

Adam OLSZEWSKI
Katarzyna GNIADK-OLEJNICZAK
Grzegorz MOTRYCZ
Karolina J. HELNARSKA

SYSTEM MEDYCZNY PKW ISAF. ANALIZA OKREŚLANIA PRIORYTETÓW ŚRODKÓW ZARADCZYCH

Słowa kluczowe: *ISAF, ewakuacja medyczna, szpital polowy, zabezpieczenie medyczne, IED, PKW ISAF.*

STRESZCZENIE

W latach 2002–2014 w Afganistanie, państwie śródlądowym położonym w Azji Południowej w strefie klimatu podzwrotnikowego suchego o wybitnych cechach kontynentalnych, stacjonowali żołnierze Polskiego Kontyngentu Wojskowego (PKW ISAF). W początkowym okresie (marzec 2002 – kwiecień 2007) w ramach misji Enduring Freedom w bazie Bagram, w której uczestniczył 100-osobowy kontyngent składający się głównie z żołnierzy wojsk inżynieryjnych, logistyków i operatorów GROM, a od 25 kwietnia 2007 r. już w ramach I zmiany PKW Afganistan (ISAF).

W kulminacyjnym momencie zaangażowania na teatrze operacyjnym w składzie PKW ISAF znajdowało się m.in.: 21 plutonów (w tym: 18 plutonów zmotoryzowanych, 2 plutony rozpoznawcze i 1 pluton ochrony PRT), Samodzielna Grupa Powietrzno-Szturmowa, Task Force 49 i Task Force 50 – elitarne jednostki przeznaczone do prowadzenia działań specjalnych, 8 Operacyjnych Zespołów Doradczo-Łącznikowych POMLT (Police Operational Mentoring and Liaison Team) zajmujących się szkoleniem policji, 5 Operacyjnych Zespołów Doradczo-Łącznikowych OMLT (Operational Mentoring and Liaisoning Team) odpowiedzialny za wyszkolenie wojska,

Zespół Odbudowy Prowincji PRT (Provincial Reconstruction Team) oraz CIMIC. Ponadto w polskim podporządkowaniu znajdowało się ok. 800 żołnierzy Stanów Zjednoczonych¹.

W pracy przedstawiono działalność PKW w Afganistanie, strukturę służby zdrowia PKW, zabezpieczenie medyczne operacji wojskowej oraz zagrożenia zdrowotne występujące w rejonie stacjonowania polskich żołnierzy.

Wstęp

Analizując ostatnio zakończone operacje wojskowe, możemy stwierdzić, iż działania zbrojne realizowane są rzadko w ujęciu konwencjonalnym, a znacznie częściej w charakterze konfrontacji z przeciwnikiem o charakterze asymetrycznym nacechowanym poziomem nieregularności i nieprzewidywalności. Ich cechą wspólną jest mniejsze lub większe (w zależności od intensyfikacji działań oraz asymetrycznego charakteru) zróżnicowanie stopnia zagrożenia czynnika ludzkiego.

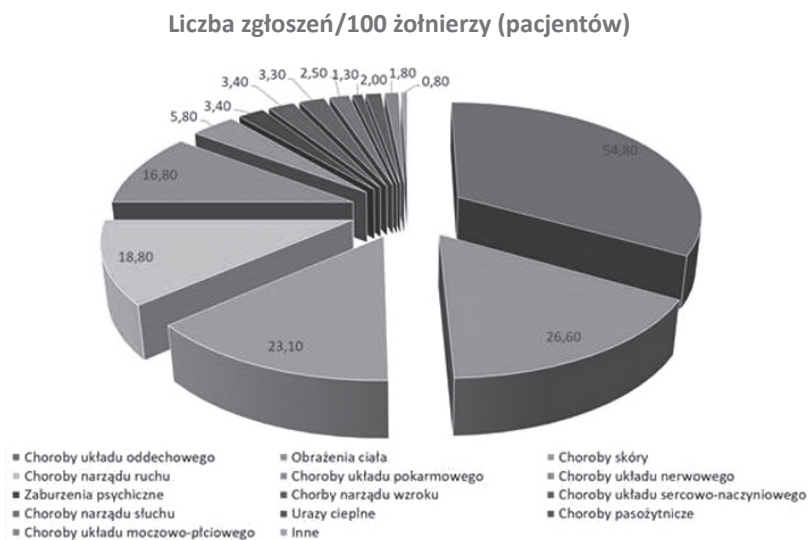
Ilość oraz rodzaj strat osobowych zależy oczywiście od wielu czynników. Począwszy od charakteru konfliktu zbrojnego czy też rodzaju działań poprzez zastosowanie określonego rodzaju broni, stosunku sił walczących, miejsca w ugrupowaniu, warunków klimatycznych i terenowych, kończąc na doświadczeniu bojowym i wyszkoleniu samych żołnierzy.

Działania polegające na minimalizowaniu strat potencjału ludzkiego wojsk własnych realizuje się w postaci procedur zabezpieczenia medycznego, których istota sprowadza się do zapewnienia skutecznej pomocy medycznej na polu walki oraz leczeniu w warunkach operacyjnych.

Śmiertelność w działaniach bojowych

Profil zachorowań obserwowany wśród żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie (PKW ISAF) z roku 2010 został przedstawiony na rysunku 1. Poszczególne kategorie chorób zgłaszane przez żołnierzy w innych latach były na podobnym poziomie. Średnio w ciągu roku w szpitalu polowym z powodów doznanych obrażeń ciała hospitalizowano ok. 26% żołnierzy.

¹ <http://archiwum2019.mon.gov.pl/aktualnosci/arttykul/najnowsze/2014-12-27-misja-isaf-podsumowanie/> [dostęp: 28.08.2016].



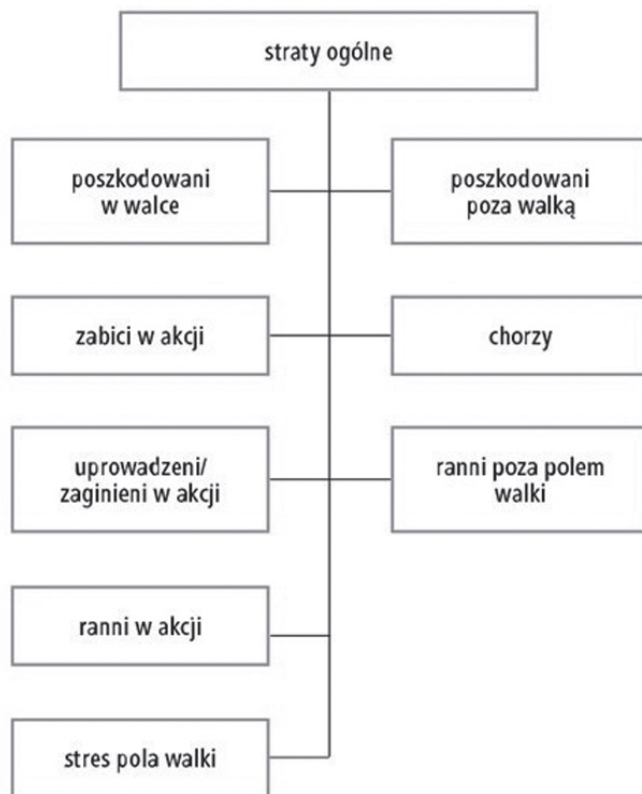
Rys. 1. Występowanie chorób i obrażeń ciała wśród żołnierzy PKW ISAF w 2010 r.

Źródło: Korzeniewski K., Pieniuta S., Prokop E., Goryszewska G., *Analiza zachorowań żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie*, Family Medicine & Primary Care Review, Vol. 14, No. 3, 2012, s. 380–382.

Źródło: K. Korzeniewski, A. Nitsch-Osuch, M. Konarski, Guzek A., Prokop E., Bieniuk K., *Prevalence of Acute Respiratory Tract Diseases Among Soldiers Deployed for Military Operations in Iraq and Afghanistan*, red. Pokorski M., Neurobiology of Respiration vol 788, Springer Dordrecht Heidelberg New York London, 2013, s. 117–124.

Straty sanitarne (ogólne) charakteryzować się będą wielkością, strukturą i dynamiką powstawania. Wymienione cechy strat sanitarnych zależą będą m.in. od czynnika rażenia².

² M. Skalski, M. Dóczyński, J. Wojsa, A. Wegner, A. Jankowski, *Zabezpieczenie 2 poziomu pomocy medycznej – ocena możliwości służby zdrowia szczebla taktycznego*. „Lekarz Wojskowy”, 2012, nr 4, s. 396–402.



Rys. 2. Struktura strat ogólnych

Źródło: M. Skalski, M. Dóczyński, J. Wojsa, A. Wegner, A. Jankowski, *Zabezpieczenie 2 poziomu pomocy medycznej – ocena możliwości służby zdrowia szczebla taktycznego*, „Lekarz Wojskowy”, 2012, nr 4, s. 396–402.

Podczas działań operacyjnych Polskiego Kontyngentu Wojskowego PKW ISAF, życie straciło 45 żołnierzy i pracowników wojska: 4 oficerów, 39 podoficerów, 2 pracowników cywilnych. W tabeli 1 przedstawiono zestawienia zgonów w kontekście zmian PKW ISAF.

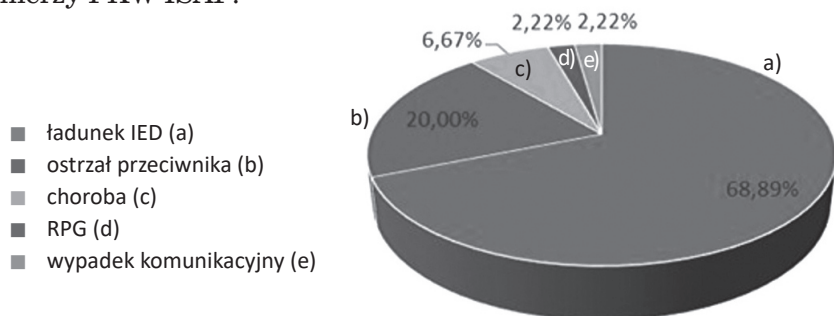
Tabela 1.

Charakter strat osobowych PKW ISAW

Numer zmiany PKW	Początek zmiany	Koniec zmiany	Stan osobowy	Liczba poszkodowanych	Liczba ciężko rannych	Liczba poległych
I	25.04.2007	31.10.2007	1200	36	11	2
II	31.10.2007	15.05.2008	1200	26	9	3
III	15.05.2008	30.10.2008	1500	21	7	4
IV	30.10.2008	29.04.2009	1600	42	11	1
V	29.04.2009	26.10.2009	2000	112	76	6
VI	26.10.2009	20.04.2010	2000	96	26	2
VII	27.04.2010	28.10.2010	2600	143	108	6
VIII	28.10.2010	20.04.2011	2600	48	27	2
IX	20.04.2011	26.10.2011	2600	125	25	5
X	26.10.2011	18.04.2012	2500	68	11	7
XI	18.04.2012	24.10.2012	2500	53	20	0
XII	24.10.2012	08.05.2013	1800	49	15	3
XIII	08.05.2013	26.11.2013	1600	44	14	3
XIV	26.11.2013	05.06.2014	1000	3	1	0
XV	25.04.2007	31.10.2007	360	3	0	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych M. Wojtkowski, M. Waśko, K. Kwiatkowski, *Straty ogólne i sanitarne Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie*, Lekarz Wojskowy, 2019, 97 (1) s. 35–40.

Na podstawie zestawienia dokonanego przez pracowników Wojskowego Instytutu Medycznego, na rysunku 3 przedstawiono strukturę strat osobowych żołnierzy PKW ISAF.



Rys. 3. Charakterystyka strat osobowych PKW ISAF w Afganistanie w latach 2001–2015 ze względu na przyczynę.

Źródło: opracowanie własne.

IED to najczęściej różnej długości rura metalowa, wypełniona ładunkiem wybuchowym i zapalnikiem, z obu końców zaślepiona, chociaż może być to również rura betonowa, czajnik, samowar, plastikowa beczka, kanister czy drewniana skrzynka. Dostępne są również improwizowane miny typu Claymore, które działają jak miny kierunkowe, używane nie tylko jako miny przeciwpiechotne, ale wykorzystywane jako skuteczny środek do niszczenia pojazdów – ten rodzaj zagrożenia był odpowiedzialny za ok. 69% wszystkich przyczyn zgonów w Afganistanie, co zostało przedstawione na rysunku 3. To one decydowały o sposobie i rodzaju udzielonej pomocy medycznej.

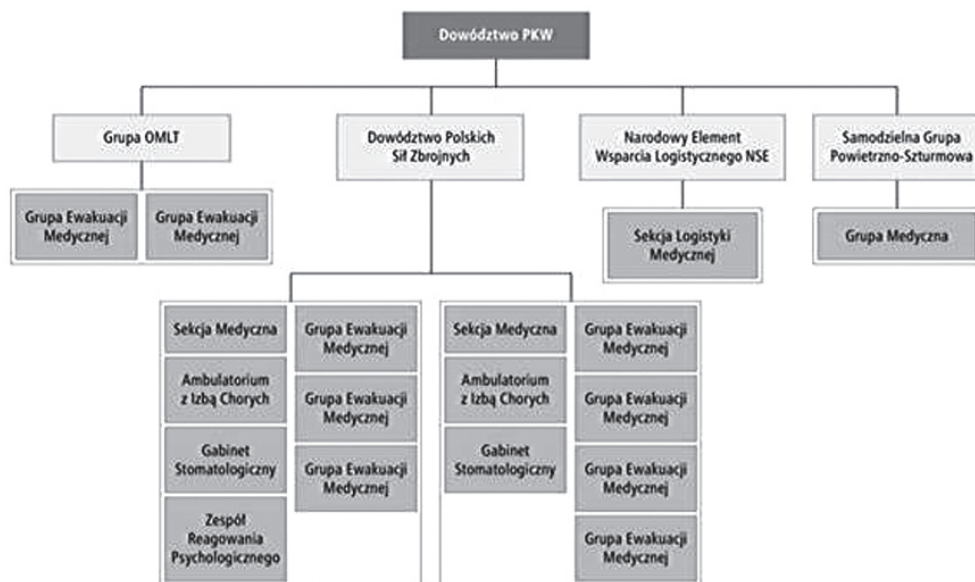
Struktura zabezpieczenia medycznego PKW ISAF

Organizacja zabezpieczenia medycznego, począwszy od poziomu drugiego, może być w operacjach wielonarodowych zadaniem skomplikowanym, wymagającym wcześniejszych uzgodnień, opracowania i uzgodnienia wielu procedur oraz wspólnego szkolenia. Wojskowy szpital polowy, określane jako Grupa Zabezpieczenia Medycznego (GZM), funkcjonujący w strukturach Polskiego Kontyngentu Wojskowego (PKW) w Islamskiej Republice Afganistanu zgodnie z zawartym porozumieniem i we współdziałaniu ze stroną amerykańską, zobowiązany był do realizacji zadań dedykowanych dla drugiego poziomu ewakuacji medycznej.

Po raz pierwszy polski wojskowy szpital polowy rozpoczął ograniczoną działalność podczas IV zmiany PKW w ramach misji ISAF (ang. International Security Assistance Forces) w roku 2010. Dopiero jednak w lipcu 2011 r., podczas IX zmiany PKW, polski wojskowy szpital polowy rozpoczął w pełni samodzielną działalność, w tym w zakresie udzielania pomocy poszkodowanym z urazem wielonarządowym i masywnym krwotokiem, w oparciu o własny potencjał. Do tego czasu udzielanie pomocy poszkodowanym odbywało się zazwyczaj w wojskowej jednostce medycznej armii USA noszącej nazwę wysuniętego zespołu chirurgicznego (ang. Forward Surgical Team), zlokalizowanej podobnie jak GZM w bazie wojskowej w Ghazni³.

Baza Ghazni, w której zlokalizowany był polski wojskowy szpital polowy, położona była w trudnych warunkach środowiskowych na wysokości ok. 2180 m n.p.m., a zatem zgodnie z przyjętą klasyfikacją wysokości na wysokości pośredniej (1500–2500 m.n.p.m.), co warunkowało w istotnym

³ A. Olszewski. *Terapia świeżą krwią pełną w wojskowym szpitalu polowym*. Valetudinaria – *Postępy medycyny klinicznej i wojskowej*, 2011, 16(2), s. 5–10.



Rys. 4. Struktura organizacyjna służby zdrowia Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie

Źródło: Opracowanie własne.

zakresie okres adaptacji oraz wydolności psychofizycznej⁴. Lokalizacja baz wojskowych warunkowała także sposób organizacji zabezpieczenia medycznego. Ze względu na słabo rozwiniętą infrastrukturę drogową oraz trudne górskie warunki terenowe, podstawowym środkiem ewakuacji medycznej i transportu poszkodowanych były środki transportu powietrznego, na teatrze działań oparte przede wszystkim o śmigłowce, głównie z systemu ewakuacyjnego USA.

PKW Afganistan i działające w jego ramach Polskie Siły Zadaniowe nie dysponowały własnymi środkami i systemem ewakuacji powietrznej na teatrze działań. Będące na wyposażeniu PSZ śmigłowce Mi-8 mogły być wykorzystane do ewakuacji poszkodowanych w ramach tzw. Procedury CASEVAC (ang. Casualty Evacuation) a nie MEDEVAC (ang. Medical Evacuation).

⁴ K. Mizera, W. Pilis., *Trening wytrzymałościowy w zmiennych warunkach klimatycznych*, „Medicina Sportiva Practica”, 2009, 10 (1), s. 8–17.



Rys. 5. Helikopter UH-60 Black Hawk podczas ewakuacji medycznej w Garmsir, w prowincji Helmand

Źródło: Zdjęcie Korpusu Piechoty Morskiej USA, kpr. Bryan Nygaard)
<https://www.flickr.com/photos/40927340@N03/6779807860> [dostęp: 10.04.2020].



Rys. 6. Śmigłowiec Mi-8 wersja medyczna

Źródło: Zdjęcie 25bkpow.wp.mil.pl
www.defence24.pl/wielozadaniowy-czyli-jaki [dostęp: 30.03.2018].

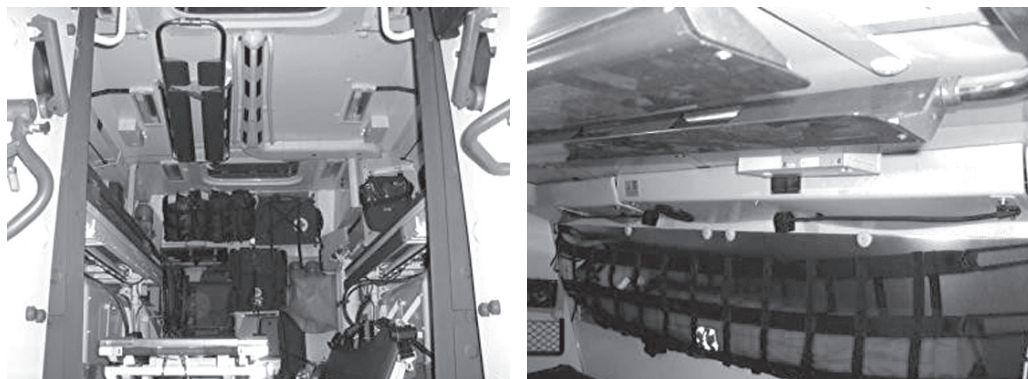
System lądowej ewakuacji medycznej i zabezpieczenia medycznego pododdziałów bojowych oparty był głównie na Wozach Ewakuacji Medycznej Rosomak, które zostały wprowadzone do służby w 2008 r. Wóz Ewakuacji Medycznej Rosomak-WEM miał umożliwiać podczas misji pokojowych udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej obejmującej resuscytację i stabilizację czynności życiowych w rejonach zagrożenia. Załogę wozu stanowi 4 żołnierzy: dowódca wozu – podoficer sanitarny (ratownik medyczny), 2 sanitariuszy oraz kierowca – mechanik.



Rys. 7. AMV Rosomak w Afganistanie, Baza Ghazni, 2010

Źródło: (<http://www.toro-model.com.pl/pliki/35d37e.htm> [dostęp 30.03.2018]).

Przedział sanitarny Wozu Ewakuacji Medycznej Rosomak został zaprojektowany z zachowaniem zasad bezpieczeństwa i ergonomii. Wyposażono go w szereg urządzeń i zabezpieczeń polepszających komfort: składane siedziska boczne, system hydraulicznego opuszczania i podnoszenia górnych noszy, dodatkowe oświetlenie punktowe, szereg uchwytów i mocowań sprzętu medycznego.



Rys. 8. Miejsce zamontowania elementów zabudowy

Źródło: Archiwum autora (Fot. G. Motrycz).

Początkowo, do chwili osiągnięcia własnej zdolności operacyjnej przez polski szpital polowy, zabezpieczenie medyczne PKW Afganistan oparte było na leczeniu etapowym z ewakuacją rannych i chorych na kolejne poziomy opieki medycznej. Zakładano realizację zabezpieczenia medycznego poziomu 1 w oparciu o własne pododdziały medyczne, natomiast zabezpieczenie medyczne poziomu 2 po rozwinięciu szpitala polowego należało realizować odpowiedzialnością narodową w oparciu o zawarte porozumienie ze stroną amerykańską⁵.

Poziom 1, leżący w odpowiedzialności narodowej, realizowano w oparciu o istniejące amerykańskie punkty medyczne, w bazach, w których nie było struktur polskiej wojskowej służby zdrowia lub realizowano w oparciu o personel sekcji medycznych oraz grup ewakuacji medycznej w ścisłej współpracy z zespołami amerykańskimi w bazach z rozwiniętą polską wojskową służbą zdrowia jak Fire Operating Base (FOB) w Ghazni lub Warrior, bazie Vulcan lub też w oparciu o ratowników grup ewakuacyjnych w innych bazach, w których nie było lekarza. Poziom 2 realizowano początkowo jedynie przez amerykańskie placówki medyczne – Wysunięte Zespoły Chirurgiczne – Forward Surgical Teams (FSTs) np. w FOB Ghazni, do czasu rozwinięcia i uruchomienia polskiego szpitala polowego (GZM). Ostatecznie, zgodnie z polsko-amerykańskim porozumieniem, utworzono wraz z FST poziom 2

⁵ Technical Arrangement between Headquarters United States of America Central Command and Headquarters Polish Operational Command regarding the provision of Role IIE Medical Support at FOB Ghazni. Ghazni, Afghanistan, 2010, Section 7: 7.4.

poszerzony (2 Enhanced). Poziom 3 realizowany był przez amerykański szpital wojskowy w Bagram (Combat Support Hospital – CSH). Początkowo zakładano udzielanie pomocy medycznej w Ghazni w ścisłej współpracy z amerykańskimi służbami medycznymi (FST) i w oparciu o infrastrukturę FST. Zakładano, że jedynie przyjęcia ambulatoryjne wykonywane będą rozdzielnie, natomiast wspólne działania przewidywano w przypadkach przyjęcia poszkodowanych oraz w przypadku strat masowych (Mass Casualties – MASCAL). W postępowaniu z pacjentami zakładano stosowanie poniższych zasad:

- w przypadku pacjenta narodowości polskiej – decyzje dotyczące leczenia, wsparcia ze strony amerykańskiego FST oraz ewakuacji miał podejmować Dowódca GZM lub lekarz polski będący na dyżurze;
- w przypadku pacjenta narodowości amerykańskiej – decyzje miał podejmować lekarz FST będący na dyżurze lub Dowódca FST;
- w przypadku pacjenta innej narodowości – decyzje miał podejmować lekarz będący jako „pierwszy” na dyżurze (stand by) i miał powiadamiać o swych decyzjach swojego przełożonego narodowego;
- zakładano, aby tzw. dyżury (stand by) „pierwszego” lekarza określać naprzemiennie z zespołu polskiego i amerykańskiego;
- zakładano utrzymywanie w gotowości co najmniej dwóch zespołów chirurgicznych, gotowych do wykonywania zabiegów;
- zakładano, aby do ewakuacji środkami US kierować się procedurami US Army, a w szczególności US CENTCOM frago „Policy 14, Medical Rulet of Egebility (MROE) for RC East” z dn. 29 lipca 2009 r wydane przez CJTF 82 CG.

Brak wcześniejszego wspólnego szkolenia personelu polskiego i amerykańskiego, różnice sprzętowe, różnice w stosowanych produktach leczniczych (niektóre niedostępne na rynku polskim np. 3% NaCl), różnice w procedurach (np. Walking Blood Bank, stosowanie urządzeń do masowych transfuzji jak LEVEL 1, BELMONT 2000) oraz problemy z komunikacją w języku angielskim stwarzały szereg problemów we wspólnym działaniu i utrudniały pełną interoperacyjność.

Po utworzeniu w listopadzie 2008 roku w ramach PKW Afganistan Polskich Sił Zadaniowych Task Force White Eagle, zwiększeniu się liczebności PKW do liczby ok. 2600 żołnierzy i przejęciu odpowiedzialności za strefę działań w Prowincji Ghazni, infrastruktura FST okazała się niewystarczająca. Bezwzględnie koniecznym stało się pilne uruchomienie polskiego szpitala polowego poziomu drugiego.

Ewakuacja medyczna wewnątrz teatru działań odbywała się z miejsca zdarzenia do placówek poziomów 1, 2 lub bezpośrednio do poziomu 3 w zależności od wskazań medycznych oraz odległości od najbliższych placówek medycznych (Medical Treatment Facility – MTF). Ewakuację medyczną wewnątrz teatru działań prowadzono zgodnie ze Standardowymi Procedurami Operacyjnymi (SOP) określonymi dla operacji ISAF. Zgodnie z tymi procedurami do ewakuacji medycznej MEDAVAC kwalifikowano:

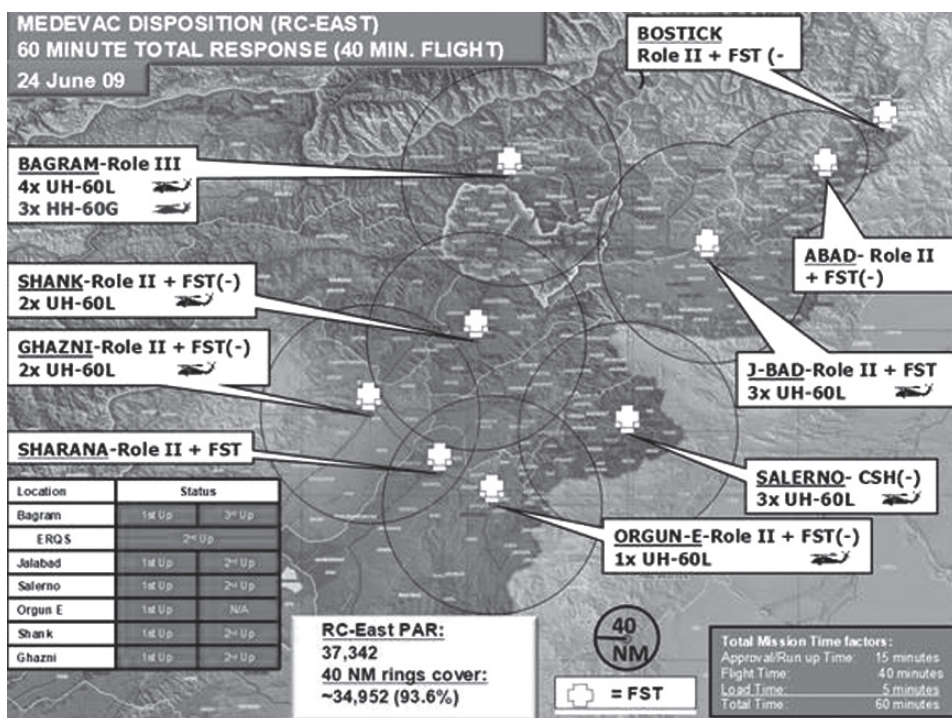
- każdą osobę (z wyjątkiem ludności miejscowej), która wymaga szybkiego leczenia w celu uratowania życia, kończyn lub wzroku;
- każdą osobę, która uległa zranieniu w wyniku działania wojsk koalicji, przy czym leczenie ludności miejscowej zależne było od dostępności łóżek szpitalnych.

Ewakuację medyczną realizowano:

- MEDEVAC drogą powietrzną wyposażoną w 2 śmigłowce sanitarne – USA (FOB Ghazni) z uwzględnieniem zasady tzw. „złotej godziny” (15 min. – czas gotowości i start śmigłowca + 20 min lotu x 2 + 5 min na podjęcie pacjenta), a CASEVAC polskim śmigłowcem, z czasem gotowości 30 min. Zasięg i środki ewakuacji medycznej (MEDEVAC) ISAF drogą powietrzną na teatrze działań (stan na rok 2009) przedstawia rys. 9.
- MEDEVAC drogą lądową z wykorzystaniem pojazdów Rosomak (WEM) zlokalizowanych w FOB Ghazni-2, Fire Base (FB) Four Courners-1, FOB Warrior-5, Combat Operating Base (COP) Qurabagh – 1, FB Vulcan – 1 a następnie w innych bazach jak FB Qarabach.

Zakończenie

Działania bojowe w ostatnim czasie mocno podkreśliły znaczenie systemu ewakuacji MEDEVAC. Ofiary w ludziach, jakie poniosły siły zbrojne w misjach, gruntownie zmieniły przedmiotowe podejście do żołnierza. Technika wojskowa, choćby nie wiadomo jak zaawansowana, nie zastąpi na obecnym etapie rozwoju cywilizacyjnego człowieka. Jak wynika z powyższego, ratownictwo i ewakuacja medyczna, które obok wspomnianego Medevac funkcjonują w systemach SAR (Search and Rescue czy też Combat SAR), przy wykorzystaniu odpowiednio przygotowanej infrastruktury, sprzętu (w zależności od potrzeb) oraz personelu techniczno-medycznego (lekarze, ratownicy medyczni) odgrywają szczególnie istotną rolę w zapewnieniu



Rys. 9. Zasięg i środki MEDEVAC ISAF drogą powietrzną na teatrze działań (stan na rok 2009).

Źródło: Archiwum autora.

sprawnego funkcjonowania wojsk na obszarze kraju i poza jego granicami. Znajomość problematyki dotyczącej ewakuacji medycznej, jej ogromnego znaczenia i potencjału pozwoli dowódcom różnych szczebli na efektywną ochronę dowodzonych przez siebie stanów osobowych. Koniecznością zatem wydaje się niezwłoczne ujęcie powyższej problematyki w ogólnym systemie szkolenia wojsk na wszystkich poziomach edukacji w kontekście właściwego przygotowania pododdziałów do umiejętnego radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia oraz wyrobienia nawyków współpracy i współdziałania przy podejmowaniu akcji o charakterze ratunkowym.

Bibliografia

Literatura:

1. Korzeniewski K., Pieniuta S., Nowak B., et al.: *Zadania i struktura organizacyjna służby zdrowia Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie*, „Lekarz Wojskowy”, 2011, 89, s. 364–375.
2. Korzeniewski K., Pieniuta S., Prokop E., Goryszewska G., *Analiza zachorowań żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012, vol. 14, nr 3.
3. Korzeniewski K., Nitsch-Osuch A., Konarski M., Guzek A., Prokop E., Bieniuk K., *Prevalence of Acute Respiratory Tract Diseases Among Soldiers Deployed for Military Operations in Iraq and Afghanistan*, red. M Pokorski., *Neurobiology of Respiration*, Springer Dordrecht Heidelberg, New York, London 2013.
4. Mizera K., Pilis, W. *Trening wytrzymałościowy w zmiennych warunkach klimatycznych*, „Medicina Sportiva Practica”, 2009, nr 10, vol. (1).
5. Olszewski A., *Terapia świeżą krwią pełną w wojskowym szpitalu polowym. Valetudinaria* *Postępy medycyny klinicznej i wojskowej*, 2011, nr 16, vol. (2).
6. Pieniuta S., Korzeniewski K., Gregulski R., Olszewski A., *Hospitalizations of Polish soldiers deployed to Afghanistan for International Security Assistance Force operation*, „Lekarz Wojskowy”, 2014, t. 92, nr 1.
7. Skalski M., Dójczyński M., Wojsa J., Wegner, A., Jankowski A., *Zabezpieczenie 2 poziomu pomocy medycznej – ocena możliwości służby zdrowia szczebla taktycznego*, „Lekarz Wojskowy”, 2012, nr 4, s. 396–402.
8. Wojtkowski M., Waśko M., Kwiatkowski K., *Straty ogólne i sanitarne Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie*, „Lekarz Wojskowy”, 2019, 97 (1), s. 35–40.

Źródła internetowe:

1. <http://archiwum2019.mon.gov.pl/aktualnosci/artikul/najnowsze/2014-12-27-misja-isaf-podsumowanie/> [dostęp: 28.08.2016].
2. <https://www.flickr.com/photos/40927340@N03/6779807860> [dostęp: 10.04.2020].
3. www.defence24.pl/wielozadaniowy-czyli-jaki [dostęp: 30.03.2018]
4. <http://www.toro-model.com.pl/pliki/35d37e.htm> [dostęp 30.03.2018].

Akty prawne:

1. Technical Arrangement between Headquarters United States of America Central Command and Headquarters Polish Operational Command regarding the provision of Role IIE Medical Support at FOB Ghazni, Afghanistan, 2010, Section 7: 7.4.

PKW ISAF MEDICAL SYSTEM. ANALYSIS FOR DETERMINING PRIORITIES OF REMEDIES

Keywords: *ISAF, medical evacuation, field hospital, medical protection, PKW.*

SUMMARY

Between 2002 and 2014, in Afghanistan, a landlocked country in South Asia in a subtropical dry climate zone with outstanding continental features, soldiers from the Polish Military Contingency Force (PKW ISAF) were stationed.

During the initial period (March 2002 – April 2007, within the framework of the Enduring freedom mission to the Bagram base, which was attended by a 100-member quota consisting mainly of civil engineering troops, logics and grave operators, and already in the Polish Military Contingency Force (ISAF) change since 25 April 2007.

At the time of its engagement at the operational theater, there were m.in.: 21 plutonium in the composition of the PKW ISAF (including: 18 motor vehicle platforms, 2 exploratory platoon and 1 PRT security platoon), Self-employed Air-Shurkowa Group, Task force 49 and Task force 50 – elite individuals for special activities, 8 operational POMLT (Operational Police Mentoring and prison Team) for police training, 5 OMLT (Operational MLT and Liaisoning Team) operational advisory and liaison teams responsible for military training, the Provincial Reconstruction Team (PRT) and CIMIC. In addition, there were some 800 US soldiers in Poland's subordination

The work presents the activities of the PKW in Afghanistan, the PKW health structure, medical security of military operations and health threats in the area of stationing Polish soldiers.

Adam Olszewski – płk. lek, absolwent Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej, lekarz chorób wewnętrznych, specjalista transfuzjologii klinicznej, aktualnie Dyrektora Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, lekarz Kliniki Rehabilitacji Wojskowego Instytutu Medycznego. Członek Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, członek Krajowej Rady ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, członek Zespołu Doradczego ds. Transfuzjologii NATO, autor lub współautor publikacji w czasopismach naukowych krajowych jak „Lekarz Wojskowy”, „Journal of Transfusion Medicine”, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, „Valetudinaria-Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej” oraz w zagranicznych jak „International Maritime Medicine”. Autor publikacji i wystąpień podczas zjazdów krajowych i międzynarodowych. Posiada dorobek naukowo-badawczy z dziedziny nauk o zdrowiu.

Katarzyna Gniadek-Olejniczak – Kierownik Pracowni Wojskowego Instytutu Medycznego, Centralnego Szpitala Klinicznego MON, Klinika Rehabilitacji: specjalista rehabilitacji medycznej, specjalista neurolog.

Grzegorz Motrycz – ppłk. rez. dr inż., adiunkt w Zakładzie Mechaniki i Techniki Uzbrojenia, Politechniki Warszawskiej. Posiada bogate doświadczenie w realizacji prac badawczo-rozwojowych, badawczych z dziedziny bezpieczeństwa i obronności państwa.

Karolina Julia Helnarska – dr hab. profesor uczelni w Katedrze Nauk o Bezpieczeństwie, Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie. Posiada dorobek naukowo-badawczy z dziedziny bezpieczeństwa międzynarodowego.