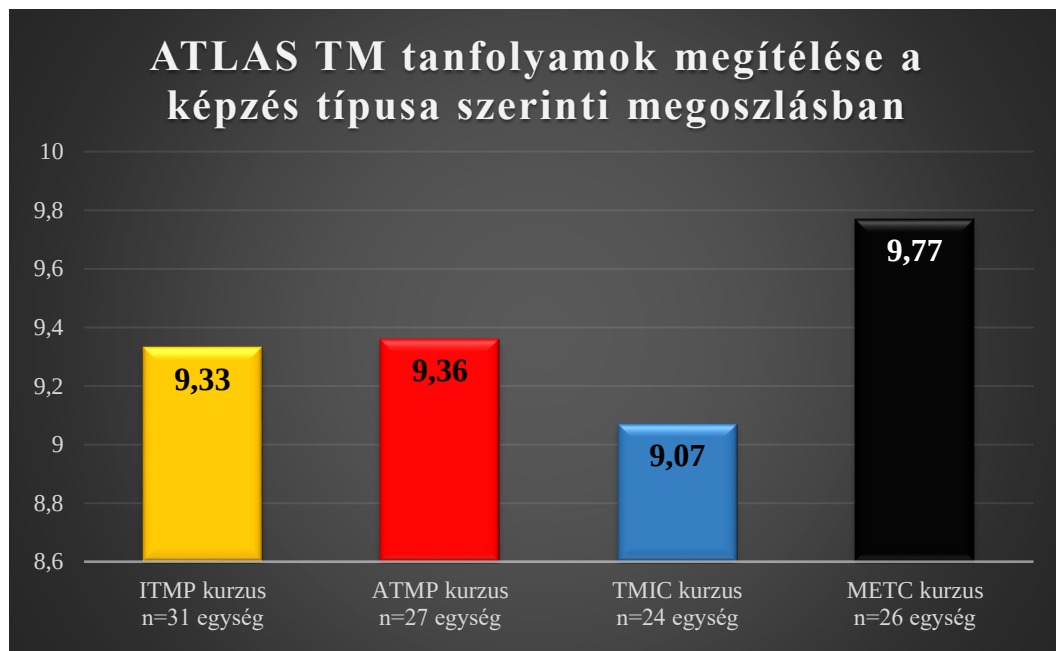
Az ATLAS Taktikai Medicina Oktatási és Képzési Programjának egyik erényének tartom, hogy törekszik a folyamatos kapcsolattartásra mind a kiképzettek, mind a parancsnokok tekintetében. A folyamatos kommunikáció és az így begyűjtött visszajelzések segítik a curriculumok igényekhez történő igazítását, a tanfolyamok fejlesztését. A kérdőív lehetőséget adott annak felmérésére, hogy kikérjem az egységek véleményét a TM képzések minőségét illetően. A minősítéshez 1–10-ig terjedő skálát használtam, majd azok tanfolyamra vonatkoztatott átlagát jelenítettem meg a 36. ábrán.

Az adatok alapján elmondható, hogy kurzusaink mindegyike a minőségi megítélés alapján 90% felett teljesített. Különösen elismerő ez a vélemény, ha figyelembe vesszük, hogy külföldi „diákok” adták, hiszen ők, a megfigyelések szerint (Sammelweis Egyetem AITK¹¹⁵ oktatói) jóval szigorúbban és őszintébben formálnak véleményt honfitársainkhoz képest. Másrésről az elit egységek felszámolói jellegzetes karakterrel bírnak, ahol az őszinteség és kemény kritika lételemük, így ilyen mértékű pozitív elismerésük hízeglő. A tanfolyamok minőségét leginkább meghatározó tényezők, a visszajelzések alapján:

- Oktatói testület hitelessége (orvosok, mentőtisztek, tapasztalt TM ellátók és klinikusok);

¹¹⁵ AITK: Aneszteziológia és Intenzív Terápiás Klinika.

- Oktatók és oktatottak kedvező aránya – közvetlen kapcsolat és testreszabott foglalkozások;
- Lépésről-lépésre felépített, logikailag jól követhető, gyakorlatias tananyag és metodika;
- Kuriózumnak tekinthető gyakorlati helyszínek (boncterem, éleslövészet, repülőgép, mozgó teherautó plató);
- Sérült imitátorok alkalmazása;
- Realisztikus scenáriók;
- Exkluzív környezet és lehetőségek a gyakorlásra;
- Kimagasló vendéglátás;
- Parancsnoki figyelem, elismerés (tábornoki és professzori látogatások).



36. ábra: Az ATLAS TM tanfolyamok megítélése. (forrás: szerző saját szerkesztés)

A kérdőív az ATLAS oktatási programjának általános megítélésére további kérdéseket is tartalmazott. Az értékelést itt is 1–10-ig terjedő skálán tehették meg az egységek (n=36). Statisztikai feldolgozásuk talán nem is olyan informatív, inkább a programhoz és a témához való viszonyt mutatják:

- Az ATLAS képzések hozzáadott értékét a válaszadók 9,26;
- A kurzusok minőségét összességében 9,77;
- A műveletekben felhasználható gyakorlati tudást 8,92;
- A gyakorlati készségekben történő javulást 8,55 pontra értékelték az átlagok alapján.
- A képzési program folytatását 9,77 ponttal minősítették.

9.2.12. Taktikai Medicina szakterületre vonatkozó vélemények

2013-ban a parancsnoki állomány meglehetősen megosztott volt az egészségügyi képességek szükségességének terén. Többen azt a civil mentőszolgálatok feladatának tartották, költség hasznon összevetésben érveltek a taktikai medicina kialakítása és alkalmazása ellen. A kérdőív e tekintetben nem tudta felmérni a 2013-as viszonyokat, ezt személyes tapasztalatomra építve állítom. A jelen felmérésben 1–10-ig terjedő skálán értékelhették a parancsnokok az egészségügyi támogatás fontosságát.

- A kérdőívben megkérdezettek (n=36) visszajelzése alapján az egészségügyi képességek szükségességét átlagosan: 9,33 (min:4, max:10) ponttal értékelték az 1–10-ig terjedő skálán a parancsnokok.
- A fejlődés egyértelmű, a szemlélet jelentős változáson ment keresztül.

A szemléletváltásról, mint alapvető mozgatórugóról már korábban több alkalommal volt szó. Az ATLAS-ban történt tevékenységem egyik legnagyobb eredményének tartom, hogy ennek jó irányban való formálásában, az elmúlt 13 évben, aktívan részt vehettem.

9.3. Az ATLAS Taktikai Medicina Oktatási és Képzési Programjának jövőképe

Programunk sikerének hátterében a jól megválasztott és tervszerűen felépített koncepciót tartom a legfontosabb tényezőnek, amelynek legfontosabb értékei az elérhetőség, a folyamatos kommunikáció, az igényekhez igazított tananyag, a standard magas minőség és a gyakorlati felhasználhatóság. A felsorolt célok megvalósulását a kapott visszajelzéseink igazolják. A jövő záloga ezeknek az értékeknek a megtartása. Az pozitív eredmények ellenére sem dőlhetünk hátra, a minőség csak koncentrált figyelemmel tartható fent. Az elismeréseket nem jutalomként értékelem, hanem olyan a jövőre vonatkozó elvárásnak, aminek megtartása komoly felelősséget jelent.

9.3.1. Az ATLAS TacMed COE célkitűzési

A kérdőív feldolgozása lehetőséget adott az elmúlt 10 év elvégzett munkájának kiértékelésére, ugyanakkor a jövőre vonatkozó irányokat is kijelölt. A következő 5–10 év teendői:

- Az alapszintű TM képességek, bár már minden egységben fellelhetők, azok a felszámolók 100%-nak készség szintű tudását kell jelenteniük, az ilyen irányú oktatások támogatása és igény esetén végrehajtása mindenképpen prioritás.
- A BTMP szintű tanfolyamok tagegységi szinten történő megszervezéséhez szükséges feltételek biztosítása. A kiválósági központ ebben leginkább a TMIC kurzusok folytatásával segíthet. Cél minden CTU vagy önerőből, vagy együttműködések által

alakítsa ki ezt a képességét. A hibrid kurzusok szervezésekor nem hagyható ki a saját instruktorok alkalmazása, ezzel lehet a TM algoritmusait a saját eljárási rendhez megfelelően illeszteni.

- Az ITMP ellátók számának emelése, közelíteni az ideális 1/ 10 felszámoló arányhoz. A középszintű TM ellátók szintentartó tanfolyamainak szervezésére régóta meg van az igény, azonban amíg vannak egységek, ahol ez a képesség nincs, vagy számban nem elegendő, nem volt rá kapacitásunk. A jövő, a felmérés adatai alapján biztató az ebben az irányban történő elmozduláshoz.
- Emelt szintű TM ellátók képzésével azt elérni, hogy minden egységben legalább két-három rangidős ATMP kompetenciával rendelkező kolléga megjelenjen.
- Diplomás ellátók alkalmazásának presszionálása inkább a szemlélet formálással érhető el, amíg az anyagi gátak nem bomlanak le, ezt elérni nem könnyű feladat. A cél egységenként egy orvos foglalkoztatása.
- A rendszerszintű munkaszervezés, a TEMS felállítása minden egységnél. Ehhez leginkább a két utóbbi ellátói szint kiképzésével vezet az út.

9.4. Részkövetkeztetések

Az ATLAS Szövetség Oktatási és Képzési Programja 7 különböző taktikai medicina tematikájú kurzust foglal magában, 3 egymásra épülő egészségügyi kompetenciaszinten. A tanfolyamok között 3 alapképzésként definiálható (BTMP, ITMP, ATMP), amit 4 kiegészítő, speciális tematikájú oktatás egészít ki (TMIC, CEPOL/TOITC, METC, EEODN/EOD Medic). 2014-2024 között az ATLAS MF, majd az ATLAS TacMed COE szervezésében összesen 28 nemzetközi tanfolyam került lebonyolításra. Ezeken az ATLAS egységek mindegyike valamilyen formában részt vett, ami 32 ország 38 egységéből 422 felszámoló szakkiképzését jelenti. Az EU felkérésére a fentieken túl még 15 rendvédelmi szervezet 74 rendőre kapott TM irányban felkészítést (TOITC, EOD Medic). A program szerves része a hadgyakorlatokhoz kapcsolt blokkos TM képzések, amelyeken 480 felszámoló és rendőr, illetve további 9 nem ATLAS egység vett részt. A TEK saját állománya az ATLAS kurzusoknak mindenben megfeleltethető rendszer szerint történik, ami a kiképzettek állományát további alapszinten 512, közép és emelt szinten 54 fővel bővíti. Összességében megállapítható, hogy a vizsgált 10 éves időszakban 62 nemzetközi egység, 1542 hivatásos rendőre lépett be az ATLAS Oktatási és Képzési Programjába.

A képzési program egészségügyi képességekre gyakorolt hatásainak értékelése alapján megállapítható, hogy minden meghatározott taktikai medicina kompetencia szinten, jelentősen

nőtt a szakkiképzettekkel rendelkező egységek száma, ami az egészségügyi képességekben és a rendelkezésre álló kompetenciákban való előrelépést is jelenti. További előnyös hatás, hogy markánsan emelkedett azon egységek száma, akik saját TM instruktorok hadrendbe állítására lettek képesek, így önállóan tudják szervezni állományuk alapszintű egészségügyi kiképzését.

Az emelkedő számú TM ellátók és instruktoroknak is köszönhetően, az egységeknél a műveletek egészségügyi biztosításának rendszerszintű szemléletében, a TEMS megszervezésében is fejlődés észlelhető.

Kevésbé objektíven mérhető, de a fejlődést mutató statisztikai adatok elemzése alapján elmondható, hogy az előnyös elmozdulás hátterében a parancsnoki szemléletváltozás meghatározó tényező, aminek alakulásában egyrészt a TM témájú előadásoknak, a parancsnokok részére szervezett képzésnek, illetve a látványosan megjelenő, napi gyakorlatból levont tapasztalatoknak van kiemelt szerepe.

Megállapítható, hogy az európai CTU-k egészségügyi irányú fejlődéséhez az ATLAS központosított és egységesített oktatási rendszere nagyban hozzájárul.

10. A TAKTIKAI MEDICINA JOGSZABÁLYI HÁTTERÉNEK KIALAKÍTÁSA

Biztonságpolitikai szempontból a fegyveres testületek tevékenységei (legitim erőszak-monopóliuma) és az egészségügyi infrastruktúra (tág értelemben vett személyes biztonság) megszervezése, fenntartása és működtetése államhoz kapcsolt feladatok. Az állam szerepvállalása a biztonság megteremtésében igen szerteágazó. Önkényesen kiragadva ezt a két területet, azokat párhuzamba állítva elmondható, hogy a fegyveres testületek (külső és belső biztonság) és az egészségügy feladatai kiemelt felelősséggel és hatalommal bírnak. E hatalommal egyaránt lehet élni és visszaélni, ezért fontos, hogy az állam megfelelő garanciát és kontrollt (féket) biztosítson a normális működésükhöz. Magyarországon, mint demokratikus jogállamban ennek a követelménynek az alapjait az alaptörvény és az arra épülő jogszabályok rendszere hivatott biztosítani. A honvédség, a rendvédelem és az egészségügyi ágazat feladatainak közös metszete, e fegyveres testületek által végzett egészségügyi tevékenységek összessége. Általánosságban elmondható, hogy e feladatok jól megférnek egymás mellett, különösen, ha azokat egymástól elválasztva kell végrehajtani. Ugyanakkor vannak olyan helyzetek, amikor a katonai és a rendvédelmi erők feladataikat, gyógyító munkájukat egy helyen, egy időben kell elvégezniük. Kicsit leegyszerűsítve ezt nevezhetjük harctéri ellátásnak. Ezekben a helyzetekben a tisztán hon- és rendvédelmi szabályozók, illetve az egészségügyi jogszabályok egy az egyben nem feltétlen alkalmazhatók, így az eredményes feladat végrehajtása csak kompromisszumokkal érhető el. A szigorúan szabályozott tevékenységek prioritásait úgy kell összehangolni, hogy azok lehetővé tegyék a hatékony együttműködést. Ezek alapján elmondhatjuk, hogy a harctéri ellátásban akkor lehet tiszta helyzetet teremteni, megfelelni az egyes ágazatok szabályozási igényeinek, ha önálló, e speciális helyzetre vonatkozó jogszabályi felhatalmazás áll rendelkezésre. E kivételes jogszabálynak feladata, hogy a harctéri ellátásra vonatkozó előírások harmonikusan illeszkedjenek a két/három szakág jogszabályi rendszerébe. A gyakorlati alkalmazásból kiindulva a harctéri szabályozásban kiemelt jelentőséggel bírnak a ki, kit, mikor, hol, hogyan, mivel kérdésekre adott egyértelmű válaszok. E fejezetben megvizsgálom a katonai és a rendőri egészségügyi tevékenységekre vonatkozó, jelenleg érvényben lévő jogszabályi kereteket, különös tekintettel a harctéri, akut egészségügyi ellátásra.

10.1. A terrorizmus hatása a fegyveres testületek szervezeteire

A terrorizmus globális fenyegetést jelent a világ társadalmaira. A posztmodern terrorizmus minden fegyveres testület számára új kihívást hozott. A terrorszervezetek új modus operandikkal egyetlen cél elérésére törekednek, ami nem más, mint a minél több emberáldozat (Laqueur, 1996). Az egészségügyi tevékenységek integrációja most már nem csak a beavatkozókat, de a társadalom egészét is szolgálja. Európában és a világ fejlett országaiban a terroresemények felderítésére, megelőzésére és megszakítására, így a belföldi beavatkozás jogára, a rendőrség a kijelölt szervezet. Az ország határain kívül önállóan, de inkább szövetségi rendszerekben, a katonai erők felelősek a terrorszervezetek felszámolásáért.

A terrorizmus globalizációjához a terrorizmus elleni közvetlen harcra kijelölt fegyveres erőknek alkalmazkodniuk kellett. A katonai rendszerek szemléletváltását a NATO prioritásai jól mutatják, amelyeket a NATO stratégiai koncepcióiból¹¹⁶ és a NATO csúcsértekezletek deklarációiból¹¹⁷ olvashatunk ki. Az európai rendvédelmi alakulatoknál is megfigyelhető a szemléletváltás, ami szélesebb körű átszervezéseket és átfogó fejlesztéseket hozott magával. Az 1970-es évektől alakuló terrorelhárító egységek létszámát emelték, fegyverzetüket erősítették, eljárási rendjüket, taktikájukat fejlesztették. Ezeknek a változtatásoknak köszönhetően képességeik gyorsan fejlődtek. A rendvédelem speciális erőinek egyre finomodó rendszerei – a harci képességek fejlődésével párhuzamosan – újabb és újabb tevékenységek bevonását tették indokolttá, ide sorolhatók a logisztikai, a műszaki, az egészségügyi és az adminisztratív területek.

A rendvédelem speciális alakulatainak napi feladatellátása kapcsán az is megfigyelhető, hogy a gyors fejlődés helyenként megelőzte, kinőtte a rendelkezésre álló jogszabályi kereteket. A megváltozott igényekhez igazodó új képességek és a gyakorlatban alkalmazott modern szemléletű eljárási rendek indokolják a szabályozók folyamatos revízióját, adaptálását. Ad absurdum az eddig rendezetlen új területek, új jogszabályok megszületését teszik szükségessé.

¹¹⁶ NATO Strategic Concept 1991 Online: https://www.nato.int/cps/en/natohq/official_texts_23847.htm
NATO Strategic Concept 1999. Online: https://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_27433.htm
NATO Strategic Concept 2010. Online: <https://www.nato.int/lisbon2010/strategic-concept-2010-eng.pdf>

¹¹⁷ NATO Prague Summit Declaration, 2002. Online: https://www.nato.int/cps/en/natohq/official_texts_19552.htm
NATO Istanbul Summit, 2004. Online: <https://www.nato.int/docu/pr/2004/p04-096e.htm>
NATO Riga Summit Declaration, 2006. Online: <https://www.nato.int/docu/pr/2006/p06-150e.htm>
NATO Strasburg–Kehl Summit Declaration, 2009. Online: https://www.nato.int/cps/en/natohq/news_52837.htm?mode=pressrelease

Jó példa erre Magyarországon a rendvédelemben alkalmazott alpintchnikáról kiadott miniszteri rendelet,¹¹⁸ vagy a tűzserézet tárgyú jogszabályi módosítások¹¹⁹.

10.2. Fegyveres testületek egészségügyi tevékenységeiről általában

Nem férhet kétség ahhoz, hogy az egészségügyi tevékenységek – alkalmazásuk kötődjenek akár a polgári, akár a fegyveres erők területeihez – kiemelten nagy felelősségvállalást jelentenek, ezért szabályozásuk, jogszabályi kontrolljuk abszolút indokolt. Ma Magyarországon erre az *Egészségügyről szóló az 1997. évi CLIV. törvény (EüTv.)*¹²⁰ és annak vonatkozó végrehajtási rendeletei hivatottak. A honvédség és a rendőrség számos, különböző irányú alap- és szakegészségügyi tevékenységet végez. Ezek között találhatunk olyat, ami érdemben nem különbözik a polgári egészségügyi szolgáltatóktól, más részről számos – az adott szervezet alaptevékenységéből fakadó – egyéb egészségügyi szaktevékenység bevetésére is szükség van. Ilyen például a speciális egészségügyi alkalmassági- és felülvizsgálatok, pszichológiai vizsgálatok.

Az egészségügyi ellátások szűk területét jelentik a fegyveres erők harctéren alkalmazott egészségügyi tevékenységei. E területek az egészségügy sürgősségi betegellátásához, azon belül is a prehospitális gyógyító munkák közé sorolhatók. A polgári egészségügyi infrastruktúrában főszabályként az oxyológia és a sürgősségi orvostan felel a betegek/sérültek területen történő akut ellátásáért. E polgári szakterületekhez képest a harctéri medicina nem konvencionális veszélyforrások potenciális fennállása mellett vállalja a sérültek ellátását. A civil élethez képest szélsőséges, az életre veszélyes körülmények indokolják, hogy az alkalmazott egészségügyi tevékenységet és annak végrehajtóit integrálni kell az adott fegyveres szervezet:

- szervezeti struktúrájába,
- alaptevékenységébe,
- különböző műveleti eljárásaiba (taktikaiba).

A fenti integráció csak úgy lehet sikeres, ha nem csak az egészségügyi prioritásokat (sürgősségi ellátás alapvetéseit) tekintjük fő rendezési elveknek, hanem az adott harci tevékenység kötelező érvényű szabályait is számba vesszük. A fenti megközelítés nélkülözhetetlen az állomány, az egészségügyi ellátó és a beteg/sérült elérhető legnagyobb

¹¹⁸ 32/2017. (XII. 20.) BM-rendelet a Terrorelhárítási Központ műveleti kötéstechnikai tevékenysége ellátásának szabályairól. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1700032.BM>

¹¹⁹ 295/2010. (XII. 22.) kormányrendelet a Terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?dbnum=1&docid=A1000295.KOR&mahu=1>

¹²⁰ 1997. évi CLIV. törvény az Egészségügyről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>

biztonságának megteremtésében (safety first – a biztonság az első alapelv), végső soron a feladat sikeres végrehajtásában. A harctéri egészségügyi ellátás szervezeti szintű alkalmazásának természetesen egyéb, nem kevésbé fontos elemei is vannak, amelyek meghatározzák a humán erőforrás-menedzsmentet, az alkalmazható eszközöket, a követendő szakterületeknek megfelelő (harcászati és egészségügyi) algoritmusokat és a képesség eléréséhez szükséges oktatási, képzési struktúrát. A felsorolás itt még nem érhet véget, hiszen ezen határterületi tevékenységek szervezése (logisztika), a felelősségi területek megosztása, a konkrét művelet irányítása (döntéshozási, jelentési és utasítási rend) mind része az eredményes feladatvégrehajtásnak.

A komplex tevékenységek átfogó szabályozást igényelnek, ebbe beletartoznak a belső – az adott szervezet, szakma működéséhez nélkülözhetetlen – utasítások, szabályok, szakma specifikus irányelvek és a mindezek alapját képező jogszabályi felhatalmazások, keretek. A rendőrség esetében ezt jól kifejezi a törvényben és a miniszteri rendeletben is lefektetett jogszerű és szakszerű feladatellátási kötelezettség.¹²¹ A hétköznapi nyelvre ezt úgy fordíthatjuk le, hogy a rendőrség állománya a jogszabályokban meghatározott keretek között, a szakmai előírásoknak megfelelően tevékenykedik. Ennek az alapelvként is felfogható kötelezettségnek a rendőrség minden alkalmazottjának, minden munkafolyamatára teljesülnie kell.

10.3. Katonai egészségügyi tevékenységek jogszabályi háttere

A katonaegészségügyi ellátás, azon belül is a harctéri ellátás komoly múltra tekint vissza.¹²² A katonai rendszer a több száz (ezer) éves tapasztalatira építve ki tudta dolgozni az alaptevékenységeihez illeszkedő, azt támogató és kiszolgáló egészségügyi infrastruktúráját. A Magyar Honvédségnek (MH), mint Magyarország fegyveres erejének jogszabályi hátterét *Magyarország Alaptörvénye 45. cikk* fekteti le.¹²³ Alapfeladatairól általánosságban így rendelkezik:

- Magyarország függetlenségének, területi épségének és határainak katonai védelme.
- A nemzetközi szerződésből eredő közös védelmi és békefenntartó feladatok ellátása.
- A nemzetközi jog szabályaival összhangban humanitárius tevékenység végzése.

¹²¹ 1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99400034.TV>
30/2011. (IX. 22.) BM-rendelet a Rendőrség szolgálati szabályzatáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100030.bm>

¹²² SVÉD László – VEKERDI Zoltán – SÓTÉR Andrea (2015): Quo Vadis Honvédorvostan? Helyzetelemzés egy Tanszék remélt újraszületéséhez. *Hadtudományi Szemle*, 8(1), 359–380. Online: https://epa.oszk.hu/02400/02463/00026/pdf/EPA02463_hadtudomanyi_szemle_2015_01_359-380.pdf

¹²³ Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.). Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100425.ATV>

- A katasztrófák megelőzésében, következményeik elhárításában és felszámolásában való közreműködés.

Az alaptörvény meghatározza, hogy a Magyar Honvédség szervezetére, feladataira, irányítására, vezetésére és működésére vonatkozó részletes szabályokat sarkalatos törvényben kell meghatározni, amely a *honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről* szóló 2011. évi CXIII. törvény (Hvt.),¹²⁴ A Hvt. egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról a 290/2011. (XII. 22.) kormányrendelet rendelkezik.¹²⁵ A MH feladatait a Hvt. 36. § részletesen meghatározza. A Hvt. 38/A. § (2) i) pontja a Magyar Honvédség parancsnokának vezetési jogkörébe utalja a honvédség anyagi-technikai, közlekedési, pénzügyi és egészségügyi biztosításának megszervezését és vezetését.

Az MH egészségügyi támogatási feladatainak alapintézménye a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ (MHEK), amelyet a Hvt. 39. § (1) bekezdése alapján a honvédelemért felelős miniszter alapított. Az MH feladatainak egészségügyi biztosítása igen komplex rendszert képez, tevékenységi köre két csoportba osztható.

- **Egészségügyi szolgáltatás feladatcsoport:**

- fekvőbeteg szakellátás,
- járóbeteg szakellátás,
- speciális ellátotti kör, védett személyek alap- és szakellátása,
- valamint az ezekhez kapcsolódó kutatási és oktatási feladatok.

- **Védelem-egészségügyi feladatcsoport:**

- Stratégiai, fejlesztési, tudományos tevékenységek.
- Kiképzési és oktatási tevékenységek.
- Pszichikai és egészségügyi alkalmassági vizsgálatok és felülvizsgálatok (állomány, repülő-egészségügy).
- Honvédségi szervezetek feladat végrehajtásához, válságkezelő és béketámogató műveletekben résztvevő szervezeti egységek egészségügyi tevékenységével összefüggő feladatok szervezése, végrehajtása, az ehhez szükséges anyagellátás irányításából fakadó feladatok.
- Védelem-egészségügyi Laboratóriumi Intézet működtetése.
- Közegészségügyi, járványügyi feladatok ellátása.

¹²⁴ 2011. évi CXIII. törvény a Honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100113.TV> .

¹²⁵ 290/2011. (XII. 22.) kormányrendelet a Honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről szóló 2011. évi CXIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100290.kor>

- Munkaegészségügy.
- Egészségfejlesztés.

Az MHEK egészségügyi szolgáltatás feladatcsoportja a magyar egészségügyi infrastruktúrának szerves része. Budapesten és – a progresszivitás elvének megfelelően – országos szinten is területi ellátási kötelezettséggel rendelkezik, a súlyponti kórházak körébe tartozik, jelenleg Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház néven (ÉPCK HK).¹²⁶ Mindezek mellett egyéb, az alapító okiratában meghatározott közfeladatainak (alapító okirat 4. 1. pont)¹²⁷ is meg kell felelnie. Általánosságban véve elmondható, hogy az ÉPCK HK szociális hálót képez az MH alkalmazottai számára biztosított fekvő- és járóbeteg ellátással. Alapjaiban véve ez nem kötelező, a magyar haderő tekintetében hiánya nem lenne képesség kizáró tényező, a harctevékenységekben közvetlenül nem megjelenő feladatot lát el. A katonai műveletek totális egészségügyi biztosításának viszont szerves eleme a NATO előírásokon alapuló ROLL IV. szintű, a hátszágban a definitív ellátásért, a rehabilitációért felelős egészségügyi intézmény.

Természetesen a magyar katonaorvosok és katona egészségügyi szakszemélyzet összetartásával a mozgósítást jelentősen támogatja, továbbá központi szerepe van ezen állomány szaktudásának fenntartásában, fejlődésének biztosításában és utánpótlásának képzésében.

Az MHEK védelem egészségügyi feladatcsoportjával már más a helyzet. Olyan tevékenységeket végeznek, melyek közvetlenül hatnak a harci műveletekre, ezáltal az MH képességeinek kialakításában és azok végrehajtásában szerves részt vállalnak. Gondolhatunk itt – többek között – a harctéri egészségügyi ellátók kiképzésére, felszerelésére, vagy az egyes katonai objektumok járványügyi teendőinek végrehajtására, a bevethető állomány alkalmasságának megítélésére.

Az MHEK/ ÉPCK HK bármely egészségügyi feladatkörét is tekintjük át, mint egészségügyi tevékenységet végző, egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézménynek, meg kell felelnie a magyar egészségügyi irányú jogszabályoknak is. Az Eütv. 3. § többek között definiálja az egészségügyi ellátást, tevékenységet, szolgáltatást, szolgáltatót, intézményt. Meghatározza az egészségügyi ellátások rendszerét (Eütv. IV. fejezet). Általánosságban rendelkezik az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményeiről (Eütv. V. fejezet). Az

¹²⁶ 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0600132.TV#laj0id7ba7>

¹²⁷ Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház (ÉPCK HK) alapító okirat (2014): Online: <https://epc.euintezmeny.hu/tartalmak/informaciok/kozerdeku-adatok/tevenysegre-mukodesre-vonatkozoadatok/2.1.-a-szerv-alaptevenysege-feladat-es-hataskore-epc-hk>

Eütv. törvény 108. § (1) bekezdésében előírja, hogy egészségügyi szolgáltatás csak meghatározott államigazgatási szerv által kiadott működési engedély mellett folytatható. A működési engedély kiadásáról, az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) kormányrendelet¹²⁸ részletesen rendelkezik. E rendelet alapján alább olvasható néhány sarokponti követelmény, amelyet a működési engedély megszerzéséhez, így az egészségügyi szolgáltatás folytatásához igazolni/teljesíteni kell:

- Ellátni kívánt egészségügyi szakma (szakmák) megnevezését, szakmakódját, progresszivitási szintjét, ellátási formáját.
- Az egészségügyi szolgáltató fenntartójának nevét.
- A tevékenységet végző egészségügyi dolgozók (orvos, szakdolgozó, nem egészségügyi szakképesítéssel rendelkező) nevét, pecsétszámát vagy működési nyilvántartási számát, foglalkoztatási jogviszonyát.
- Az egészségügyi szakma (szakmák) ellátásához szükséges tárgyi feltételek – ideértve a progresszivitási szinthez kapcsolódó feltételeket is – meglétére vonatkozó nyilatkozatot.
- Az egészségügyi dolgozók által megszerzett és a működési nyilvántartásban szereplő valamennyi szakképesítés és szakképzettség tekintetében fennálló, az Eütv. és más jogszabály szerinti továbbképzési kötelezettség teljesítése, vagy továbbképzési kötelezettség meglétének igazolását.
- Szakmai programot.
- Felelősségbiztosítást.

Az Eütv. a fent említett V. fejezeten belül a 4. és 5. címben foglalkozik az egészségügyi szolgáltatások tárgyi és személyi feltételeivel, ami magában foglalja:

- 109. § tárgyi feltételrendszerre,
- 110. § személyi feltételrendszerre,
- 111. § az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartására,
- 112. § az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartására,
- 115. § egészségügyi ágazati szakmai képzésre vonatkozó alapvető szabályokat.

¹²⁸ 96/2003. (VII. 15.) kormányrendelet az Egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0300096.KOR>

Az MH sokrétű egészségügyi munkája – a katonai szakmai meghatározásokat figyelembe véve – a fegyveres erők harci, támogató, kiszolgáló tevékenységi körébe tartozik. A harctéri egészségügyi ellátás (területi, akut, életmentő egészségügyi tevékenység) csak egy kis szelete a katonai műveletek egészségügyi biztosításának, bár a betegek/sérültek túlélésének szempontjából prognózist meghatározó tényező. Ezen egészségügyi tevékenységhez speciális egészségügyi ellátói körre, eszközkészletre és algoritmusokra van szükség. Felmerül a kérdés, hogy hogyan hozható mindez össze a magyar egészségügyi jogszabályokkal, hogyan oldotta fel az MH az alapvetően polgári infrastruktúrára, igényekre épülő szabályozói keretrendszer adta előírásokat.

10.4. A katonai harctéri ellátás jogszabályi alapjai

A harctéri egészségügyi ellátás szervezése túlmutat a polgári egészségügyi infrastruktúrán. Határterületi szakmáról lévén szó, szükséges hozzá az egészségügyi tudás, képességek, de legalább ilyen fontos a katonai műveletekben való jártasság. Külön kihívást jelent a végrehajtók hadrendbe állítása, ami a minőségi és a szakmai követelményeken túl lefedi az erők mennyiségi meghatározását is. Közérthetően fogalmazva, kik vethetők be a harci tevékenységek közben szükségessé váló egészségügyi teendők végrehajtása, és az hogyan szervezhető meg. Érezhető, hogy a katonai egészségügyi feladatok ellátására motivációval és a megfelelő alkalmassággal bíró diplomás egészségügyi ellátók száma nem elegendő, különösen így van ez a harctéri ellátást illetően. A katonai szolgálatok – világszerte – e kihívást egészségügyi szakképzettséggel nem rendelkező katonák, egészségügyi kiképzésével oldják meg, és így próbálják elérni a megfelelő számú, bevethető erőt. A magyar jogszabályi környezetben erről a *honvédek jogállásáról szóló 2012. évi CCV. törvény* gondoskodik,¹²⁹ melynek a 238. § (3) b) pontja felhatalmazást ad a honvédelmi miniszternek, hogy az egészségügyért felelős miniszterrel egyetértésben rendeletben állapítsa meg: „...a katonai feladat végrehajtása közben elvégezhető egészségügyi tevékenységeket, ezen egészségügyi tevékenységek elvégzéséhez szükséges egészségügyi szakkiképzések körét, szakkiképzési követelményeket, azok szakmai tartalmát, és kijelölje a szakkiképzés lefolytatására jogosított intézmények körét.” A fenti rendelet meghozatalára – a jogszabályi hierarchiának megfelelően – további felhatalmazást ad a *honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről szóló 2011. évi CXIII. törvény egyes rendelkezéseinek*

¹²⁹ 2012. évi CCV. törvény a Honvédek jogállásáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200205.TV>

végrehajtásáról szóló 290/2011. (XII. 22.) kormányrendelet 2. § (1)¹³⁰ és az egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat és hatásköréről szóló 212/2010. (VII. 1.) kormányrendelet 41. § d) pontja.¹³¹

Mindezek szerint elmondható, hogy a katonai harctéri egészségügyi ellátás jogszabályi szintű rendezésének alapja, „bibliája”, *a katonai feladat végrehajtása közben elvégezhető egészségügyi tevékenységekről, ezen tevékenységek elvégzéséhez szükséges egészségügyi szakkiképzések köréről, a szakkiképzési követelményekről, azok szakmai tartalmáról és a szakkiképzés lefolytatására jogosított intézmények köréről szóló 2/2014. (II. 28.) HM-rendelet¹³²*

10.4.1. HM rendeletről általánosságban

A fenti jogszabállyal szemben támasztott alapvető elvárások, hogy az épüljön a jogszabályi hierarchiára, visszavezethető legyen az alaptörvényre, törvényekre, kormányrendeletekre, illetve illeszkedjen a hasonló szinten álló szakági miniszteri rendeleti struktúrába. Ezek alapján elmondható, hogy egészségügyi tevékenységek tekintetében az Eütv-nek és a korábban említett 96/2003. (VII. 15.) kormányrendeletnek való megfelelés is alapvető kíváncsolom. Természetesen a honvédség irányú törvényeknek és rendeleteknek való megfelelés alapvetően teljesülő elem, hiszen azért születtek, hogy az MH alapvető feladatainak minőségi végrehajtását lehetővé tegyék. A HM-rendelet főbb elemei:

10.4.2. Ki végezhet katonai feladatok ellátása során egészségügyi ellátást?

A HM-rendelet személyek tekintetében egyrészt megjelöli az MHEK-t, mint a kiképzésre felhatalmazott egységet (az oktatási tevékenységre az alapító okiratban megtalálható a megfelelő szakmai tevékenységi kód), másrészt a meglévő végzettségek és elvégezhető kiképzések alapján, a katonai feladatok ellátása során bevethető egészségügyi ellátók körét. A HM rendelet csoportokat állít fel, amelyek egy markáns kritérium alapján két részre bonthatók:

1. Polgári egészségügyi képesítéssel rendelkező állomány:

¹³⁰ 290/2011. (XII. 22.) kormányrendelet a Honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről szóló 2011. évi CXIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100290.kor>

¹³¹ 212/2010. (VII. 1.) kormányrendelet az Egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat- és hatásköréről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1000212.KOR&mahu=1>

¹³² 2/2014. (II. 28.) HM-rendelet a katonai feladat végrehajtása közben elvégezhető egészségügyi tevékenységekről, ezen tevékenységek elvégzéséhez szükséges egészségügyi szakkiképzések köréről, a szakkiképzési követelményekről, azok szakmai tartalmáról és a szakkiképzés lefolytatására jogosított intézmények köréről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1400002.HM>

- szakdolgozó és szakképzettek: ápoló, szakápoló, mentőápoló és egyéb diplomás;
- szakdolgozó: ápoló, szakápoló, mentőápoló, mentőtiszt, diplomás ápoló, egészségügyi asszisztens (OKJ), szakasszisztens, közegészségügyi-járványügyi felügyelő, népegészségügyi ellenőr;
- egyéb diplomás személy: orvos, fogorvos, gyógyszerész, pszichológus, klinikai szakpszichológus.

2. Polgári egészségügyi képesítéssel NEM rendelkező állomány:

- katona, aki alap-, középszintű egészségügyi szakkiképzéssel szerez egészségügyi kompetenciát.

A HM-rendelet logikája szerint meg kell különböztetni:

- Szakképesített/diplomás személyeket, akik
 - vagy az alapiskolájuk szerinti kompetenciáknak megfelelő egészségügyi tevékenységet végeznek,
 - vagy szakkiképzéssel szerezhettek további egészségügyi kompetenciákat, ami egyéb invazív beavatkozások elvégzésére is lehetőséget ad, meghatározott körülmények között.
- Szakkiképzettek, akik
 - szakkiképzésük által szereznek alkalmazható egészségügyi képességeket.

A polgári egészségügyi képesítéssel rendelkező személyek a végzettségnek megfelelő kompetencia határokon belül az ország egész területén alkalmazhatók, bevethetők, amennyiben az ágazati feltételeknek megfelelő képzési kritériumok teljesülnek.¹³³

Más a helyzet az egészségügyi polgári végzettséggel nem rendelkezők esetében, illetve azoknál az ellátóknál, akik kompetenciájukat a HM-rendeletben foglaltak szerint bővítették. Meg kell jegyeznünk, hogy a polgári jogrendszer képzéssel, képzettséggel dolgozik. Ezen belül megkülönböztet OKJ szerint és felsőoktatásban (oklevél/diploma) szerzett kompetenciákat.¹³⁴ A szakkiképzés fogalomkörét a polgári ágazat nem ismeri, ez speciálisan a honvédséghez kötött, a képzésre vonatkozó jogrendszerben önállóan nem megtalálható fogalom. Nem

¹³³ 63/2011. (XI. 29.) NEFMI-rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100063.NEM>

64/2011. (XI. 29.) NEFMI-rendelet az Orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100064.NEM>

¹³⁴ 2011. évi CXCV. törvény a Nemzeti köznevelésről.; 2011. évi CCIV. törvény a Nemzeti felsőoktatásról.; 2011. évi CLXXXVII. törvény a Szakképzésről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100187.TV>
150/2012. (VII. 6.) kormányrendelet az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200150.kor>

iskolarendszerű képzésnek tekinthető, a rá vonatkozó szabályozók nem egészségügyi, oktatási ágazati jogszabályi szintűek. Ezt a dilemmát a HM-rendelet 10. §-a oldja fel, amely szerint mindennemű végrehajtás és nyilvántartás ellenőrzési jogát (feltételezhetően akkor azok megalkotását, szabályozását is) az MH egészségügyi főnök felelősségébe utalja.

10.4.3. Hol és mikor végezhetnek egészségügyi tevékenységet a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező kiképzett katonák?

A HM-rendelet 1. § a) pontja szerint az alapszintű szakkiképzettséggel rendelkező állomány (a szakkiképzettségének megfelelő kompetencia keretein belül) Magyarországon és külföldön egyaránt végezhet egészségügyi tevékenységet meghatározott körülmények együttes fennállása esetén:

- Magyarországon különleges jogrend fennállásakor, vagy
- külföldön és
- a békeműveletekben,
- katonai műveleti területen végrehajtott katonai tevékenységek közben.

A HM-rendelet 1. § b) és c) pontja szerint a középszintű egészségügyi szakkiképzettséggel, vagy egészségügyi szakkiképzettséggel rendelkező állomány (a szakkiképzettségének megfelelő kompetencia keretein belül) Magyarországon és külföldön egyaránt végezhet egészségügyi tevékenységet meghatározott körülmények együttes fennállása esetén:

- Magyarországon vagy
- külföldön és
- békeműveletek során,
- a műveleti területen végrehajtott katonai tevékenységek közben,
- egyéb okból elrendelt katonai tevékenységek közben.

Tehát az alapkompentencia Magyarországon csak minősített jogrend megvalósulásakor, katonai műveleti területen, katonai tevékenység során, míg külföldön a békeműveletekben is, illetve katonai műveleti területen, katonai tevékenység során vethető be. A közép és magasabb kompetencia Magyarországon és külföldön is a békeműveletekben és katonai műveleti területen, katonai tevékenység során, valamint az egyéb okból elrendelt katonai tevékenységek közben gyakorolható. A két kompetencia csoport tevékenységét illetően a HM-rendelet szerint alapvető különbség, hogy csak a minősített időszakban vagy normál jogrend békeműveletiben is felhatalmazást ad, illetve az egyéb okból elrendelt katonai tevékenységek során – ami

gyakorlatilag minden szolgálati feladat ellátását magában foglalja – feljogosít egészségügyi tevékenység végzésére.

10.4.4. Kit láthatnak el a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező kiképzett katonák?

A HM-rendelet egyik hiányosságának tűnik, hogy nem definiálja világosan az ellátotti kört, vagyis, hogy kit láthat el a szakkiképzés során kompetenciákat szerző egészségügyi állomány. Erre vonatkozó megállapítás, hogy a kompetencia függvényében, de mindenképpen a katonai tevékenységek közben:

- bekövetkezett sérülésekkel, betegségekkel bírók,
- harctéri sebesültek,
- életmentő beavatkozásra szorulóknak,
- felismert betegségekkel rendelkezők,
- valamint általános egészségügyi ellátásra szorulóknak.

Azonban e jogszabály nem fogalmazza meg, hogy a katonai feladatot végrehajtó állományról van-e szó, vagy magában foglalja a műveletben sérült, esetleg a művelet során fellelt polgári, civil sérülteket/betegeket is. A kérdés azért lehet releváns, mert e jogszabály 5. § (6) bekezdésében, a gyógyszeradás során alkalmazható hatóanyag meghatározásakor felbukkan egy újabb személyre vonatkozó meghatározás: „a katonai feladat végrehajtása közben közreműködő személy”. Ilyen státuszban – jogviszonyától függetlenül – szinte bárki lehet ellátandó személy.

10.4.5. Milyen egészségügyi kompetenciákat szerezhettek a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező kiképzett katonák?

A HM-rendelet mellékleteiben kellő alapossággal és részletességgel meghatározza a különböző szinteken megszerezhető kompetenciákat, így az egyes kompetenciaszinteken belül végezhető tevékenységi köröket.

10.4.6. Milyen eszközöket használhatnak a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező kiképzett katonák?

A HM-rendelet a tárgyi minimumfeltételekre nem tér ki, kivételt képez ez alól a beadható gyógyszerek hatóanyag tartalma. Logikailag az eszközkészlet meghatározása az Eütv. szerint szükséges lenne.

10.4.7. Kiképzésre vonatkozó szabályok

A HM-rendelet részletesen meghatározza a szakkiképzés követelményeit, az oklevél kibocsátásának szabályait, a szakkiképzés időbeni hatályát és érvényességét, a szakkiképzésre kijelölt intézményt (MHEK).

10.4.8. A polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező szakkiképzett katonák nyilvántartása, szakmakódja

A HM-rendelet csak utal a nyilvántartásra, azt nem határozza meg. A katonai feladat végrehajtása közben elvégezhető egészségügyi tevékenységnek (harctéri ellátás) nincs önálló szakmakódja, talán e jogszabály adhatna rá lehetőséget, így az Eütv-nek való megfelelés teljesebb lenne.

10.4.9. A harctéri ellátás szakmai programja, szakmai háttérre

A harctéri ellátás alapjának tekinthetők a hazai és a NATO egészségügyi doktrínái, amelyek nem nemzetközi jogi aktusok, de a harctéri egészségügyi szakterület megalapozott szakmai követelményeit meghatározzák, leírják.

10.4.10. A mindennapi, gyakorlati élet dilemmái

Saját tapasztalatom szerint a magyar és az európai uniós jogalkalmazási gyakorlatban az egészségügyi irányban kiképzett (polgári egészségügyi képzettséggel nem rendelkező) katonák szigorúan csak saját állományuk sérültjeinek, betegeinek ellátását végzik, erre érzik magukat felhatalmazva. Ez a különböző nemzetközi gyakorlatokban észlelt jelenség, melynek során a civil sérülteket maximum non-invazív elsősegélyben részesítik az ellátók, őket is csak akkor, ha a saját állomány nem sérült, vagy azokat már ellátták. A kérdésre, hogy mi áll a fentiek háttérében, kivétel nélkül azt a választ kaptam, hogy nincs joguk a civilek egészségügyi ellátására, sőt parancsuk van az attól való tartózkodásra.

Egy másik kérdés lehet, hogy mi történik akkor, ha a polgári egészségügyi végzettséggel nem rendelkező, szakkiképzett katonai egészségügyi ellátó nem szolgálati tevékenysége közben találkozik sérülttel, beteggel. Történetesen olyan állapotban lel fel civil személyt, akinek állapota – a megfelelő invazív beavatkozás nélkül – rohamosan romlik, akár életet veszélyeztető státuszba kerül, vagy már abban van. Vajon ebben a helyzetben a fenti katonai ellátó alkalmazhatja-e invazív egészségügyi kompetenciáit az életmentésre? A kérdés felveti a

*Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény*¹³⁵ 166. §-nak gyakorlati alkalmazhatóságát, illetve annak értelmezését. Ezek szerint:

„166. § (1) Aki nem nyújt tőle elvárható segítséget sérült vagy olyan személynek, akinek az élete vagy testi épsége közvetlen veszélyben van, vétség miatt két évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) A büntetés büntett miatt három évig terjedő szabadságvesztés, ha a sértett meghal, és életét a segítségnyújtás megmenthette volna.

(3) A büntetés büntett miatt az (1) bekezdés esetén három évig, a (2) bekezdés esetén egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztés, ha a veszélyhelyzetet az elkövető idézte elő, vagy ha a segítségnyújtásra egyébként is köteles.

(4) A (3) bekezdés utolsó fordulata nem alkalmazható azzal szemben, aki a közlekedési szabályok alapján köteles a segítségnyújtásra.”

- A tőle elvárható és az egyébként is köteles meghatározások mentén vajon elvárható-e egy egészségügyi kompetenciái alapján életmentésre szakkiképzett ellátótól, hogy a képességei teljes táráat bevesse az életmentésre, még akkor is, ha – az a HM-rendelet szerint erre – ebben a helyzetben nem felhatalmazott, így nem köteles. Mit mutat a magyar (nemzetközi) jogalkalmazás és bírói gyakorlat? Az életmentést megpróbáló, végrehajtó: Életmentő Emlékérmet kap, ha sikeres a beavatkozása, vagy katonai bíróságra kerül ügye, ha nem próbálja meg, esetleg az invazív beavatkozása következtében kialakult szövődmény miatt a sérült/beteg súlyos egészségkárosodást szenved, esetleg meghal?

A fenti példa alapján a kit, mikor és hol kérdések felvetésekor azt a dilemmát kell feloldani, hogy ha valaki jogszabályban meghatározott körülmények és feltételek mellett egészségügyi kompetenciát szerzett, akkor annak alkalmazását lehet-e, kell-e korlátozni. Hiszen vagy van ilyen irányú kompetenciája (fenntartottan), és akkor bárhol, bármikor, ha szükség van rá alkalmazza azt, vagy nincs, de akkor máskor, máshol se tevékenykedjen ebben a körben.

10.4.11. A katonai harctéri ellátás szabályozásának összefoglalása

A nemzeti haderő az ország szuverenitásának, területi integritásának, függetlenségének alkotmányos alapokon álló egyik alappillére. Megfelelő működéséhez politikai és

¹³⁵ 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200100.TV>

hadtudomány-szakmai területek összehangolt tevékenységére van szükség. Ennek megfelelően az országgyűlés, a mindenkori kormányzat, az ágazati, központi államigazgatási szervek, illetve a honvéd vezérkar feladata gondoskodni a politikai és szakmai igényeknek megfelelő jogszabályi környezetről. A harctéri ellátást illetően jól nyomon követhető a jogszabályok hierarchiájának megfelelő szabályozási lánc az alaptörvénytől a végrehajtási rendeletig. Az így felépített háttér kellő garanciát és jogosítványt ad a katonai műveletekben, a katonai tevékenységek során alkalmazható egészségügyi ellátásokhoz, ami alapvető a katonai műveletek támogató, kiszolgáló tevékenységéhez, az élőerő megvédéséhez, fenntartásához, így a sikeres feladat végrehajtásához.

Véleményem szerint az egészségügyi ágazati jogszabályoknak való megfelelés még finomítható, ennek alapjai a már hatályos jogszabályokban adóttak. Talán a finomhangolás lehetőséget teremtene arra, hogy a polgári egészségügyi képesítéssel nem rendelkező, de egészségügyi beavatkozások irányában szakkiképzett honvédelmi állomány alkalmazható egészségügyi kompetenciája a társadalom egészére ki legyen terjesztve. Ez az integráció európai szintű igény.

10.5. A rendvédelem egészségügyi tevékenységeinek jogszabályi háttere

A rendvédelemben alkalmazott egészségügyi ellátó rendszer a katonai egészségügyi infrastruktúrához képest – számos hasonlóság és átfedés mellett – jelentős különbségekkel bír. Általánosságban elmondható, hogy a különbségek alapfeladataiból fakadnak. A rendőrség esetében ez is az Alaptörvényre vezethető vissza, amit a 46. cikk foglal össze, ezek szerint a rendőrség feladatai:

1. A bűncselekmények megakadályozása, felderítése.
2. A közbiztonság, a közrend és az államhatár rendjének védelme.
3. A jogellenes bevándorlás megakadályozása.

Az Alaptörvény azt is meghatározza, hogy a rendőrség és a nemzetbiztonsági szolgálatok szervezetére, működésére vonatkozó részletes szabályokat, a titkosszolgálati eszközök és módszerek alkalmazásának szabályait, valamint a nemzetbiztonsági tevékenységgel összefüggő szabályokat sarkalatos törvényben kell meghatározni.

A fent hivatkozott sarkalatos törvény a *Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény* a (Rtv.)¹³⁶, aminek 1., 2. és 2/A. §-a meghatározza a rendőrség alapfeladatait. Ennek főbb elemei:

1. Bűnmegelőzés.

¹³⁶ 1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99400034.TV>

2. Bűnüldözés.
3. Államigazgatás.
4. Rendészeti feladatok ellátása.
5. A jogszabályokban meghatározott, Magyarország szempontjából különösen fontos személyek életének, testi épségének védelme.
6. Határvédelem.
7. Ellátja a rendkívüli állapot, a szükségállapot, a megelőző védelmi helyzet, a terrorveszélyhelyzet, a váratlan támadás és a veszélyhelyzet esetén a hatáskörébe utalt rendvédelmi feladatokat.
8. Részt vesz a nemzetközi szerződés alapján a béketámogató és polgári válságkezelési feladatokban.

Összefoglalva: a legegyszerűbben azt mondhatjuk, hogy a rendőrség alapfeladata az élet, a testi épség (és a vagyon) védelme, segítséget nyújtani a rászorulóknak. Érdekes az áthallás, hiszen az egészségügy is pont ezt teszi, csak más tudás- és eszközkészlettel, tehát más fegyverekkel. A rendőrség egészségügyi tevékenysége – a katonai egészségügyhöz hasonlóan – két részre bontható:

10.5.1. Egészségügy-szolgáltatás feladatcsoport

A rendvédelem személyi állománya az *egyes központosított egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások igénybevételéről, valamint a külön meghatározott személyek tekintetében fennálló egészségügyi ellátás rendjéről* szóló 175/2007. (VI. 30.) kormányrendelet¹³⁷ 2. § (1) c) pontja szerint az MHEK/ ÉPCK HK egészségügyi szolgálataira igényjogosult. Az igénybe vehető szolgáltatásokat e kormányrendelet a *kötelező egészségbiztosítás ellátásairól* szóló 1997. évi LXXXIII. törvény¹³⁸ II. fejezete szerint állapítja meg. Ebből a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást, a járóbeteg szakellátást és az orvosi rehabilitációt emelném ki, mint az állomány számára nyújtott, államilag létrehozott szociális hálót. Ebben a populációban is igaz, hogy a harcérték biztosításához nem kötelezően meghatározó elem, hiszen a fenti tevékenység elvileg minden egészségbiztosítással rendelkező magyar állampolgárnak jár. Az MHEK/ ÉPCK HK egy lehetőség, amellyel a kormány az igényjogosult kört kiemelten támogatja. E tekintetben a honvédség és rendőrség egészségügyi

¹³⁷ 175/2007. (VI. 30.) kormányrendelet Egyes központosított egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások igénybevételéről, valamint a külön meghatározott személyek tekintetében fennálló egészségügyi ellátás rendjéről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0700175.KOR>

¹³⁸ 1997. évi LXXXIII. törvény a Kötelező egészségbiztosítás ellátásairól. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700083.TV>

háttérben nincs különbség. Zárójelben megjegyzendő, hogy korábban ezt a feladatot a BM Központi Kórház és Intézményei (Korvin Ottó Kórház) látták el. A kórházat 2007-ben megszüntették, azt az Állami Egészségügyi Központba olvasztották be.

10.5.2. Védelem-egészségügyi feladatcsoport

Ez a feladatcsoport az MH rendszerével hozható párhuzamba, mivel a rendőrség esetében ilyen, konkrétan meghatározott tevékenység, nincs nevesítve. Funkcióját illetően az állomány (élőerő) védelmét látja el, tehát a közvetlen harcértéket befolyásolja. A rendőrség esetében – a BM Szervezeti és Működési Szabályzata szerint – a fenti tevékenységek szervezésének központi szerve a Belügyminisztérium Személyügyi Helyettes Államtitkárság Személyügyi Főosztály Egészség Koordinációs Osztálya.¹³⁹ A rendvédelem tekintetében a *rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról szóló 2015. évi XLII. törvény*¹⁴⁰ (Hszt.) 341. § (1) 13. pontja a belügyminisztert – többek között – felhatalmazza, hogy az irányítása alá tartozó rendvédelmi szervre vonatkozóan az alapellátás, az alkalmasság- és felülvizsgálat szabályait rendeletben szabályozza. Továbbá, hogy a rendvédelmi egészségügyi szolgálat szervezetét és feladatrendszerét meghatározza. Ennek megfelelően az *egyes rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjai egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságáról, rendvédelmi igazságügyi alkalmazottai és munkavállalói munkaköri egészségi alkalmasságáról, a szolgálat-, illetve keresőképtelenség megállapításáról, valamint az egészségügyi alapellátásról szóló 57/2009. (X. 30.) IRM–ÖM–PTNM együttes rendelet*¹⁴¹ részletesen kifejti a témára vonatkozó eljárási rendet. A Belügyminisztériumhoz tartozó rendvédelmi szervek egészségügyi ellátásával kapcsolatban megjegyzendő még a *Belügyminisztérium egészségügyi szolgálatáról és a belügyminisztériumi szerveknél folyó egészségügyi tevékenységről szóló 9/2001. (BK. 4) BM-utasítás*.¹⁴² A fenti szabályzók alapján a rendőrség egészségügyi tevékenységeinek főbb feladatai:

- Gyógyító-megelőző ellátás.
- Alkalmassági és felülvizsgálatok.
- Foglalkozás-egészségügyi és munkavédelmi feladatok.

¹³⁹ 11/2018. (VI. 12.) BM-utasítás a Belügyminisztérium Szervezeti és Működési Szabályzatáról. Online: https://www.kormany.hu/download/c/c7/61000/BM_SZMSZ_2018.pdf

¹⁴⁰ 2015. évi XLII. törvény a Rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500042.TV>

¹⁴¹ 57/2009. (X. 30.) IRM–ÖM–PTNM együttes rendelet egyes rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjai egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságáról, közalkalmazottai és köztisztviselői munkaköri egészségi alkalmasságáról, a szolgálat-, illetve keresőképtelenség megállapításáról, valamint az egészségügyi alapellátásról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0900057.IRM>

¹⁴² 9/2001. (BK. 4) BM-utasítás a Belügyminisztérium egészségügyi szolgálatáról és a belügyminisztériumi szerveknél folyó egészségügyi tevékenységről. *Belügyi Közlöny*, 12(4), 229-235.

- Közegészségügyi és járványügyi feladatok.
- Mentálpszichológia.
- Az egészségkárosító kockázattal járó kiképzési, és egyes szolgálati feladatok végrehajtásának egészségügyi biztosítása [utasítás 26. g) pont].
- Egészségügyi tevékenységhez szükséges eszközök, anyagok beszerzése.

A rendőrség egészségügyi tevékenységeivel kapcsolatban tehát megállapítható, hogy a progresszivitásnak megfelelően a fekvőbeteg ellátást az MHEK/ÉPCK HK végzi. A járóbeteg-szakellátások egy részét ott, ahol ezt az országos parancsnokságok saját költségvetésükből vállalják, az egészségügyi ágazatra vonatkozó jogszabályok szerint, működési engedély birtokában szervezhetik és végezhetik a Belügyminisztérium engedélyével. Az alapellátást – az utasítás szerint – a területi alapellátó egységek hálózata biztosítja, amelyet a szervezeti egység saját kapacitásának terhére, vagy más költségvetési szervvel, gazdasági társasággal történő, egészségügyi szolgáltatásra irányuló megállapodás útján is végrehajthatja. A rendőrség esetében a fent említett egészségügyi tevékenységének jogszabályi háttere tehát adott, megalapozott.

10.5.3. Művelet és harctér a rendőri tevékenységekben

A rendvédelem vonatkozásában e terminus technikusok első olvasásra zavarosnak tűnhetnek, ezért értelmezésre szorulnak. A katonai fogalomrendszerben a harctér jól definiáltan megtalálható. A katonai művelet, a katonai feladatvégrehajtás végső soron a harcászatban válik közvetlen érintkezéssé az ellenséggel, az egészségügyi biztosítás, annak harctéri első láncszeme leginkább itt jeleníthető meg. A rendőrség vonatkozásában intézkedésről beszélünk leginkább, amelyeket az Rtv. és a *rendőrség szolgálati szabályzatáról szóló 30/2011. (IX. 22.) BM-rendelet*¹⁴³ írnak le. Rendőri „művelet” fogalom használatos Európa szerte, leginkább a speciális beavatkozó egységek, CTU-k bevetéseinek meghatározására. Magyarországon a rendőri művelet jogszabály szintű meghatározása nem található a nómenklatúrában. A rendőri művelet meghatározását a *Magyar Köztársaság Rendőrségének Csapatszolgálati Szabályzata kiadásáról szóló 11/1998. (IV. 23.) ORFK-utasítás*¹⁴⁴ nem jogszabályi szintű norma teszi meg. Ezek szerint:

¹⁴³ 30/2011. (IX. 22.) BM-rendelet a Rendőrség szolgálati szabályzatáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100030.bm>

¹⁴⁴ 11/1998. (IV. 23.) ORFK-utasítás a Magyar Köztársaság Rendőrségének Csapatszolgálati Szabályzata kiadásáról. Online: http://www.police.hu/sites/default/files/11_1998.pdf

„20. A rendőri művelet a rendőrség szolgálati ágainak, szolgálatainak és szakszolgálatainak egységes elgondolás és terv alapján különböző szolgálati formákban és eljárási cselekményekkel együttesen megvalósított cél, feladat, hely és idő szerint összehangolt tevékenységének az összessége, amely a bűnmegelőzési, bűnüldözési, államigazgatási és rendészeti feladatkörökhöz tartozó összetett rendőri feladatok megoldására irányul.”

A rendőrség speciális beavatkozó egységei Magyarországon a Terrorelhárítási Központ az Rtv. 7/E. §, és a *terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól* szóló 295/2010. (XII. 22.) kormányrendelet alapján a hatáskörébe sorolt feladatok jelentős részét rendőri műveletek formájában hajtja végre.¹⁴⁵ Tekintettel, hogy a SIU-k és CTU-k hatáskörei az életre fokozottan veszélyes helyzetek megoldására vonatkoznak, a feladataik végrehajtása komplex megközelítést igényelnek, sokszor képességeik teljes bevonásával, ez az úgynevezett műveleti szemlélet. Az intézkedés önmagában kevésbé leíró, kevésbé jellemzi a valós tevékenységüket.

A rendőri feladatok tekintetében a harctér értelmezése a műveletek végrehajtásához, a műveleti területhez kapcsolható. Egyszerűbb esetekben lehet mondani, hogy a rendőri záráson belül eső térben meghatározható helyek a műveleti területek. A rendőri zárás a 11/1998. (IV. 23.) ORFK utasítás szerint:

„24. A zárás valamely terület elszigetelése, körbezárása az adott területen folytatott más rendőri tevékenység sikeres végrehajtásához, meghatározott objektumok, személyek megóvásához, a közrend fenntartásához szükséges feltételek megteremtése érdekében.”

A rendőri műveletek zárása, elszigetelése az állampolgárok biztonságának (és a művelet sikerességének) szempontjából alapvető szakmai követelmény. Azonban bizonyos esetekben a zárás kialakítása, a rendelkezésre álló erők korlátozottsága miatt, teljességben nem lehetséges vagy időben elnyúlhat, ugyanakkor az esemény azonnali beavatkozást tesz szükségessé. Ezekben az esetekben a harctér kiterjed minden olyan területre, ahol az állampolgárok és a műveletben résztvevő állomány élete és testi épsége valós fenyegetettségnek van kitéve. Gondoljunk itt a ramming¹⁴⁶ támadásokra, az ámokfutókra vagy a második csapás lehetőségére. Összegezve: a rendőri műveletek során harctérnek nevezhető minden olyan térben meghatározott terület, ahova a belépésre csak a művelet végrehajtásáért felelős parancsnok adhat engedélyt. Ez a műveleti helyszín, ahol a rendőri értelemben vett harci cselekmények

¹⁴⁵ 295/2010. (XII. 22.) kormányrendelet a Terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?dbnum=1&docid=A1000295.KOR&mahu=1>

¹⁴⁶ MILLER, Vincent – HAYWARD, Keith J. (2019): „I did my bit” Terrorism, Trade and the Vehicle Ramming Attack as an Imitative Event. *The British Journal of Criminology*, 59(1), 1-23. Online: <https://academic.oup.com/bjc/article/59/1/1/5052837>

folynak. A műveleti területre való belépés tilalma a civil személyekre, engedélyhez kötöttsége a rendőri állományra vonatkozik.

10.5.4. Harctéri egészségügyi ellátás a rendőri műveletekben

Amennyiben elfogadjuk azt, hogy a rendőrség az alapfeladatai ellátásának egy részét rendőri műveletek végrehajtásával teljesíti, illetve adott körülmények között a rendőri művelet helyszíne (műveleti terület) harctérnek tekinthető, akkor a rendőrség esetében is jogos lehet a harctéri egészségügyi ellátás iránti igény. Az MH tekintetében a HM-rendelet jogszabályi szinten szabályozza a katonai feladatok közben végrehajtható egészségügyi tevékenységet – különösen a ki, hol, mikor kérdésekre –, illetve kielégítő választ ad a képzési feltételekre. A honvédelemre vonatkozó jogszabályok logikájából, az MH alaptevékenységéből levezethető, hogy a harctéri egészségügyi ellátás a katonai művelet végrehajtó állománya és az abban közreműködők számára nyújtható.

A rendőrség harctéri egészségügyi ellátására eddig semmilyen jogszabályi felhatalmazás nem volt található. A kutatásom egyik meghatározó iránya volt, hogy ezt a hiányosságot feltárjam, és javaslatot tegyek a rendezésére. A kérdés volt, vajon a rendőrség alapfeladatából fakad-e ilyen irányú feladatszabás, illetve ilyen típusú felelősségvállalásra jelent-e meg új társadalmi igény, elvárás.

Rendőri tevékenységekre vonatkozó jogszabályok között az Rtv. az alapfeladatra vonatkozó megállapításai között említi az élet és a testi épség védelmének kiemelt jelentőségét. A rendőrség szolgálati szabályzata BM-rendelet szinten további, egyrészt szemléletbeli megközelítést, másrészt konkrét feladatszabást rendel el az egészségügyi teendők terén:

- *„Biztonsági intézkedések*
10.§ (1) A rendőr az önveszélyes állapot vagy a személyeket, illetve anyagi javakat közvetlen fenyegető vészhelyzet észlelése esetén az Rtv. 37§-ában meghatározott intézkedések végrehajtása során – a helyszínen
b) gondoskodik az életmentésről és az elsősegélynyújtásról
- *Eljárás helyszínbiztosítás esetén és közlekedési baleset helyszínén*
11.§ (1) A helyszínt biztosító rendőr
a) elsősegélyben részesíti vagy részesítteti azokat, akik az esemény során megsérültek vagy megbetegedtek, valamint más ok miatt segítségre szorulnak
h) feljegyzi, hogy a sérültet milyen rendszámú mentő gépkocsival hova szállították el

12.§ (1) Közlekedési baleset helyszínén a rendőr a baleseti helyszínelő kiérkezéséig gondoskodik az elsődleges intézkedések megtételére – különös tekintettel az elsősegélynyújtásra...

- *Eljárás katasztrófa esetén*

13.§ (2) Katasztrófa helyszínén a rendőr az elhárításra jogosult hatóságok és szervek megérkezéséig intézkedik

c) közreműködik a forgalom lezárásában és elterelésében, valamint az élet- és vagyonmentésben

- *Intézkedés ön- vagy közveszélyes állapotban lévő személy esetén*

16§

(2) A rendőr az öngyilkosságot megkísérlő vagy elkövetni szándékozó személyhez orvost hív, vagy közreműködik abban, hogy a mentőszolgálat egészségügyi intézetbe szállítsa.

- *Elfogás és előállítás*

31§

(7) Elhelyezéskor a fogvatartottat nyilatkoztatni kell sérüléseiről, esetleges panaszáról. Betegség vagy sérülés esetén orvosi ellátásban kell részesíteni,

- *Kényszerítő eszközök, általános szabályok*

38§

(1) Ha kényszerítő eszköz alkalmazását személyi szabadságot korlátozó intézkedés követi, a kényszerítő eszközt a helyszínen alkalmazó rendőrnek a jelentést a személyi szabadságot korlátozó intézkedésről szóló írásos jelentésben kell megtennie.

(2) A kényszerítő eszköz alkalmazásáról készített jelentés tartalmazza:

d) keletkezett-e sérülés, és milyen fokú...

e) mi történt a sérülttel, ellátására történt-e intézkedés...

- *Lőfegyverhasználat*

49§

(1) A lőfegyverhasználat során sérültet elsősegélyben kell részesíteni, gondoskodni kell orvosi ellátásáról....

50§

(2) A lőfegyvert használó rendőr jelentése a következőket tartalmazza:

d) milyen sérülés történt, sor került-e elsősegély nyújtásra, orvosi ellátásra, hol tartózkodik a sérült”¹⁴⁷

A fenti szakaszokból levonható az a következtetés, hogy a rendőri feladatok része az életmentés, az elsősegélynyújtás és az egészségügyi ellátó rendszer aktiválása orvos bevonásával.

Az első ellátás kompetenciaszintje a helyszínen lévő, intézkedést végrehajtó rendőrtől elvárható szinten határozható meg. Amennyiben az intézkedést (műveletet) végrehajtó szerv, a 9/2001. BM utasítás alapján, a saját költségvetéséből egészségügyi ellátót foglalkoztat, és ugyanennek az utasításnak 26. g) pontja szerint tevékenységét úgy minősítette, hogy azt egészségügyi biztosítás mellett hajtja végre, akkor a képzett egészségügyi ellátó elsősegély kompetenciája magasabb szintű, konkrétan egészségügyi ellátásra ad lehetőséget.

10.5.5. A társadalmi igény oldal

A bevezetőben említettem, hogy a posztmodern terrorizmus változást hozott a támadások személyekre vonatkozó kimeneteli célját illetően, egyszerűbben fogalmazva: kíméletlenül hadat üzent az állampolgárok élete és testi épsége ellen. A kérdés pedig felvetődik mindkét, a támadásban érintett társadalmi csoport felől – legyen az civil vagy éppen a beavatkozó hivatásos személy –, hogy sérülés esetén ki biztosítja a túlélést egy olyan területen, ami a további sérülések elkerülése és a művelet végrehajtásának sikere (az elkövetők menekülésének megakadályozása) miatt lezárt, elzárt. A kérdésre csak egy helyes válasz adható: az a kijelölt szervezet, akinek a feladata a művelet végrehajtása, hiszen a polgári egészségügyi ellátó rendszer ezekben a helyzetekben nem elérhető.

10.5.6. A társadalmi felelősségvállalás

A jog és annak rendszere társadalmi viszonyokat határoz meg azáltal, hogy általános érvényű magatartási szabályokat állít fel, ezen belül meghatározza a helyeset és elvárandót, illetve a helytelent és kerülendőt, tehát jogokat és kötelezettségeket állapít meg. A társadalmi felelősségvállalás értelmezhető úgy, mint a jogkövető magatartás, és úgy is, mint a társadalom elvárásainak megfelelő, tevékeny részvétel a közösségért. Ezen a logikai láncon elindulva a rendőrség társadalmi felelősségvállalása egyrészt a rá vonatkozó jogszabályok betartása, szakszerű végrehajtása, másrészt a társadalom elvárásainak való megfelelés.

¹⁴⁷ 30/2011. (IX. 22.) BM rendelet a rendőrség szolgálati szabályzatáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100030.bm>

Az egészségügyi tevékenység terén a rendőrségről elmondható, hogy nem egészségügyi intézmény, de a feladatainak végrehajtása során kerülhet olyan helyzetbe, ahol egészségügyi tevékenységet kell folytatnia ahhoz, hogy megfeleljen a társadalom elvárásainak.

A harctéri, akut, életmentő egészségügyi ellátás kapcsán a rendőrségnek alapvetően két feladata van. Mindkettő visszavezethető a jogszabályok elveire és a társadalom elvárásaira:

- Műveletet végrehajtó állomány egészségügyi biztosítása, szükség szerint akut ellátása.
- A műveleti területen belül fellelt (civil) sérültek/betegek akut ellátása.

Mindkét esetben főszabályokként tekintendők:

- Műveleti területen lévő sérültek ellátása fő feladat.
- Az adott személy ellátására irányuló egészségügyi kompetencián belüli teljes képességek bevetése.
- Időben az ellátás addig terjed ki, amíg a kijelölt polgári ellátó rendszernek a sérült/beteg átadható (evakuáció vagy a zárás feloldása).

10.5.7. A műveletet végrehajtó állomány egészségügyi biztosítása, szükség szerinti akut ellátása

A rendőrség esetében hasonló elvek mentén szerveződik az ellátás, mint a katonai egészségügyi ellátás során:

- Az ellátói láncban a megfelelő humanerőforrás biztosításához szükség van szakkiképzett egészségügyi személyekre. Az alap elsősegélynyújtókra, emeltebb szintű életmentésre képes specialistákra és diplomás egészségügyi ellátókra.
- Az eszközök mennyiségi és minőségi meghatározása a kompetenciához és a feladathoz igazodva kerüljön meghatározásra.
- A műveleti eljárási rend (taktika) befolyásolja az alkalmazható egészségügyi algoritmusokat (határterületi tevékenység).

10.5.8. A műveleti területen belül fellelt (civil) sérültek/betegek akut ellátása

Az Rtv. és a szolgálati szabályzat által meghatározott alapfeladatok és azok végrehajtása alapján elmondható, hogy a katonai egészségügyi ellátáshoz képest a rendőrség nem csak a saját, előerő védelmére hivatott. Az általa foglalkoztatott egészségügyi ellátó személynek a művelet helyszínén történő bevetése az állampolgárokkal szemben is felelősségvállalást keletkeztet.

A rendőri műveletek közül különösen igaz ez a megállapítás – tekintettel azok igen összetett, sok képességet felvonultató, speciális hatáskörökben beavatkozásra kötelezett, fokozottan veszélyes, ezért szigorú taktikai renddel bíró – a rendőri beavatkozó erőkre és a terrorelhárító egységek bevetéseire.

Magyarországon az Rtv. 7/E. §, illetve a 100. § (1) h) pontjának felhatalmazása alapján a 295/2010. (XII. 22.) kormányrendelet 3. §-a határozza meg azokat a feladatokat, amelyeket kiemelt veszélyessége és jelentősége miatt a TEK hatáskörébe utal.

A fenti elvek mentén egyértelműsíthető, hogy a rendőrségi harctéri ellátás felépítését és képzési rendszerét testre és feladatra szabottan a rendőrség által végrehajtott műveletekre kell kialakítani. Különbséggként kiemelhető a kit láthat el kérdésre adott válasz, mely szerint a civil polgárookra is ki kell terjeszteni az elláthatók/ellátandók körét.

10.5.9 Dilemmák a rendőri harctéri ellátás jogszabályi háttérével kapcsolatban

Korábban már említettem, hogy a speciális rendőri alakulatok a terrorelhárító egységek megszervezésekor a különleges katonai alakulatok tapasztalataira építettek. Az egészségügyi képességek megjelenése is sok tekintetben ennek köszönhető. A rendőrségnél a harctéri egészségügyi ellátás kezdeti megszervezésében a katonai minta dominált, tehát elsősorban (sőt kizárólagosan) a beavatkozó állomány védelmére koncentrált. Ennek megfelelően, illetve a harci tevékenységből fakadóan, az ellátói kör kompetenciája szakkiképzettségén alapult. Tehát a beavatkozó állomány tagjai különböző kompetencia szintekre egészségügyi irányú képzést kaptak. Ezeket a képzéseket a katonaság erre kijelölt kiképzői a rájuk vonatkozó szabályok szerint hajtották végre. A fenti szervezés általánosságban jellemző az EU-tagállamok SIU és CTU egységeire. A katonai jogszabályokra épülő rendőrségi kiképzési rendszer, azon belül is a szakkiképzett állomány egészségügyi tevékenységére vonatkozó megállapítások jogi felhatalmazásait illetően a következő kérdések és megállapítások tehetők:

- A HM-rendelethez hasonló jogszabályok a katonai feladat végrehajtása közben elvégezhető egészségügyi tevékenységekre vonatkoznak. A jogszabályokban megjelenik a különleges jogrendben elvégezhető, illetve a külföldön elvégezhető kitétel. A rendőri intézkedések és műveletek nem csak e körbe sorolhatók, jóval szélesebb körben értelmezhetők, így ezekre a katonai felhatalmazás nem elegendő (területi hatály).
- A HM-rendelet a katonai műveletet (feladatot) végrehajtókra és abban közreműködőkre vonatkoztathatóan engedélyez egészségügyi ellátást. A rendőri művelet pedig nem katonai művelet, az abban résztvevők nem katonák.

- A HM-rendelet nem engedi a civil állampolgárok ellátását, ami a rendőröknek alapfeladatuk.
- A HM-rendelet kiválóan meghatározza a kimeneti kompetenciákat, a képzésre vonatkozó szervezési feltételeket, ezáltal a szakkiképzettek képességeit és határait is. Ezek a rendőri műveletek túlélési láncába (egészségügyi ellátási rendszerébe) jól illeszthetők.
- Ugyanakkor a HM-rendeleten alapuló katonai képzések nem foglalkoznak azokkal a taktikai elemekkel, amik a rendőri speciális alakulatok kötelezően végrehajtandó elemei, sajátosságai, amitől a rendőri harctéri ellátás elkülönül a katonai harctéri ellátástól.

A fenti megállapítások alapján elmondható, hogy a HM-rendelet jellegű katonai szabályozók felhatalmazásai nem alkalmazhatók a rendőri műveletekben végrehajtandó akut egészségügyi tevékenységekre, illetve a katonai egészségügyi szakkiképzések nem fedik le teljes körben a rendőri műveletek szakmai követelményeit.

Az Európa-szerte bevett és alkalmazott gyakorlat, miszerint a rendőröket katonák képzik a katonaegészségügyi határterületi elvek, szabályok és algoritmusok szerint a katonai jogszabályokra építve – már túlhaladott. Ez a rendezési elv nem képes kellőképpen kiszolgálni, alátámasztani a rendőrség helyszíni (műveleti), akut egészségügyi tevékenységét sem szakmailag, sem jogilag. Ezzel szemben, a társadalom elvárása és igénye a rendőrség harctéri egészségügyi ellátására már megjelent.

10.5.10. A megoldás

Korunk biztonsági helyzetének változásaira, az ezzel párhuzamosan megjelenő új társadalmi elvárásokra, és a jelenlegi, a jog szempontjából bizonytalan gyakorlat rendezésére, a speciális egészségügyi igények kielégítésére a taktikai medicina bevezetése jelenthet megoldást. Ehhez a TM jogszabályi feltételrendszerének kidolgozásán és elfogadásán keresztül vezet az út.

A taktikai medicinát, mint a rendőri szervek által alkalmazott speciális, egészségügyi tevékenységet sokféleképpen lehet definiálni, jelen értekezésben a jogi meghatározás releváns, ezért ezt a megközelítést követem.

10.5.11. Első lépések

Magyarországon a műveletekhez kötött feladatkörrel, akut egészségügyi feladatellátással megbízott önálló szervezeti egységet először a 2010-ben alakult TEK állított

hadrendbe. A harctéren alkalmazott egészségügyi kompetenciákat Európában egyedülállóan egyetemi diplomához és szakvizsgához (orvos, szakorvos), illetve főiskolai diplomához (mentőtiszt) kötöttük. Ezáltal megoldódott a civilek ellátásának személyi dilemmáját. A vonatkozó egészségügyi jogszabályok szerint mentésre kértünk és kaptunk működési engedélyt, *a mentésről szóló 5/2006. (II. 7.) EüM-rendelet* minimum feltételeinek teljesítése révén.¹⁴⁸ Ezáltal nem csak a műveletek, de a feladatkörébe tartozó, illetve oda utalt személyvédelemre vonatkozó, *a védett személyek és a kijelölt létesítmények védelméről szóló 160/1996. (XI. 5.) kormányrendelet* 8/A. § b) pont és 8/B. §-ainak is megfeleltünk, rohamkocsi szintű mentőautó kiállításával.¹⁴⁹

A mentés, mint egészségügyi tevékenység a sürgősségi prehospitális ellátás polgári követelményeit oldja meg. A harctéri ellátás sok tekintetben más. A TEK felismerte a magyar egészségügyi ellátórendszerben keletkezett hiányt, javasolta a taktikai medicina rendszerbe állítását, és *a jogalkotásról szóló 2010. évi CXXX. törvény*¹⁵⁰ szerint kezdeményezte az Eütv. módosítását.

10.5.12. Az egészségügyi törvény a taktikai medicináról

A TM gyakorlásához szükséges annak alkalmazásának körülményeit – minimum feltételeit (személyi és tárgyi) – és a bevethető egészségügyi kompetenciákat, azok képzésének feltételeit meghatározni. Ezek végrehajtási rendelet szintű elemeknek tekinthetők. A jogszabályi hierarchiának és a jogalkotási folyamatnak megfelelően végrehajtási rendeletet, az azzal felhatalmazott miniszter vagy miniszterek, csak megfelelő törvényi felhatalmazás mellett alkothatnak. Az Eütv. IV. Fejezet Az Egészségügyi Ellátások Rendszere 4. Cím Egyéb egészségügyi ellátások 97/A. § definiálja a taktikai medicinát, ezek szerint:

„A taktikai medicina keretében a rendészeti szerv által meghatározott műveleti területen a rendészeti szerv, illetve a rendészeti szerv alkalmazásában álló szakképzett egészségügyi dolgozó szükség esetén akut, sürgősségi egészségügyi ellátást végezhet.”

Szintén az Eütv. XVIII. Fejezet Záró rendelkezések 247. § (5) bekezdése felhatalmazza az egészségügyért felelős minisztert, hogy a rendészetért felelős miniszterrel egyetértésben a taktikai medicina végrehajtási rendeletét megalkossák:

¹⁴⁸ 5/2006. (II. 7.) EüM-rendelet a Mentésről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0600005.EUM>

¹⁴⁹ 160 /1996. (XI. 5.) kormányrendelet a Védett személyek és a kijelölt létesítmények védelméről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99600160.KOR>

¹⁵⁰ 2010. évi CXXX. törvény a Jogalkotásról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1000130.TV>

„e) a miniszter, hogy a rendészetért felelős miniszterrel egyetértésben a taktikai medicina – mint a rendőri speciális műveleti feladatok végrehajtása során végezhető egészségügyi tevékenység – szakmai, személyi, tárgyi feltételeit és követelményeit, valamint ezek szakmai tartalmát.”

Az Eütv. fenti módosítását az egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2016. évi XXXIV. törvény¹⁵¹ végezte el, amely 2016. július 1-jén lépett hatályba, ezáltal megteremtette a jogszabályi feltételét a taktikai medicina végrehajtási rendeletének (TM-rendelet) megalkotására.

10.6. A Taktikai Medicina végrehajtási rendelete

A TM bevezetését és a gyakorlatban történő alkalmazását a társadalmi szükségszerűség hívta életre. Magyarországon e társadalmi szükségszerűséget a TEK ismerte fel. A TEK – a műveleteinek társadalomra kiterjedő felelősségvállalásából fakadóan – a rendőri műveletekben érintett személyek (civil vétlen személyek, az áldozatok, elkövetők és a beavatkozást végző rendőri erők) iránti elkötelezettségéből adódóan kezdeményezte a TM-rendelet megalkotását.

10.6.1. A TEK által javasolt TM-rendelet szellemisége, elvei

A taktikai medicina az alkalmazott egészségügyi tudományok rendszerébe sorolható. Határterületi szakma, ahol alapvető elvárás, hogy a két, nagy felelősséggel járó, szigorú prioritások mentén gyakorolt szakmákra (rendőri és egészségügyi) vonatkozó szabályok együttesen kerüljenek alkalmazásra. A taktikai medicinát úgy kell a rendőri tevékenységbe integrálni, hogy lehetőleg sem a rendőri–műveleti, sem az egészségügyi–akut ellátói alapelvek ne sérüljenek. Ez a szimbiotikus együttműködés csak kompromisszumok árán érhető el. A taktikai medicina Magyarországon és Európában is hiányt pótol, alkalmazása olyan területen ad lehetőséget az egészségügyi ellátásra, amelyet a polgári egészségügyi ellátó infrastruktúra nem képes lefedni. A taktikai medicina fiatal tudomány, egységes nomenklatúra kialakítása és a közös nyelv megteremtése mindenképpen szükséges.

A TM-rendelet nemcsak Magyarországon, de Európában is új értéket teremt, lehetőséget ad olyan jogszabályi háttér kialakítására, amely rendezi a speciális rendőri alakulatok akut egészségügyi irányú tevékenységeinek, szakmai garanciarendszerének biztosítását. A magyar TM-rendelet megalkotása precedens értékű az EU-ban, mintájával segíthet a tagországok ilyen irányú fejlődésében.

¹⁵¹ 2016. évi XXXIV. törvény Egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról.

A rendőri tevékenységek tervezésének, szervezésének és végrehajtásának legáltalánosabb megközelítése az erő-eszköz-módszer triász számvetése. Az erő-eszköz-módszer hármas megközelítésből a taktikai medicinának kettős természete és értelmezése vezethető le.

- A taktikai medicina egyrészt egy komplett rendszert jelent, amiben meghatározott kompetenciával bíró ellátók láncolata a hozzájuk rendelt eszközökkel, speciális taktikai rendben egészségügyi algoritmusokat vetnek be a sérültek/betegek ellátásának érdekében. Ebben az értelemben a taktikai medicina, az erő-eszköz-módszer triász maga.
- A taktikai medicina másrésztől, szűkebb értelemben, azokat az egészségügyi és taktikai algoritmusokat jelenti, amelyek a harctéri egészségügyi ellátás és a polgári prehospitális egészségügyi ellátás szakmai szabályait egy rendszerben ötvözik. Ebben az értelemben a taktikai medicina az erő-eszköz-módszer triász módszer pillére.

A taktikai medicina alapvető rendeltetése a műveletben sérült, abban fellelt rászorulókat akut egészségügyi ellátása, különös tekintettel a súlyos, életveszélyes, halaszthatatlan betegségekre/sérülésekre. Az ellátotti kör legfontosabb ismérve, hogy a folyamatban lévő művelet miatt, biztonsági okokra visszavezethetően, a polgári egészségügyi ellátók számára nem hozzáférhetők. Az ellátandók körébe tartoznak az áldozatok, a véltlen civilek, a műveletet végrehajtó rendőri állomány és végső soron az elkövetők is.

A taktikai medicina rendszerét úgy kell megalkotni és bevetni, hogy az megfeleljen a proximalitás, progresszivitás, kontinuitás, mobilitás és flexibilitás egészségügyi alapelveknek. Az erő tekintetében – taktikai megfelelés miatt is – ez csak egymásra épülő, egészségügyi kompetencia szintekkel érhető el, ahol a diplomás egészségügyi ellátók szakmai felügyelete a szakkiképzettek irányában érvényesül. A megfelelő erő bevetésének sikere csak a feladatvégrehajtáshoz szükséges megfelelő eszközökkel biztosítható. Az egészségügyi és taktikai eszközrendszernek kompetenciához és feladathoz igazodó felépítése a taktikai medicina fontos pillére.

A taktikai medicina jól meghatározható szakmai követelményekkel bíró, önálló prehospitális, sürgősségi egészségügyi ellátás rendkívüli körülmények között. A körülmények tekintetében a taktikai medicinát a nem konvencionális veszélyforrások, a biztonságos és sikeres feladatvégrehajtást biztosító taktikai követelmények jellemzik. Ezért a taktikai medicinát az a rendőri szerv alkalmazza, amelynek hatásköre lefedi a kiemelten veszélyes körülmények ismérveit, akinek rendelkezésére állnak a szakma biztonságos gyakorlásához

nélkülözhetetlen személyi, tárgyi feltételek, és a szakmai algoritmusokban való kellő tudás és tapasztalat (szakmai garancia).

A taktikai medicina a teljes egészségügyi infrastruktúra első, előretolt eleme. A betegek/sérültek ellátásának kezdeti lépését valósítja meg. A lehető legjobb kimenetel eléréséhez ezért együtt kell működnie mindazon további egészségügyi ellátókkal, szakmákkal, akik biztosítják a beteg/sérült ellátásának folyamatosságát. A műveletek megkövetelik, hogy az együttműködés a helyszínen megfelelően rendezett formában történjen.

10.6.2. A TEK által javasolt TM-rendelet felépítése

A fenti szellemiséget követve a javasolt TM-rendelet tematikusan az alábbi területeket öleli át:

1. Hatály és a taktikai medicina alkalmazására vonatkozó kitételek: ez utóbbi követi a rendvédelem egészségügyi irányú jogszabályait, miszerint a taktikai medicina meghatározott feltételek megléte esetén szervezhető, az alkalmazó szerv saját költségvetésének terhére.
2. Értelmező rendelkezések: közös nyelv kialakításának céljából.
3. Egészségügyi kompetenciák és alkalmazásuk feltételei: négy egymásra épülő szinten:
4. Alap és középszint – szakkiképzett és/vagy nem felsőfokú egészségügyi végzettséggel rendelkezők.
5. Emelt és kiemelt szint – felsőfokú egészségügyi végzettséggel rendelkezők.
6. A taktikai medicina alkalmazásának alapvető szabályai.
7. A taktikai medicina eszközei, minimum feltételek.
8. A taktikai medicina szakmai protokollrendszere.
9. A taktikai medicina biztosításának szintjei.
10. Együttműködésekre vonatkozó szabályok.
11. Szükséges dokumentációk.
12. Képzésre vonatkozó szabályok.

10.6.3. TM-rendelet tervezetének összevetése a HM-rendelettel

Ha a javasolt TM-rendelet logikáját összevetjük a HM-rendeletben található szabályokkal az alábbi megállapítások tehetők:

10.6.3.1. Ki lehet Taktikai Medicina ellátó?

A javasolt TM-rendelet és az Eütv. taktikai medicina jogszabályi definíciója szerint a taktikai medicina ellátónak két együttesen fennálló követelménynek kell megfelelnie:

- A műveletet végrehajtó rendőri szerv alkalmazottja, tehát a műveleti helyszínre beléphet.
- Polgári egészségügyi képzettséggel rendelkezik és/vagy TM irányban szakkiképzett.

A tervezett rendelet tehát a HM-rendelethez hasonlóan meghatározza a TM gyakorlatában résztvevő személyeket.

10.6.3.2. Hol és mikor alkalmazható a Taktikai Medicina, mint rendszer?

A TM a gyakorlatban a rendőri műveletek során alkalmazandó, akkor amikor a polgári ellátó rendszer nem elérhető. A rendőri műveletet e tekintetben el kell különíteni a rendőri intézkedéstől, az általános feladatot ellátó rendőri állománytól, a speciális beavatkozó egységektől. A TM komplex rendszert is jelent, alkalmazása tervszerű és meghatározott taktikával illeszkedik a műveletbe. A TM, mint rendszer alkalmazására az adott rendőri szerv hatásköre az iránymutató, így mind külföldön, mind belföldön bevethető. A HM-rendelethez hasonlóan a tervezett TM-rendelet jól határozza meg a TM alkalmazásának körülményeit, azt a speciális helyszínhez és az adott rendőri szerv hatásköréhez igazítja.

10.6.3.3. Kit láthatnak el a TM ellátók?

A tervezett TM-rendelet nem tesz különbséget polgári/civil és a beavatkozást végző hivatásos állomány között. A meghatározott kompetenciák keretein belül minden rászoruló akut ellátását el kell végezni, ezáltal tudja a TM szolgálni, támogatni a rendőrség alapfeladatát. Ebben a tekintetben a tervezett TM-rendelet egyértelműbb, mint a HM-rendelet, ugyanakkor mindkét jogszabály kiszolgálja az adott szervezet alapfeladataihoz szükséges akut egészségügyi ellátás elhelyezését a szakmai tevékenységében.

10.6.3.4. Milyen kompetenciákkal bír a TM rendszere?

Az ellátás folyamatosságához és progresszivitásához nélkülözhetetlen a megfelelően kiépített, egészségügyi kompetenciákat egymásra építő ellátói lánc biztosítása. Ezért a TM, mint rendszer progresszíven szervezett ellátói hálót foglal magában. Minimum négy szint különböztethető meg. Az egyes szintek egészségügyi kompetenciáit a javasolt TM jogszabály

határozza meg. Mind a HM-rendelet, mind a tervezett TM-rendelet egyértelműen leírja a rendszerének hatékony működéséhez szükséges egészségügyi kompetenciákat.

10.6.3.5. Milyen eszközök szükségesek a TM alkalmazásához?

A tervezett TM-rendelet követi a *mentésről szóló 5/2006. (II. 7.) EüM-rendelet* logikáját, így meghatározza és listászerűen felsorolja azokat az egyes kompetencia szintekhez kötött felszereléseket, amelyek minimálisan szükségesek a TM alkalmazásához. E tekintetben a tervezett TM-rendelet szigorúbban ír elő minimum feltételeket, mint a HM-rendelet, ahol az eszközökre vonatkozó szabályozó rész nincs.

10.6.3.6. Hogyan alkalmazandó a TM, mint rendszer?

A tervezett TM-rendelet általánosan meghatározza azokat a szabályokat, amelyek a TM, mint rendszer és mint szakma végrehajtásakor alkalmazni kell. Ezek a taktikai integráció főbb ismérveinek tekinthetők. A HM-rendeletben ilyen kitétel nem található.

10.6.3.7. A rendőri művelet egészségügyi biztosításának szintjei

A tervezett TM-rendelet az előre várható, potenciálisan életre és testi épségre való fenyegetettség alapján négy biztosítási szintet határoz meg, ami szerint az egészségügyi ellátói kompetenciák és eszközök rendelkezésre állását biztosítani kell. Ezáltal érvényesül a TM, mint rendszer adott műveletre történő tervezésének, ezen belül az előzetes rizikóbecslésnek az elve. A katonai és rendvédelmi feladatok különbözősége és a feladatok végrehajtásának történeti múltjában rejlő különbség az oka annak, hogy az akut egészségügyi ellátás (harctéri ellátás) rendőri tevékenységekbe történő integrációjába szükséges beemelni az előzetes egészségügyi irányú tervezést és rizikóbecslést. Ezzel magyarázható e fejezet megjelenítése a tervezett TM-rendeletben. A honvédség tekintetében a vonatkozó doktrínák ezt megteszik.

10.6.3.8. A TM, mint rendszer együttműködése a polgári egészségügyi ellátókkal

A tervezett TM-rendelet rendezi azokat az alapelveket, melyek szerint a polgári mentésért felelős szervek és a TM ellátói rendszer egy rendőri művelet során együttműködnek. Az általános irányelvek és szabályok alapvetően a mentésben résztvevő civil egészségügyi ellátók biztonságát, másrészt a sérültek/betegek leghatékonyabb ellátását szolgálják. A HM-rendelet, a katonai feladatvégrehajtás különbözősége miatt, erről nem rendelkezik.

10.6.3.9. A TM képzésre vonatkozó megállapítások

A tervezett TM-rendelet logikája szerint a képzésre vonatkozóan két feltétel jeleníthető meg:

- Egyrészt a tervezett TM-rendelet az egyes ellátói szintek egészségügyi kompetenciáit határozza meg részletesen, mint a személyekhez köthető minimum feltételek. Ez jelenti a TM ellátóval szemben támasztott egészségügyi képzettségének feltételeit.
- Másrészt arról is rendelkezik, hogy a TM ellátó az adott rendőri műveletben való részvételhez szükséges rendőrszakmai ismeretekkel is bír. Ez jelenti a TM ellátóval szemben támasztott rendőrszakmai képzettségének feltételeit.

Amennyiben átfogóan értelmezzük a tervezett TM-rendelet alapelveit, szellemiségét, érthetővé válik, hogy a képzések terén olyan szervezet alkalmas erre, amely egyszerre tudja a speciális rendőri műveletek taktikáit és az ebbe integrált egészségügyi ellátás algoritmusait is oktatni. MH esetében ezt átfogja az MHEK, a rendvédelem területén erre jelenleg csak a TEK alkalmas.

10.6.4. A Taktikai Medicina végrehajtási rendelet összegzése

A harctéri egészségügyi ellátás iránti igény megjelent a speciális rendőri beavatkozó egységeknél. A műveleti helyszíneken a műveletekbe integrált akut egészségügyi ellátás a rendőrség esetében, annak alapfeladatából fakadóan, nemcsak a végrehajtói állomány védelmét, de a helyszínen fellelt civil rászorulókat ellátását is meg kell, hogy oldja. A taktikai medicina olyan kettős értelmű fogalom, amely magában foglalja a rendszerszintű megközelítést és a konkrétan alkalmazandó, speciális, egészségügyi algoritmusokat. Egészségügyi tevékenység lévén gyakorlásához jogszabályi felhatalmazásra van szükség. A rendőrség tevékenységei között a TM új képességet jelent, a jogszabályi rendezése a legmegfelelőbb út, a végrehajtói állomány felől induló, a gyakorlatot támogató szabályozás. A szabályozás korrekt, a végrehajtást mindenben támogató kialakításában a megfelelő szakmai garanciákat azok a szervezetek adhatják, amelyek hatásköre kiterjed az életre és testi épségre fokozottan veszélyes feladatokra. Megfelelő tudással és tapasztalattal rendelkeznek az ilyen irányú műveletek végrehajtásában, valamint a taktikai medicinát, mint szakmát, és mint rendszert alkalmazzák gyakorlatukban. A TM-rendelettel szemben támasztott egyértelmű igény, hogy a TM ellátóit, eszközeit és a TM alkalmazását meghatározó, műveleti módszertani körülményeket megfelelően határozza meg. A minimum feltételeknek való megfeleltetés egyrészt minőségi garanciákat jelent, másrészt segíti a szakmai kontrollrendszer kiépítését. Az európai rendvédelem speciális beavatkozó egységei között a TEK élen jár a rendőri, harctéri egészségügyi ellátás alkalmazásában, a TM-t rendszerszinten határozza meg, és írott eljárási

rendben integrálja műveleteibe. A TM jogszabályi háttérének kezdeményezésével a TEK hozzájárul a magyar rendvédelem értékteremtéséhez, speciális képességének fejlődéséhez. Amennyiben Magyarországon – Európában egyedülállóként – a jogrendben megjelenik a TM alkalmazásáról és minimum feltételeiről szóló jogszabály, akkor hazánk precedens értékű példát mutathat az európai országoknak, hozzájárulva ezzel az európai értékteremtéshez, a speciális, rendőri beavatkozó egységek fejlődésének előmozdításával.

10.7. A taktikai medicina szakterület szabályozási folyamatának összegzése

A harctéri egészségügyi ellátás mára megkérdőjelezhetetlenül részévé vált a fegyveres testületek műveleti tevékenységének. Feladata az életmentés nem konvencionális veszélyforrások közepette. E feladat ellátásához speciális készségekre, képességekre, és nem utolsó sorban, megfelelő fizikai és mentális alkalmasságra, felkészültségre van szükség. A harctéri egészségügyi ellátók ott hajtják végre az egészségügyi ellátást, ahova az egészségügyi infrastruktúra más módon nem ér el. Munkavégzésük során nem csak a sérült megfelelő ellátása, de a fenyegető környezet is komoly stresszfaktor. Mindemellett nem szabad elfelejtenünk azt a nyomást sem, ami a sérült embertárs felől érkezik a segítségnyújtásra. Ez a felkérés pedig szélesebben értelmezve a társadalom elvárása a „bajba” jutottak megsegítésére. Ebben a környezetben az életüket veszélyeztető ellátók felől alapvető elvárás a tiszta játékszabályok szerinti működés. Ellenkező esetben a konkrétumok hiánya, értelmezhetetlensége könnyen vezethet olyan dilemmákhoz, amiknek eldöntése idővesztést vagy az adekvát segélynyújtás elmaradását okozhatják. Súlyos sérültek esetén mindez fatális kimenetelhez vezethet. Ezért a sürgősségi egészségügyi szolgálatok szervezésénél a végrehajtókat azzal tudjuk támogatni, ha megfelelő körülményeket biztosítunk, mind a személyi, mind a tárgyi, mind a képzési feltételek oldaláról, és a lehető legtisztább felhatalmazásokkal ruházzuk fel őket. Mindennek alapja a könnyen értelmezhető, gyakorlati végrehajtást biztosító jogszabályi háttér.

A TM rendelet iránti igényt, a szabályozás hiányát 2011-ben jeleztem a BM illetékes egészségügyi szakmai vezetője felé. A jogszabályalkotás szabályainak megfelelően kezdeményeztem Eütv. módosítását az Emberi Erőforrások Minisztériumával történt megbeszélést követően. A rendelet szövegszerű javaslatát is elkészítettem, aminek megfelelő formába öntésében a TEK jogászainak szoros együttműködése nélkülözhetetlen volt. A javaslat több módosításon is átment, sokat egyszerűsödött az algoritmus és protokoll jellegű megfogalmazások normatívvá alakultak. Hatályba lépését számos egyeztetés előzte meg, melyben a BM illetékesei, a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ

munkatársai, az Országos Mentőszolgálat szakmai vezetői, a Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság, a Semmelweis Egyetem Aneszteziológia és Intenzív Terápiás Tanszéke és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Sürgősségi Orvostani Tanszéke vettek részt. A szakmai megbeszélések vezettek egy széles szakmai konszenzuson alapuló, Európában egyedülálló jogszabály megszületésére *a taktikai medicina alkalmazásáról és minimumfeltételeiről* szóló 58/2024 (XII.23) BM rendelet, ami 2025. január elsején lépett hatályba. A 14 éves kutatásomon alapuló eredmény, jól illeszthető az alkalmazott tudomány fogalomtárába, egyértelmű kézzel fogható változásnak tartom, ami a hétköznapi gyakorlatot támogatni, segíteni fogja. A munkám azonban itt még nem ért véget. Európában mindenhol igény van hasonló szabályozóra, ezért a következő lépés, az európai bevezetés lehetőségeinek vizsgálata, uniós szintű rendezés megteremtése.

10.8. Részkövetkeztetések

A közrend és közbiztonság fenntartása, valamint az egészségügyi ellátás biztosítása alaptörvényre visszavezethető államhoz kötött funkció. A megfelelő kontrollhoz korrekt törvényi szabályozásra és jogszabályi keretekre van szükség. Megállapítható, hogy a Magyar Honvédség egészségügyi irányú tevékenysége mindenre kiterjedő, alaposan átgondolt szabályozással rendelkezik. A rendvédelem akut egészségügyi ellátói képessége egyfajta választ jelent a XXI. század átalakuló biztonsági kihívásaira és újonnan megjelenő társadalmi elvárásaira. A taktikai medicina gyakorlata megelőzte a jogszabályalkotást, ami a végrehajtásban jelentős dilemmákhoz vezetett. A TM ellátói, a gyakorlatukra építve, kezdeményezték a megfelelő jogi keretek kialakítását, ami a jogszabályalkotás szabályai szerint az EüTv. módosításával kezdődött és egy vonatkozó végrehajtási rendelet megalkotásával vált teljessé. A kivételszabályként értelmezhető rendelet által kialakult környezet, Magyarországon lehetővé teszi, hogy a taktikai medicina, saját szabályai szerint betöltse az egészségügyi infrastruktúra által eddig le nem fedett területet, és azt megfelelő szakmai tartalommal töltsse fel.

A TM végrehajtását támogató, stabil jogszabályi háttér igénye nem csak Magyarországon jelent meg. Az EU minden tagállama küzd a megfelelő szabályozás hiányából fakadó dilemmákkal. Megállapítható, hogy a TM irányú magyar jogszabályalkotás precedens az EU-ban, mintául szolgálhat az összes tagállamnak a megfelelő felhatalmazás hiányának megoldására.

11. A TAKTIKAI MEDICINA HELYE A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ RENDSZERBEN

11.1. Az egészségügy

Az egészség kiemelt érték mind az egyén, mind a társadalom számára, ezért megőrzése közös feladat. A WHO egészség fogalma¹⁵² szerint az egészség a teljes testi, mentális és szociális jóllét állapota, és nem csupán betegség vagy fogyatékosság nélküliség. Az egészség tekintetében az állam felelősségvállalása az egészségügy-politikája alapján értékelhető. Az egészségügy-politika¹⁵³ azon szabályok és szervezett cselekedetek összessége, amelyek az ellátórendszer szerkezetére, az ellátórendszer működésére, az ellátás minőségére, az ellátás igénybevehetőségére, hozzáférésére, az ellátás hatékonyságára hatnak. E felelősségvállalás keretén belül az állam működteti az egészségügyi ellátások rendszerét, ami magában foglalja a különböző egészségügyi szolgáltatások biztosítását és a meghatározott népegészségügyi célok megvalósítását. Mindez egy komplex és szerteágazó feladatkör, ami átfogja az egészség fejlesztését, a betegségek megelőzését és korai diagnózisát, az egészség helyreállítását, megakadályozza az egészségromlást, de széles körben ide tartozik a megváltozott egészségi állapotú emberek társadalomba való beilleszkedésének támogatása is. Az egészségügyi rendszer működésére vonatkozó elvek között szerepel az igazságosság és az elérhetőség, ami azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátás, rászorultság szerint, mindenki számára biztosított ott, ahol erre szükség van.

11.2. Akut versus sürgősségi ellátás és az intenzív terápia

Egy egészségügyi rendszer fejlettségének jó mutatója, a sürgősségi betegellátás szervezettsége, működése. Optimális esetben, a rendszernek képesnek kell lennie arra, hogy az instabil állapotú betegek/ sérültek adekvát ellátását bárhol és bármikor megkezdje. Akut betegségen értjük, a relatív rövid idő alatt kialakult és gyorsan lezajló egészségromlást. Minden szakterületnek megvannak a saját akut kórképei, melyek megfelelő ellátást igényelnek. Az akut jelző az adott kórállapatra vonatkozó időjellemző, önmagában az egészségkárosodás súlyosságára nem utal. Akut ellátást sok szereplő nyújthat, az öngyógyítástól, az elsősegélytől, az alapellátó első beavatkozásától a kórházi személyzet által nyújtott kezelésekgig. A sürgősségi ellátás jóval összetettebb fogalom. A terminus technikus már nem csak időbeliséget fejez ki. A sürgősségi ellátás magában foglalja a betegek súlyosság szerinti osztályozását, a szükséges egészségügyi beavatkozások sorrendjét és a leginkább rászorulóknak egészségügyi ellátásának

¹⁵²Az egészség fogalma. Online: <http://www.pro-qaly.hu/az-egeszseg-fogalma-es-determinansai-108.html>

¹⁵³Egészségügy-politika. Online: <https://fogalomtar.aek.hu/index.php/Eg%C3%A9szs%C3%A9gpolitika>

azonnali megkezdését. A sürgősségi ellátást igénylő eseteken gyakran értjük azokat az állapotokat, ahol a kórfolyamatok akut módon veszélyeztetik a vitális funkciókat. A sürgősségi ellátás kiemelt feladata az életfontos működések helyreállítása, stabilizálása, fenntartása, így az életveszély elhárítása és a túlélés esélyeinek megteremtése. A sürgősségi ellátás további feladata a betegek/ sérültek stabilizációja után, az egészségügyi ellátó rendszerbe történő, megfelelő irányú továbbmozgatás. A meghatározás tehát egyrészt időbeliséget, másrészt súlyosságot, harmadrészt pedig sorrendiséget takar. Az intenzív terápia önálló diszciplína, ami a különböző egészségügyi szakterületek olyan betegeit látja el, akik kritikus állapotuk miatt nem képesek önállóan, beavatkozás nélkül életfontos működéseiket fenntartani. A vitális funkciók támogatása mellett az alapbetegség gyógyítását is végzi.

11.3. Egészségügyi infrastruktúra a sürgősségi ellátás szemszögéből

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény logikáját követve az egészségügyi ellátások rendszere áll alapellátásból, járóbeteg-szakellátásból, fekvőbeteg szakellátásból és egyéb egészségügyi ellátásokból. A fenti felosztás alapján megkülönböztetünk prehospitális és kórházi ellátásokat.

- Prehospitális egészségügyi ellátások csoportjába tartoznak: a területen végrehajtott beavatkozások, mint az alapellátás beteghez kiszálló tevékenységei, az orvosi ügyeleti rendszer és a mentés.
- Prehospitális intézményi ellátás: az alapellátás rendelői munkája és a járóbeteg-szakellátás.

A prehospitális ellátórendszer minden egyes résztvevője szükség esetén részt vesz az akut ellátásban. Főszabály szerint, a helyszínen, a mentés a sürgősségi ellátás szakterülete. A mentésre, mint helyszíni, sürgősségi ellátásra vonatkozó adat, hogy az első beteg – ellátó kontakttól a kórházi átadásig átlagosan 1 óra telik el. A mentés ebben az időintervallumban felel a betegekért, sérültekért. Az oxyológia, mint szakterület tehát az első, prognózist meghatározó „golden hour” -ért¹⁵⁴ felelős, szakmai tapasztalata leginkább erre az időre terjed ki.

- Kórházi fekvőbeteg szakellátás: a kórházon belüli egészségügyi tevékenységek szervezése, a szakági profilok szerint zajlik. A kórházba érkező betegek sürgősségi ellátásért, a sürgősségi betegellátó osztály, mint önálló szervezeti egység felelős. Ez a

¹⁵⁴ ROGERS, Frederick B. – RITTENHOUSE, Katelyn J. – GROSS, Brian W. (2015): The Golden Hour in Trauma: Dogma or Medical Folklore? *Injury*, 46(4), 525–527. Online: [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(14\)00417-3/fulltext](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(14)00417-3/fulltext)

részleg egyben a betegellátás intézeti kapuja. A beérkező betegek TRIAGE után kerülnek ellátásra, illetve továbbirányításra. Főszabály szerint, a vizsgált és ellátott betegek 24 órán belül vagy otthonukba, vagy a kórház egyéb gyógyító részlegére kerülnek áthelyezésre. A sürgősségi egészségügyi szakterület a súlyos betegségek kezelésének első napját fogja át szakmai tartalommal.

A kórházban a fekvőbetegek életét veszélyeztető állapotromlás ellátása már az intenzív terápia feladata. Független attól, hogy milyen osztályon, részlegen dekompenzálódik a beteg. Az intenzív terápiának, tehát a „golden hour”-on át napokig, hetekig, akár hónapokig, a beteg teljes stabilizációjáig kell átfognia a súlyos állapotú betegek kezelésének szakmai ismereteit.

11.4. Az egészségügyi ellátórendszer környezete

Az egészségügyi ellátórendszerről, bizonyos sajátos szempontok szerint, az alábbi általános megállapításokat lehet tenni:

- Az egészségügyi ellátórendszer hagyományosnak tekinthető, konvencionális veszélyforrások között tevékenykedik, e tekintetben más, polgári szakmákhoz hasonló.
- Az ellátórendszerben jól meghatározott minimum feltételek adottak, ezek kiterjednek a humán erőforrásra és a szükséges eszközökre egyaránt.
- A szakterületek tiszta egészségügyi protokollok és algoritmusok alkalmazásával végzik tevékenységüket, a minimum feltételek megléte esetén ezek követhetők.
- Az egészségügyi tevékenységek határterületeket leginkább egészségügyi tevékenységekkel képeznek.
- Folyamatos elérhetőség mellett, mindennapos munkát képvisel a gyakorlatban.

11.5. Egészségügyi ellátás speciális környezetben

Az egészségügy-politika egyik kiemelt feladata, hogy az egészségügyi ellátást mindenki számára, állapotának megfelelő módon biztosítsa. Különösen igaz ez a megállapítás a sürgős szükség helyzetére. A „mindenki” kategória mellett, az egészségügy-politikának további morális kötelessége a „bárhol” elvnek is megfelelnie, tehát úgy kell szerveznie az egészségügyi ellátást, hogy annak térképén ne legyenek fehér foltok (31. táblázat). A mindenkit és bárhol alapelvek még tovább bővíthetők azzal, hogy az ellátás a lehető legkorábban, adekvát módon legyen hozzáférhető, ami a sürgősségi betegellátás fő prognosztikai tétele.

A korábbiakban ismertetett környezet egy ideális állapotot valósít meg. Azonban vannak olyan helyzetek, ahol merőben más rendezési elvek érvényesülnek, ahol az egészségügyi ellátást:

- Speciális, nem konvencionális veszélyforrások közepette kell végrehajtani.
- Speciális ellátói képességek, speciális eszközök alkalmazása szükséges.
- Az egészségügyi algoritmusok önmagukban nem elegendők.
- Az egészségügyi tevékenységek, más szakmák szakterületeivel képeznek határterületeket, melyek prioritásait figyelembe kell venni a sikeres feladat végrehajtáshoz.
- Tipikusan készenléti szolgálatok, melyek alkalmazására ritkán kerül sor, azonban ha szükség van rájuk, mással nem pótolhatók.

E körülmények közé tartozik, a rendkívüli helyzetek felszámolására végrehajtott műveletek során alkalmazott egészségügyi ellátás a katona-, a katasztrófa- és a rendvédelem orvostanban. Nomenklátúra szerint a katonaorvostan részéről a harctéri egészségügyi ellátás (combat medicina), a katasztrófa-orvostanban a szűk értelemben vett disaster medicina és a rendvédelem orvostan oldalán a taktikai medicina sorolható ide. Gyakran e műveletekben részt vállaló állományt, a katasztrófahelyzetek nevezéktana „first responder”-eknek¹⁵⁵ (első válaszadók) nevezi.

Történetileg a legidősebb a katonaorvostan, melyből először a katasztrófa-orvostan vált ki és lett önálló diszciplína. A XX. század végén és a XXI. század elején megváltozott biztonságpolitikai környezet hozta létre a katasztrófa és katonaorvoslás metszetébe helyezhető taktikai medicinát.

11.5.1. „First responder”-i tevékenységek közös jellemzői

A fenti három szűk egészségügyi szakterületre jellemző, hogy olyan non-konvencionális veszélyforrások között kerülnek bevetésre, ahol az ellátók sérülése, a fenyegetettség eszkalációja valós lehetőség. Ezek minimumra szorításának érdekében, az egészségügyi ellátóknak ismerniük kell a veszélyforrást magát, a helyzet kezelésére vonatkozó taktikai, eljárási szabályokat, amelyek túlmutatnak a pusztán egészségügyi algoritmusok alkalmazásán. Másrészt olyan határterületi szakmákként értelmezendők, ahol az egészségügyi tevékenységet úgy kell integrálni a szigorú rend szerint végrehajtott műveletekbe, hogy egyik szakterület prioritásai se sérüljenek. Ezek azok az igények, melyek miatt a polgári egészségügyi algoritmusoktól eltérő protokollok születhetnek és ahol a kompromisszumok értelmezésében újabb érvek jelennek meg.

¹⁵⁵Homeland security, first responders. Online: <https://www.dhs.gov/science-and-technology/first-responders>

A speciális környezet, a határterületi tevékenység következtében, speciális eszközök alkalmazását igényli. Ez a megállapítás nem csak az egészségügyi eszközökre vonatkozik. A bevetendő készletekben a védőfelszerelések, a „műszaki” mentés eszközei, adott esetben a veszélyforrás kezeléséhez szükséges fegyverek is benne foglaltatnak. Készség szintű alkalmazásuk nem opció, hanem kötelezően elvárt elem.

A non-konvencionális veszélyforrások felszámolására bevetett algoritmusok és az ehhez szükséges eszközök alkalmazásához, a polgári tevékenységektől eltérő felkészültségű és képességű állományra van szükség. A rendhagyó körülmények közötti munkavégzés a személyes adottságokra épülő kiválasztást, az alkalmasság folyamatos ellenőrzését és egyedi képzési rendszer alkalmazását igényli.

11.5.2. A „first responders” feladatai

Az első reakció összetett tevékenység, melyben különböző, látszólag egymástól független szakterületek szoros együttműködésben, egy cél - az életmentés - érdekében, működnek együtt. A „first response” során, a helyszínen, alapvetően két irányban folyik a munka:

- A veszélyforrásnak megfelelő „műszaki/technikai” mentés: amelyek a fenyegetés kezelése, kiiktatása, a sérültek kiszabadításának, kimenekítésének és a további károkozás megelőzésének érdekében végrehajtott tevékenységeket foglalják magukban.
- A sérültek egészségügyi ellátása: amelyek irányai a sérülés súlyosságának megállapítása, több sérült esetén – súlyosság szerinti csoportosítása (TRIAGE), az életmentő beavatkozások elvégzése, stabilizáció olyan szintű elérése, hogy az evakuáció, majd a transzport lehetővé váljon (32. táblázat).

A két tevékenység korántsem különül el teljesen, azok mind térben, mind időben, egymással párhuzamosan és folyamatosan zajlanak. E rendkívüli helyzetekben az egészségügyi ellátásért felelősök és a „műszaki/technikai” mentésben résztvevők képességei át kell, hogy fedjék egymást. Az adott szituáció dönti el, hogy mely képesség kerül bevetésre. Ez a rendhagyó körülmény indokolja, hogy a bevetésre kerülő állományban egészségügyi kompetenciával, képzettséggel rendelkezők hadrendbe állítására is szükség van. A 2/2014 (II.28.) HM rendelet szakkiképzetteként definiálja ezt az állománycsoportot, akik a képzettségük terén, a határterület nem egészségügyi végzettségű oldalán állnak. Ugyanakkor speciális egészségügyi képzésen szereznek egészségügyi beavatkozások elvégzéséhez szükséges tudást. Másrészt az egyes veszélyforrások kezelésére megfelelő felkészültséggel rendelkező és a beavatkozás jogára kötelezett szerv központi irányítása, a jogszabályi feltételek

megteremtésével dönti el, hogy „first respondre”-i között milyen fokú egészségügyi kompetenciával rendelkező egészségügyi ellátókat integrál műveleteibe. Így a határterület egészségügyi oldalán álló szakorvosok, orvosok, mentőtisztek vagy szakdolgozók, megfelelő kiképzés után bekerülhetnek a „first provider”-ek bevetésre alkalmas pooljába. A két egymástól távol álló szakma így hozhat létre olyan rendszert, ami az első válasz során, alkalmas lehet a társadalmi elvárásoknak megfelelni és a legmagasabb szinten végrehajtani az életmentés kötelezettségét.

SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÁS					
Prehospitális sürgősségi ellátás				Kórházi ellátás	
Katonaorvostan	Katasztrófa-orvostan	Rendvédelem orvostan	Oxyológia és transzport medicina	Sürgősségi orvostan	Intenzív terápia
Combat medicina	Disaster medicina	Taktikai medicina			
HIVATÁSOS ÁLLOMÁNY			POLGÁRI ÁLLOMÁNY		
Speciális környezet – non-konvencionális veszélyforrások			Hagyományos környezet – konvencionális veszélyforrások		
Speciális képességek – egyedi képzés			Egészségügyi képzettség		
SPECIÁLIS ESZKÖZÖK			MEGHATÁROZOTT MINIMUMFELTÉTELEK		
Kompromisszumos medicina – speciális algoritmusok			Tisztán egészségügyi algoritmusok		
Határterület speciális szakterületekkel			Egészségügyi határterületek		
Készenléti szolgálat			Folyamatos igénybevétel		

31. táblázat: A sürgősségi betegellátás formáinak jellemzői. (forrás: szerző saját szerkesztése)

Ahhoz, hogy a rendkívüli helyzetekben az életmentést hatékonyan végre lehessen hajtani nem elég a „műszaki/technikai mentés” és az egészségügyi beavatkozások képességeit birtokolni. A tevékenységeket, a feladat végrehajtásban résztvevő állományt megfelelő módon szervezni, irányítani, kontrollálni kell.

- **C4 tevékenység („command – control – coordination – communication”)**: a C4 struktúra mind a négy fejezete önállóan is komplex, több szintű tevékenység. A feladata a megfelelő információgyűjtés, a több verziójú tervezés, a végrehajtás irányítása, a változókra való reagálás, a feladatok elvégzésének visszaellenőrzése, a különböző együttműködő szakmák, szervek tevékenységeinek összehangolása és a kommunikáció megszervezése.

- **Logisztika, támogatás:** a műveletek közben, a sikeres feladat végrehajtáshoz szükséges körülmények, feltételek megteremtése, a C4 struktúra feladata. Azonban nem elhanyagolható a „first responder”-ek felelőssége, akik egyrészt „békeidőben” meghatározzák speciális igényeiket, másrészt a bevetések alkalmával eljuttatják a megfelelő helyre a szükséges eszközöket, lekérik a szükséges támogatásokat.
- **Képzés:** a rendkívüli helyzetek kezelésére való felkészülés folyamatos aktivitást igényel. Határterület révén egyrészt igaz, hogy az egyes alapszakma képzett szakembereit a másik szakma területén belül is fel kell készíteni a feladatok végrehajtására. Másrészt dilemma, hogy mely képzőhely feladata mindezt megtenni. A megoldás általában, hogy a katonai, a katasztrófavédelmi és a rendvédelmi szervek saját rendszereiken belül vállalják fel, a határterületi feladatok elvégzésére alkalmas első beavatkozók kiképzését. Ideális esetben, teszik ezt szoros együttműködésben az alapszakmák képzőhelyeivel. A képzés része a korábbi események tapasztalatainak összegzése, a következtetések levonása és amennyiben szükséges, új eszközök, módszerek rendszerbe illesztése.
- **Kodifikáció:** korábban már említettem, hogy a rendkívüli események során, a helyszínen (műveleti területen) elvégzett egészségügyi ellátások számos olyan kompromisszumot kényszerülnek meghozni, melyet a polgári egészségügyi ellátórendszer nem enged meg. Ez a jelenség más jogszabályi környezetet igényel, többek között azért is, mert az egészségügyi tevékenységet, a nagy felelősség miatt, csak szigorú jogszabályi kontroll és garanciák mellett lehet gyakorolni. A jogszabályi felhatalmazásokra megfelelő javaslatot azok tudnak tenni, akik tapasztalják, tudják, mit lehet és mit kell tenni ezekben a speciális helyzetekben. A megfelelő jogi környezet kialakításának kezdeményezése, ezért „first responder”-i feladatkör. E felelősségi területen belül, a speciális egészségügyi ellátóknak el kell juttatni a döntéshozók felé, a szakterületükre jellemző sajátosságokat, meg kell tudni magyarázni a kompromisszumok mibenlétét és szükségszerűségét.

Összességében elmondható, hogy a rendkívüli körülmények között történő egészségügyi ellátás szervezése közös felelőssége az egészségpolitikáért felelős döntéshozóknak, az egyes szakterületekért felelős politikai ágazatoknak és a végrehajtásban részt vevő szerveknek egyaránt.

SZAKMAI TARTALOM	
KATASZTRÓFA ORVOSTAN	órák – napok – hetek - hónapok
TAKTIKAI MEDICINA	órák – napok – (hetek)
COMBAT MEDICINA	órák – napok – (hetek)
OXIOLOGIA	1 óra
SÜRGŐSSÉGI ORVOSTAN	1 nap
INTENZÍV TERÁPIA	órák – napok – hetek - hónapok
IDŐ	

32. táblázat: A sürgősségi ellátási formák szakmai tudás-anyagának időkeretei. (forrás: szerző saját szerkesztése)

11.6. Taktikai Medicina rendvédelmi megközelítése

A taktikai medicina a rendőri műveletek során alkalmazott akut és sürgősségi egészségügyi ellátások összessége. A definíció kulcsszava a művelet. E tekintetben nem TM, az intézkedéstaktikába ágyazott elsősegély-nyújtás. A rendvédelmi logika a feladat megoldásokban rendszerint hármas megközelítést követ, ami az erő – eszköz - módszer triász által írható le. E szemlélet szerint a taktikai medicina, egy részleteiben felépített, összehangolt rendszer, az erő – eszköz - módszer triász maga, amiben:

- Erő: a TM human erőforrása, az egészségügyi ellátók, illetve az egészségügy irányban szakkiképzett rendőri állomány és a műveletben résztvevő rendőrök, akik valamilyen feladatot végeznek el egy sérülés/ betegség ellátása kapcsán (összekötők, fegyveres biztosítók, evakuációért felelős teamek stb.)
- Eszköz: jelenti az egészségügyi, technikai, fegyverzeti eszközök összességét, amivel a TM rendszere a feladatának végrehajtása során rendelkezik.
- Módszer: az eljárások és a taktikai tevékenységek összessége, amely a sérültek/ betegek ellátásának kapcsán alkalmazásra kerülnek.

A taktikai medicina szűk értelmezésben jelenti e triász módszer pillérét, ami magában foglalja a rendőri, műveleti területen (záráson belül) végrehajtható egészségügyi szakmai algoritmusokat a diagnosztikától a beavatkozásokig, a TRIAGE-től az evakuációig.

A TM ezen kettősségének megértése alapvetően fontos, leginkább az egészségügyi ágazat résztvevőinek, a határterületi egészségügyi szakmák képviselőinek. Amennyiben ezt a jelenséget nem értik meg, akkor úgy hasonlítják a TM-t az oxyológiához, a sürgősségi orvostanhoz, az intenzív terápiához vagy a traumatológiához, hogy az ebből fakadó elvárásaik ellehetetleníthetik a TM természetének megértését. A taktikai medicina gyakorlatában négy terület különíthető el:

1. Műveletek egészségügyi biztosítása
2. Személyvédelem egészségügyi biztosítása
3. Műveleti pszichológia
4. TM önálló képzési rendszere

A rendvédelmi megközelítés másik oldala a rendőri alaptevékenység és alapfeladatok megértésén alapszik. *Magyarország Alaptörvénye és a Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény* meghatározza azokat a feladatokat, melyek végrehajtására a rendőri szervek kötelezettek. Általánosságban ez az állampolgárok életének, testi épségének (és vagyonának) védelme. A rendvédelem oldalán alkalmazott egészségügyi ellátás e kötelességen belüli egy újonnan jelentkező felelősségvállalás, hiszen a rendőri műveletekben fellelt sérültek/ betegek az egészségügyi infrastruktúra számára nem elérhetőek, illetve csak jelentős késdelem után hozzáférhetőek. Különösen igaz ez a megállapítás a speciális rendőri alakulatok műveleteire. Nem véletlen, hogy történelmileg ezek az egységek kezdtek először, tevékenységeikhez csatoltan, szakkiképzett egészségügyi ellátót alkalmazni. A XXI. század biztonságpolitikai kockázatai új értelmezését kívánták meg a rendvédelem „first repondereinek”. A terrorizmus, a szervezett bűnözés és a migráció katasztrófa szintű fenyegetettségeket jelentenek ¹⁵⁶, amiben az emberi életek közvetlenül veszélyeztetettek. A hatékony válasz új képességek megszerzését tették indokolttá, ilyen a taktikai medicina is.

¹⁵⁶ SZENDI 2011: Rebeka (2011): A katasztrófák csoportosításának lehetőségei. *Hadtudományi Szemle*, 4(4), 163–171. Online: http://epa.oszk.hu/02400/02463/00011/pdf/EPA02463_hadtudomanyi_szemle_2011_4_163-171.pdf

11.6.1. A Taktikai Medicina szemléletváltása

Korábban már említettem, hogy a taktikai medicina a combat medicinából vált le és önállósodott. A két harctéri ellátás szemlélete és gyakorlata sokáig azonos úton haladt tovább. A mai napig, számos országban a szétválás csak annyit jelent, hogy katona vagy rendőr alkalmazza a TCCC¹⁵⁷ algoritmusait. Ezekben az országokban a taktikai medicina ellátói szakkiképzettek (rendőrök egészségügyi kompetenciákkal) és kizárólag saját egységük beavatkozó állományát (rendőröket) láthatják el. Ennek háttérében két jelenség emelhető ki. Egyik érv, hogy a szakkiképzett egészségügyi ellátók, egészségügyi beavatkozásokra irányuló felhatalmazása – a katonai rendszerek és jogszabályok mintájára épül és ezáltal korlátozódik a saját állományra. A polgári egészségügyi infrastruktúra, magánügyként kezeli a katonai harctéri ellátást, kompromisszumot hoz. A másik érv, hogy a speciális felszámoló kiképzése komoly anyagi befektetést, hosszú időt vesz igénybe, ezért sérülésük, esetleg haláluk esetén pótlásuk nehezen megoldható, ebből fakadóan ellátásuk prioritást élvez. Ez a megközelítés jellemző az Egyesült Államokra és Európa egyes országaira.

2010-ben Magyarországon felállításra került a Terrorelhárítási Központ, amely kezdetektől fogva végez egészségügyi ellátást műveleteiben. Azonban a fenti klasszikus TM megközelítéssel szakítva, szemléletváltást hozott a taktikai medicina gyakorlatában. A TEK alapvetése, hogy a rendőrök feladata, az állampolgárok életek megmentése, így a műveletben fellelt civil sérültek egészségügyi ellátása kötelességet jelent. A taktikai medicina, mint rendszer ezért nem elégedhet meg csak a saját állományért vállalt felelősséggel. Ezt a feladatot, a TEK szemlélete szerint, leghatékonyabban diplomás ellátókkal lehet végrehajtani. A diplomások hadrendbe állítása az egészségügyi ágazatot nem kényszeríti kompromisszumra, a rendszernek nem kell a szakkiképzettek irányában elnézőnek lennie. Ugyanakkor a TEK is épít a szakkiképzettek munkájára, azonban őket közvetlen szakmai kontrol alatt illeszti a rendszerébe. A szakkiképzettek és a diplomások együtt építenek ki túlélést biztosító láncot, így az ellátás progresszívvé, folyamatossá és professzionálissá válik. A TEK által felépített TM rendszer egységes nomenklatúrára épül. A kialakított egészségügyi algoritmusai a TCCC protokollt közelíti a polgári sürgősségi ellátás szakmai irányelveihez és az eszközkészlete is a professzionális sürgősségi, ellátáshoz igazított. A TEK TM rendszerének végrehajtó állományában négy egészségügyi kompetencia szintet hozott létre a speciális elsősegély nyújtóktól a szakorvosokig. A TM ellátók műveleti integrációját, az egészségügyi diplomával

¹⁵⁷ TCCC Guidelines for Medical Personnel. Online:

https://jts.amedd.army.mil/assets/docs/cpgs/Prehospital_En_Route_CPGs/Tactical_Combat_Casualty_Care_Guidelines_01_Aug_2019.pdf

rendelkezők esetében taktikai, a rendőr felszámolóknál egészségügyi képzésekkel biztosítja. Ebben a több kompetencia szintre épített, egységes szemléletű modellben a civil áldozatok egészségügyi ellátása, professzionális szinten biztosítható, sőt biztosítandó. A TEK TM modellje már a korábbi klasszikus megközelítéshez képest megfelel a társadalmi elvárásoknak. Ezt nevezem a modern TM szemléletének, az erre épülő rendszert az Európai Unió TEK TM modellnek ismeri el.

11.7. A taktikai medicina helye az egészségügyi ágazatban

A taktikai medicina rendszerbe állítását Európában a rendvédelem kezdeményezi, Magyarországon a TEK javasolta kodifikációját. Az egészségügyi rendszer elfogadta a felajánlást. Felismerte, hogy a TM nem von el hatáskört a már működő szakterületeitől, ellenben olyan környezetben vállalja az első egészségügyi ellátás megszervezését, ahol eddig nem volt erre lehetőség.

A törvényalkotók a TM-t az Eütv. 97/A § által, az egészségügy egyéb ellátásai között helyezték el. Ez a döntés megfelel a szakmai kívánalmaknak. E törvényhozási logika és rendszerelmélet alapján számos következtetés vonható le.

- A TM nem alapellátói tevékenység. Elmondható, hogy a rendvédelem orvostannak, ahogy a katonarvostannak és a katasztrófa-orvostannak is, vannak alapellátói feladatai, amely a speciális állományuk kiválasztását, alkalmasságuk elbírálását és felülvizsgálatát végzi. Emellett közegészségügyi, egészségfejlesztési, egészségnevelési, rehabilitáció szervezési feladatokat is ellátnak. A TM nem járóbeteg szakellátás és nem kórházi fekvőbeteg szakellátás, ez különösebb magyarázatra nem szorul.
- A TM nem mentés, nem oxyológia: az Eütv. a mentést, a taktikai medicinától elkülönülten, az egyéb ellátások között tartja számon. A jog, a mentés személyi és tárgyi minimum feltételeit a *Mentésről szóló 5/2006 (II.7) EüM rendelet*-tel szabályozza. Az ebben foglalt tételek nem értelmezhetők egy az egyben a taktikai medicinára. Nem fogják át sem a személyi állomány speciális kiválasztási követelményeit, sem a szakmai vezetésre vonatkozó más elvárásokat, sem az eszközökben és az eljárásokban jelentkező markáns különbségeket, ahogyan a képzésekre vonatkozó egyéb elvárásokat sem veszi figyelembe. A feladat, mint prehospitális sürgősségi ellátás hasonló, de a rendkívüli körülmények miatt más változók is megjelennek, amelyeket a TM ellátás során nem lehet figyelmen kívül hagyni. Jelentős szakmai különbség lehet, a szakmai tartalommal kitöltendő időintervallum kérdése is. Különösen igaz ez a külföldön végrehajtott műveletek esetén, ahol valós lehetőség, hogy az evakuációt és repatriációt csak

napokkal később van esély végrehajtani, de ide sorolható szakmai kérdés az endémiás területeken történő munkavégzés egészségügyi biztosítása is.

- A TM nem katonarvostan: vitathatatlan tény, hogy a katonai, harctéri egészségügyi ellátás áll a legközelebb hozzá, gyakorlatilag abból vált le a társadalmi igények jelentkezésekor. Elmondható, hogy számtalan hasonlóság, akár átfedés fedezhető fel algoritmusaikban. Ugyanakkor a korábban említett alapfeladatai a rendőrségnek mások, mint a honvédelemnek. Az utóbbinak az egészségügyi rendszere a harci támogató kiszolgáló tevékenységek közé sorolt. Fő feladata a katonai állomány élőerő védelme, tehát prioritása a katona. Ez olvasható ki a főbb szabályozóiból, mint a *honvédségről szóló 2011. évi CXIII. törvény, a honvédek jogállásáról szóló 2012. évi CCV. törvény és a 2/2014 HM rendelet*. A szakkiképzett katonák felhatalmazást az egészségügyi ellátás végrehajtására, minősített időszakban vagy külföldön a katonai tevékenységekhez csatoltan kapnak. A rendőri tevékenység elsőszámú, közvetlen fókusza a civil állampolgár életén van. Ez a markáns különbség a „first responder”-ek munkaszervezésében és feladatellátásában már okoz eltérést. Napjainkban a honvédség harctéri egészségügyi ellátására leginkább a missziókban van szükség. A nemzetközi szövetségben zajló hadműveletek egészségügyi biztosítása doktrinális alapokon, több szinten felépített, jól meghatározott minimumfeltételek mellett, precízen szervezett. Legjobb példa erre a NATO ROLE struktúrája,¹⁵⁸ ami az adott hadszíntéren, újonnan felépített, progresszív, egészségügyi, ellátó láncot jelent. A TM rendszer törekvése, hogy a műveleteiben (a harctéren), a ROLE 1 szintet legjobban megközelítő ellátást biztosíthassa. Ugyanakkor az evakuációt (MEDEVAC) első körben a definitív ellátó hely irányában végzi a polgári egészségügyi infrastruktúrát használva.
- A TM nem katasztrófa-orvostan: a *katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXXVIII. törvény*¹⁵⁹ szerinti katasztrófa definícióból látható, hogy a katasztrófa orvostan mindig nagyban gondolkodik, ami igaz az érintettek (sérültek) számára és adott esetben a helyszín kiterjedésére. A nagy volumen miatt a kompromisszumok is más léptékben érvényesítendők. Az általam kiemelt speciális, prehospitális sürgősségi, egészségügyi szakmákhoz való viszonyrendszerben véleményem szerint a katasztrófa medicina a legnagyobb halmaz.

¹⁵⁸ NATO (1997): *Logistics Handbook 1997. Chapter 16: Medical Support, Role Support*. Online: <https://www.nato.int/docu/logi-en/1997/lo-1610.htm>

¹⁵⁹ 2011. évi CXXVIII. törvény a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100128.tv>

E halmazban a fenyegetettség erőszakos forrása és az ennek kezelésére rendelt szervek (katonaság és rendvédelem) külön meghatározott státusza indokolja, hogy a katonaoorvostan – harctéri ellátásának és a rendvédelem orvostan – taktikai medicina ágának önálló létezését. Másképpen fogalmazva a harctéri katonai egészségügyi ellátás és a taktikai medicina a katasztrófa orvoslás szűk „first responder”-i tevékenysége, mely olyan helyzetekre specializálódott, amiben a katasztrófa forrása és veszélyhelyzet fenntartója erőszakos human eredetű, annak pszichológiai kiszámíthatatlansága és sajátos eszközkészlete miatt egyedi elbírálást és az általános megközelítéstől eltérő, egyedi szabályrendszerű végrehajtást követel meg. A fenti szakterületekről az is elmondható, hogy mind a háborúk, mind a terrorizmus (illetve a migráció és a szervezett bűnözés) megjelennek a katasztrófák felosztásában, így a felszámolásukhoz kapcsolódó egészségügyi tevékenységek részei a katasztrófa egészségügynek. Továbbá mind a katonai, mind a rendvédelmi hatáskörrel bíró rendkívüli események, fegyveres konfliktusok túlmutathatnak a kezdeti konkrét eseményeken, könnyen mehetnek át egyéb katasztrófa típusba, ahol az első beavatkozói tevékenységbe más szereplőknek is be kell lépniük. Gondoljunk itt például egy CBRN fegyver bevetése után, mind térben, mind időben eszkalálódó humanitárius katasztrófára.

Összességében, a katasztrófa medicina viszonylatában elmondható, hogy a taktikai medicina rendszer és szakterület működése egyrészt értelmezhető a rendvédelmi vonatkozású katasztrófahelyzetekben, mint „first responder”-i tevékenység. Másrészt a taktikai medicina az egyes rendkívüli események felszámolásakor fellelt sérültek/ betegek egyedi prehospitális sürgősségi ellátása.

- A TM nem sürgősségi orvostan, nem intenzív terápia és nem traumatológia: egyrészt a fenti egészségügyi tevékenységek a kórházi fekvőbeteg ellátás szakterületeiként jelennek meg az egészségügyi infrastruktúrában, így elkülöníthetők a taktikai medicinától. Másrészt azonban, szélsőséggént, a gyakorlatban előfordulhatnak olyan helyzetek, ahol az életmentő első beavatkozások után az evakuáció és az egészségügyi ellátórendszerhez való kapcsolódás azonnal nem, csak hosszabb idő elteltével kivitelezhető. Ezekben a helyzetekben a taktikai medicina gyakorlatának közelednie kell az intézeti sürgősségi ellátáshoz, ami gondolkodásban átkapcsolást, gyógyszer és eszközkészletben más poolt igényel (monitor, respirátor, gyógyszer- és volumetrikus

pumpák stb.), illetve újabb beavatkozásokat tehetnek szükségessé („walking blood bank”¹⁶⁰, central vénabiztosítás stb.).

A „prolonged field care”¹⁶¹ értelmezését befolyásolja az elérhető egészségügyi kompetencia és a hozzárendelt eszközkészlet. E tekintetben a szakkiképzett és a diplomás egészségügyi ellátók által végrehajtott, időben elnyújtott helyszíni sürgősségi terápiában is lesz különbség. A taktikai medicina magyar rendszere, a TEK-ben, törekszik megteremteni mind a személyi, mind a tárgyi feltételeit a lehető legmagasabb szintű helyszíni ellátásnak, akár időben elhúzódóan, természetesen a szükséges mértékű kompromisszumok mellett.

A taktikai medicina a speciális rendőri műveletekbe integrált akut és sürgősségi egészségügyi ellátások összessége. Fejlődésének fő hajtóereje a folyamatosan átalakuló terrorizmus, a posztmodern terror megjelenése és az ebből fakadó új társadalmi elvárások megjelenése. Mindezek a speciális rendőri alakulatok feladatainak újraértelmezését és az egészségügyi ellátó rendszer válaszát tették szükségessé. A TM többszörösen határterületi szakmaként értelmezhető. Egyrészt a rendvédelmi és egészségügyi ágazat átfedésében dolgozik a hatékony életmentés érdekében, másrészt igyekszik a lehetőségekhez képest maximálisan vegyíteni a katonaeorvoslás, a katasztrófa medicina, a sürgősségi és intenzív terápia szakmai tartalmait. Mindezeket a TM, a speciális rendőri beavatkozó egységek tevékenységeibe ágyazva, rendkívüli körülmények között teszi ott, ahol az egészségügyi ellátó rendszer nem elérhető. A sokszorosan határterületi jellegéből fakadó elvárások miatt, önálló, (szűk) szakterületként való meghatározása indokolt.

Rendszertanilag a prehospitális, sürgősségi ellátások közé sorolható. A lefedendő időintervallum tekintetében széles határok között mozog. Feladata a katasztrófákban a „first responder”-i tevékenységeknek, tömeges sérülés esetén a „kárhely” felszámolásának, míg egyes sérülések esetén a személyre szabott első ellátás, a stabilizáció, szükség esetén elhúzódóan a fenntartó terápia és az evakuáció végrehajtása.

¹⁶⁰ BERSÉUS, Olle – HERVIG, Tor – SEGATCHIAN, JERARD (2012): Military walking blood bank and the civilian blood service. *Transfusion and Apheresis Science*, 46(3), 341–342. Online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147305021200078X>

¹⁶¹ KEENAN, Sean – RIESBERG, Jamie C. (2017): Prolonged Field Care: Beyond the „Golden Hour”. *Wilderness & Environmental Medicine*, 28(2 – Supplement), 135–139. Online: [https://www.wemjournal.org/article/S1080-6032\(17\)30063-7/fulltext](https://www.wemjournal.org/article/S1080-6032(17)30063-7/fulltext)

11.8. Részkövetkeztetések

A taktikai medicina többszörösen határterületi tevékenységként jellemezhető, mely a rendészettudomány és az egészségügy tudomány metszetében elhelyezkedő, first provider-i szemlélettel építkező szakterület. Az orvostudományon belül a legfiatalabb diszciplínák közé sorolható. Általánosságban több szakág tudásából, tapasztalásaiból építkezik és egészíti ki azokat saját elvárásaival, követelményeivel. Az egészségügyön belül a kompromisszumos medicinák nagy csoportjába sorolható, ahol határterületet képez a katona- és katasztrófamedicinával, az oxyológiával, a transzport medicinával, a sürgősségi orvostannal, az intenzív terápiával és a traumatológiával. Szakmai tartalma időben a percektől a napokig terjedhet, gyakorlata a sürgősségi, az akut ellátások prioritásait, időbeliségét és sorrendiségét is lefedi. Alkalmazása sajátos végrehajtást igényel, ami magában foglalja az ellátói körét, az eszközeit és az eljárásait. Az egészségügyi rendszerbe való illesztése, mint friss szakterület mindenképpen indokolt. Megállapítható, hogy hadrendbe állítása képességei miatt hiánypótló, alkalmazkodó képessége miatt, szükség esetén, a speciális mentést igénylő helyzetekben bevethető, nem von el hatáskört sem szervezetektől, sem ágazatoktól.

ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK

Az értekezés összefoglalása

A taktikai medicina a rendvédelem sürgősségi, prehospitális egészségügyi ellátói képességét foglalja magában. A kialakulása, rendszerbe állítása és fejlődése szoros kapcsolatot mutat a terrorizmus alakulásával. A terroristák elkövetői magatartásainak és motivációinak számbavételével felállított klasszifikációkat egészségügyi oldalról vizsgálva, megállapítható volt, hogy minden korszak jellemző karakterisztikus jegyekkel írható le az egészségügyi hatások vonatkozásában. A klasszikus terror időszaka a politikailag releváns személyek ellen végrehajtott merényleteivel a személyvédelmi feladatokat ellátó egységek számára küldtek üzenetet a TM integrálására. A modern terror korszakára tehető szervezett támadások megjelenése, a terrorellhárítási alakulatok rendszerbe állítását indokolták, ahol a beavatkozó állomány védelmére, a katonai harctéri ellátás mintájára került TM ellátó az egységekbe. A posztmodern terror teljes szemléletváltozást hozott. A katasztrófaesemények szintjére emelkedő erőszakos, rendkívüli események sérültjeinek ellátása központi kérdéssé vált. A felszámolás sikeres műveleti minősítése csak a kárenyhítéssel, az áldozatok számának csökkentésével adható. A terrortámadások kimenetelükben az egy áldozattól a több ezer sérültig, halottig jutottak el. A globálissá váló terrorral szemben csak megújuló és folyamatosan fejlődő rendőrség vehette fel a harcot. Kutatásom feldolgozta a rendvédelem által adott válaszokat különös tekintettel annak egészségügyi képességeire. A taktikai medicina alkalmazásának elemzésével két egymástól jól elkülöníthető gyakorlatot különítettem el, ezeket a katonai mintán alapuló klasszikus TM modellnek és a first „provider”-i elveken nyugvó modern TM modellnek neveztem el. Hangsúlyoznom kell, hogy CTU-k szempontjából mindkettő ellátási modellnek jelentős hozzáadott értékét észleltem a mindennapi tevékenységükben.

A TEK megalapítása után, meghatározó előzmények nélkül, a nulláról kellett felépíteni a taktikai medicina magyar szakterületét. Kutatásom kezdete ezért 2010-re tehető. Alapjául Hajdu János r. altábornagy víziója szolgált, aki a kortárs rendőri vezetőkkel ellenben felismerte, hogy a speciális rendőri műveletek már nem hajthatók végre egészségügyi biztosítás nélkül. A terrorellhárítás e logisztikai támogatását az elérhető legmagasabb, diplomás egészségügyi kompetenciákban határozta meg. Ebben a támogató környezetben indult meg a TEK saját TM modelljének felépítése. Az alkalmazott tudományos szemlélet határozta meg a munkát, ezért a kutatásom részeredményeinek folyamatos átültetése a gyakorlatba mindvégig teljesült. A kutatás eredményeként meghatározott modern TM modell legfőbb jellemzője, hogy az

élőerővédelmet fókuszban tartó klasszikus modellel szemben, kibővíti az ellátandók körét. Az ellátást nem státuszhoz (állomány tagja), hanem rászorultsághoz köti. A civilek ellátása új problémakört vetett fel, a műveleteinkből származó tapasztalatok alapján, a combat medicina traumatológiai szempontjai mellett az új modellnek számolnia kellett a dekompenzálódó krónikus betegségek ellátásával, mint akut myocardiális infarktus, status asthmaticus, epileptikus, stroke stb. Mindezek az alkalmazott algoritmusok polgári ellátás felé mozdulását igényelték úgy, hogy a katonai harctéri tapasztalatokat maximálisan tiszteletben tartva, azokat megőrizve egyszerre legyenek érvényesíthetők. Az általam felállított TEK TM modell a harctéri ellátást speciális mentésként definiálja, ami egyben jelenti, hogy a fenyegetésre megszüntetésére, illetve kezelésére irányuló technikai képességek és a rendkívüli körülmények között nyújtott egészségügyi ellátás egy egységet képez. Ez adja az alapját a TM képesség műveleti integrációjának, illetve magában foglalja, hogy az egyes szereplők képességeiben átfedést kell biztosítani. A több egészségügyi kompetenciaszinten történő progresszív ellátásszervezés nem kerülhető meg. A végrehajtók ezért csoportokra oszthatók fel, melyben egyrészt rendőrök tevékenykednek egészségügyi képességekkel, másrésztől diplomás egészségügyi ellátók taktikai, rendőri ismeretekkel. A disszertációban részletesen leírom a tudományos kutatásomon alapuló TEK modern TM modelljének szemléletét és az erő – eszköz – módszer triász köré épülő rendszerét.

A New York-i terrortámadást követően egyértelművé vált, hogy a globális terror ellen csak nemzetközi összefogással lehet eredményesen fellépni. Az európai rendvédelem speciális egységei szövetségbe rendeződtek. 2008-ban az EC támogatásával megalakult az ATLAS Network. A szervezet célja a gyakorlatot támogató együttműködés, ami egységes „gold standardok” kidolgozását, az Európa-szerte, minden pillanatban elérhető minőségi garanciák elérését, a közös cross-border műveletek végrehajthatóságát célozta meg. A működés középpontjában az információcsere, a közös gyakorlatok és képzések végrehajtása állt. Az ATLAS Szövetséggel 2012-ben kerültem kapcsolatba a TM induló képzési projektjében. Ennek kapcsán egyre több rálátásom lett az európai CTU egységek egészségügyi képességeire. Kutatásom új iránnyal bővült, a TM oktatás és képzés nemzetközi elvárásainak és lehetőségeinek kérdéskörével. A képzések kezdeti lendülete a hosszútávú tervezés és a nem megfelelő szemlélet miatt megtorpanni látszott. 2013-ban az addig megszerzett tapasztalatokat feldolgozva, a TEK TM modellt alapul véve az ATLAS Szövetség parancsnokainak átfogó programot mutattam be az egészségügyi képességek fejlesztésére. Az előadássorozatom nem burkolt célja volt a parancsnoki szemléletváltás elérése, ami nélkülözhetetlen az egészségügyi képességek integrálásának és fejlesztésének eléréséhez. A sok, értékes vitával tarkított úton

2014-ben megalakult az ATLAS Medic Forum, aminek vezetésével a szövetség megbízott. A beosztás lehetőséget adott, hogy teljességében lássam át az európai taktikai medicina szakterület helyzetét, mindennapos gyakorlatát, igényeit és aktuális problémáit. A folyamatos párbeszéd, az információgyűjtés különböző formái vezettek egy minden egység számára fejlődési lehetőséget nyújtó ATLAS Taktikai Medicina Oktatási és Képzési Program beindításához. A képzési program legfontosabb erényei az egységesített nevezéktan, a különböző kompetenciaszinteken is azonos algoritmus-rendszerek kapcsolt hálózata, a felhasználóbarát képzési metodika, a mindenki számára elérhető tanfolyamok és a differenciált, négy ellátói szintet magában foglaló progresszív ellátási szemlélet. Az oktatás folyamatos fejlődéséhez nagyban hozzájárult az ATLAS Szövetség által szervezett nagyszabású hadgyakorlatokból származó információk tudományos igényű feldolgozása, majd a megfelelő következtetések levonása után, azok eredményeinek gyakorlatba való átültetése. Az oktatási program az igények mentén folyamatosan bővült, jelenleg 7 különböző kurzus érhető el benne. 2019-ben, az akkor öt éve folyamatosan működő képzési rendszer eredményeinek elismeréseként, az EC az EUROPOL-lal és az ATLAS Szövetséggel megalapította Európa első rendvédelmi kiválósági központját Budapesten, a Center of Excellence for Tactical Medicine-t, ezzel szervezeti szintre emelte a műveletek egészségügyi biztosításának kérdését, elismerve annak nélkülözhetetlenségét a modern rendvédelmi gyakorlatban. A 10 éves oktatási program eredményeinek és a gyakorlatok tapasztalatainak feldolgozása a disszertációm szerves részét képezik.

A kutatásom során, a történelmi hagyományok mentén, végig megfigyelhető a katonai harctéri ellátás és a taktikai medicina összevetése. Az összehasonlító elemzések során kitértem a honvédelem és a rendvédelem egészségügyi képességeinek párhuzamosságaira és markáns különbségeire. A legmeghatározóbb eltérés az alapfeladatokban és az ebből fakadó elvárásokban volt tapasztalható. Nem elhanyagolható különbség a műveletek végrehajtásának környezete, ami alapvetően meghatározza a teljes ellátói lánc működését, működtetésének lehetőségeit. Külön kell megemlítenem e speciális egészségügyi tevékenységek jogszabályi háttérének feldolgozását. A katonai egészségügyi biztosítás rendszere hosszú történelmi múltat tekint vissza. A működésért felelős parancsnokoknak és politikai döntéshozóknak volt lehetőségük a megfelelő jogszabályi környezet felépítésére. Más a helyzet a taktikai medicina új, gyorsan felépülő szakterületének vonatkozásában. Itt megfigyelhető volt, hogy a társadalom elvárásaira reagáló rendvédelem, a történelmi távlatok viszonyában gyorsan kiépülő gyakorlata, megelőzte a jogszabályalkotást. A TM alkalmazásra felhatalmazó jogszabályok hiánya Európa szintű probléma. Kutatásom egyik kiemelt célja volt ennek a dilemmának a megszüntetése.

Több, mint 12 év kitartó munkájával és kutatási tevékenységével sikerült elérni, hogy Magyarországon, Európában precedensként az Eütv. módosítását sikerült elérni, ami a jogszabályalkotás szabályai szerint alapját képezte a 2024-ben megjelent, 2025-ben hatályba lépett TM tárgyú végrehajtási rendeletnek. A disszertációmban összefoglalom azt a jogszabályi környezetet, amiben a TM rendelet megszületett, a kutatási gondolatmenetet, ami a honvédelem irányú szabályozókkal történő analógiákra épült.

A kutatásom célja volt egy a társadalmi szükségszerűség talaján kialakult, új egészségügyi szakterület hazai meghonosítását és nemzetközi képzési rendszerének felépítését tudományos igényességű megközelítéssel segítsen, támogassam. A munkámat ezért az alkalmazott tudományok közé sorolom, aminek legfőbb kimenetele a gyakorlati alkalmazhatóságot kell, hogy szolgálja. Tekintettel arra, hogy e témában hasonló értekezés nem fellelhető, tevékenységem alapkutatásként értékelhető. Az új, speciális egészségügyi szakmának illeszkednie kell a már működő egészségügyi infrastruktúrában, disszertációm végén, zárásként elvégzem ezt a feladatot. Bemutatom, hogy a taktikai medicina, mint többszörösen határterületi szakma, hogyan pótolja az egészségügyi rendszerünk eddig meglévő hiányát az állampolgárok sürgősségi ellátásra való jogát érvényesítve.

A hipotézisek teljesülésének vizsgálata

1. Hipotézis: A posztmodern terrorizmus európai megjelenésével megjelent a társadalom elvárása a nagyszámú sérültek ellátására. Hiány jelentkezett az egészségügyi ellátó rendszerben, tekintettel arra, hogy a műveleti területen civil ellátó nem tevékenykedhet. A dilemma feloldására csak a beavatkozó SIU, CTU egységek képesek, akik idővesztés nélkül tudják az életmentést egészségügyi oldalon is megkezdeni. Az egészségügyi tevékenység rendvédelmi műveletekbe történő integrálásához elengedhetetlen a politikai döntéshozói és parancsnoki szemléletváltás.

A terrorizmus történetére és annak klasszifikációira vonatkozó szakirodalom egészségügyi szempontú elemzése során kimutatható volt, hogy a változó elkövetési magatartások időben egymást követve jelentek meg. Az egyes korszakok uralkodó modus operandi-jei jól elkülöníthető egészségügyi kihívások elé állították a nemzetek gyógyító tevékenységért felelős infrastruktúráját. Figyelembe véve a terrorelhárítás műveleti alapszabályait, a fejlett társadalmakra jellemző egészségügyi ellátáshoz való jog csak úgy biztosítható, ha a felszámolásra kijelölt szervek felvállalják az első beavatkozás felelősségét. Vizsgálatomban e problémakör értelmezésének két formáját lehetett elkülöníteni. A történelmileg korábban

megjelenő verzió, a különösen sérülésveszélyes beavatkozások állománya irányában vállalt gondoskodás, másképpen az élőerő védelemre fókuszáló, katonai hagyományokra épülő egészségügyi biztosítás. A tömeges sérüléssel járó elkövetési magatartások nagyságrendekkel megemelték a civil sérültek számát, a terrorizmus és az általa okozott humán veszteségek katasztrófák szintjére emelkedtek, miközben a felszámolás taktikai prioritásai nem változtak. Ez a felismerés új értelmezést kívánt meg, megjelent a taktikai medicina „first responder”-i megközelítése. A civil sérültek ellátását, a lezárt műveleti területen belül, idővesztés nélkül csak a SIU-k és CTU-k tudják megkezdeni, csak ez a megközelítés tudja az egészségügy ellátórendszer térképén található fehér területet megfelelő tartalommal feltölteni. Kutatásom eredményeinek gyakorlatba való átültetése, az európai speciális beavatkozó egységek szemléletváltásához és gyakorlatának átalakulásához nagyban hozzájárult, ami véleményem szerint a fenti hipotézist egyértelműen alátámasztja.

2. Hipotézis: A katonai tevékenységek egészségügyi biztosítási rendszerének alapvető feladata az állomány élőerő védelme, különösen igaz ez a megállapítás annak első elemére, a harctéri egészségügyi ellátásra. A rendvédelem alapfeladata az állampolgárok életének, testi épségének védelme minden körülmény között. A két szolgálat alapfeladataiból fakadó különbségekre visszavezethető, hogy az egészségügyi infrastruktúrájuk szervezése és működtetése is az eltérő elvárások mentén különbségeket mutatnak. A katonai logisztikai támogatás egészségügyi rendszere, egy az egyben nem tudja kiszolgálni a rendvédelemmel szemben támasztott igényeket.

Kutatásom egyik kiemelt területe volt, a taktikai medicina európai gyakorlatának elemzése. Felméréseim többek között kiterjedtek a biztosítási rendszer működésére, az egészségügyi tudás megszerzésére és az alkalmazott algoritmusokra. Megállapítható volt, hogy az egységek jelentős része a katonai szervezetekkel együttműködésben, combat medicina ellátási algoritmusokkal alakítja ki harctéri ellátói képességét. A honvédelem és a rendvédelem alapfeladatának különbözőségére, számos az egészségügyi gyakorlatot meghatározó eltérés vezethető vissza. Ezek az ATLAS hadgyakorlatok végrehajtásában, a képzések során és a valós feladatok megoldásakor is megjelentek. A legmeghatározóbb különbség, hogy a terroresemények felszámolását belföldön a rendőri erők végzik, feladatuk az állampolgárok életének és testi épségének védelme. A katonai instruktorok által képzettek ezt figyelmen kívül hagyják, szigorúan ragaszkodnak saját állományuk ellátásához. Ugyanakkor egy rendőr esetében, amennyiben birtokol egészségügyi képességeket nem elfogadható, hogy azokat civil

rászorulóknál nem alkalmazza. A katonai harctéri ellátásban és képzésben vizsgálataim szerint a belgyógyászati sürgősségi ellátásra kevés hangsúly kerül, a tömeges sérüléssel járó események algoritmusai nem jelennek meg az alsóbb kompetenciaszinteken, magasabb végzettséggel bírók, így komplexebb protokollok harctéri bevetésére nincs lehetőség. Az ellátásszervezésben újonnan kiépített egységek kerülnek bevetésre és az eljárásuk többlépcsős evakuáció centrikus. A taktikai medicina gyakorlatában, mivel azt rendőrök alkalmazzák, mások az alapfeladatok, ezért más elvárások jelennek meg. A tapasztalataim és kutatásom szerint nem csak traumás sérültek ellátására kell felkészülni, a MASCAL események felszámolása központban áll, az egységekbe integrált diplomás ellátók összetettebb algoritmusok bevetésével léphetnek be az eljárásba, illetve a rendkívüli esemény békés körülményekbe ágyazva zajlik, ezért a meglévő egészségügyi infrastruktúra egy lépésben elérhető. A katonai alapelvekre épülő komplex egészségügyi biztosítási rendszer nem kellően fedi le a rendvédelem műveleti logisztikai igényeit. A taktikai medicina, ezért önálló egészségügyi szakterület, amely saját SOP-val, saját képzési rendszerrel kell, hogy rendelkezzen, ezt támasztották alá kutatásom során a hadgyakorlatok, képzések elemzései és a jogszabályi környezet részletes áttekintése is.

- 3. Hipotézis:** A TEK új TM modellje, az európai CTU és SIU egységek hasonló feladatra alkalmazott eljárási rendjéhez képest, érzékenyebben és átfogóbban reagál a társadalom elvárásaira és a bevetések környezetére, mert rendszere által alkotott túlélési/ ellátási lánc, a katonai, harctéri ellátás és polgári, sürgősségi ellátás gyakorlatának átfedéséből kialakított új szemléleten nyugszik.

A TEK által meghatározott TM modell számításba veszi a rendőri alapfeladatokból fakadó kötelességeket, az ellátást nem státusz, hanem rászorultsági alapon szervezi a civilek számára is. A terrorizmus katasztrófaszerű megközelítéséből fakadóan a katasztrófa kezelési ciklusnak megfelelő szemlélettel készül fel, tervezi és szervezi egészségügyi tevékenységét. A műveleti integrációt „first provider”-i elvek mentén végzi, rendőri taktikai elemekkel. Az ellátói láncát progresszív módon a szakkiképzett alapkompenciáktól a diplomás szakorvosi végzettségig terjeszti ki. Az ellátást rendszerszintű megközelítésben taglalja. Algoritmusában minden kompetenciaszinten megjelenik a TRIAGE egy verziója. Disszertációmban részletesen ismertetem a TEK modern TM modelljének összetevőit. A korábban az európai terrorelhárítási egységeknél általánosan használt katonai szemlélethez képest a TEK verziójának legnagyobb előnye, hogy rendvédelemre szabott egyéni és rendszerszintű képességeket foglal magában,

mind a gyakorlati, mind a képzési területen. A hipotézis helyességét igazolja, hogy az európai rendvédelem irányítása alá sorolt CTU, SIU egységek, a TM modern szemléletét befogadták, feladatvégrehajtásukban számításba veszik, továbbá a korábbi gyakorlatukhoz képest, preferálják a taktikai medicina kiképzők által vezetett ATLAS és saját TM képzéseket, mint alapképzéseket.

- 4. Hipotézis:** A központosított és egységesített tájékoztatással és képzésekkel jelentősen javítható a támogató kiszolgáló logisztikai háttér egészségügyi komponense, ezáltal az európai CTU egységek fejlődése nagyban előmozdítható és egységesíthető.

A kutatásom szerves része volt a taktikai medicina Európára kiterjedő képzési rendszerének felállítása és működtetése. Az első felméréseim egyértelműen kimutatták, hogy ennek a feladatnak kezdeti lépése, a felelős parancsnokok tájékoztatása az egészségügyi biztosítás mibenlétéről, lehetőségeiről és szükségességéről. Az ATLAS Szövetségben uralkodó, megosztott véleményeket, hiedelmeket és a TM alkalmazásának, felfogásának markáns különbségeit egy rendezett szemlélettel kellett eloszlatni. A kezdeti lépéseket követően egyértelművé vált, hogy az oktatásszervezést csak parancsnoki támogatás mellett lehet hatékonyan végrehajtani. A szétszórtan, nemzeti szinten megvalósított, leginkább katonai kiképzők által tartott tanfolyamokat saját, a rendőri tevékenység sajátosságait, szabályait maximálisan szem előtt tartó oktatási rendszer rendezte egységbe. Az európai terrorelhárító alakulatokban észlelhető nagy képességbeli különbségeket csak többszintű, egységesített, differenciált kompetencia szinteket felmutató oktatási struktúrával lehetett felszámolni. Mindezek alapja volt az ATLAS TM Képzési és Oktatási Program, ami egységesített nevezéktannal, a modern TM modellre épülő algoritmus rendszerrel és a bizonyítottan hatékony ERC által is használt oktatási metodikával kerül végrehajtásra, három egymásra épülő alapképzési, és erre a különböző szinteknek megfelelő kiegészítő kurzusok formájában. A központosított szervezés egyrészt a szakmai tartalom tekintetében teremtett egységet, másrészt anyagi támogatást nyújtott az alulfinanszírozott alakulatoknak. A centralizáció motorja kezdetben a Medic Forum, 2019-től az EC által felállított ATLAS TacMed COE jelentette, aminek oktatási kínálatában minden CTU megtalálhatta a fejlettségi szintjének megfelelő képzési formát. A program szervezésének alapelve volt az egységekkel és parancsnokokkal megvalósított folyamatos kommunikáció, ami egyrészt szemléletformálást, másrészt az igények felmérését célozta meg. A kapcsolattartás eredményeként a program fejlesztése, az elvárásoknak megfelelő bővülése biztosítható volt. A központosított képzéssel

elérhető volt, hogy mind a 32 tagország, mind a 38 egysége csatlakozott a képzési rendszerhez, részt vett valamelyik kurzusunkon. A parancsnoki szemléletváltást mutatja, hogy a kurzusokra delegáltak száma messze meghaladja a férőhelyek számát, a túljelentkezés többszörös. Az ATLAS TM oktatási rendszer felépítését, kurzusait és a képzésekkel elért fejlődést disszertációmban részletesen bemutatom. Az hipotézisben leírt eredeti koncepciót az elért eredmények, objektív módon igazolják.

5. Hipotézis: Jogszabályi háttér hiányában a taktikai medicina gyakorlati alkalmazása és a bevethető kompetenciák fejlődése nem megvalósítható. A TM ellátók jogszabályi felhatalmazásának hiánya egész Európát érintő probléma, megoldása sürgető.

Az egészségügyi tevékenységek kiemelten nagy felelősségük miatt jogszabályi kontrollt igényelnek. A határterületi szakmák egyik jellegzetessége, hogy szabályozásuk kettős, az érintett alapterületek jogszabályi garanciáinak harmóniában kell állniuk. A szabályozókkal szemben támasztott igények többek között jelentik a társadalom elvárásainak való megfelelést is. A taktikai medicina a társadalmi szükségszerűség talaján kialakult, az egészségügyi infrastruktúra korábban nem lefedett területén álló szűk szakterület. Feladatának hatékony végrehajtásához speciális állományra van szüksége ahhoz, hogy minél korábban, adekvát módon meg tudja kezdeni az életmentést. A progresszíven felépülő ellátói láncban fontos szerep jut az egészségügy irányban szakkiképzett rendőröknek, akik a magyar jogszabályok szerint nem tekinthetők egészségügyi ellátóknak, ugyanakkor meghatározott helyzetben, meghatározott körülmények között invazív beavatkozásokat kell végezniük a sérült túlélésének biztosításához. Kutatásom során a vonatkozó jogszabályok feldolgozásával egyértelműen kimutatható volt, hogy a harctéri ellátás katonai végrehajtóinak hatályos jogszabályi felhatalmazásuk van tevékenységükhöz, ez a rendelet azonban hatályait tekintve nem alkalmazható a belföldi feladatellátást végző rendőrökre. A TM jogszabályi felhatalmazása alapvető követelmény a szakkiképzettek gyakorlati, mással nem helyettesíthető, társadalmilag kiemelt jelentőséggel bíró munkájához. Ennek hiányában az állománycsoport nem bevethető, az ellátás időben megnyúlik, a súlyos sérültek prognózisa jelentősen romlik. A sürgősségi ellátáshoz való jog sérül, hiszen a polgári prehospitális ellátók nem jutnak el a rászorulóig. A jogszabályi felhatalmazás hiánya különösen fontos azoknál a SIU és CTU egységeknél, akik lehetőségeik miatt a szakkiképzettek építik egészségügyi biztosítási rendszerüket. Erre kutatásomra hivatkozva, számtalan példa található Európában. Kutatásom célja volt a fenti

dilemma megoldása, aminek eredményeként Magyarországon, Európában precedensként, hatályba lépett a Taktikai Medicina alkalmazásáról és minimum feltételeiről szóló BM rendelet. Hipotézisem helytállóságát a magyar vonatkozó jogszabályi rendszerek részletes elemzése és az európai terrorelhárító alakulatok beszámolóí egyértelműen alátámasztják. A hipotézist igazolja, hogy a kutatásomra épülően kezdeményezett jogszabályalkotás átment a döntéshozói láncon és BM rendelet formában hatályba lépett.

ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

Az alkalmazott tudományok karakterisztikus jegye, hogy kutatásainak célja a gyakorlati felhasználhatóság és eredményeinek értékelését az alkalmazhatóság határozza meg. Vizsgálódásomat végig ez a szemlélet vezette. A kutatási célom a taktikai medicina elméleti alapjainak és gyakorlatának feldolgozásán keresztül, a szakterület bevezetése az egészségügyi és a rendvédelmi infrastruktúrába, továbbá a fiatal szakág fejlődésének elősegítése. A több mint tíz éven át tartó kutatási tevékenységem három nagy területre osztható fel, melyek hálószerűen és szorosan kapcsolódnak egymással, ezért a gyakorlatban nem szétválaszthatók, azonban feldolgozásuk elkülönítetten is megvalósítható. Az eredmények között vannak a taktikai medicina alkalmazását alapvetően meghatározó elemek, míg más részük a rendszer finomhangolásában játszanak szerepet.

A taktikai medicina gyakorlatát alapvetően meghatározó eredmények:

- 1. A kutatásom során először tekintettem át, dolgoztam fel a terrorelhárítási egységek feladatainak végrehajtásához kötött egészségügyi biztosítási tevékenységek történelmi fejlődését, hagyományait, a globális biztonsági kihívásokra épülő új elvárásait, a speciális környezetére és a rendvédelmi alapeladatokra visszavezethető feladatrendszerét. Mindezeket összevettem a katonai, katonaoorvosi, rendvédelmi gyakorlattal, ajánlásokkal és vonatkozó jogszabályi felhatalmazásokkal. Az így kapott adatok szintézisével a taktikai medicina egészségügyi szakterület új modelljét, egységes eljárási rendjét és rendszerét dolgoztam ki és ültettem át a napi gyakorlatba.**

Az új TM modell szemléletében az elméleti alapokon nyugvó elemzések és a kutatás gyakorlati tapasztalatainak következtetései épül, ami magában foglalja a történelmi hagyományokon alapuló ellátásszervezést, a katasztrófa kezelési ciklus válaszadás szakaszának „first provider”-i megközelítését, a rendvédelem alapeladataiból származó kötelezettségekből levezethető elvárásokat, az egészségügyi biztosítás rendszerszintű elgondolását. A gyakorlati végrehajtás terén átfogja a polgári sürgősségi egészségügyi szakma és a katonai harctéri ellátás algoritmusainak új, összefüggő és egymásra épülő hálózatát, protokoll rendszerét, a tömeges sérüléssel járó rendkívüli események felszámolásában alkalmazható TRIAGE sérültosztályozás végrehajtási formáit, különböző kompetencia szintekhez igazított módon, a Taktikai Sürgősségi Egészségügyi Ellátórendszer működésének elveit, elemeit. A kutatói munka eredményeként összeállított modell tehát nem csak elméleti síkon tesz javaslatot a rendvédelem műveletinek

egészségügyi biztosítására vonatkozó szemlélet kialakítására. A modell a taktikai medicina gyakorlati megvalósításának, valós alkalmazásának konkrét szabályait és ajánlásait is tartalmazza. A modern szemléletű TEK TM modell alkalmazását választó speciális alakulatok döntésükkel egyben, a korábbi klasszikus formához képest kiterjesztik felelősségvállalásukat a társadalom elvárásaihoz igazodva. A fenti rendszert számos európai CTU átvette, bevezette és eredményesen alkalmazza. A kutatási munka eredményét egy korábban nem létező, komplex megközelítést nyújtó szakmai eljárásrendszerként értékelem, ami hozzájárult és a jövőben irányt mutathat a magyar és az európai rendvédelem egészségügyi képességeinek fejlődéséhez.

2. A kutatásom eredményeként kidolgozott új szemléletű és eljárási rendű taktikai medicina modellt alkalmazva, illetve a vizsgálódásaim során az európai terrorelhárítási egységek egészségügyi képességeit átfogó felméréseim eredményeire épülően felállítottam egy többszintű, komplex taktikai medicina oktatási és képzési programot, amely mentén beindítottam az első, európai, taktikai medicina képzési rendszert az ATLAS Szövetség keretein belül.

A speciális beavatkozó egységek és terrorelhárítási alakulatok egészségügyi gyakorlatának és fejlődésének elősegítéséhez, a modern szemléletű TM modell vívmányainak rendszerbe állításához nélkülözhetetlen volt a központosított és egységesített képzési rendszer felállítása. A kutatás eredményeként megszervezésre került egy új, több kompetenciaszintet és kiegészítő képességeket felvonultató EU ATLAS TM Oktatási és Képzési Program, ami az ATLAS Szövetség egységeinek, később az európai rendvédelem rendőreinek valós fejlődési lehetőséget biztosít a rendőri tevékenységek során szükségessé váló egészségügyi feladatok ellátásának elsajátítására. Az átfogó oktatási rendszer 7 különböző szintű, de azonos szemléletű TM kurzust foglal magában. A tíz éve futó képzési programban, 28 nemzetközi tanfolyam került lebonyolításra. A TM oktatások szerves részét képezik, az ATLAS hadgyakorlatokon szervezett, rövid tematikus tanfolyamok is. Természetesen a TEK saját állományának a fejlesztését is az ATLAS-ban végrehajtott képzéseknek mindenben megfelelő módon hajtottuk végre.

Az eredményeket összesítve elmondható, hogy 62 európai rendvédelmi egység 1542 hivatásos rendőre vett részt tanfolyamainkon, amiből 38 európai CTU egység 422 felszámolója külön kiemelhető. Az oktatási program segítségével, nagyságrendekkel nőtt az európai terrorelhárító egységek egészségügyi alapképessége, szakkiképzett ITMP, ATMP állománya és a TEMS-et tudatosan használó alakulatok száma, illetve az alapszintű TM képzést önállóan szervezni képes instruktorokkal rendelkező egységek száma. Az objektív számadatokkal kimutatható eredmények mellett mindenképpen kiemelendő, hogy a tudományos munkám

hatására, az európai rendvédelemben egyedülálló módon, az EC megalapította az ATLAS Taktikai Medicina Kiválósági Központot, az első és egyetlen központosított EU TM képzőhelyet.

3. A kutatásom minden részeredményét felhasználva, megalkottam a taktikai medicina alkalmazásáról és minimumfeltételeiről szóló 58/2024. (XII.23) BM rendeletet első szövegszerű javaslatát.

Egy új szakma megalapításakor egyértelmű követelmény annak elhelyezése a már meglévő konjunktúrába. Egészségügyi határterület esetében ez jelenti az egészségügyi infrastruktúrát, TM vonatkozásában a rendvédelmi rendszert is. Ugyanakkor nem szabad megfeledkezni a jogszabályi keretek rendezéséről sem. A taktikai medicina vonatkozásában ennek számos oka van. Egyrészt biztosítani kell az ellátók felhatalmazásait, korlátait, másrészt a hatósági működési engedélyek kiadásának feltételeit. A TM-re vonatkozó jogszabályi rendezés, kutatásom korai szakaszában felmerülő igény volt, olyan kérdéskör, aminek megoldásában mind a téma feldolgozásának elméleti eredményeit, mind a gyakorlatból származó tapasztalatokat fel kellett vonultatni. A döntéshozók meggyőzésében az analógiákra épülő érvelés, a katonai feladatvégrehajtásra vonatkozó szabályozók, rendőri elvárásokra való vonatkoztatása és a szabályozás hiányának káros hatásaira való hivatkozás mellett, a társadalmi szükségszerűség kimutatása játszott központi szerepet. Kutatásom szinte minden részeredményét fel kellett vonultatni a jogszabály megszületésének érdekében. A rendezés létkérdés volt a szakkiképzettek foglalkoztatásához, a multiagency jellegű csapatmunkához. A folyamat a magyar jogalkotási törvényeknek megfelelően zajlott és több, mint tizenhárom évig tartott. Eredménye egy Európában egyedülálló, új végrehajtási rendelet, ami megteremti a feltételeit a TM teljes rendszerének működéséhez. A hatályba lépett TM jogszabály az EU-ban precedens értékű. Az ATLAS Medic Forum vezetőjeként felelősségemnek érzem egy EU-s jogszabály kezdeményezését, ami a Szövetség CTU-i számára nélkülözhetetlen az egészségügyi képességeik bevetéséhez, fejlesztéséhez. Az Uniós szinten hiányzó jogszabályi rendezetlenség felszámolása, építve tudományos munkámra a jövő kihívása számomra.

AZ ÉRTEKEZÉS EREDMÉNYEINEK FELHASZNÁLHATÓSÁGA, AJÁNLÁSOK

Az értekezés átfogóan dolgozza fel a magyar és európai taktikai medicina történeti útját és napi gyakorlatát. Az egyik legfiatalabb egészségügyi szakág, ami ennél fogva számos gyermekbetegséggel küzd. A dilemmák feltárására jó lehetőséget adott a hadgyakorlatok, képzések megfigyelése, feldolgozása és a valós élettapasztalatok rendszerezése, amiben a saját források és az európai taktikai medicina ellátók beszámolóí adták a példákat. A kutatás célja volt, hogy elősegítsem a taktikai medicina fejlődését, megoldási verziókat találjak kihívásaikra és az eredmények megosztásával támogassam azokat a rendőröket, egészségügyi dolgozókat, akik a jövőben e szakterületen terveznek munkát vállalni.

- Az átfogó értekezés hozzájárul a taktikai medicina szakterület működésének, feladatrendszerének megértéséhez, ezzel segíti beilleszkedését és elfogadását az egészségügyi és rendvédelmi ágazat rendszereibe, ami a „multiagency” feladatvégrehajtásokban az együttműködés alapja. A fenti szervezetek oktatási tematikáiba emelése elősegítheti, mind a rendvédelem, mind az egészségügy, mind a katasztrófavédelem területén az együttműködést.
- A rendőri parancsnoki állománynak segítheti a speciális rendvédelmi alakulatok logisztikai támogatásának fejlesztését. Megmutatja a TM képességhalmaz felhasználhatóságát és működéséhez szükséges szemlélet és feltételrendszer mibenlétét. Egyértelmű ajánlasként elmondható, hogy a magát modern szemléletű rendőrséggként definiáló szervezet, a XXI. században, a nagy sérülési rizikóval járó, speciális beavatkozási tevékenységét csak egészségügyi biztosítás mellett hajthatja végre, ebben a folyamatban kutatói munkám eredményei felhasználhatóak.
- A CTU-k felelősségi területének meghatározásakor, a szervezett felelős döntéshozó tudatos választását támogathatja, a kutatás eredményeként meghatározott klasszikus és modern TM ellátói modell részletes leírása. Az egészségügyi biztosítás szervezésekor javasolt a két modell közötti különbségek és hasonlóságok számbavétele, ami alapján a megfelelő döntés meghozható, indokolható, a kutatási eredmények tehát segítségként felhasználhatók a parancsnoki döntéshozatalban.
- A speciális mentéssel foglalkozó, rendkívüli körülmények közötti mentésben résztvevők, az értekezésben leírt, a technikai mentést, mint változót figyelembe vevő,

új SAR TRIAGE sérültszétályozási rendszert napi gyakorlatukban is alkalmazhatják, saját tevékenységükre adaptálhatják.

- Az értekezés egyértelmű üzenete és ajánlása a rendvédelmi döntéshozók számára, hogy a TM mindig komplex rendszerként értelmezendő és szervezendő, az erő-eszköz-módszer tengely mentén. A TEK modern TM modell egésze vagy annak egyes elemei, protokolljai felhasználhatók a TM-t alkalmazó egységekben.
- A tapasztalatok feldolgozása alapján ajánlás, az alapszintű egészségügyi képességekre épülő sérültszétályozási rendszer bevezetése, minden olyan szervezet számára, amelyek a MASCAL események felszámolásában „first provider”-i feladatot látnak el. Az alapszintű egészségügyi képességekkel rendelkezők érdemi munkába való bevonása segít a káosz felszámolásában, az állományt védheti a PTSD kialakulásától. A kutatásom során meghatározott TRIAGE Impression erre a célra jól felhasználható.
- A SIU-k és CTU-k TM képességeinek kialakításában, oktatásában a leghitelesebb út, a rendőri alapfeladatokkal, műveleti elvekkel, módszerekkel és tapasztalatokkal bíró képzőközponton át vezet. Erőteljes ajánlásként megfogalmazható, hogy a taktikai medicina oktatását TM instruktorkok végezzék. Az ATLAS TM Oktatási és Képzési Program elemei, metodikája mintát adhatnak az ilyen irányú képzések megvalósításához.
- A CTU-k, SIU-k képzésében és továbbképzésében a komplex gyakorlatoknak jelentős hozzáadott értéke van. A műveleti képességek szintentartásának magában kell foglalniuk a sérültellátás végrehajtásának szervezését. A jól tervezett gyakorlatok elemzése a fejlődés egyik motorja. A disszertációmban feldolgozott gyakorlatok mintaként szolgálhatnak a képzések szervezéséhez.
- A harctéri ellátások jogszabályi háttérének feldolgozása számos dilemmát vetett fel, ami túlmutat a TM végrehajtási rendeletén és értekezésem témáján. Az egészségügyi tevékenységre szakkiképzettek esetén, a megszerzett kompetencia alkalmazásának korlátozása a katonai vagy rendvédelmi tevékenységekre megkérdőjelezhető. A Btk. segélynyújtási kötelezettségével nem áll összhangban. A jogszabályok ilyen irányú revíziója, egyértelmű értelmezése javasolt. Az érintett személyekre vonatkozó a „*tőle elvárható módon*” köteleesség és a szakkiképzéssel szerzett kompetenciák véleményem szerint felhatalmazást adnak képességeik bevetésére minden olyan helyzetben, amikor beavatkozása életet menthet. Az ügyészi és bírói gyakorlat azonban ennek a kérdésnek a megítélésében kétségeket vet fel, rendezése erősen javasolt.

- A TM jogszabály hatályba lépése, az abban meghatározott személyi és tárgyi minimum feltételek gyakorlati alkalmazása már nem ajánlás, kötelező érvényű. A jogszabály azonban segít a TM rendszer megszervezésében és működtetésében, ezért jelentős gyakorlati haszonnal bír.
- Az alapkutatásként meghatározható tudományos munka forrásként felhasználható mindazon kutatók számára, akik a taktikai medicina vagy a speciális mentés és egészségügyi támogatás témához kapcsolható határterületeken végeznek tudományos tevékenységet.

A beosztásaimnál fogva tudományos kutatásom célja és felelőssége volt, hogy az EU terrorelhárítási alakulatainak támogatassam a taktikai medicina rendszerük felépítését, működtetését és lehetőséget adjak az ilyen irányú képzéseken való részvételre. Az eredmények megosztása ezért nem opció, hanem kötelezettség. A disszertáció és a TM rendelet angol nyelvre fordítása és az ATLAS egységekhez eljuttatása a közeli terveimben szerepel, ezáltal az kutatás eredményei jóval szélesebb körben elérhetők és felhasználhatók lesznek. Nem titkolt további célom, hogy az európai taktikai medicina közösségben kollégáimnak meghozzam a kedvét a tudományos munkára. Több kutatás a TM területén segíti az új egészségügyi szakterület fejlődését.

Új kutatási irányok

A kutatásom során számos olyan téma került terítékre, ami önmagukban is feldolgozásra adnak lehetőséget. A témák egy része szorosan kapcsolható a TM-hez, más részük határterületi jelleggel a speciális mentések, a képzések és a rendszerszintű végrehajtás kérdéseit dolgozhatják fel. Felsorolásszerűen:

- A személyvédelmi feladatok egészségügyi biztosítása, a taktikai medicina integrációja a személyvédelem tevékenységébe.
- A taktikai medicina döntéstámogató rendszerei, új technikai lehetőségek bevezetése a field care ellátásban.
- A taktikai medicina szervezésének, vezetés – irányítás kérdéseinek megoldási modelljei a világ terrorelhárítási gyakorlatában.
- A taktikai medicináról szóló jogszabály Uniós szintű szabályozásának lehetőségei.
- Rendvédelem oktatási és képzési gyakorlatának elemzése, új módszerek lehetőségei a rendőrök képzésben.
- A speciális egészségügyi ismeretek helye az egészségügyi infrastruktúrában, az egészségügyi szakdolgozói- és az orvosképzésben.

- Az egészségügyi feladatok integrálása a hadgyakorlatokba, a tervezéstől a kiértékelésig.
- Multiagency együttműködés a rendkívüli események során. Szervezési, irányítási és végrehajtási kérdések dilemmái és lehetséges megoldásai.
- A „first provider”-i feladatok átfogó elemzése, a speciális mentés gyakorlatának hasonlóságai és különbségei a különböző területeken.
- A rendőri és katonai együttműködés lehetőségei és korlátai az egészségügy területén.
- Kiválósági Központok szervezésének lehetőségei, helye az európai rendvédelemben.

A több ezer éves orvostudomány, hadtudomány és rendvédelem-tudomány szakterületeihez képest, a taktikai medicina egy új, többszörösen határterületi szakma. Kérdéseinek, dilemmáinak és gyakorlatának tudományos feldolgozására számtalan lehetőség adott. A tudományos életben témaként való megjelenése mindenképpen cél, ami által fejlődése garantált lehet.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A legnagyobb szeretettel köszönöm szüleimnek a felhőtlen gyermekkoromat, akik nevelési stratégiájukban a tanulást kiemelt prioritásként kezelték és adtak meg hozzá minden esélyt és támogatást. Alapelvük volt, hogy a tudás potenciált jelent, ami alapot ad arra, hogy az élet legfontosabb helyzeteiben, több lehetőség közül, a számomra legmegfelelőbb módon tudjak választani, ezzel nem csak egy meghatározott vágányon kényszerüljek haladni. A döntés lehetőségét hívták személyes szabadságnak.

A legnagyobb szeretettel köszönöm négy gyermekemnek az iránymutatásait, akik minden nap emlékeztetnek arra, hogy a legszebb hivatást, a szülőséget hitelesen csak példamutatással tudom gyakorolni. Tudományos munkám egyik legbelsőbb, személyes motivációja, hogy láttassam velük a tanulás élethosszig tartó értékét.

A legnagyobb tisztelettel és hálával köszönöm Hajdu János r. altábornagy Úrnak bizalmát, a taktikai medicina alkalmazásában és fejlődésében való elkötelezettségét, ami kézzelfogható és gyakorlatban realizálható támogatást jelent mind emberi, mind szakmai oldalon. A TEK megalapításakor Tábornok Úr álmodta meg a taktikai medicina ellátás hazai bevezetését és tette feladatommá ezen álom megvalósítását.

Köszönöm az ATLAS Szövetség kutatási periódusom alatt hivatalban lévő parancsnokainak Olaf Linder tábornoknak (2012-2016, GSG9), Bernhard Triebenreif tábornoknak (2017-2021, ECO Cobra), Stefan Hamran ezredesnek (2021-2022, Lynx) és Stanislav Krizan ezredesnek (2023- 2024, Lynx) nyitottságukat egy új egészségügyi rendszer bevezetésének irányában, támogatásukat a taktikai medicina európai fejlődésének érdekében és bizalmukat, hogy több, mint 10 éve szolgálhatom közös ügyünket.

Köszönöm Dr. Ujhelyi Enikőnek PhD a Szent László Kórház Gyermekintenzív Osztály főorvosnőjének a tanítói szemléletét, aki pályakezdésemkor megerősített abban, hogy az orvostudomány egyik legfontosabb célja, annak gyakorlati alkalmazása a betegágy mellett.

Köszönöm Dr. Bobek Ilona PhD és Dr. Kondor Bernadett főorvosoknak, a Szent László Kórház (DPCK-OHII) KAIBO vezetőinek, a Gyermekintenzív Osztály és a KAIBO orvosainak, kollektívájának a támogatásukat és segítségüket, hogy a sokszor kiszámíthatatlanul változó és kaotikus munkaszervezésem mögött, önzetlenül nyújtanak biztonságot adó háttérrel, így teszik lehetővé alapszakmám gyakorlását.

Köszönöm a TEK Speciális Egészségügyi Főosztály teljes állományának elhivatott és lelkes munkáját a taktikai medicina napi gyakorlatában és oktatásában.

Köszönöm Prof. Dr. Gál János Úrnak a hosszú évekre visszanyúló, folyamatos támogatását, a Semmelweis Egyetem és a Szegedi Tudományegyetem orvosainak a taktikai medicina képzésekben való aktív részvételüket.

Köszönöm barátomnak Rémai Dániel r. őrnagy Úrnak az NKE Terrorelhárítási Tanszék vezetőjének a kutatásom során nyújtott segítségét, a hosszan tartó beszélgetéseket, az együtt gondolkodást és a vitákat a terrorizmus megszokotthoz képest más megközelítésével.

Végül, de nem utolsó sorban a legnagyobb tisztelettel köszönöm Dr. Svéd László ny. o. altábornagy Úrnak, témavezetőmnek az elfogyni nem bíró, kitartó és lelkesítő szakmai támogatását a kutatásom végrehajtásában. Tábornok Úr volt a katonaeorvos társadalom első olyan elismert tagja, aki az általam képviselt szűk szakterület értékét felismerte és e speciális ellátásban nem konkurenciát, hanem partnert látott, aminek fejlődését kezdetektől fogva felkarolta, támogatta.

A taktikai medicina meghonosítása egy hosszú út volt, az utazáshoz rengetegen kapcsolódtak valamilyen formában. Köszönöm mindazoknak a segítségét ebben a munkában, akik a fenti felsorolásban nem láthatóan, de a sorok között érezhetően ott vannak.

A SZERZŐ TÉMÁVAL KAPCSOLATBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓINAK JEGYZÉKE

Egyszerzős publikációk, német nyelven:

FAGGYAS, Attila dr. (2019): Taktische Medizin im ATLAS-Verbund: Konzept und Ausbildung der Antiterror-Einheiten. *Taktik + Medizin*, 2(4), 54-58.

Egyszerzős publikációk, magyar nyelven:

FAGGYAS, Attila (2020): A katonai és a rendvédelmi harctéri egészségügyi ellátás jogszabályi háttérének dilemmái Magyarországon. *Belügyi Szemle*, 68(3), 19-55. Online:

<https://doi.org/10.38146/BSZ.2020.3.2>

FAGGYAS Attila (2020): A taktikai medicina helye a magyar egészségügyi ellátó rendszerben. *Belügyi Szemle*, 68(6), 53-69. Online:

<https://belugyiszemlejournal.org/index.php/belugyiszemle/article/view/662>

FAGGYAS Attila (2020): A terrorizmus, mint katasztrófa. *Belügyi Szemle*, 68(10), 105-126., Online: <https://belugyiszemlejournal.org/index.php/belugyiszemle/article/view/727>

FAGGYAS Attila (2023): A Terrorelhárítási Központ speciális mentési tevékenységének elgondolása a törökországi földrengés tapasztalatainak tükrében. *Honvéder orvos*, 2023/1-2., 14-29., Online: <https://mkkot.hu/honvedorvos-2023-1-2-szam/>

Társzerzős publikációk, magyar nyelven:

DELY Péter – FAGGYAS Attila (2022): *Kritikus állapotú sérültek mentése rendkívüli körülmények között*. In: SZELEI Ildikó (szerk.): *A hadtudomány aktuális kérdései napjainkban II. kötet*. Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó. 85-102. Online: https://tudasportal.uni-nke.hu/xmlui/static/pdfs/web/viewer.html?file=https://tudasportal.uni-nke.hu/xmlui/bitstream/handle/20.500.12944/17628/974_A%20hadtudom%c3%a1ny%20aktu%c3%a1lis%20k%c3%a9rd%c3%a9sei%20II.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=86

FAGGYAS Attila – RÉMAI Dániel (2024): A modern és posztmodern terrorizmus: a helyszíni egészségügyi ellátás kihívásai. *Magyar Rendészet*, 24(1), 45-55. Online: <https://folyoirat.ludovika.hu/index.php/magyrend/article/view/7307/5976>

FAGGYAS Attila – RÉMAI Dániel (2024): A modern és posztmodern terrorizmus: változatos elkövetési módszerek és eszközök. *Magyar Rendészet*, 24(2), 259-272. Online: <https://folyoirat.ludovika.hu/index.php/magyrend/article/view/7252/6043>

FAGGYAS Attila dr. – RÉMAI Dániel (2025): *A terrorizmus sokszínűsége - a jelenség interdiszciplináris vizsgálata*. In: RÉMAI Dániel – Taller János (szerk.): *Terrorizmus – Tanulmányok a terrorizmus komplex jelenségéről és egyes aspektusairól*. Budapest: Ludovika Kiadó. (megjelenés alatt)

FELHASZNÁLT IRODALOM

Határozatok, rendeletek

1. 160 /1996. (XI. 5.) kormányrendelet a Védett személyek és a kijelölt létesítmények védelméről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99600160.KOR>
2. 96/2003. (VII. 15.) kormányrendelet az Egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0300096.KOR>
3. 5/2006. (II. 7.) EüM-rendelet a Mentésről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0600005.EUM>
4. 175/2007. (VI. 30.) kormányrendelet Egyes központosított egészségügyi szolgáltatók által nyújtott szolgáltatások igénybevételéről, valamint a külön meghatározott személyek tekintetében fennálló egészségügyi ellátás rendjéről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0700175.KOR>
5. 2008/617/JHA Council Decision. Online: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dec/2008/617/oj>
6. 57/2009. (X. 30.) IRM–ÖM–PTNM együttes rendelet Egyes rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjai egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságáról, közalkalmazottai és köztisztviselői munkaköri egészségi alkalmasságáról, a szolgálat-, illetve keresőképtelenség megállapításáról, valamint az egészségügyi alapellátásról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0900057.IRM>
7. 212/2010. (VII. 1.) kormányrendelet az Egyes miniszterek, valamint a Miniszterelnökséget vezető államtitkár feladat- és hatásköréről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1000212.KOR&mahu=1>
8. 295/2010. (XII. 22.) kormányrendelet a Terrorizmust elhárító szerv kijelöléséről és feladatai ellátásának részletes szabályairól. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?dbnum=1&docid=A1000295.KOR&mahu=1>
9. 30/2011. (IX. 22.) BM rendelet a rendőrség szolgálati szabályzatáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100030.bm>
10. 63/2011. (XI. 29.) NEFMI-rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100063.NEM>
11. 64/2011. (XI. 29.) NEFMI-rendelet az Orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100064.NEM>
12. 290/2011. (XII. 22.) kormányrendelet a Honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről szóló 2011. évi CXIII. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100290.kor>
13. 150/2012. (VII. 6.) kormányrendelet az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200150.kor>
14. 2/2014 (II.28.) HM rendelet a katonai feladat végrehajtása közben elvégezhető egészségügyi tevékenységekről, ezen tevékenységek elvégzéséhez szükséges egészségügyi szakkiképzések köréről, a szakkiképzési követelményekről, azok

szakmai tartalmáról és a szakkiképzés lefolytatására jogosított intézmények köréről.
Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1400002.HM>

15. 32/2017. (XII. 20.) BM-rendelet a Terrorelhárítási Központ műveleti kötéltechnikai tevékenysége ellátásának szabályairól. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1700032.BM>
16. 58/2024 (XII.23) BM rendelet a taktikai medicina alkalmazásáról és minimum feltételeiről

Törvények

1. 1994. évi XXXIV. törvény a Rendőrségről. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99400034.TV>
2. 1997. évi CLIV. törvény az Egészségügyről. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>
3. 1997. évi LXXXIII. törvény a Kötelező egészségbiztosítás ellátásairól. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700083.TV>
4. 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0600132.TV#lbj0id7ba7>
5. 2010. évi CXXX. törvény a Jogalkotásról. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1000130.TV>
6. Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.). Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100425.ATV>
7. 2011. évi CCIV. törvény a Nemzeti felsőoktatásról. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100204.TV>
8. 2011. évi CLXXXVII. törvény a Szakképzésről. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100187.TV>
9. 2011. évi CXC. törvény a Nemzeti köznevelésről. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100190.TV>
10. 2011. évi CXIII. törvény a Honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100113.TV>
11. 2011. évi CXXVIII. törvény a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról. Online: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100128.tv>
12. 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200100.TV>
13. 2012. évi CCV. törvény a Honvédek jogállásáról. Online:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200205.TV>
14. 2015. évi XLII. törvény a Rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról. Online
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500042.TV>
15. 2016. évi XXXIV. törvény Egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról.
Online:
[https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600034.TV×hift=20160701&txtrefere
r=00000003.TXT](https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600034.TV×hift=20160701&txtrefere r=00000003.TXT)

Utasítások

1. 11/1998. (IV. 23.) ORFK utasítás a Magyar Köztársaság Rendőrségének Csapatszolgálati Szabályzata kiadásáról. Online: http://www.police.hu/sites/default/files/11_1998.pdf
2. 9/2001. (BK. 4) BM-utasítás a Belügyminisztérium egészségügyi szolgálatáról és a belügyminisztériumi szerveknél folyó egészségügyi tevékenységről, Belügyi Közlöny, 12(4), 229-235.
3. 11/2018. (VI. 12.) BM-utasítás a Belügyminisztérium Szervezeti és Működési Szabályzatáról. Online: https://www.kormany.hu/download/c/c7/61000/BM_SZMSZ_2018.pdf

Idegen nyelvű szakirodalom

1. ACF (2014): *Manual of Medical Coverages of ATLAS Missions*. Athen: ACF.
2. ALEXANDER, George A. Maj. Gen. (2018): *The history and Future of Combat Care*. Online: <https://www.ausa.org/articles/history—and-future—combat-care>
3. ASAI, Yasufumi – ARNOLD, Jeffrey L (2003): Terrorism in Japan. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18(2), 106-114. Online: [doi:10.1017/S1049023X00000844](https://doi.org/10.1017/S1049023X00000844)
4. BAZYAR, Jafar – FARROKHI, Mehrdad – KHANKEH Hamidreza (2019): Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(3), 482-94. Online: [doi: 10.3889/oamjms.2019.119](https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119). PMID: 30834023; PMCID: PMC6390156.
5. BBC News (2020): *Afghan attack: Babies killed as gunmen storm Kabul maternity ward*. Online: <https://www.bbc.com/news/world-asia-52631071>
6. BERGEN, Peter L. (2019): *September 11 attacks United States [2001]*. Online: <https://www.britannica.com/event/September-11-attacks>
7. BERSÉUS, Olle – HERVIG, Tor – SEGATCHIAN, Jerard (2012): Military walking blood bank and the civilian blood service. *Transfusion and Apheresis Science*, 46(3), 341–342. Online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147305021200078X>
8. BOOTH, Ken (2014): *Global security*. In: KALDOR, Mary – RANGELOV, Iavor (szerk.): *The handbook of global security policy*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 11–30.
9. BURKE, Anthony (2002): Aporias of security. *Alternatives: Global, Local, Political*, 27(1) 1–27.
10. CAMPBELL, John E. et al. (2020): *Tactical Medicine Essentials*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
11. CLARKSON, Leigha – WILLIAMS, Mollie (2023): *EMS Mass Casualty Triage*, Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk459369/>
12. Combined Arms Center (2013): *SOF Combat Casualty Care Handbook*. Scotts Valley: CreateSpace Independent Publishing Platform.
13. Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions a counter-terrorism agenda for the eu: anticipate, prevent, protect, respond. Online: [09122020 communication commission european parliament the council eu agenda a counter terrorism po-2020-9031 com-2020 795 en.pdf](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0931)
14. *Constitution of the World Health Organization*. Online: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6
15. CRELINSTEN, Ronald (2009): *Counterterrorism*. Cambridge: Wiley.

16. European Counter Terrorism Centre – ECTC. Online:
<https://www.europol.europa.eu/about-europol/european-counter-terrorism-centre-ectc>
17. FAGGYAS, Attila (2019): Taktische Medizin im Atlas-Verbund: Konzept und Ausbildung der Antiterror-Einheiten, *Taktik + Medizin*, 2(4), 54–58.
18. FISHER, Andrew (2021): *Saving Countless Lives: The MARCH Algorithm in Tactical Combat Casualty Care*. Online: <https://havokjournal.com/fitness/medical/march-algorithm/>
19. FRY, Emory A. – LENERT, Leslie A. (2005): *MASCAL: RFID Tracking of Patients, Staff and Equipment to Enhance Hospital Response to Mass Casualty Events*. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560691/>
20. Homeland security, first responders. Online: <https://www.dhs.gov/science-and-technology/first-responders>
21. Internal Security Fund – Police. Online: https://home-affairs.ec.europa.eu/financing/fundings/security-and-safeguarding-liberties/internal-security-fund-police_en
22. JENKINS, Jennifer Lee et al. (2008): Mass-Casualty Triage: Time for an Evidence-Based approach. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(1), 3–8. Online: [doi:10.1017/S1049023X00005471](https://doi.org/10.1017/S1049023X00005471)
23. KEENAN, Sean – RIESBERG, Jamie C. (2017): Prolonged Field Care: Beyond the „Golden Hour“. *Wilderness & Environmental Medicine*, 28(2 – Supplement), 135–139. Online: [https://www.wemjournal.org/article/S1080-6032\(17\)30063-7/fulltext](https://www.wemjournal.org/article/S1080-6032(17)30063-7/fulltext)
24. KHORRAM-MANESH, Amir MD et al.(2022): Review of Military Casualties in Modern Conflicts—The Re-emergence of Casualties From Armored Warfare. *Military Medicine*, 187(3–4), March/April 2022, 313–321. Online: https://academic.oup.com/milmed/article/187/3-4/e313/6179198#google_vignette
25. KLEINOT, Pamela (2017): One man’s freedom fighter is another man’s terrorist: a selected overview of the psychoanalytic and group analytic study of terrorism. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 31(33), 272–284.
26. LAQUEUR, Walter (2016): *History of Terrorism*. New York: Routledge.
27. Law Enforcement Working Party (LEWP). Online: <https://www.consilium.europa.eu/en/council-eu/preparatory-bodies/law-enforcement-working-party/>
28. LINENTHAL, Edward Tabor (2010): *Oklahoma City Bombing*. Online: <https://www.okhistory.org/publications/enc/entry?entry=OK026>
29. LIPPAY, Christoph (2021): *The ATLAS Network European Special Intervention Units combating terrorism and violent crime*. Edewecht: Bürger Verlag GmbH & Co. KG,
30. LØVSETH, Toini: *Informal Networks: What Matters? On Policy Networks and the New Institutionalism in Organization Theory*. Online: <https://ecpr.eu/Login.aspx?ReturnUrl=%2fFilestore%2fPaperProposal%2f808cab10-51e5-4881-b1b0-8daaccf3f0d5.pdf>
31. MABRY, Bob LTC MD: *Advancing Pre-Hospital Care: Battlefield to Street- Street to Battlefield*. Online: https://nasemso.org/wp-content/uploads/Pre-Hospital-Initiatives-in-a-Military-Environment_LTC-Robert-Mabry.pdf
32. MEDEVAC. Online: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/841686/doctrine_nato_med_spt_ajp_4_10.pdf
33. MELCER, Ioram (é.n.): *Munich Olympics: Massacre of the Israeli Athletes on German Soil*. Online: <http://web.nli.org.il/sites/NLI/English/collections/personalsites/Israel-Germany/Division-of-Germany/Pages/Munich-Olympics.aspx>

34. MILLER, Vincent – HAYWARD, Keith J. (2019): „I did my bit” Terrorism, Trade and the Vehicle Rammming Attack as an Imitative Event. *The British Journal of Criminology*, 59(1), 1-23. Online: <https://academic.oup.com/bjc/article/59/1/1/5052837>
35. NATO (1997): *Logistics Handbook 1997. Chapter 16: Medical Support, Role Support*. Online: <https://www.nato.int/docu/logi-en/1997/lo-1610.htm>
36. NATO Istambul Summit, 2004. Online: <https://www.nato.int/docu/pr/2004/p04-096e.htm>
37. NATO Prague Summit Declaration, 2002. Online: https://www.nato.int/cps/en/natohq/official_texts_19552.htm
38. NATO Riga Summit Declaration, 2006. Online: <https://www.nato.int/docu/pr/2006/p06-150e.htm>
39. NATO role's in disaster assistance (Brüsszel, NATO, 2001). Online: <https://www.nato.int/eadrcc/mcda-e.pdf>
40. NATO STANDARD AJMEDP-2 Allied Joint Medical Doctrine For Medical Evacuation. Online: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-2_EDA_V1_E_2546.pdf
41. NATO Strasburg–Kehl Summit Declaration, 2009. Online: https://www.nato.int/cps/en/natohq/news_52837.htm?mode=pressrelease
42. NATO Strategic Concept 1991. Online: https://www.nato.int/cps/en/natohq/official_texts_23847.htm
43. NATO Strategic Concept 1999. Online: https://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_27433.htm
44. NATO Strategic Concept 2010. Online: <https://www.nato.int/lisbon2010/strategic-concept-2010-eng.pdf>
45. Office of Emergency Management: *Emergency Management Cycle*. Online: <https://www.cityofws.org/364/Emergency-Management-Cycle>
46. *Prolonged Casualty Care Guidelines* (CPG ID:91) (2021). Online: https://jts.health.mil/assets/docs/cpgs/Prolonged_Casualty_Care_Guidelines_21_Dec_2021_ID91.pdf
47. RAPAPORT, David C. (2004): *The four waves of modern terrorism*. Online: <https://icct.nl/sites/default/files/import/publication/Rapoport-Four-Waves-of-Modern-Terrorism.pdf>
48. RITCHIE, Hannah – ROSADO, Pablo – ROSER, Max (2022): *Natural Disasters*. Online: <https://ourworldindata.org/natural-disasters>
49. ROGERS, Frederick B. – RITTENHOUSE, Katelyn J. – GROSS, Brian W. (2015): The Golden Hour in Trauma: Dogma or Medical Folklore? *Injury*, 46(4), 525–527. Online: [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(14\)00417-3/fulltext](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(14)00417-3/fulltext)
50. SCHMID, Alex P. szerk. (2021): *Handbook of Terrorism Prevention and Preparedness*, Hága: ICCT Press Publication. Online: https://icct.nl/sites/default/files/2023-01/Handbook_Schmid_2020.pdf
51. SCHREIER, Fred (2010): *Trends and Challenges in International Security: An Inventory*. Online: https://www.dcaf.ch/sites/default/files/publications/documents/OP19_schreier_trends_and_challenges.pdf
52. SHERTZ, Michael (2018): *MIST Report: A simple way to convey information*. Online: <https://www.crisis-medicine.com/mist-report-a-simple-way-to-convey-information/>
53. TCCC Guidelines for Medical Personnel. Online: https://jts.amedd.army.mil/assets/docs/cpgs/Prehospital_En_Route_CPGs/Tactical_Combat_Casualty_Care_Guidelines_01_Aug_2019.pdf

54. The Prague Summit and NATO's Transformation (Brüsszel, NATO, 2003). Online: <https://www.nato.int/docu/rdr-gde-prg/rdr-gde-prg-eng.pdf>
55. Triage Start. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
56. VOORHEES, Elizabeth (2017): *Vehicle Ramming Incidents and Perimeter Protection*. Online: https://www.nccpsafety.org/assets/files/library/Vehicle_Ramming_Incidents_and_Perimeter_Protection.pdf

Magyar nyelvű szakirodalom

1. *Az egészség fogalma*. Online: <http://www.pro-qaly.hu/az-egeszseg-fogalma-es-determinansai-108.html>
2. DELY Péter – FAGGYAS Attila (2022): *Kritikus állapotú sérültek mentése rendkívüli körülmények között*. In: Szelei Ildikó (szerk.) *A hadtudomány aktuális kérdései napjainkban II. kötet* Budapest: Ludovika Egyetemi Kiadó. 85–102.
3. Egészségügy-politika. Online: <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Eg%C3%A9szs%C3%A9gpolitika>
4. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház (ÉPCK HK) alapító okirat (2014): Online: <https://epc.euintezmeny.hu/tartalmak/informaciok/kozerdeku-adatok/tevenysegre-mukodesre-vonatkozó-adatok/2.1.-a-szerv-alaptevenysege-feladat-es-hataskore-epc-hk>
5. FAGGYAS Attila (2020): A terrorizmus, mint katasztrófa. A magyar és az európai terrorelhárító egységek első reagáló képességének alakulása a harctéri ellátás szempontjából. *Belügyi Szemle*. 68(10), 105-126.
6. FAGGYAS Attila (2023): A Terrorelhárítási Központ speciális mentési tevékenységének elgondolása a törökországi földrengés tapasztalatainak tükrében = The Special Rescue Activity Concept of the Counter Terrorism Center in Light of the Lessons Learned from the Türkiye Earthquake. *Honvédorvos: a magyar honvédség egészségügyi szolgálata, a NATO katona-egészségügyi kiválósági központ és a Magyar Katonai-Katasztrófaorvostani Társaság lapja*, 75(1–2), 14–29.
7. GRÓSZ Péter (2013): A honvédelmi katasztrófavédelmi rendszert meghatározó szabályozók változásai figyelemmel a módosult külső jogi környezetre. *Hadmérnök*, 8(2), 157–165. Online: http://www.hadmernok.hu/132_13_groszp_2.pdf
8. HÁDA Béla (2009): A Sri Lanka-i antiterrorista hadműveletek előzményei és kilátásai. *ZMNE Stratégiai Védelmi Kutatóintézet Elemzések 10.szám*. Online: <https://svkk.uni-nke.hu/document/svkk-uni-nke-hu-1506332684763/svki-elemzesek-2009-10-sri-lanka-hada-b.original.pdf>
9. KAISER Ferenc – TÁLAS Péter (2012): Politikai erőszakformák. *Nemzet és Biztonság*, 5(5-6), 133–156.
10. NAGY Károly Dr. – HALÁSZ László DR. (2002): *Katasztrófavédelem. Egyetemi jegyzet*. Budapest: ZMNE. 8-14.
11. *Módszertani kézikönyv skill képzésekhez* (2019). Budapest: ÁEEK. Online: https://medsim.unideb.hu/sites/default/files/upload_documents/modszertani_kezikonyv.pdf
12. SVÉD László – VEKERDI Zoltán – SÓTÉR Andrea (2015): Quo Vadis Honvédorvostan? Helyzetelemzés egy Tanszék remélt újrászületéséhez. *Hadtudományi Szemle*, 8(1), 359–380. Online: https://epa.oszk.hu/02400/02463/00026/pdf/EPA02463_hadtudomanyi_szemle_2015_01_359-380.pdf

13. SZENDI Rebeka (2011): A katasztrófák csoportosításának lehetőségei. *Hadtudományi Szemle*, 4(4), 163–171. Online:
http://epa.oszk.hu/02400/02463/00011/pdf/EPA02463_hadtudomanyi_szemle_2011_4_163-171.pdf
14. SZENDY István Prof. Dr. (2013): *Hadelmélet és katonai műveletek. A katonai műveletek elmélete és gyakorlata*. Budapest: Nemzeti Közszerológati és Tankönyvkiadó Zrt.
15. SZÜCS László (2014): *Tíz globális biztonsági kihívás*. Online:
https://www.honvedelem.hu/cikk/43607_tiz_globalis_biztonsagi_kihivas
16. WEBER, Max (1998): *A tudomány mint hivatás*. In: WESSELY Anna (szerk.): *Max Weber – Tanulmányok*. Osiris: Budapest, 127–155.

MELLÉKLETEK

1. Melléklet – Ábrák jegyzéke

1. ábra: Katasztrófák felosztása.....	31
2. ábra: Minimum egy halálos áldozattal járó terrortámadást elszenvedő országok száma /kumulatív/. (forrás: GTD).....	32
3. ábra: Minimum egy halálos áldozattal járó terrortámadást elszenvedő országok száma éves bontásban (forrás: GTD)	32
4. ábra: Terrortámadások éves bontásban, kimenetel megoszlásában. (forrás: GTD)	33
5. ábra: Terrortámadásokban sérültek és elhunytak száma éves bontásban. (forrás: GTD)	34
6. ábra: Természeti katasztrófákban elhunytak száma. (forrás: RITCHIE– ROSADO – ROSER 2022).....	34
7. ábra: Katasztrófa-kezelési ciklus. (forrás: Office of Emergency Management)	35
8. ábra: Terrorelhárítás helye a fegyveres testületek metszetében. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	43
9. ábra: Speciális mentés főbb jellemzői. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	60
10. ábra: TM humán erőforrása. (forrás: szerző saját szerkesztése)	71
11. ábra: Az emberi gondolkodás algoritmusa. (forrás: szerző saját szerkesztése)	75
12. ábra: TFC ellátás szakaszai. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	77
13. ábra: TRIAGE START.	85
14. ábra: TRIAGE Impression algoritmusa. (forrás: szerző saját szerkesztése)	86
15. ábra: Tömeges kárhely szervezése. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	87
16. ábra: Belső gyűjtőpont sematikus váza. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	91
17. ábra: TM algoritmus térkép /METHANE, AT MIST kommunikációs algoritmusok/. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	95
18. ábra: ATLAS Szövetség szervezeti felépítése (forrás: C. Lippay: The ATLAS Network)	100
19. ábra: A TEK TM model egészségügyi kompetencia szintjei (forrás: szerző saját szerkesztése).....	106
21. ábra: Az MF kérdőíve – 2015. (forrás: szerző saját szerkesztése	117
22. ábra: Az MF kérdőíve – 2017.forrás: szerző saját szerkesztése.....	118
23. ábra: ATLAS MoG Parancsnoki Szándéknyilatkozat. (forrás: szerző saját szerkesztése)	121
24. ábra: A TM kurzusok típus szerinti megoszlása. (forrás: szerző saját szerkesztés).....	157
25. ábra: A résztvevő országok és egységek számának megoszlása a képzés típusai szerint. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	158
26. ábra: A TM kurzusokon résztvevő felszámolók száma. (forrás: szerző saját szerkesztése)	159
27. ábra: ATLAS MF kérdőíve – 2024. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	162
28. ábra: BTMP képességek megoszlásának változása 2014-2024 között. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	165
29. ábra: TM Instruktori képességek alakulása az ATLAS tagegységekben. (forrás: szerző saját szerkesztése)	166

30. ábra: Alapszintű TM tanfolyamok szervezése az ATLAS egységeknél. (forrás: szerző saját szerkesztés).....	168
31. ábra: A középszintű TM kompetencia alakulása az ATLAS (forrás: szerző saját szerkesztés).....	169
32. ábra: Emelt szintű TM képességek alakulása az ATLAS tagegységekben 2014-2024. (forrás: szerző saját szerkesztés)	171
33. ábra: ITMP/ ATMP képzések nemzeti szinten történő szervezése. (forrás: szerző saját szerkesztés).....	172
34. ábra: Diplomás egészségügyi ellátói képességek alakulása az ATLAS tagegységekben 2014–2024. (forrás: szerző saját szerkesztés)	173
35. ábra: A TEMS megszervezésére vonatkozó adatok. (forrás: szerző saját szerkesztés) ...	174
36. ábra: Az ATLAS TM tanfolyamok megítélése. (forrás: szerző saját szerkesztés)	176

2. Melléklet – Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: Google kereső adatai (forrás: Google).....	21
2. táblázat: Globális biztonságot fenyegető kihívások. (forrás: SCHREIER 2010)	37
3. táblázat: a 1972-es müncheni terrortámadás hatására alakult CTU egységek. (forrás: szerző saját anyaga, ATLAS)	41
4. táblázat: A combat és a taktikai medicina hasonlóságai (forrás: szerző saját szerkesztése)	48
5. táblázat: A combat és a taktikai medicina különbségei. (forrás: szerző saját szerkesztése)	49
6. táblázat: A klasszikus és a modern TM összehasonlítása. (forrás: szerző saját szerkesztése)	57
8. táblázat: SAR TRIAGE. (forrás: a szerző saját szerkesztése).....	62
9. táblázat: cABCDE és MARCH algoritmusok. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	74
10. táblázat: A field care során alkalmazható cABCDE protokollba illesztett kérdések. (forrás: szerző saját szerkesztése)	76
11. táblázat: CUF algoritmus elemei. (forrás: szerző saját szerkesztése)	83
12. táblázat: ATLAS Szövetség tagegységei (forrás: szerző saját szerkesztése)	98
13. táblázat: Az ATLAS Medic Forum költségvetése 2014-2026. (forrás: ATLAS Szövetség)	112
14. táblázat: Az első Medic Expert Meeting adatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)	116
15. táblázat: A második Medic Expert Meeting adatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)...	116
16. táblázat: Az MF kérdőívek adatai. (forrás: szerző saját szerkesztése)	119
17. táblázat: Lisszabon épületharcászati hadgyakorlat alapadatai. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	123
18. táblázat: Lisszabon épületharcászati hadgyakorlaton résztvevők. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	123
19. táblázat: Lisszabon épületharcászati hadgyakorlat céljai, scenáriói. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	124
20. táblázat: Tallin épületharcászati hadgyakorlat alapadatai. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	128
21. táblázat: Tallin épületharcászati hadgyakorlat céljai, scenáriói. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	128
22. táblázat: ATHOS Épületharcászati Hadgyakorlat preexercise training tapasztalatai I. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	130
23. táblázat: ATHOS Épületharcászati Hadgyakorlat preexercise training tapasztalatai II. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	131
24. táblázat: ATHOS Épületharcászati Hadgyakorlat preexercise training tapasztalatai III. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	131
25. táblázat: STORM NAVAL Hadgyakorlat alapadatai. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	136
26. táblázat: STORM NAVAL Hadgyakorlat céljai, scenáriói (forrás: szerző saját szerkesztése).....	137
27. táblázat: STORM NAVAL Hadgyakorlat képzési tapasztalatai I. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	139
28. táblázat: STORM NAVAL Hadgyakorlat képzési tapasztalatai II. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	139

29. táblázat: COOPERATION Épületharcászati Hadgyakorlat adatai. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	143
30. táblázat: A TM képzések jellemzői. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	149
31. táblázat: A kérdőív kitöltését segítő kompetencia kategóriák elemei. (forrás: szerző saját szerkesztése).....	164
32. táblázat: A sürgősségi betegellátás formáinak jellemzői. (forrás: szerző saját szerkesztése)	219
33. táblázat: A sürgősségi ellátási formák szakmai tudás-anyagának időkeretei. (forrás: szerző saját szerkesztése)	221

3. Melléklet – A disszertációban használt rövidítések jegyzéke

RÖVIDÍTÉS	ANGOL KIFEJEZÉS	MAGYAR KIFEJEZÉS
ACF	ATLAS Commebbers' Forum	ATLAS Parancsnoki Értekezlet
AEB	ATLAS Executive Büro	ATLAS Végrehajtási Iroda
AED	Automated External Defibrillator	Automata Külső Defibrillátor
ASO	ATLAS Support Office	ATLAS Támogató Iroda
ATMP	Advanced Tactical Medical Provider	Emeltszintű Taktikai Medicina Ellátó/ Segélynyújtó
BLS	Basic Life Support	Alapszintű újraélesztés
BTMP	Basic Tactical Medical Provider	Alapszintű Taktikai Medicina Ellátó/ Segélynyújtó
C2	Command Control	Vezetés, irányítás
C4	Command, Control, Coordination, Communication,	Vezetés, irányítás, koordináció, kommunikáció
cABC	catastrophic bleeding, airways, breathing, circulation,	katasztrofális vérzés, légutak, légzés, keringés,
cABCDE	catastrophic bleeding, airways, breathing, circulation, disability, exposure	katasztrofális vérzés, légutak, légzés, keringés, neurológia, egyéb sérülések
CASEVAC	Casualty Evacuation	Sérültkiürítés
CBRNE	Chemical, biological, radionuclear, explosive	Kémiai, biológiai, radionukleáris, robbanószer
CEPOL	European Union Agency for Law Enforcement Training	Európai Unió Bűnüldözési Képzési Ügynöksége
CTC	Counterterrorism Center	Terrorelhárítási Centrum
CTU	Counter Terrorism Unit	Terrorelhárítási Egység
CUF	Care Under Fire	Tűzharc alatti ellátás
CSAR	Combat Surch and Rescue	Katonai Kutató Mentő
EC	European Comission	Európai Bizottság

ECTC	European Counter Terrorism Centre	Európai Terrorelhárítási Központ
EEODN	European Explosives Ordinance Disposal Network	Európai Tűzszerész Társaság
EG	Expert Group	Szakértői Munkacsoport
EOD	Explosive Ordnance Disposal	Tűzszerész
ÉPCK HK		Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház
EPE	Europol Platform for Experts	Europol zárt kommunikációs felület
EPLS	European Pediatric Advanced Life Support	Európai Gyermeckújraélesztés
ERC	European Resuscitation Council	Európai Újraélesztési Társaság
EU	European Union	Európai Unió
EUROPOL	EU Agency for Law Enforcement Cooperation	Bűnüldözési Együttműködés Európai Unió Ügynöksége
EüTv.		<i>Egészségügyről szóló az 1997. évi CLIV. törvény</i>
EVAC	Evacuation	Kiürítés
GTD	Global Terrorism Database	Világ Terrorizmus Adatbázis
HM		Honvédelmi Miniszter/ Minisztérium
Hszt		<i>rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról szóló 2015. évi XLII. törvény</i>
Hvt.		<i>a honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről szóló 2011. évi CXIII. törvény</i>
iCCP	inner Casualty Collecting Point	Belső sérültgyűjtőpont
IOD	Improvised Explosive Device	Rögtönzött robbanószerkezet

ISF	Internal Security Fund	Belső Biztonsági Alap
ITMP	Intermediate Tactical Medical Provider	Középszintű Taktikai Medicina Ellátó/ Segélynyújtó
JOC	Joint Operation Center	Összevont Parancsnokság
LEWP	Law Enforcement Working Party	Bűnüldözési Munkacsoport
MARCH	massive bleeding, airways, respiration, circulation, head to toe	masszív vérzés, légutak, légzés keringés
MASCAL	Mass Casualty	Tömeges Sérülés
MEDEVAC	Medical Evacuation	Egészségügyi Sérültkiűrités
MEM	Medic Expert Meeting	Egészségügyi Szakértői Értekezlet
METC	MASCAL Event Training Course	Tömeges Sérüléssel Járó Események Felszámolásának Tanfolyama
METHANE	Major incident, exact location, type of incident, hazards, access, number of casualties, emergency services	Tömeges ellátási helyzet, pontos helyszín, az incidens típusa, veszélyeztető tényezők, megközelítés, sérültek száma, szükséges beavatkozó egységek
MF	Medic Forum	Egészségügyi Munkacsoport
MFM	Medic Forum Meeting	Egészségügyi Munkacsoport Értekezlet
MH		Magyar Honvédségnek
MHEK		Magyar Honvédség Egészségügyi Központ
MIMMS	Major Incident Medical Management and Support	Jelentős egészségügyi esemény menedzsment és támogatás
MIST	mechanism of injury, injuries, signs/symphoms, treatment	sérülése mechanizmus, sérülések, tünetek, kezelés
NATO	North Antlantic Threaty Organization	Észak-atlanti Szerződés Szervezete
NSZK		Német Szövetségi Köztársaság

OMSZ		Országos Mentőszolgálat
ORFK		Országos Rendőrfőkapitány(ság)
PFC	prolonged field care	Elhúzóódó harctéri ellátás
PSAR	Police Surch and Rescue	Rendőri Kutató Mentő
PTMP	Professional Tactical Medical Provider	Diplomás Taktikai Medicina Ellátó
PTSD	Post Traumatic Stress Disease	Posztraumás stressz szindróma
PTX	Pneumothorax	Légmell
RRT	Rapid Response Team	Gyors Reagálású Egység
Rtv.		<i>a Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény</i>
SAR	Surch and Rescue	Kutató Mentő
SIU	Special Intervention Unit	Speciális Beavatkozó Egység
SOF	Special Operations Forces	Speciális Műveleti Erők
SOP	Standard Opearting Procedure	Egységes Működési Eljárás
TacMed COE	Center of Excellence for Tactical Medicine	Taktikai Medicina Kiválósági Központ
TCCC	Tactical Combat Casualty Care	Hartéri Sérültellátás
TEMS	Tactical Emergency Medical System	Taktikai Sürgősségi Egészségügyi Ellátó Rendszer
TFC	Tactical Field Care	Harctéri ellátás
TM	Tactical Medicine	Taktikai Medicina
TMI	Tactical Medical Instructor	Taktikai Medicina Instruktork
TMIC	Tactical Medical Instructors' Course	Taktikai Medicina Kiképző Képző Tanfolyam
TOC	Tactical Operation Center	Műveleti Parancsnokság
TOITC	Triage Officers Instructors' Training Course	Triage Tiszt Instruktork Képző Tanfolyam

TQ	Tourniquet	Érszorító
TTx	Table Top Exercise	Tantermi Szimulációs Gyakorlat
WHO	World Health Organization	Egészségügyi Világszövetség