

Zadania i struktura organizacyjna służby zdrowia Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie

Tasks and structure of the health service of the Polish Military Contingent in Afghanistan

Krzysztof Korzeniewski¹, Sławomir Pieniuta², Bogusław Nowak³, Michał Wawreszuk⁴, Robert Brzozowski⁵, Robert Gregulski⁶

¹ Kierownik Zakładu Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej Wojskowego Instytutu Medycznego z siedzibą w Gdyni

² 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu; komendant Szpitala: płk lek. Grzegorz Stoiński

³ 2. Wojskowy Szpital Polowy we Wrocławiu; komendant Szpitala: płk lek. Bogusław Nowak

⁴ 108. Szpital Wojskowy w Elku; komendant Szpitala: płk lek. Marek Wojcieszek

⁵ P.o. kierownika Zakładu Medycyny Pola Walki Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

⁶ Dowództwo Operacyjne Sił Zbrojnych w Warszawie; dowódca: gen. broni Edward Gruszka

Streszczenie. W pracy przedstawiono zadania i strukturę organizacyjną służby zdrowia Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie w aspekcie zabezpieczenia medycznego, sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego żołnierzy pełniących służbę w ramach sił stabilizacyjnych ISAF. Opisano procedury związane z ewakuacją medyczną na teatrze działań, stratami masowymi, śmiercią personelu misji oraz repatriacją z powodów medycznych. Poruszono również kwestie sprawozdawczości medycznej oraz zaopatrzenia w leki i sprzęt medyczny.

Słowa kluczowe: Afganistan, Polski Kontyngent Wojskowy, służba zdrowia

Abstract. The paper presents tasks and structure of the health service of the Polish Military Contingent in Afghanistan with relation to medical, hygienic, and epidemiological care provided for soldiers serving as part of the ISAF stabilization forces. It also describes procedures in the case of medical evacuation in a theater of operations, mass casualties, death of the military personnel, and repatriation due to medical causes. Moreover, it discusses the issue of medical reports and supply of medicines and medical equipment.

Key words: Afghanistan, health service, Polish Military Contingent

Nadesłano: 31.03.2011. Przyjęto do druku: 22.08.2011

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Lek. Wojsk., 2011; 89 (4): 364–375

Copyright by Wojskowy Instytut Medyczny

Adres do korespondencji:

płk dr hab. n. med. Krzysztof Korzeniewski, prof. nadzw. WIM

Zakład Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej WIM

ul. Grudzińskiego 4, 81-103 Gdynia

tel. +48 665 707 396, e-mail kktropmed@wp.pl

Wstęp

W listopadzie 2008 r. stworzono nową strukturę organizacyjną PKW Afganistan, na bazie której powstały Polskie Siły Zadaniowe (PSZ; Polish Task Force White Eagle), należące do Brygadowych Grup Bojowych w Dowództwie Regionalnym Wschód (Regional Command East), które przejęły odpowiedzialność za jedną z 34 afgańskich prowincji – Ghazni. Polski Kontyngent Wojskowy (PKW) jest rozmieszczony w sześciu bazach: Forward Operating Base (FOB) Ghazni (główna baza z dowództwem PKW i Zgrupowaniem

Bojowym ALFA), FOB Warrior (baza ze Zgrupowaniem Bojowym BRAVO), Fire Base (FB) Giro, FB Vulcan, Combat Operating Base (COP) Qarabagh i FOB Bagram. Do głównych zadań żołnierzy PKW Afganistan należy zapewnienie bezpieczeństwa w afgańskiej strefie rozwoju w prowincji Ghazni, ochrona realizowanych projektów odbudowy w operacyjnej strefie odpowiedzialności, kontrola sytuacji na głównej arterii komunikacyjnej kraju, trasie Kabul–Kandahar, szkolenie afgańskiego wojska i policji [1].

Zadania służby zdrowia PKW w Afganistanie opierają się na następujących przedsięwzięciach:

- profilaktyka chorób i urazów,
- leczenie chorób i urazów oraz ewakuacja chorych i rannych,
- sprawozdawczość medyczna,
- zaopatrzenie w leki, odczynniki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny,
- skoordynowane współdziałanie poszczególnych poziomów ewakuacji medycznej (1-2-3-4 poziom),
- szkolenie specjalistyczne personelu medycznego.

Struktura służby zdrowia PKW Afganistan

Służbą zdrowia PKW Afganistan kieruje szef służby zdrowia, który jest jednocześnie oficerem medycznym PKW. Podlega on służbowo dowódcy PKW oraz jest jego doradcą 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 PKW oraz współpraca ze służbą zdrowia pozostałych kontyngentów wojskowych wchodzących w skład sił stabilizacyjnych ISAF, a także z afgańską służbą zdrowia w zakresie leczenia ludności miejscowej, której udzielono pomocy w ambulatoriach i punktach medycznych (poziom 1) oraz w Grupie Zabezpieczenia Medycznego (GZM, poziom 2) PKW Afganistan. Szef służby zdrowia PKW jest również odpowiedzialny za opracowywanie systemowych procedur zabezpieczenia medycznego według obowiązujących standardów w Siłach Zbrojnych RP i NATO, a także analiz stanu zdrowia żołnierzy i pracowników wojska (w tym występowania chorób endemicznych w rejonie stacjonowania PKW) oraz za przedstawienie ich dowódcy PKW [2].

Szefowi służby zdrowia PKW, kierującemu Wydziałem Służby Zdrowia podlega służbowo jego zastępca, będący jednocześnie szefem zabezpieczenia epidemiologicznego oraz lekarz Wydziału. Do ich zadań należy:

- organizowanie działalności profilaktycznej i leczniczej w PKW oraz sprawowanie stałego nadzoru w ww. zakresie,
- organizowanie ewakuacji medycznej na teatrze działań realizowanej z miejsca zdarzenia do placówek kolejnych poziomów (1-2-3), a także z rejonu operacji do Polski (poziom 4),
- realizowanie przedsięwzięć sanitarno-higienicznych w rejonach zakwaterowania, żywienia i służby, z określeniem przydatności do spożycia wody i żywności,
- ustalanie potrzeb, planowanie oraz terminowe zabezpieczenie dostaw leków, odczynników, materiałów opatrunkowych i sprzętu medycznego,
- monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i stanu zdrowia żołnierzy,
- prowadzenie sprawozdawczości wynikającej z przepisów i doraźnych ustaleń.

Kluczowym dla zabezpieczenia medycznego PKW Afganistan pododdziałem służby zdrowia jest GZM zlokalizowana w FOB Ghazni, której dowódca podlega służbowo dowódcy PKW – dowódcy PSZ. Dowódca GZM odpowiada za:

- realizację zabezpieczenia medycznego poziomu 2, w ścisłej współpracy z działającą na terenie tej samej bazy jednostką U.S. Forces – Forward Surgical Team (FST, poziom 2),
- działania profilaktyczno-lecznicze, sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne na terenie FOB Ghazni oraz baz podległych Zgrupowaniu Bojowemu ALFA,
- przekazywanie meldunków o działalności leczniczej i ewakuacyjnej oraz zaopatrzeniu medycznym do szefa służby zdrowia PKW.

GZM jest jednostką służby zdrowia poziomu 2 udzielającą kwalifikowanej pomocy medycznej wszystkim rannym i chorym żołnierzom i pracownikom cywilnym PKW oraz innym przedstawicielom sił stabilizacyjnych ISAF, afgańskim żołnierzom i policjantom, a także afgańskiej ludności cywilnej w ramach pomocy humanitarnej [3].

Do głównych zadań GZM należą:

- stabilizacja i utrzymanie funkcji życiowych,
- przyjmowanie i segregacja rannych,
- reanimacja,
- wykonywanie zabiegów chirurgicznych ratujących życie, kończyny i wzrok,
- przygotowanie pacjentów do ewakuacji na wyższy poziom zabezpieczenia medycznego,
- krótkotrwałe leczenie szpitalne pacjentów rokujących na powrót do służby,
- leczenie ambulatoryjne obejmujące podstawową opiekę zdrowotną i stomatologiczną,
- diagnostyka analityczna,
- diagnostyka mikrobiologiczna (środowiskowa i kliniczna),
- działalność profilaktyczna (szczepienia ochronne),
- sprawozdawczość medyczna,
- zaopatrzenie w leki, odczynniki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny,
- zaopatrzenie wszystkich pododdziałów medycznych w tlen,
- skoordynowane współdziałanie poszczególnych poziomów ewakuacji medycznej (1-2-3 poziom),
- szkolenie specjalistyczne personelu medycznego (ćwiczenia MEDEVAC, MASCAL).

W przypadkach ciężkich chorób lub obrażeń ciała doznanych wskutek urazów oraz stanów wymagających leczenia wykraczającego poza możliwości lecznicze poziomu 2, pacjent jest ewakuowany na poziom 3, którym dla personelu PKW jest U.S. Combat Support Hospital w Bagram Air Field.

Podstawą funkcjonowania GZM jest stały, 24-godzinny system dyżurowy:

- w izbie przyjęć – lekarz dyżurny szpitala, 2 pielęgniarki, kierowca-sanitariusz,

- w gotowości są 3 zespoły składające się z: lekarza, 2 pielęgniarek i sanitariusza/rekordera (opracowujące go pod kontrolą lekarza informacje o pacjencie).

Etatowo w GZM służbę powinno pełnić 41 osób (VIII zmiana PKW):

- dowództwo – 1 osoba (dowódca – lekarz),
- izba przyjęć i segregacji (14 osób), składająca się z trzech komórek:
 - izba przyjęć (ambulatorium) – 4 osoby (lekarz ogólny, pielęgniarka, podoficer sanitarny, kierowca–sanitariusz pojazdu sanitarnego 4-nosowego),
 - grupa ewakuacji medycznej lądowej QRF – 4 osoby (2 ratowników medycznych, kierowca wozu ewakuacji medycznej [WEM], sanitariusz),
 - grupa ewakuacji medycznej powietrznej CASEVAC – 6 osób (6 ratowników medycznych),
- zespół szpitalny – 7 osób (lekarz internista, 4 pielęgniarki opatrunkowe, 2 sanitariuszy) – baza łóżkowa w 2 namiotach typu Alaska – 20 łóżek,
- zespół chirurgiczny – 8 osób (3 lekarzy – chirurg ogólny, chirurg ortopeda, anestezjolog; 5 pielęgniarek – 2 operacyjne, 2 anesteziologiczne i opatrunkowa) – sala operacyjna (2 stanowiska) i przedoperacyjna; sala intensywnej terapii – 4 łóżka,
- gabinet RTG – 2 osoby (lekarz radiolog, technik RTG),
- gabinet stomatologiczny – 2 osoby (lekarz stomatolog, pielęgniarka stomatologiczna),
- laboratorium analityczne – 2 osoby (2 analityków medycznych),
- laboratorium mikrobiologiczne – 1 osoba (analityk medyczny/mikrobiolog)
- apteka – 2 osoby (farmaceuta, technik farmacji),
- sekcja zabezpieczenia medycznego – 2 osoby (2 techników) [4].

W skład GZM na dzień 01.04.2011 r. (VIII zmiana PKW) wchodziło 38 osób:

- 6 polskich lekarzy (dowódca, 2 chirurgów ogólnych, radiolog, 2 lekarzy ogólnych),
- 3 ukraińskich lekarzy (chirurg ortopeda, anestezjolog, lekarz ogólny), którzy na zasadzie porozumienia stron między Ministerstwami Obrony Narodowej Polski i Ukrainy zostali powołani do służby w PKW,
- lekarz stomatolog, farmaceuta, 2 analityków medycznych, lekarz weterynarii (jako analityk medyczny/mikrobiolog w laboratorium mikrobiologicznym),
- 10 pielęgniarek (2 anesteziologiczne, 2 operacyjne, 5 opatrunkowych, stomatologiczna),
- 4 ratowników medycznych,
- podoficer sanitarny, technik RTG, technik farmacji, 2 techników zabezpieczenia medycznego,
- kierowca WEM, kierowca–sanitariusz pojazdu sanitarnego 4-nosowego,
- 3 sanitariuszy.

Strukturę organizacyjną i schemat sytuacyjny GZM w czasie VIII zmiany PKW przedstawiają ryciny 1 i 2.

W FOB Ghazni funkcjonują również dwie 4-osobowe grupy ewakuacji medycznej w WEM Rosomak (skład grupy: 2 ratowników medycznych, kierowca WEM, sanitariusz). Pełnią one służbę w strukturze dwóch kompanii piechoty zmotoryzowanej (każda kompania złożona z 4 plutonów), tworzących Zgrupowanie Bojowe ALFA. Zważywszy na to, że każdy z 8 plutonów Zgrupowania ALFA wymaga zabezpieczenia medycznego podczas patroli wykonywanych każdego dnia na różnych kierunkach, nietrudno się domyślić, że mając zaledwie 2 grupy ewakuacji medycznej na 8 pododdziałów, trzeba uprawiać swoistą zonglerkę z przerzucaniem ratowników pomiędzy pododdziałami wyjeżdżającymi poza bazę. Dlatego też, w praktyce dochodzi do „wypożyczania” ratowników medycznych pomiędzy pododdziałami realizującymi zadania w strefie operacyjnej.

W FOB Ghazni znajduje się również Narodowy Element Zaopatrywania (National Support Element – NSE), w skład którego wchodzi sekcja logistyki medycznej z lekarzem, podoficerem sanitarnym i magazynierem. Komórka ta zajmuje się zaopatrzeniem medycznym służby zdrowia PKW.

W pozostałych bazach PKW struktura organizacyjna służby zdrowia przedstawia się następująco:

1. FOB Warrior

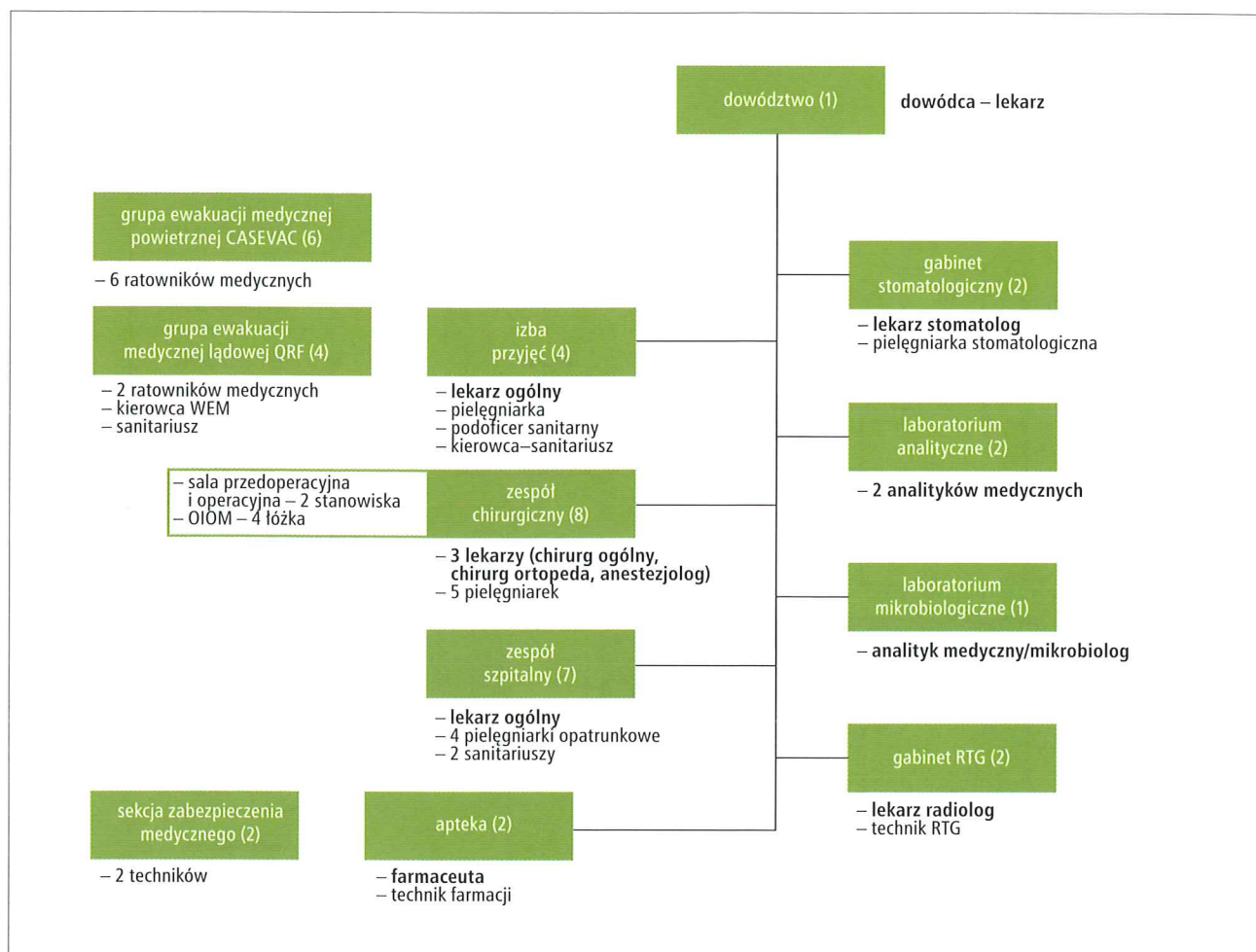
- Sekcja medyczna (poziom 1):
 - ambulatorium z izbą chorych (2 lekarzy, 2 pielęgniarki),
 - gabinet stomatologiczny (jego obsadę stanowi lekarz stomatolog GZM, który okresowo przemieszcza się z FOB Ghazni do FOB Warrior, gdzie przyjmuje pacjentów),
 - 2 grupy ewakuacji medycznej w WEM Rosomak (2 × 2 ratowników medycznych, kierowca WEM, sanitariusz),
- Zgrupowanie Bojowe BRAVO złożone z 3 kompanii piechoty zmotoryzowanej:
 - 1 grupa ewakuacji medycznej w WEM Rosomak (4 osoby),
 - 3 zespoły Police Operational Mentor and Liaison Team (POMLT),
 - 1 zespół Operational Mentor and Liaison Team (OMLT).

2. FB Giro

- punkt medyczny z ratownikiem medycznym (poziom 1),
- 1 grupa ewakuacji medycznej ze Zgrupowania Bojowego BRAVO (4 osoby),
- 1 zespół POMLT.

3. COP Qarabagh

- punkt medyczny z ratownikiem medycznym (poziom 1),
- 1 grupa ewakuacji medycznej ze Zgrupowania Bojowego BRAVO (4 osoby),
- 1 zespół POMLT,
- 1 zespół OMLT.



Rycina 1. Struktura organizacyjna Grupy Zabezpieczenia Medycznego (VIII zmiana PKW). Źródło: PKW Afganistan 2011

Figure 1. Structure of the Medical Support Group (VIII rotation PMC)

4. FB Vulcan (zgrupowanie zespołów ds. szkolenia)

- 2 lekarzy i 4 ratowników medycznych (mentorzy nadzorujący organizację i funkcjonowanie zabezpieczenia pododdziałów afgańskich),
- 2 grupy ewakuacji medycznej w WEM Rosomak (2 × 4 osoby),
- 3 zespoły POMLT,
- 2 zespoły OMLT.

5. FOB Bagram

- punkt medyczny z ratownikiem medycznym (poziom 1) utrzymującym stały kontakt z U.S. Combat Support Hospital w Bagram Air Field (poziom 3).

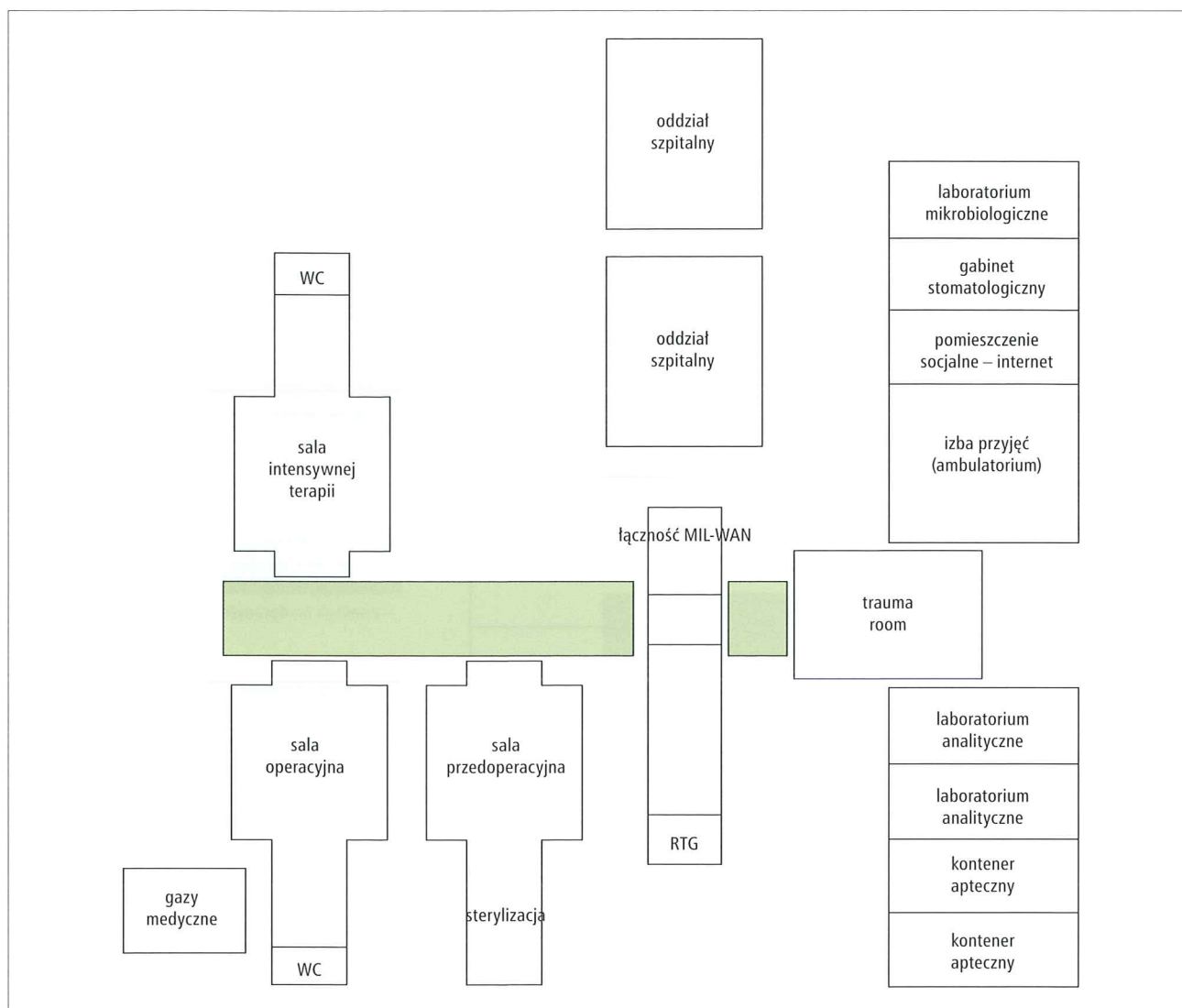
Zadania ambulatoriów/punktów medycznych (poziom 1):

- leczenie ambulatoryjne żołnierzy PKW oraz udzielanie pomocy w nagłych wypadkach,
- okresowe przeglądy stanu zdrowia żołnierzy PKW oraz szczepienia profilaktyczne zgodnie z wytycznymi,

- szkolenie specjalistyczne stanu osobowego PKW oraz niższego personelu medycznego,
- nadzór sanitarny rejonu zgrupowania,
- meldunki medyczne do szefa służby zdrowia PKW,
- organizacja ewakuacji medycznej według potrzeb,
- utrzymywanie gotowości do udziału w koalicyjnym systemie ewakuacji medycznej.

Zabezpieczenie medyczne

Podstawową zasadą funkcjonowania służby zdrowia PKW Afganistan jest stała, 24-godzinna dostępność pomocy medycznej. Każda baza PKW jest odpowiedzialna za opiekę medyczną nad swoim personelem poprzez podległe służby medyczne 1 lub 2 poziomu. Zabezpieczenie medyczne oparte jest na leczeniu etapowym z ewakuacją rannych i chorych na kolejne poziomy opieki medycznej. Na poziomie placówki medycznej poziomu 1 zapewniona jest podstawowa opieka zdrowotna,



Rycina 2. Schemat sytuacyjny Grupy Zabezpieczenia Medycznego (VIII zmiana PKW). Źródło: PKW Afganistan 2011

Figure 2. Location plan of the Medical Support Group (VIII rotation PMC)

specjalistyczna pierwsza pomoc, segregacja rannych i chorych, reanimacja i stabilizacja funkcji życiowych. Możliwości placówki powinny obejmować dodatkowo minimalną bazę łózkową oraz podstawową opiekę stomatologiczną. Personel służby zdrowia poziomu 1 powinien zapewnić dowódcy bazy doradztwo w obszarze medycyny prewencyjnej [2].

Na poziomie placówki medycznej poziomu 2 zapewniona jest podstawowa opieka zdrowotna, podstawowe zabiegi chirurgiczne ratujące życie, kończyny i wzrok. Placówka jest przygotowana do przyjmowania i segregacji rannych, resuscytacji, wyprowadzania ze wstrząsu, stabilizacji i utrzymywania podstawowych funkcji życiowych, przygotowania pacjenta do dalszej ewakuacji medycznej (powietrznej/lądowej). Placówka medyczna

poziomu 2 stanowi jednostkę zaopatrywania medycznego dla placówek poziomu 1, zabezpiecza i wzmacnia poziom 1 personelem medycznym w sytuacjach tego wymagających. Placówka medyczna poziomu 2 utrzymuje bazę łózkową, zapewniając krótkotrwałą hospitalizację rannych i chorych do czasu powrotu żołnierzy do pododdziałów lub ewakuacji na wyższy poziom opieki medycznej. W zależności od sytuacji taktycznej placówka może być wzmocniona przez siły i środki medyczne koalicjantów.

W dowództwie PKW funkcjonuje komórka Tactical and Operation Center (TOC), w skład której wchodzi oficerowie koordynujący pomoc medyczną w stanach zagrożenia zdrowia i życia, zwłaszcza, gdy jest niezbędna ewakuacja medyczna drogą lotniczą lub lądową.

W przypadkach ciężkich urazów oraz stanów wymagających leczenia wykraczającego poza możliwości lecznicze poziomu 1 lub 2, pacjent jest ewakuowany na poziom 3, którym dla personelu PKW jest U.S. Combat Support Hospital w Bagram Air Field. Na teatrze działań ewakuacja medyczna na wyższe poziomy opieki medycznej jest koordynowana przez Patient Evacuation Coordination Cell (PECC), komórkę znajdującą się w FST, zorganizowaną i kierowaną przez stronę amerykańską. Pacjent powinien być leczony stacjonarnie w placówkach służby zdrowia poziomu 1 nie dłużej niż 3 dni, na poziomie 2 nie dłużej niż 7 dni. Łącznie z pobytem na poziomie 3 czas leczenia pacjenta nie powinien przekroczyć 21 dni. Pacjent wymagający leczenia, rekonwalescencji i/lub rehabilitacji, przez okres dłuższy niż 21 dni podlega repatriacji z powodów medycznych [5]. Tak mówią procedury, jednak nieprzewidywalna sytuacja operacyjna w strefie działań wojennych powoduje, że długość leczenia pacjentów na teatrze może ulegać zmianie.

Ewakuacja medyczna (MEDEVAC)

Ewakuacja medyczna jest procesem polegającym na natychmiastowym przetransportowaniu wszystkimi dostępnymi środkami na odpowiedni poziom (1, 2 lub 3) personelu wojskowego lub cywilnego, który jest ranny lub chory [2].

Wszyscy poszkodowani muszą otrzymać pierwszą pomoc (pomoc koleżeńską) tak szybko, jak to możliwe, przy zachowaniu zasad bezpieczeństwa i ochrony. W ciągu 60 minut od momentu zdarzenia personel służby zdrowia placówki medycznej poziomu 1 powinien udzielić pomocy w zakresie resuscytacji i stabilizacji funkcji życiowych (zasada „złotej godziny”). W sytuacjach szczególnych, wynikających z uwarunkowań operacyjnych, zasada „złotej godziny” może zostać przedłużona do 120 minut, kiedy ewakuacja z miejsca zdarzenia odbywa się bezpośrednio do placówki medycznej realizującej zabiegi z zakresu chirurgii ratującej życie, z pominięciem placówki poziomu 1. Zabiegi chirurgiczne powinny być wykonywane maksymalnie do 4 godzin od momentu urazu. Ewakuacja na teatrze działań odbywa się z miejsca zdarzenia do placówek medycznych poziomu 1, 2 lub bezpośrednio na poziom 3, w zależności od wskazań medycznych, uwarunkowań operacyjnych oraz odległości do najbliższej placówki medycznej. Jeśli istnieje bezpośrednie zagrożenie życia, rannego lub chorego transportuje się drogą powietrzną przy użyciu amerykańskich śmigłowców sanitarnych Black Hawk stacjonujących w FOB Ghazni (ewakuacja w ciągu 1–4 h). Pozostali poszkodowani są transportowani drogą lądową (ewakuacja w ciągu 24 h), siłami własnymi (grupy ewakuacji medycznej, WEM Rosomak). W sytuacjach szczególnych uruchamiana jest ewakuacja medyczna drogą powietrzną Casevac, siłami i środkami PKW, bez specjalistycznego wyposażenia na pokładzie śmigłowców (śmigłowce Mi-17

z Samodzielnej Grupy Powietrznej), z wykorzystaniem doraźnie utworzonych zespołów medycznych z personelu GZM. Osobami uprawnionymi do uruchamiania procedury MEDEVAC 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 zaistniałym zdarzeniu musi być przekazana do TOC dowództwa PKW, który po przeanalizowaniu sytuacji kontaktuje się ze służbami medycznymi i siłami powietrznymi oraz podejmuje decyzję, jaki środek transportu zostanie użyty do ewakuacji medycznej (powietrzny, lądowy) oraz z której bazy zostaną użyte środki transportu [2,3,6].

Dziewięciopunktowy formularz używany podczas wzywania MEDEVAC zawiera następujące informacje:

- położenie i miejsce zdarzenia,
- częstotliwość radiowa i kryptonim radiostacji,
- ranni według priorytetu ewakuacji:
 - A – do natychmiastowej ewakuacji (w ciągu 2 h) – URGENT,
 - B – do natychmiastowej ewakuacji i pomocy chirurgicznej (w ciągu 2 h) – URGENT SURGICAL,
 - C – ewakuacja w pierwszej kolejności (w ciągu 4 h) – PRIORITY,
 - D – działanie standardowe (w ciągu 24 h) – ROUTINE,
 - E – dla wygody rannego – CONVENIENCE.
- potrzebne specjalistyczne wyposażenie:
 - A – brak potrzeb w tym zakresie,
 - B – wyciągarka,
 - C – sprzęt do wydobywania osób z wraków,
 - D – respirator.
- liczba pacjentów:
 - L – pacjentów na noszach,
 - A – pacjentów poruszających się o własnych siłach.
- 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).
- oznaczenie miejsca zdarzenia:
 - A – panele foliowe (jaki kolor?),
 - B – rakietnica (jaki kolor?),
 - C – dym (jaki kolor?),
 - D – bez oznaczenia,
 - E – inne.
- narodowość i status pacjentów:
 - A – żołnierz USA,
 - B – żołnierz innej narodowości,
 - C – cywil USA,
 - D – cywil innej narodowości,
 - E – jeńiec wojenny.

- skażenie bronią masowego rażenia:

N – jądrowa,
B – biologiczna,
C – chemiczna,
D – inna.

MEDEVAC drogą powietrzną jest ogłaszany w przypadkach, kiedy istnieje bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia oraz kiedy nie jest możliwe przeprowadzenie ewakuacji medycznej drogą lądową. Z kolei pacjenci mogą być ewakuowani drogą lądową m.in. wtedy, gdy zdarzenie miało miejsce blisko lokalizacji placówki medycznej poziomu 2, a droga lądowa będzie krótsza niż lotnicza. Ewakuacja chorych i rannych drogą lądową do placówek medycznych poziomu 1 lub 2 należy do obowiązków grup ewakuacji medycznej i powinna być przeprowadzona ich środkami transportu (WEM Rosomak).

Istnieją 4 kategorie pierwszeństwa ewakuacji medycznej pacjentów:

- MEDEVAC pilny (URGENT, URGENT SURGICAL) – ewakuacja nie później niż w ciągu 2 godzin w celu ratowania życia, zachowania kończyn, wzroku, zapobiegania powikłaniom ciężkich chorób, zagrożenia powstania kalectwa (oparzenia >20% powierzchni ciała, wstrząs niepoddający się leczeniu, przedłużająca się utrata przytomności, niewydolność krążeniowo-oddechowa, otwarte rany klatki piersiowej, trudne do powstrzymania krwotoki, narastające niedokrwienie kończyn),
- MEDEVAC na zasadach pierwszeństwa (PRIORITY) – ewakuacja chorych i rannych wymagających natychmiastowej pomocy, nie później niż w ciągu 4 godzin w celu niedopuszczenia do pogorszenia się stanu zdrowia (zamknięte rany klatki piersiowej, oparzenia rąk, stóp, złamania kości),
- MEDEVAC rutynowy (ROUTINE) – ewakuacja w ciągu 24 godzin pacjentów, których stan nie ulega widocznemu pogorszeniu (pacjenci psychiatryczni, rany otwarte bez zaburzeń oddechowych),
- MEDEVAC odroczony (CONVENIENCE) – ewakuacja w ciągu 72 godzin dla zachowania lepszego komfortu pacjentów.

Strategiczna ewakuacja medyczna (STRATEVAC)

Strategiczna ewakuacja medyczna personelu PKW Afganistan do Polski 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.

Rodzaje strategicznej ewakuacji medycznej:

- diagnostyczna – brak możliwości diagnostycznych na teatrze działań, a opóźnienie może spowodować nieodwracalne lub groźne skutki zdrowotne,
- ze wskazań leczniczych – brak możliwości prowadzenia leczenia na teatrze działań,
- zdrowotna – w wyniku odniesionych obrażeń lub choroby żołnierz nie jest w stanie wykonywać obowiązków służbowych.

Strategiczna ewakuacja medyczna odbywa się na dwóch poziomach:

- poziom jednoetapowy – transport z rejonu misji prowadzony przez polskie siły powietrzne z Bagram Air Field do Polski (do placówki medycznej poziomu 4),
- poziom dwuetapowy – transport z rejonu działania misji do Ramstein (amerykańska baza wojskowa w Niemczech z placówką medyczną poziomu 4 – Landstuhl Regional Medical Center) prowadzony przez US Air Force; następnie transport z Niemiec do Polski prowadzony siłami i środkami narodowymi.

Transport rannego lub chorego personelu PKW Afganistan z Niemiec odbywa się do Polski drogą lotniczą lub lądową. W przypadku pacjentów w ciężkim stanie, z 13. Pułku Lotnictwa Transportowego z Krakowa startuje CASA 295M/AN-26 z zespołem medycznym na pokładzie (z 10. Brygady Logistycznej) w składzie: lekarz, pielęgniarka anestezjologiczna i sanitariusz. Zespół wyposażony jest 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, ewakuacja odbywa się drogą lądową pojazdami sanitarnymi, które utrzymywane są w stałej gotowości do wyjazdu w 2. batalionie dowodzenia Śląskiego Okręgu Wojskowego we Wrocławiu, w batalionie zabezpieczenia garnizonu Warszawa oraz w 1. Wojskowym Szpitalu Polowym w Bydgoszczy.

Straty masowe (MASCAL)

MASCAL (Mass Casualty) czyli straty masowe, są to sytuacje, w których liczba napływających pacjentów znacznie przewyższa możliwości udzielenia pomocy przez służbę zdrowia placówki medycznej. Niezbędna jest wówczas segregacja rannych i/lub chorych, która polega na podzieleniu pacjentów według rodzaju i wielkości doznanych obrażeń warunkujących możliwość przeżycia oraz ustanowieniu pierwszeństwa w leczeniu i/lub ewakuacji tak, aby pomoc medyczną otrzymała jak największa liczba poszkodowanych [7].

Kategorie pomocy:

- pomoc minimalna – potrzeba udzielenia pomocy w niewielkim zakresie, natychmiastowy powrót



Rycina 3. Grupa Zabezpieczenia Medycznego (VII zmiana PKW). Źródło: PKW Afganistan 2010

Figure 3. Medical Support Group (VII rotation PMC)

do służby po jej otrzymaniu (powierzchnowe rany, stłuczenia, skręcenia, częściowe oparzenia nieprzekraczające 20% powierzchni ciała),

- pomoc natychmiastowa – konieczna pomoc ratująca życie, kończyny i wzrok (niedrożność dróg oddechowych, zaburzenia krążenia i oddychania, masywne krwotoki zewnętrzne, rany klatki piersiowej, oparzenia II° i III° twarzy, szyi i miednicy, poważne urazy gałek ocznych),
- pomoc odroczone – pacjenci, którzy po otrzymaniu pierwszej pomocy mogą bez większego narażenia zdrowia czekać na dalsze leczenie (otwarte rany klatki piersiowej, inne rany otwarte, złamania, oparzenia II° i III° inne niż twarzy, szyi i miednicy),
- wyczekujący pomocy – pacjenci z poważnymi obrażeniami, którym tylko skomplikowane i długie leczenie może uratować życie (poważne obrażenia głowy, oparzenia powierzchni ciała >85%, niewydolność krążeniowa i oddechowa).

Każda baza wojskowa PKW Afganistan zobowiązana jest do opracowania własnego planu działania na wypadek strat masowych. Szczegóły planów powinny być opracowane indywidualnie w zależności od możliwości bazy i ilości personelu medycznego.

Przygotowując się do przyjęcia strat masowych należy:

- wyznaczyć drużyny: koordynująca, segregacji, lecznicza, noszowa (personel niemedyczny), ewakuacyjna (w WEM), skażeń,
- koordynować z innymi komórkami użycie samochodów niemedycznych do transportu,
- wyznaczyć plac segregacji:
 - dla każdej kategorii pomocy wyznaczyć oddzielny rejon,
 - określić ruch pacjentów między rejonami,
 - oznaczyć każdy rejon tak, aby był on rozpoznawalny przez drużyny noszowe: w ciągu dnia – drewniane tabliczki z czarnymi początkowymi literami kategorii pomocy (M, N, O, W). W przypadku współpracy międzynarodowej (U.S. Forces) można używać skrótów: M – Minimal, I – Immediate, D – Delayed, E – Expectans; w nocy – światła chemiczne: zielone dla minimalnych zabiegów, czerwone dla pomocy natychmiastowej, żółte dla pomocy odroczonej, niebieskie dla wyczekujących. Personel biorący udział w przyjęciu strat masowych:
 - oficer MASCAL – lekarz wiodący,
 - podoficer MASCAL – ratownik wiodący,
 - oficer segregacji – dentysta/lekarz,



Rycina 4. Trauma Room Grupy Zabezpieczenia Medycznego (VIII zmiana PKW). Źródło: PKW Afganistan 2010

Figure 4. Trauma Room of the Medical Support Group (VIII rotation PMC)

- podoficer segregacji – starszy ratownik medyczny,
 - drużyna leczniczo-ewakuacyjna – pielęgniarz/ ratownik/ sanitariusz,
 - rejony segregacji:
 - natychmiastowy: starszy ratownik, 2 ratowników, 2 sanitariuszy,
 - odroczone: starszy ratownik, 2 ratowników, 2 sanitariuszy,
 - rutynowy: 1 lub 2 ratowników i/lub sanitariuszy,
 - wyczekujący: ratownik i/lub sanitariusz, kapelan,
 - drużyny noszowe (personel niemedyczny): 20–30 osób (4 osoby do noszy).
- Procedury podczas przyjęcia strat masowych:
- ruch pacjentów odbywa się z pojazdów do rejonów segregacji i namiotów leczniczych,
 - drużyny ewakuacyjne czekają na sygnał personelu MEDEVAC lub kierowcy pojazdu, aby odebrać poszkodowanego,
 - 4-osobowa drużyna odbiera poszkodowanego z pojazdu i przenosi go do rejonu segregacji,
 - po przeniesieniu pacjenta drużyna wraca na miejsce i czeka na odbiór następnego poszkodowanego,
 - do rejonu segregacji jako pierwsi powinni napływać wymagający pomocy natychmiastowej,
 - należy wyznaczyć jedną osobę, aby monitorowała napływ chorych do namiotów leczniczych (do 4 pacjentów jednocześnie),
 - do przemieszczenia poszkodowanych z rejonów segregacji do namiotów leczniczych wyznacza się 1–2 drużyny noszowe,
 - wymagający natychmiastowej pomocy powinni jako pierwsi się znaleźć w namiotach leczniczych,
 - wszyscy inni pacjenci powinni być kierowani do odpowiadających im rejonów segregacji,
 - spośród pacjentów wymagających minimalnej pomocy wyznacza się łączników i osoby do drużyn noszowych,
 - personel medyczny powinien nosić na lewym ramieniu opaski z czerwonym krzyżem, personel niemedyczny białe opaski z napisem oznaczającym ich czynności,

- dla pacjentów skażonych wyznacza się plac zabiegów sanitarnych, tak aby nie przecinały się drogi napływu poszkodowanych,
- na placu zabiegów sanitarnych udziela się również pierwszej pomocy,
- ponowna segregacja osób skażonych odbywa się na placu wstępnej segregacji,
- poza zasięgiem placu segregacji wyznacza się miejsce zbiórki zwłok; powinno być ono osłonięte, najlepiej za naturalną przeszkodą,
- mimo zgonu pacjenta, lekarz jest zobowiązany wypełnić jego kartę.

Śmierć personelu PKW Afganistan

W przypadku śmierci żołnierzy lub pracowników cywilnych PKW na terenie Afganistanu Wydział Służby Zdrowia PKW 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 Żandarmerię Wojskową, które powinno się odbyć niezwłocznie po zaistniałym incydencie, zwłoki powinny pozostać na miejscu zdarzenia. Dopiero po tym dochodzeniu mogą one zostać przewiezione do chłodni w GZM w FOB Ghazni. Dowódca GZM przez podległy personel jest odpowiedzialny za dokonanie oględzin zwłok (na wniosek i przy udziale prokuratora), ustalenie przyczyny śmierci, wystawienie karty zgonu i świadectwa wojskowo-lekarskiego oraz przygotowanie zwłok do transportu do kraju. Transport odbywa się narodowym lub koalicyjnym transportem lotniczym. W przypadku transportu koalicyjnego ewakuacja zwłok odbywa się do bazy U.S. Forces w Ramstein (Niemcy), gdzie zostają one przełożone do polskiego pojemnika transportowego i przewiezione do kraju w obecności przybyłego z Polski inspektora sanitarnego jednego z Wojskowych Ośrodków Medycyny Prewencyjnej [8].

Sprawozdawczość medyczna

W określonym dla PKW systemie meldunkowym, przygotowuje się cotygodniowy (od soboty do piątku) Medyczny Meldunek Tygodniowy oraz Medyczne Sprawozdanie Miesięczne do 5. dnia następnego miesiąca (dane o liczbie leczonych pacjentów, liczbie i rodzaju chorób i obrażeń ciała, skierowaniach pacjentów na poziom 3 w celu leczenia i diagnostyki, liczbie zgonów, liczbie ewakuacji medycznych do kraju, liczbie oczekujących na ewakuację itd.). Personel ambulatoriów w FOB Ghazni i FOB Warrior opracowuje tygodniowe meldunki EPINATO (meldunki monitorujące liczbę i rodzaj chorób i obrażeń ciała wśród żołnierzy kontyngentu, opracowane zgodnie z dokumentem standaryzacyjnym NATO – STANAG 2235), które przesyła do szefa służby zdrowia PKW do godziny 12.00 w każdą sobotę za

okres sprawozdawczy (ubiegły tydzień ujęty do piątku do godz. 0.00). Prócz ww. meldunków przygotowywane są wstawki medyczne do prezentacji:

- do meldunku *video teleconference* dowódcy PSZ – tygodniowe (za ubiegły tydzień do niedzieli do godz. 17.00 za okres sprawozdawczy od wtorku do poniedziałku z dołączonym EPINATO) i miesięczne (do 6. dnia następnego miesiąca za poprzedni miesiąc),
- do dyżurnej służby operacyjnej PSZ – tygodniowe (od poniedziałku do poniedziałku na godz. 14.00 do godz. 15.00 za poprzedni tydzień) i miesięczne (do 5. dnia następnego miesiąca za poprzedni miesiąc),
- do Battle Update Briefing – codziennie do TOC do godz. 19.00 [5,7,9].

Zaopatrzenie medyczne

Zaopatrzenie w środki materiałowe służby zdrowia (leki, szczepionki, odczynniki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny) znajduje się w odpowiedzialności narodowej i jest realizowane w przyjętym dla całego PKW systemie zaopatrywania: kraj (10. Brygada Logistyczna w Opolu) – PKW (NSE w FOB Ghazni). Ciągłość zaopatrywania służby zdrowia PKW zapewnia Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej w Celestynowie. Tak więc zaopatrzenie w medyczne środki materiałowe realizuje sekcja medyczna NSE PKW Afganistan, dla której oddziałem gospodarczym jest 10. Brygada Logistyczna w Opolu. Kontyngent przemieszczony w rejon operacji wojskowej powinien posiadać zapasy środków materiałowych służby zdrowia na okres 30 dni. Kolejne miesiące i lata obecności PKW na teatrze działań wymagają ciągłości dostaw z kraju. Gospodarka materiałowa powinna być prowadzona zgodnie z obowiązującymi w PKW przepisami, uwzględniającymi uproszczony system rozchodu leków i materiałów medycznych [10].

Zaopatrzenie w sprzęt i materiały medyczne poszczególnych placówek medycznych PKW Afganistan odbywa się na podstawie asygnat sporządzonych przez sekcję medyczną NSE w FOB Ghazni. Odbiorca podpisuje asygnaty, zostawia sobie jeden egzemplarz, pozostałe przesyła z powrotem do NSE w FOB Ghazni. Lekarze ambulatoriów FOB Ghazni i Warrior zobowiązani są do prowadzenia ksiąg mienia, w których księgują przyjęty sprzęt. Leki narkotyczne i psychotropowe przechowywane są w metalowych, zamkniętych skrzyniach, do których dostęp ma jedynie lekarz. Rozchód leków narkotycznych i psychotropowych prowadzi się tabletkami i ampułkami w oddzielnym zarejestrowanym zeszycie lub książce rozchodu leków narkotycznych i odurzających. Wydane pacjentowi leki ewidencjonuje się w książce przyjęć ambulatorium. Sekcja medyczna NSE, wydając leki do poszczególnych placówek medycznych, sporządza na nie protokół zużycia. Przyjmowanie na stan oraz rozchód narkotyków musi być każdorazowo odnotowywane

w specjalnie do tego założonej książce. Zapotrzebowanie na leki i materiały medyczne składa się do dowódcy NSE, jednocześnie przysyłając dokument do wiadomości do szefa służby zdrowia PKW. Każde wyjęcie sprzętu lub materiałów z zestawu wymaga wcześniejszego uzyskania zgody oddziału gospodarczego, tj. 10. Brygady Logistycznej w Opolu. Użytkownik sporządza raport wytwórczości, na podstawie którego sprzęt lub materiały medyczne mogą zostać rozkompletowane i występuje do 10. Brygady Logistycznej o nadanie indeksu materiałowego, jeżeli elementy z rozkompletowanego zestawu go nie posiadają. Wydawanie indywidualnego wyposażenia medycznego dla każdego żołnierza/pracownika cywilnego PKW Afganistan odbywa się w punkcie medycznym w FOB Bagram (indywidualny zestaw autostrykawek z morfiną, indywidualny pakiet przeciwichemiczny, opatrunek osobisty, QuickLot i opaska uciskowa). Wracając do Polski po zakończeniu misji, zdaje się indywidualne wyposażenie medyczne ratownikowi medycznemu w tym samym punkcie medycznym w FOB Bagram. Każde użycie morfiny z indywidualnego wyposażenia medycznego w trakcie służby w PKW należy ująć w meldunku skierowanym do dowódcy NSE, podając miejsce i okoliczności użycia.

Zaopatrzenie w leki, odczynniki oraz pozostałe środki materiałowe jednorazowego użytku jest jednym z największych mankamentów zabezpieczenia PKW Afganistan. Wynika to z priorytetów zaopatrzenia na teatrze działań (pierwszeństwo dostaw ma uzbrojenie, sprzęt i części zamienne) oraz przepisów krajowych o zaopatrzeniu medycznym (w warunkach pokojowych), dostosowanych w sposób nieadekwatny do operacji wojskowej w Afganistanie, która jest strefą działań wojennych.

Poniżej przedstawiono drogę, jaką pokonuje dokument zapotrzebowania na leki, odczynniki i inne środki materiałowe służby zdrowia, a następnie dokument – protokół zużycia środków materiałowych pomiędzy PKW Afganistan a krajem:

1. GZM PKW Afganistan – zapotrzebowanie środków materiałowych służby zdrowia.
2. NSE PKW Afganistan.
3. 10. Brygada Logistyczna Opole.
4. WOFiTM Celestynów – przetarg (procedura do 3 mies.) – zakup środków.
5. 10. Brygada Logistyczna Opole (odbior środków, których obrót odbywa się dwutorowo: w pionie finansowym i materiałowym; przygotowanie specyfikacji w wersji elektronicznej i papierowej, zapakowanie na palety) – przerzut w rejon PKW.
6. Bagram PKW Afganistan.
7. NSE PKW Afganistan (sprawdzenie specyfikacji; protokół przyjęcia, przesłany w wersji elektronicznej i po zeskanowaniu w wersji papierowej do 10. Brygady Logistycznej Opole).
8. 10. Brygada Logistyczna Opole (potwierdzenie przyjęcia środków w NSE).

9. NSE PKW Afganistan (przyjęcie środków na stan – książki w wersji elektronicznej i papierowej – podwójna ewidencja: w sekcji logistyki medycznej i w magazynie NSE; wydanie środków asygnatą do GZM).

10. GZM PKW Afganistan – przyjęcie środków na stan.

11. GZM PKW Afganistan (protokół zużycia środków materiałowych, który jest przysyłany do NSE).

12. NSE PKW Afganistan (przesłanie protokołu zużycia do 10. Brygady Logistycznej Opole).

13. 10. Brygada Logistyczna Opole (ściągnięcie z ewidencji środków i przesłanie potwierdzenia do NSE).

14. NSE PKW Afganistan (ściągnięcie środków z ewidencji).

Przyjęcie i ściągnięcie z ewidencji jednej pozycji środka materiałowego jednorazowego użytku w NSE PKW Afganistan (np. leku o działaniu przeciwbólowym w tabletkach, pochodzącego tylko od jednego producenta) zajmuje ok. 30 minut:

1. Przyjęcie środków na książkę w wersji elektronicznej i papierowej.
2. Asygnata przekazania do GZM PKW Afganistan w wersji elektronicznej i papierowej.
3. Protokół zużycia środków w GZM PKW Afganistan.
4. Wciągnięcie protokołu zużycia w wersji elektronicznej do dokumentacji w NSE.
5. Potwierdzenie zużycia środków do 10. Brygady Logistycznej Opole.
6. Po **zatwierdzeniu potwierdzenia** zużycia środków w 10. Brygadzie Logistycznej Opole, ściągnięcie środków z książki ewidencji w wersji elektronicznej i papierowej (magazyn medyczny NSE ma książki w wersji elektronicznej i papierowej oraz karty magazynowe; sekcja logistyki medycznej NSE ma również książki w wersji elektronicznej i papierowej).

Szybkość znalezienia się środków materiałowych służby zdrowia na teatrze działań oscyluje w granicach 5–6 miesięcy. Do 3 miesięcy trwa procedura przetargowa w WOFiTM Celestynów, co najmniej miesiąc upływa na ewidencji i transporcie środków z WOFiTM Celestynów przez 10. Brygadę Logistyczną Opole do Bagram w PKW Afganistan. I ostatni etap na teatrze działań: pomiędzy Bagram, NSE i GZM w PKW Afganistan, chociaż brzmi to nieprawdopodobnie, trwa ok. miesiąca (NSE i GZM znajdujące się w jednej bazie, FOB Ghazni dzieli dystans ok. 1 km). Przy tak rozbudowanej biurokracji, jaka panuje w zaopatrzeniu w środki materiałowe służby zdrowia PKW trudno jest mówić o prawidłowym i optymalnym zabezpieczeniu medycznym żołnierzy pełniących służbę poza granicami państwa. Wyjściem z sytuacji mogłoby być opracowanie katalogu leków, odczynników, szczepionek i innych środków materiałowych jednorazowego użytku dostępnych w ramach zaopatrzenia narodowego (środki do natychmiastowego przetransportowania w rejon działań, bez marnowania czasu na organizowanie przetargów).

Istotne również byłoby wprowadzenie wojennego systemu zaopatrywania w środki materiałowe jednorazowego użytku według zasady: środek materiałowy służby zdrowia dostarczony w strefę działań wojennych podlega automatycznemu rozchodowi (w przypadku jego niewykorzystania i przeterminowania zostaje on zniesiony z ewidencji i protokolarnie zniszczony). W ten sposób można by zapobiec np. fikcyjnemu rozpisywaniu przeterminowanych leków w książce przyjęć ambulatoryjnych w rejonie misji, które w skuteczny sposób zamazuje obraz rzeczywistej zachorowalności i urazowości żołnierzy.

Zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne

Zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne w strefie odpowiedzialności PKW jest realizowane przez personel pododdziałów medycznych w oparciu o zapisy i ustalenia opracowania ISAF Medical Handbook oraz o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa krajowego. Za kierowanie ww. przedsięwzięciami odpowiedzialny jest szef służby zdrowia PKW oraz w jego imieniu zastępca szefa służby zdrowia PKW – szef zabezpieczenia epidemiologicznego. Do jego obowiązków należy m.in.:

- nadzór nad wdrożeniem niezbędnej profilaktyki zdrowotnej wynikającej z lokalnych zagrożeń epidemiologicznych oraz prowadzenie działalności szkoleniowej w wyżej wymienionym zakresie,
- monitorowanie sytuacji epidemiologicznej i stanu zdrowia żołnierzy PKW,
- zbieranie danych epidemiologicznych potrzebnych do wykonania meldunków oraz dokonania analizy sytuacji epidemiologicznej przez szefa służby zdrowia PKW,
- doradzanie i wspieranie szefa służby zdrowia PKW w problemach dotyczących zabezpieczenia sanitarno-higienicznego i przeciwepidemicznego.

Wyznaczony personel pododdziałów medycznych w poszczególnych bazach wojskowych PKW jest odpowiedzialny za zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne m.in. w zakresie:

- kontroli sanitarno-higienicznej żywności i żywienia,
- kontroli usuwania odpadów i nieczystości,
- kontroli warunków sanitarnych zakwaterowania,
- kontroli występowania niebezpiecznych zwierząt na terenie bazy wojskowej,
- kontroli odkażania wody (chlorowanie), realizowanej przez personel wydzielony z komórek poszczególnych baz,
- wykonywania badania fizykochemicznego i mikrobiologicznego wody (FOB Ghazni), nadzorowania czyszczenia zbiorników wodnych i pojazdów–cystern transportujących wodę,
- wprowadzania w życie wytycznych zapobiegających powstawaniu chorób zakaźnych i pasożytniczych, ze szczególnym uwzględnieniem zatruc pokarmowych,

- prowadzenia dochodzenia epidemiologicznego w przypadku wystąpienia zatruc pokarmowych,
- prowadzenia sprawozdawczości z przeprowadzonych kontroli na terenie bazy wojskowej.

Zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne rejonów zakwaterowania, żywienia i służby/pracy w strefie odpowiedzialności PKW pozostaje w ścisłej kooperacji z przedstawicielami medycyny prewencyjnej U.S. Forces. Wszelkie uwagi dotyczące złych warunków sanitarnych zakwaterowania, higieny żywienia czy zagrożeń epidemiologicznych należy zgłaszać przez szefa służby zdrowia PKW i polskich oficerów łącznikowych w Bagram do szefa Preventive Medicine lub szefa służby zdrowia CJTF 82. W razie niepomyślnej sytuacji epidemiologicznej istnieje możliwość uruchomienia z kraju Zespołu Reagowania Epidemiologicznego, po zgłoszeniu takiej potrzeby w Dowództwie Operacyjnym Sił Zbrojnych. W wojskowej służbie zdrowia nie ma wypracowanych procedur dotyczących rozpoznania epidemiologicznego rejonów operacji z udziałem polskich żołnierzy, opartej na wywiadzie medycznym (*medical intelligence*) oraz ośrodka analitycznym, wychodzącym poza ogólne informacje dostępne w internecie. Tak więc, zabezpieczenie sanitarno-higieniczne i przeciwepidemiczne PKW sprowadza się do kontroli sanitarno-epidemiologicznej miejsc stacjonowania żołnierzy, stosowania profilaktyki zdrowotnej oraz reagowania epidemiologicznego, np. w przypadku wystąpienia epidemii chorób zakaźnych.

Piśmiennictwo

1. Sztab Generalny WP. Rozkaz Nr Z-887/Org/DOSZ Szefa Sztabu Generalnego WP z dnia 15.10.2010 r. w sprawie nadania szczegółowego zakresu działania Polskiemu Kontyngentowi Wojskowemu w Islamskiej Republice Afganistanu (VIII zmiana)
2. Załącznik Nr 10 do Planu udziału VIII zmiany PKW Afganistan w operacji ISAF Nr 11 981/10 (PL) – Koncepcja zabezpieczenia medycznego
3. Załącznik Nr 25 do Rozkazu Dowódcy PKW nr Z-72/10 z dnia 28.10.2010 r. – Zabezpieczenie medyczne
4. Etat VIII zmiany PKW Afganistan nr ZS 0420
5. Szczegółowy zakres działania Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Islamskiej Republice Afganistanu (VIII zmiana)
6. Stałe Procedury Operacyjne (SPO 940) Służby Zdrowia Polskich Sił Zadaniowych
7. Dowództwo Operacyjne SZ RP. Plan udziału VIII zmiany PKW Afganistan w operacji międzynarodowych sił wsparcia bezpieczeństwa Nr 11 981/10 (PL)7.
8. Załącznik Nr 11 do Planu udziału VIII zmiany PKW Afganistan w operacji ISAF Nr 11 981/10 (PL) – Procedury ewakuacji medycznej personelu PKW w przypadkach szczególnych (losowych) oraz transportu zwłok do kraju
9. PKW Afganistan. Rozkaz Nr Z-72/10 Dowódcy Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Islamskiej Republice Afganistanu z dnia 28.10.2010 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania VIII zmiany Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Islamskiej Republice Afganistanu
10. Rozkaz Szefa SGWP nr 98/Log./IW/SZ z dnia 29 stycznia 2008 r. w sprawie zasad prowadzenia gospodarki materiałowo-technicznej w Polskich Kontyngentach Wojskowych poza granicami kraju