

## Zadania i struktura organizacyjna służby zdrowia Wielonarodowej Dywizji Sił Stabilizacyjnych w Strefie Środkowo-Południowej w Iraku

KRZYSZTOF KORZENIEWSKI

Wojskowy Instytut Medyczny, Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, kierownik: kmdr dr hab. n. med. R. Olszański

Korzeniewski K.

### Zadania i struktura organizacyjna służby zdrowia Wielonarodowej Dywizji Sił Stabilizacyjnych w Strefie Środkowo-Południowej w Iraku

W pracy przedstawiono zadania i strukturę organizacyjną służby zdrowia Wielonarodowej Dywizji w Strefie Środkowo-Południowej w Iraku w aspekcie zabezpieczenia medycznego, sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego personelu wojskowego i cywilnego Sił Stabilizacyjnych pełniących służbę w tym kraju. Opisano procedury realizowane na wypadek ewakuacji medycznej, śmierci oraz repatriacji z powodów medycznych do kraju macierzystego. Poruszono również kwestię sprawozdawczości medycznej oraz zaopatrzenia w leki i sprzęt medyczny.

**Słowa kluczowe:** służba zdrowia, Irak

Lek. Wojsk. 2004; 80(3): 211–214

Korzeniewski K.

### Tasks and organizational structure of health service in the Multinational Division Center South in Iraq

The paper presents tasks and organizational structure of health service in the Multinational Division Center South in Iraq in the aspects of medical, sanitary – hygienic and epidemiological assistance to the military and civilian personnel of the Stabilization Mission serving in this country. Procedures in case of medical evacuation, death and repatriation to home country due to medical reasons, as well as issues concerning medical reporting and supply of medicines and medical equipment are described.

**Key words:** health service, Iraq

Lek. Wojsk. 2004; 80(3): 211–214

Zadania służby zdrowia Sił Stabilizacyjnych w Strefie Środkowo-Południowej w Iraku obejmują następujący zakres przedsięwzięć:

- profilaktyka chorób i urazów
- leczenie chorób i urazów oraz ewakuacja chorych i rannych
- sprawozdawczość medyczna
- zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny
- skoordynowane współdziałanie poszczególnych poziomów ewakuacji medycznej (1. – 2. – 3. poziom)
- szkolenie specjalistyczne personelu medycznego.

### STRUKTURA ORGANIZACYJNA SŁUŻBY ZDROWIA

Służbą zdrowia Wielonarodowej Dywizji Sił Stabilizacyjnych w Strefie Środkowo-Południowej w Iraku (Multinational Division Center South – MND CS) kieruje szef służby zdrowia Wielonarodowej Dywizji, który jest jednocześnie oficerem medycznym Polskiego Kontyngentu Wojskowego. Podlega on służbowo szefowi sztabu dywizji oraz jest doradcą dowódcy dywizji w zakresie zabezpieczenia medycznego, sanitarno-higienicznego, przeciwepidemicznego oraz zaopatrzenia medycznego. Do jego podstawowych zadań należy planowanie, koordynowanie i nadzorowanie zabezpieczenia medycznego podległej służby zdrowia w obrębie dywizji oraz współpraca ze służbą zdrowia pozostałych trzech stref stabilizacyjnych, a także z iracką służbą zdrowia w zakresie leczenia ludności miejscowej, której udzielono pomocy w ośrodkach medycznych wojsk koalicji.

Szefowi służby zdrowia dywizji podlegają fachowo i służbowo:

1. oficerowie wydziału służby zdrowia dywizji:
    - szef Służb Higienicznych (Force Hygiene Officer) odpowiedzialny za zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne
    - szef Zaopatrzenia Medycznego (Force Medical Supply Officer) odpowiedzialny za zaopatrzenie medyczne
    - 3 oficerów medycznych wykonujących zadania bieżące w zakresie zabezpieczenia medycznego Wielonarodowej Dywizji
  2. 5 oficerów i 1 chorąży Mobilnego Laboratorium Biologicznego, odpowiedzialnych za podejmowanie, identyfikację i bezpieczny transport podejrzanego materiału biologicznego. Działalność laboratorium jest poszerzona o diagnostykę chorób zakaźnych i pasożytniczych (wymazy, posiewy, diagnostyka mikroskopowa, metody immunologiczne) oraz badanie wody i żywności.
- Szefowi służby zdrowia dywizji podlegają fachowo:
- szef służby zdrowia 1 Brygady (polskiej), będący jednocześnie dowódcą Grupy Zabezpieczenia Medycznego (Medical Support Group), czyli Szpitala Polowego (2+ poziom lecznictwa)
  - pododdziały służby zdrowia 1 Brygady (3 x 1. poziom lecznictwa),
  - szef służby zdrowia 2 Brygady (ukraińskiej), któremu z kolei podlegają fachowo pododdziały służby zdrowia (3 x 1. / 2. poziom lecznictwa)
  - szef służby zdrowia 3 Brygady (hiszpańskiej), któremu podlegają fachowo pododdziały służby zdrowia (1 x 2. poziom oraz 3 x 1. poziom lecznictwa).
- Szefowie służby zdrowia brygad są odpowiedzialni za:
- opiekę medyczną nad cywilnym i wojskowym personelem swoich związków taktycznych
  - leczenie chorych i rannych

- profilaktykę chorób i urazów
- szkolenie sanitarne ze szczególnym uwzględnieniem pierwszej pomocy medycznej
- systematyczne kontrole pododdziałów wchodzących w skład brygady pod względem higieny środowiska, higieny żywności i żywienia, higieny zakwaterowania oraz higieny osobistej
- gospodarkę materiałową (leki i sprzęt medyczny)
- sprawozdawczość medyczną.

## ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE

Podstawową zasadą funkcjonowania służby zdrowia jest stała, 24-godzinna dostępność pomocy medycznej. Każda brygada jest odpowiedzialna za opiekę medyczną nad swoim personelem poprzez podległe służby 1. lub 2. poziomu ewakuacji medycznej.

W sztabie Dywizji pełni służbę komórka TOC (Tactical and Operation Center), w której skład wchodzi oficerowie medyczni PET (Patient Evacuation Team), koordynujący pomoc medyczną w stanach zagrożenia zdrowia i życia, zwłaszcza gdy jest niezbędna ewakuacja medyczna drogą lotniczą (Helimedevac).

W przypadkach ciężkich urazów oraz stanów wymagających leczenia wykraczającego poza możliwości lecznicze poziomu 1. lub 2., pacjent powinien być ewakuowany na poziom 3., którym dla personelu MND CS jest 31st Combat Support Hospital w Bagdadzie i Balad (do 02.2004 r. 28th Combat Support Hospital w Bagdadzie).

Pacjent może być leczony stacjonarnie w ośrodkach służby zdrowia poziomu 1. nie dłużej niż 3 dni, z kolei na poziomie 2. nie dłużej niż 7 dni. Łącznie z 3. poziomem ewakuacji medycznej czas leczenia pacjenta nie może przekroczyć 21 dni. Pacjent wymagający leczenia, rekonwalescencji i/lub rehabilitacji, które wymagają okresu przekraczającego 21 dni, będzie podlegał repatriacji z powodów medycznych do kraju macierzystego.

Pacjent, który nie może być transportowany bezpiecznie z powodu złego stanu zdrowia, pozostanie w ośrodku medycznym 1. lub 2. poziomu do momentu, kiedy będzie możliwa bezpieczna ewakuacja medyczna (3).

## EWAKUACJA MEDYCZNA

Ewakuacja medyczna polega na natychmiastowym przetransportowaniu wszystkimi dostępnymi środkami na odpowiedni poziom (2. lub 3.) wojskowego lub cywilnego personelu MND CS, który jest poważnie chory lub ranny. Przypadki, w których istnieje niebezpieczeństwo bezpośredniego zagrożenia życia, będą transportowane drogą powietrzną (Helimedevac). Inne przypadki powinny być transportowane drogą lądową (Medevac by road). Osobami uprawnionymi do wzywania Medevacu są: dowódca grupy na miejscu zdarzenia (np. dowódca konwoju) lub każda osoba mówiąca w języku angielskim, wyposażona w środki łączności. Osoba wzywająca Medevac posługuje się 9-punktowym formularzem (wg standardów NATO). Informacja o zaistnieniu zdarzenia musi być przekazana do TOC (Tactical and Operation Center) sztabu dywizji, gdzie funkcjonuje PET (Patient Evacuation Team), tak szybko jak to możliwe. W PET 24-godzinną służbę pełni oficer medyczny oraz przedstawiciel sił powietrznych. PET decyduje, który rodzaj ewakuacji medycznej będzie przeprowadzony oraz z której bazy zostaną użyte środki transportu.

9-punktowy formularz używany podczas wzywania Medevac zawiera następujące informacje:

1. Położenie i miejsce zdarzenia.
2. Częstotliwość radiowa i kryptonim radiostacji.
3. Ranni według priorytetu ewakuacji:
  - A – do natychmiastowej ewakuacji (2 h)
  - B – do natychmiastowej ewakuacji i pomocy chirurgicznej

C – ewakuacja w pierwszej kolejności (4 h)

D – działanie standardowe (24 h)

E – dla wygody rannego.

### 4. Potrzebne specjalistyczne wyposażenie:

A – brak potrzeb w tym zakresie

B – wyciągarka

C – sprzęt do wydobywania osób z wraków

D – respirator.

### 5. Liczba pacjentów:

L – pacjentów na noszach

A – pacjentów poruszających się o własnych siłach.

### 6. Ochrona miejsca zdarzenia:

N – brak sił przeciwnika

P – możliwe siły przeciwnika w rejonie ewakuacji

E – siły przeciwnika w rejonie ewakuacji (zalecana ostrożność)

X – siły przeciwnika w rejonie ewakuacji (wskazana eskorta).

### 7. Oznaczenie miejsca zdarzenia:

A – panele foliowe (jaki kolor ?)

B – rakietnica (jaki kolor ?)

C – dym (jaki kolor ?)

D – bez oznaczenia

E – inne.

### 8. Narodowość i status pacjentów:

A – żołnierz USA

B – żołnierz innej narodowości

C – cywil USA

D – cywil innej narodowości

E – jeniec wojenny.

### 9. Skażenie bronią masowego rażenia:

N – jądrowa

B – biologiczna

C – chemiczna

D – inna.

Helimedevac jest ogłaszany wówczas, kiedy istnieje bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia oraz kiedy nie jest możliwe przeprowadzenie ewakuacji medycznej drogą lądową (np. z powodu sytuacji w strefie).

Pacjenci mogą być ewakuowani drogą lądową w przypadku obrażeń lub chorób o mniejszym nasileniu oraz gdy zdarzenie miało miejsce blisko szpitala (poziom 2.) i droga lądowa będzie krótsza niż lotnicza. Ewakuacja chorych i rannych drogą lądową do ośrodków medycznych poziomu 1. lub 2. należy do obowiązków służby zdrowia brygad i powinna być przeprowadzona ich własnymi środkami transportu (2).

## REPATRIACJA Z POWODÓW MEDYCZNYCH

Repatriacja z powodów medycznych personelu MND CS odbywa się w następujących przypadkach:

- niemożliwy jest powrót do służby w ciągu 21 dni od momentu rozpoczęcia choroby lub powstania obrażenia ciała
- pacjent wymaga intensywnej i długoterminowej opieki medycznej
- pacjent wymaga wysokospecjalistycznego leczenia niedostępnego w rejonie działania misji.

Repatriacja z powodów medycznych odbywa się na dwóch poziomach:

1. Transport z rejonu działania misji do Landstuhl lub Ramstein (amerykańskie bazy wojskowe w Niemczech) prowadzony przez US Air Forces.
2. Transport z baz w Niemczech do krajów macierzystych prowadzony przez kraje, których ranni lub chory personel wymaga ewakuacji.

Transport rannych lub chorych osób narodowości polskiej z Niemiec odbywa się do Polski drogą lotniczą lub lądową. W przypadku pacjentów w ciężkim stanie, z 13 Pułku Lotnictwa Transportowego z Krakowa startuje AN-26 z zespołem medycznym na pokładzie (z 10 Brygady Logistycznej) w skła-

dzie: lekarz anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna i sanitariusz. Zespół jest wyposażony w sprzęt specjalistyczny do ratowania, monitorowania i podtrzymywania funkcji życiowych. Z Ramstein pacjenci są ewakuowani do jednego z trzech klinicznych szpitali wojskowych na terenie Polski (w Warszawie, Wrocławiu lub Bydgoszczy). W przypadku pacjentów, których stan zdrowia jest stabilny i nie wymagają pilnych zabiegów operacyjnych, przeprowadzana jest ewakuacja drogą lądową pojazdami sanitarnymi, które są utrzymywane w stałej gotowości do wyjazdu w batalionie dowodzenia Śląskiego Okręgu Wojskowego we Wrocławiu, w batalionie zabezpieczenia garnizonu Warszawa oraz w Szpitalu Operacji Pokojowych w Bydgoszczy (1).

## ŚMIERĆ PERSONELU MISJI STABILIZACYJNEJ

W przypadku śmierci personelu misji na terenie Iraku oficer medyczny pełniący służbę w PET zbiera niezwłocznie następujące dane, które zawiera w meldunku: narodowość, stopień wojskowy, imię i nazwisko, nr ID (dokumentu tożsamości), czas, miejsce i okoliczności zdarzenia. Do czasu przeprowadzenia dochodzenia przez Military Police, zwłoki nie powinny być zabierane z miejsca zdarzenia. Dopiero po tym dochodzeniu mogą być one przewiezione do kostnicy. Oficer medyczny jednostki wojskowej, z której pochodził zmarły żołnierz, jest odpowiedzialny za ustalenie przyczyny śmierci i wystawienie świadectwa zgonu. Sekcja zwłok będzie przeprowadzona przez odpowiednie służby medyczne tylko wtedy, gdy jest to konieczne według przepisów narodowych.

Dokumentacja wymagana do transportu zwłok do kraju macierzystego musi zawierać świadectwo zgonu i protokół sekcji zwłok (jeśli była przeprowadzona).

## SPRAWOZDAWCZOŚĆ MEDYCZNA

Za prowadzenie dokumentacji medycznej przez służby medyczne w brygadzie jest odpowiedzialny szef służby zdrowia ww. związku taktycznego, który przygotowuje codzienny meldunek (Medsitrep) oraz cotygodniowe meldunki do szefa służby zdrowia dywizji:

- raport o liczbie leczonych pacjentów
- raport o liczbie i rodzaju leczonych chorób i urazów
- raport o skierowaniach pacjentów na poziom 3. celem leczenia i diagnostyki
- raport o repatriacji z powodów medycznych.

Szef służby zdrowia dywizji zbiera codzienne i tygodniowe meldunki o zachorowalności i urazowości personelu MND CS i przesyła je do komórki medycznej dowództwa Sił Stabilizacyjnych w Bagdadzie (CJTF – Combat Joint Task Force).

W przypadku śmierci, ciężkiego stanu w przebiegu urazu lub choroby personelu MND CS, szef służby zdrowia brygady niezwłocznie przesyła meldunek do szefa służby zdrowia dywizji, który z kolei informuje dowódcę dywizji i komórkę medyczną CJTF.

## ZAOPIATRZENIE MEDYCZNE

Za zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny w jednostkach wchodzących w skład brygady jest odpowiedzialny szef służby zdrowia brygady. Zapotrzebowania są realizowane na podstawie zamówień składanych w NSE (National Support Element) w Al Hilla oraz na podstawie doraźnych zamówień składanych w systemie TCAM w amerykańskiej służbie zdrowia. Oficerowie medyczni zajmujący się zaopatrzeniem medycznym w poszczególnych brygadach powinni zamawiać tylko te pozycje leków i sprzętu medycznego, które będą wykorzystane w praktyce. Wszystkie leki narkotyczne muszą być magazynowane w osobnych metalowych pojemnikach (kasetach) i być trzymane „pod kluczem”. Przyjmowanie na stan

oraz wydawanie narkotyków muszą być każdorazowo odnotowywane w specjalnie do tego założonej książce.

## ZABEZPIECZENIE SANITARNO-HIGIENICZNE I PRZECIWEPIDEMICZNE

Zabezpieczeniem sanitarno-higienicznym i przeciwepidemicznym jednostek MND CS kieruje szef służb higienicznych dywizji (Force Hygiene Officer). Do jego obowiązków należy:

- kontrola sanitarno-higieniczna żywności i żywienia w obrębie jednostek dywizji
- nadzorowanie badania wody, czyszczenia zbiorników wodnych i pojazdów transportujących wodę, określanie jej przydatności do spożycia
- nadzorowanie badania bakteriologicznego i parazytologicznego kału, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników bloku żywnościowego
- kontrola środków przeznaczonych do dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji
- nadzorowanie przeprowadzania zabiegów ddd
- wprowadzanie w życie środków zapobiegających powstawaniu chorób zakaźnych i pasożytniczych, ze szczególnym uwzględnieniem zatruc pokarmowych
- kontrola usuwania ścieków, nieczystości, skażonego biologicznie materiału
- doradzanie i wspieranie szefa służby zdrowia dywizji w problemach dotyczących zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego
- prowadzenie sprawozdawczości z przeprowadzonych kontroli jednostek wojskowych,
- przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego w przypadku występowania zatruc pokarmowych
- opracowanie i uaktualnianie dyrektyw i instrukcji higienicznych
- nadzór epidemiologiczny nad strefą odpowiedzialności MND CS
- opracowywanie informacji dotyczących możliwości użycia broni biologicznej wspólnie z personelem Mobilnego Laboratorium Biologicznego
- pełnienie obowiązków szefa służby zdrowia dywizji w razie jego nieobecności.

Na szczeblu brygady funkcjonuje komórka medycyny prewencyjnej, do której obowiązków należą:

- nadzór i kontrola źródeł i dróg przenoszenia zakażenia, populacji wrażliwej w obrębie podległych jednostek
- monitorowanie stanu sanitarno-higienicznego jednostek wojskowych, higieny wody, usuwania ścieków, zaopatrzenia w środki do dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji oraz ich prawidłowego wykorzystania, oceny sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i niezakaźnych oraz urazów
- ocena zagrożeń zdrowotnych oraz przedsięwzięcie odpowiednich środków celem ich eliminacji
- doradzanie dowódcom jednostek wojskowych w zakresie medycyny prewencyjnej
- kontrola jakości żywności z zatwierdzonych źródeł zaopatrywania
- udzielanie wskazówek dotyczących prawidłowego stosowania metod i środków zapobiegających wystąpieniu urazów cieplnych
- przygotowywanie raportów do dowódców jednostek i szefa służb higienicznych dywizji o stwierdzonych nieprawidłowościach,
- opracowywanie codziennych meldunków z przeprowadzonych kontroli stanu sanitarno-higienicznego, ze szczególnym uwzględnieniem bloku żywnościowego
- prowadzenie szkoleń sanitarnych dla całego stanu osobowego jednostek wojskowych z zakresu medycyny prewencyjnej, dotyczących chorób inwazyjnych (źródła i drogi zakażenia, środki ochrony osobistej – repelenty). Inspekcje higieniczne powinny być prowadzone przez brygadową komórkę medycyny prewencyjnej na terenie każdej

jednostki wojskowej, dwukrotnie w ciągu 6 miesięcy. W razie podejrzenia o występowanie nieprawidłowości w zakresie zabezpieczenia sanitarno-higienicznego jednostek wojskowych mogą być przeprowadzane dodatkowe, niezapowiedziane kontrole.

Komórki medycyny prewencyjnej są odpowiedzialne za sporządzanie raportów medycznych, które powinny zawierać informacje na temat:

- higieny osobistej i umundurowania
  - higieny zakwaterowania (stan węzłów sanitarnych, usuwanie nieczystości z bloku żywnościowego i pomieszczeń mieszkalnych, usuwanie ekskrementów z toalet)
  - higieny żywności i żywienia (stan sanitarno-higienicznego bloku żywnościowego, transport i magazynowanie żywności)
  - higieny wody (zaopatrzenie w wodę do celów spożywczych i gospodarczych, fizykochemiczne i bakteriologiczne badanie wody oraz jej odkażanie, zapasy wody w schronach, czyszczenie i dezynfekcja samochodów – cystern używanych do przewozu wody)
  - kontroli występowania chorób odzwierzęcych
  - kontroli występowania szkodników (much, karaluchów, gryzoni)
  - kontroli występowania bezpiecznych zwierząt (psów i kotów).
- Wszystkie raporty są wysyłane do szefa służb higienicznych dywizji raz na miesiąc. Powinny zawierać informacje dotyczące:
- sytuacji sanitarno-higienicznej i epidemiologicznej rejonu stacjonowania wojsk MND CS,
  - przeprowadzonych inspekcji higienicznych
  - kontroli wody i żywności
  - kontroli występowania insektów, gryzoni oraz bezpiecznych zwierząt
  - działalności służby weterynaryjnej.

## WNIOSKI

1. Braki kadrowe w służbie zdrowia utrudniają wykonywanie zadań mandatowych. Jest to widoczne zwłaszcza w korpusie oficerów medycznych. Przykładem może być połą-

czenie funkcji szefa służby zdrowia 1 Brygady (polskiej) i dowódcy Grupy Zabezpieczenia Medycznego (stanowiska w dwóch różnych miejscach stacjonowania wojsk) czy też brak pododdziału służby zdrowia w batalionie dowodzenia przy dowództwie 1 Brygady, które powodują, że niezbędne staje się oddelegowywanie do służby lekarzy z innych jednostek, które same borykają się z niedoborem przedstawicieli służby zdrowia.

2. Dostawy leków i sprzętu medycznego mimo wielokrotnie składanych zamówień są realizowane ze znacznym opóźnieniem.
3. Ewakuacja medyczna drogą lądową i powietrzną z rejonu działań do ośrodków poziomu 1. przez 2. do poziomu 3. odbywa się bez problemów, pod całkowitą kontrolą służby zdrowia i służb operacyjnych. Dalsza ewakuacja z poziomu 3. w Iraku do baz amerykańskich w Niemczech odbywa się pod dyktando Amerykanów i jest dostosowana do posiadanych przez nich sił i środków niezbędnych do ewakuacji medycznej.
4. Niestabilna sytuacja polityczna w strefie odpowiedzialności MND CS utrudnia bądź uniemożliwia przeprowadzenie inspekcji medycznych i higienicznych w jednostkach wojskowych.
5. Stan sanitarno-higieniczny i epidemiologiczny w rejonie działania misji należy ocenić jako dobry. Nie stwierdza się chorób zakaźnych szczególnie niebezpiecznych. Przypadki chorób zakaźnych i pasożytniczych występują sporadycznie i nie stanowią problemu epidemiologicznego. Profilaktyka pod postacią szczepień ochronnych oraz stosowania repelentów przeciw insektom jest realizowana na bieżąco.

## PIŚMIENNICTWO

1. Marszałek A.: *Życiowy system*. Wojska Lądowe, 2004, 2(91).
2. *Standing Operating Procedures "Iraqi Freedom"*. Multinational Division Center South. Medevac Directives, Babylon 2003.
3. *Standing Operating Procedures "Iraqi Freedom"*. Multinational Division Center South. Medical & Hygiene Directives, Babylon 2003.

Adres: mjr dr n. med. Krzysztof Korzeniewski, Wojskowy Instytut Medyczny, Zakład Medycyny Morskiej i Tropikalnej, ul. Grudzińskiego 4, 81-103 Gdynia 3, tel. (0-58) 626 65 23, e-mail: zmmit@mw.mil.pl

## ZJAZDY, KONGRESY, SYMPOZJA – 2005

### World Allergy Congress

26 czerwiec – 1 lipiec 2005

Monachium, Niemcy

Congress secretariat:

Johannes Ring, Dept Dermatology and Allergy

Biederstein Technical University

Biedersteiner Str. 29, 80802 Munich, Germany

tel. +49 (0 89) 4140 3205; fax: +49 (0 89) 4140 3173

### 6th Conference of the European Society for Reproductive and Developmental Immunology (ESRADI)

5-9 wrzesień 2005

Colchester, UK

Contact:

e-mail: nelson@essex.ac.uk

e-mail: p.delves@ucl.ac.uk