

VÁLSÁGKEZELÉS EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSA

MAGYAR ORVOSCSOPORT AZ ÖBÖL-HÁBORÚBAN

I. RÉSZ

Svéd László¹

Az Öböl-háborút követő időszakban igen sok, elsősorban a szorosabban vett hadtudományok köréből jelentek meg írások, így az egészségügyi biztosítás kérdései, - tekintettel az igen alacsony veszteségekre -, háttérbe szorultak. Igazából néhány nyugati katoniorvosi folyóiraton kívül sehol sem jelentek meg az egészségügy öbölháborús tapasztalatairól szóló cikkek. Ezek a cikkek is inkább a háború utáni kurd menekültek iráni és törökországi egészségügyi ellátási kérdéseiről, problematikáiról szóltak, mivel az egészségügyet itt tudták sérülthöz és beteghez kapcsolni, egyszóval látványossá tenni. Természetesen az Amerikai Egyesült Államok hadseregének egészségügyi szolgálata 1992. januárjától a "The Journal of the Us. Army Medical Department" lapjain több mint 90 cikket jelentettek meg a témakörből. Ez úgy gondolom természetes is, hiszen az amerikai szárazföldi csapatok - melyet kizárólagosan támadó hadműveletre készítettek fel - alig fél év alatt - 1990. augusztusától 1991. január elejéig - 44 katonai kórházat, több mint 13.000 ágygal, több mint 23.000 fős egészségügyi személyzettel telepítettek át Európából és az Egyesült államokból tengeri és légi úton az öböl térségébe. Ezenkívül 1.800 ágy Európában, 25.000 ágy pedig az Egyesült államokban állt a sérültek rendelkezésére. Mindehhez kapcsolódott a kórházhajókon - USNS Mercy és a USNS Comfort - lévő 1.500 és a légierőnek biztosított 3.500 ágy, valamint ezen utóbbi két haderő 17.000 fős egészségügyi személyzete. Ekkora egészségügyi erőt a II. Világháború óta az Egyesült Államok nem mozgósított.

1 Dr. Svéd László orvos-vezérőrnagy a Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnöke
Egy rövidített változata megjelent az "Új Honvédségi Szemle" katonai folyóirat 1994/6. füzetében

Az előkészítés, felvonulás és a tervezés időszakában az egészségügy 30-40.000 fős veszteségre - melyből 15.000 fő halott - számolt a háború során, így az egészségügyi biztosítás megszervezése igen komoly feladatot jelentett. A tervezett veszteségek ellátására igen nagy ágy- és személyzet létszámigény volt. Ezért állt elő az a furcsa helyzet a háború előkészítése időszakának a végén, hogy a már készenlélet elért harcoló csapatok elvárt szintű egészségügyi biztosításához nem volt elegendő egészségügyi intézmény és szakember.

A háború után 3 évvel - **annak ellenére, hogy a harci cselekmények során összesen 148 fő veszítette az életét és 458 fő sebesült meg** - egy sor ismeretanyag összegyűlt, melyek szintetizálása az idő távlatából egyszerűbbnek tűnik, így véleményem szerint még mindig aktuális egy sor élmény és tapasztalatanyag közreadása, melyek engem és az általam vezetett orvoscsoportot ez alatt a sok furcsasággal teli, a történelemben és múltban "**öböl-háború**" néven beíródott harci cselekmények során érték.

A háború alatt végzett munkám során végig törekedtem arra, hogy egyre több ismeretanyag birtokába jussak. Úgy gondoltam és érzékeltem, hogy olyan lehetőségek kapujában állok, amely sokaknak nem adatott meg és lehet, hogy nem is fog. Így folyamatosan gyűjtöttem a pozitív és negatív tapasztalatokat, az általam érdekesnek és fontosnak tartott - a csoporttal nem mindig összefüggő - információkat, ismeretanyagokat is.

A legtöbb objektív és szubjektív élményanyagot a mindennapi ellátási munkában az Amerikai Hadsereg egészségügyi szolgálatával kapcsolatos együttműködés adta.

Az öbölháború egészségügyi biztosításának rendje az USA fegyveres erőinek egészségügyi biztosítási elveinek megfelelően került felépítésre. Így a Magyar Orvoscsoport alkalmazása is tulajdonképpen egy adott szervezeti és feltételrendszerben történt, melynek eredményességét az ellátott sérültek szigorúbban vett szakmai elemzésével, értékelésével lehet bemutatni.

Összességében egy, az általam eddig ismert rendtől és rendszertől eltérő katonai, katonaegészségügyi és egészségügyi ellátási rendet alkalmazás közben kellett elsajátítani, mely egyetlen magyar katonai, vagy állami tanintézet anyagában sem szerepelt. Természetesen az így szerzett

ismeretanyag keveredett a szubjektív élményekkel, a saját és a csoport tagjainak véleményével.

A rendelkezésre álló sokrétű és különböző forrású ismeretanyag alapján az időrendi sorrendet is figyelembe véve, alapvetően három jól elkülöníthető fejezetre osztható tanulmányom.

- Ezek:**
- 1./ Az előkészítés és felkészítés időszaka, feladatai és tapasztalatai.**
 - 2./ A háborús időszak.**
 - 3./ A háborúról békére való áttérés időszaka, a béke el-látás és sajátosságai.**

Nyilvánvalóan e fenti felosztás megköveteli az időrendhez és idő-pontokhoz való ragaszkodást, de elnézik majd nekem azt, hogyha egyes részeknél bővebben írok, mivel ezek a részek maradtak meg jobban, hagytak, esetenként életre szóló nyomokat.

Tanulmányomat - nagyobb terjedelme miatt - **két részben jelentetem meg. Az I. RÉSZ az 1. fejezetet, a II. RÉSZ a 2. és 3. fejezetet foglalja magába,** amely várhatóan **a folyóirat 1995/1. számában** kerül publikálásra.

I. AZ ELŐKÉSZÍTÉS ÉS FELKÉSZÍTÉS IDŐSZAKÁNAK FELADATAI ÉS TAPASZTALATAI

Ezt az időszakot két részre lehet osztani. Az *első részben* a magyar orvoscsoport kiküldése körülményeiről, az előkészítő csoport munkájának fontosságáról, valamint a felkészítésről és annak eredményességéről, a *második részben* a különböző nemzetiségű egészségügyi szervezetek felkészültségéről, kiképzettségéről és a várható feladatok előkészítettségéről kívánok áttekintést adni.

1./ A magyar orvoscsoporthoz kiküldésének körülményei, felkészítése

Ezt az időszakot és ennek értékelését azért tartom fontosnak, mivel *ilyen jellegű feladatra történő felkészítést a Magyar Honvédség, s ezen belül az egészségügyi szolgálat nem végzett, így példa értékű.*

Amikor 1990. augusztus 02-án a világ akkori negyedik legnagyobb hadserege lerohanta a kicsiny Kuwaitot, nem gondoltam, hogy a végjátéknak valaha is részese lehetek.

A Magyar Kormány igen hamar kinyilvánította szándékát a konfliktus megoldására szervezendő Nemzetközi Katonai Kolaícióban való részvételre. Ez eleinte harcoló alegységet jelentett, de az 1990. szeptemberében Székesfehérvárott tartott nyilvános katonai eskü alkalmával a **Közársasági Elnök úr már egy humanitárius küldetésű katonai részvételről beszélt, mely egyértelművé tette az egészségügyi kontingens kialakításának szervezését.**

Október elején az akkori egészségügyi szolgálat főnököt és engem, mint a Szárazföldi Csapatok egészségügyi szolgálat főnökét kért fel a Magyar Honvédség Parancsnoka arra, hogy igen szűk körben *keressük meg azt a legoptimálisabb egészségügyi szervezetet, amely várhatóan a legmodernebb harci eszközökkel és sajátos körülmények között megvívásra kerülő háborúban képes a keletkezett sérültek és betegek ellátására.*

Ez eleinte egy komplett egészségügyi zászlóalj szervezetéből bizonyos speciális szakmákkal kiegészítve (gyermekgyógyászat, nőgyógyászat, toxikológia, nagyobb teljesítményű laboratórium, duplázott infrastruktúra) képzeltük el kialakítani. **Ez a szervezet képes lett volna napi 100-120 sérült teljes szakorvosi segélyben részesítésére, fektetésére és ellátására, valamint a szükséges anyagok biztosítása mellett teljes önállósággal működni. A működtetéshez mintegy 350-400 főre és 100 db technikai eszközre lett volna szükség.**

Természetesen ez a tábori egészségügyi intézet valamelyik harcoló csapatokkal résztvevő ország csapatai szakorvosi segélyének biztosítását végezte volna el.

Amikor az amerikai elnök októberben a magyar miniszterelnök látogatása során megköszönte a magyar fél ajánlatát és nem tartott igényt a magyar egészségügyi szervezetre - elsősorban szakmai okok miatt, azaz USA állampolgárt csak az Egyesült Államokban szerzett, vagy honosított diplomával rendelkező orvos, illetve szakszemélyzet láthat el, mely elvet a háború során pont a magyar orvoscsoporthal szemben kényszerültek feladni -, valamint azt is figyelembe véve, hogy ennek az egészségügyi kontingensnek a térségbe történő kijuttatása, anyagutánpótlása, technikai kiszolgálása, összességében mindenoldalú biztosítása sok nehézséget okozott volna, **ez a fajta szervezet elvetésre került.**

Azt, hogy milyen helyesen döntöttünk, megerősítette az élet is. A posta és híradó kapcsolat tartása az otthoniakkal még a háborút követően is szinte megoldhatatlannak tűnt. A szolgálatban nem lévők ételmezői ellátása örökös gondot jelentett, végül is magunk oldottuk meg. Az általunk elvetett szervezettel résztvevő **svéd egészségügyi kontingens** összesen egy fő háborús sérültet látott el, a kiürítési rendszerből való kihagyásuk miatt.

A román egészségügyi kontingenst ugyanilyen szervezettel csak hadifogoly ellátásra alkalmazták a háború után.

Az angol hadsereg érdeklődésére ez a fajta szervezet újból előtérbe került 1990. novemberében. Azonban az angolok a saját peremvonalban lévő intézetében kívánta volna hasznosítani és alkalmazni ezt a szervezetet, amely egy angliai bázison történő kiképzést is feltételezett volna. *Ez az alkalmazási forma az idő előrehaladtával egyre inkább megvalósíthatatlannak látszott.*

A szaud-arábiai kormány a külügyminisztériumi államtitkár közlekedeti látogatása során kinyilvánította igényét a magyar egészségügyi kontingens alkalmazására, azonban a két ország között a feladatok egyeztetése, a kontaktus tartása a diplomáciai kapcsolatok hiányában igen nehézkesen alakult.

Mindezek ellenére 1990. október 24-én a kiküldetésre jelentkezőket összehívtuk, de szándékuk megerősítésén kívül az egyéb döntő paraméterek - hány főt, mikortól, hol, meddig, milyen feltételek mellett alkalmazzuk - ismeretének hiányában más nem történt.

Lehetőségeinket és a körülményeket mérlegelve végül is 1990. november elején a katonai és szakmai vezetés úgy döntött, hogy 35-40 fős orvoscsoport kiküldésével lehet reálisan számvetni.

A létszámadatot és a várható ellátási szükségletet figyelembe véve, egy már meglévő szervezetből, a szakorvosi megerősítő zászlóaljból alakítottuk ki a csoport szakmai összetételét.

Ez az alábbiak szerint alakult:

Parancsnokság állományában

- 1 fő szervező orvos ,
- 2 fő tolmács,
- 1 fő ügykezelő-rádiótávírász.

Általános sebészeti szakcsoport állományában

- 2 sebész,
- 1 szülész-nőgyógyász,
- 1 műtősnő.

Baleseti sebészeti szakcsoport állományában

- 2 baleseti sebész,
- 1 orthopéd sebész,
- 1 műtősnő.

Idegsebészeti szakcsoport állományában

- 2 idegsebész,
- 1 szájssebész,
- 1 neurológus-pszichiáter,
- 1 műtősnő.

Szemész, orr-fül-gégész szakcsoport állományában

- 1 orr-fül-gégész,
- 1 szemész,
- 1 műtősnő.

1-2. Belgyógyászati szakcsoport állományában

- 4 belgyógyász,
- 1 bőrgyógyász,
- 2 asszisztens.

1-3. Anaesthesiológiai és intenzív therápiás szakcsoport állományában

- 3 anaesthesiológus,
- 2 asszisztens.

Égési szakcsoport állományában

- 1 égési szakorvos,
- 1 sebész,
- 1 műtősnő.

Röntgen szakcsoport állományában

- 1 röntgen szakorvos,
- 1 röntgen asszisztens.

Gyógyszerész - 1 fő.

Az akkori döntésekhez tartozott az is, hogy a csoportot *háromhavonként kell váltani*, a feltételek és lehetőségek megismerésére *előkészítő csoportot* kell a térségbe küldeni.

A parancsnok is ekkor került személyemben - jelentkezésem után - kijelölésre.

Az előkészítő csoport – mely a HVKF első helyetteséből, külügyminisztériumi főosztályvezetőből, tolmácsból és személyemből állt össze – első eligazításra 1990. december 03-án került sor.

Az eligazítást az akkori közigazgatási államtitkár tartotta.

Az előkészítő csoport feladata teljesen egyértelmű volt. Információkat szerezni a helyszínen, mellyel a kormány, illetőleg az Országgyűlés döntéshozatalát segíteni tudjuk. Emellett természetesen tisztázni a küldetés humanitárius céljait, tartalmi elemeit.

Az indulásnak azonban egyetlen egy akadálya volt, és pedig a szaud-arábiai vízum hiánya, melyet több külképviseleti szervünk is szorgalmazott, de egész december hónapban nem érkezett meg, így az előkészítő csoport sem indult ki. *Közben 1990. december 19-én a Parlament megszavazta a katonai kontingens, illetve az egészségügyi csoport külföldön történő alkalmazását.*

A csoport kiutazásával és várható alkalmazásával kapcsolatosan ekkora már *két jól elkülöníthető lehetőség volt.* Az egyik az angol hadsereg valamelyik tábori intézetében, a *másik* pedig szaud-arábiai polgári, vagy katonai intézetben történő alkalmazás, csak személyi állománnyal a fogadó, illetve alkalmazó fél biztosítási rendszerében.

Az 1991-es év ilyen bizonytalanságokkal köszöntött reánk, de január 04-től nem várt gyorsasággal kezdtek el peregni az események.

A kormány szándékának végleges kinyilvánítása után másodszor is összehívásra került az önként jelentkezők csoportja. Január 07-től pedig *megkezdődött a felkészítés a még mindig teljesen ismeretlen feladatra* a Központi Honvédkórház tanácstermében.

Az előkészítő csoport kinttartózkodási idejét négy napban határozták meg. A legfontosabb feladat a hovatartozás eldöntése volt, mivel akkorra már mind az *angol*, mind a *szaudi* fél igényt tartott a csoportra. Nem volt mellékes kérdés az alárendeltségnek, illetve együttműködésnek mint jogviszonynak a tisztázása. Mindezek mellett itthonra folyamatos információt kértek a közben folyó felkészítéshez és kiválogatás elvégzéséhez.

Január 09-én reggel elindulásunkkor csak annyi volt biztos, hogy **Riyadh-ba** megyünk, de hogy ott ki vár bennünket és a megszabott határidőre hogyan érünk vissza, - lévén a repülőársaságok a BT határozatának a lejárta közeledtével beszüntették a térségbe és a térségből induló járataikat - nem tudtuk.

Január 09-én este aztán minden tisztázódott. A repülőtéren a szaudi hadsereg egészségügyi szolgálatának egy őrnagya várt bennünket, így másnap a Honvédelmi Minisztériumban a szaudi támogató parancsnokság egy tábornokával kezdtük meg a tárgyalásokat.

Január 10-én a délutáni órákra tisztázódott, hogy a *csoportunkat Dhahran-ban* a keleti-tartományban az öböl partján elhelyezkedő város *katonai kórházában kívánják alkalmazni*, melynek megtekintésére másnap január 11-re lehetőséget is kaptunk.

Mindezek mellett 10-én estére eldőlt, hogy *fogadják és örömmel látják az öbölháborúban a magyar orvoscsoportot*. Megállapodtunk, hogy a kiérkezés legkésőbbi időpontja **1990. január 14-e**. Elfogadták a csoport kvalifikációját, az ellátás és elhelyezési feltételek biztosítását. Ezzel szemben azonban nem járultak hozzá a három hónapos váltáshoz, hanem a többi nemzetközi szerződéshez hasonlóan *hat hónapos időtartamban* határozták meg a kintlételet.

Január 11-én reggel indultunk el a szaudi Királyi Légierő Lear-Jet gépével **Dhahranba**.

A város annak a három városkának az egyike, mely a keleti tartomány székhelyével **Dammann-nal** tulajdonképpen összeépülve a tartomány katonai, de főleg a légierő központja. A harmadik város **Al-Khobar** nem más, mint a légi és katonai bázist kiszolgáló, elsősorban polgári és vendégmunkások lakóhelye. A szaudi katonák és családtagjaik a légibázison lévő lakótelepen éltek.

A három városból álló komplexumból a háború során **Dhahran** neve vált ismertté. A város rendkívüli adottságai miatt *a harcoló csapatok utánpótlási bázisául és az anyagi-technikai-egészségügyi biztosítást irányító, különböző nemzetiségű logisztikai és támogató parancsnokságok székhelyéül* szolgált. Adottságait elsősorban a tengerjáró hajók fogadására alkalmas kikötőjének, hatalmas légi-bázisának, autóútjainak, autópályáinak és

nak és Szaud-Arábia egyetlen egy vasútvonala végállomásának köszön-
hette. Mindemellett optimális távolságban volt az alkalmazásra kerülő
csapatoktól.

A bázis és a város megérkezésünkkel rendkívül csendes, szinte kihalt
volt. Mindenütt elsősorban a felhalmozott olajhordók és az elképesztő
mennységben bálázott anyagi készletek tűntek fel.

A repülőtéren Ahmed el Sherbini dandártábornok fogadott bennün-
ket, aki a keleti tartomány egészségügyi intézeteinek a parancsnoka volt.
Ezután a bázison lévő Abdul-Aziz király nevét viselő 200 ágyas kórházat
tekintettük meg, *mely később a háború során és utána munkahelyünk lett.*

A kórházban akkor két nővéren kívül más nem tartózkodott. A sze-
mélyzet nélküli, *de anyagi és technikai készleteit illetően maximálisan fel-
töltött* kórház jó benyomást tett rám.

Az előkészítő csoport ezután 1991. január 13-án érkezett meg a cso-
port útbaindítási ünnepségére Budapestre a délutáni órákban.

A feltételek és a körülmények megismerése után a 39 főre tervezett
csoport *a szemész és a radiológus orvos kiválásával 37 főre olvadt.*

A 37 főből 25 férfi és 12 fő nő volt, 23 fő orvos, 11 fő egészségügyi
középkáder (5 műtősnő, 5 altatónővér, 1 fő bel-toxicológiai szakápoló),
2 fő tolmács és 1 fő ügykezelő. A 23 fő orvos 37 szakmát képviselt.

Természetesen a csoport kiérkezése után nem lehetett a felkészítést
abbahagyni, hisz ekkor már minden feltétel, lehetőség ismertté vált. Meg
kellett ismernünk azt az *adminisztrációs* rendszert, amellyel a számítógé-
pes nyilvántartási rendet a háborús időszakban is ugyanúgy ki kellett szol-
gálni, mint a béke időszakban.

Ugyanakkor még a betegellátáshoz szükséges gyógyszerek neveit is
meg kellett tanulnunk hatástanuk alapján, majd el kellett végeznünk a
különböző technikai eszközök karbantartását is, mivel háborús helyzet
miatt a garanciális szervízt végző nagy cégek már nem vállalták az utat a
térsgébe. Ez utóbbi munkánkkal középkáder állományunk nagy elismert-
ségre tett szert az arab katonai vezetők körében.

A kórház, mely a **dhahrani légibázis** közepén állt, olajtartályok, ki-futópályák, gázpalackok és "Patriot" elhárító rakéták között, 200 üres ágyával, az első szemrevételezéshez képest már öt angol, amerikai, nigériai, holland orvossal, száz-százötven Fülöp-szigeti, néhány angol, holland, svéd, ír, dán nővérrel és kiszolgáló személyzettel, tíz-tizenöt fős parancsnoki állománnyal -melybe az élelmezési főnököt is beszámoltam -, tulajdonképpen egy alig alkalmazkodott és felkészült 37 fős magyar csoporttal várta a háború kitörését. A háború első napjaiban ez a létszám kiegészült a 207. USA kiürítő kórház 3 fő orvosával és vagy 50 fő ápolójával, majd február elején 40 fő lengyel egészségügyi közép-káderrel, majd 2-3 sri-lankai és bangladesi orvossal.

A háborút megelőző napig még nem sikerült tisztázni a vészhelyzetekre történő riasztási rendszert a kórházban, és a szállodában, a munka közbeni támadás esetén történő tevékenységet, tűz esetén a teendőket, a munkabeosztást, a ki- és beszállítás rendjét, a tájékoztatási rendet, a vezetés és kapcsolattartás sorrendjét rendkívüli esetekben, az élelmezési ellátást, a szükséges védőoltások elvégzését, az antidótumok alkalmazását, valamint a személyes védelmet és ellátást segítő anyagi eszközök biztosításának módját és helyét.

2./ A szaud-arábiai egészségügyi szolgálat felkészültsége

Tulajdonképpen *a legkevesebb információval* erről a területről rendelkezünk.

Retrospektív módszerekkel, bizonyos jelekből következtetve arra a megállapításra jutottam, hogy végül is *a szaud-arábiai hadsereg egészségügyi biztosítását* teljes egészében polgári, illetve katonai kórházakra, önkéntesekre és *az amerikai hadsereg egészségügyi ellátási rendszerére* építették.

A hadszíntér egészségügyi intézeteinek vezetését egy kézben, a keleti tartomány egészségügyi intézeteinek a parancsnoka kezében összpontosították. Alárendeltségében 3 stacioner báziskórház komplexum, valamint 3 tábori kórház tartozott. A kórházak élén magasan kvalifikált orvos-parancsnokok álltak, akik egyben a parancsnok helyettesei voltak. A szakmai munkát a kórházakban az orvos-igazgató, a gazdasági feltételeket a manager-igazgató biztosította.

A kórház felszereltsége technikailag az európai átlagnak felelt meg, és semmi jel nem volt ebben a vonatkozásban arra, hogy itt tömeges sérültellátásra készüljenek. Főleg a traumatológiai ellátáshoz szükséges technikai felszerelések - a különböző méretű és az alkalmazásban modernnek számító rögzítő fixateurök hiányoztak, amelyek - mint ahogyan igazolódott is - a legmagasabb arányban keletkezett végtagsérülések ellátásához bizony nélkülözhetetlenek és kevésnek bizonyultak.

A speciális szakmák - idegsebészet, égés - technikai háttere egyáltalán nem volt biztosítva. Később pressziókra, valamint a sérülések minősége hatására jelentős előrelépés történt ezen a téren.

Az anyagi eszközök felhalmozása lenyűgöző volt. Mind gyógyszerben, mind kötöző-anyagban, folyadékban és a különböző szerek bejuttatására szolgáló eszközökben korlátlan mennyiség állt rendelkezésre. Visszont a háborús sérültek ellátásához szükséges alapvető eszközök - koponyaűr-megnyitás, végtag amputáció lefolytatása - nem voltak.

A várható egészségügyi veszteségre számvetés biztosan nem készült, mivel a halottak temetése csak a háború 17. napján merült fel mint kérdés, és szerencsére nem mint tény. A kórházak koncepcionális telepítése helyett az ad hoc módszer volt érzékelhető.

A felkészültségi hiányosságokról nem csak a szaud-arábiai egészségügyi szolgálat tehet. A koordináció kérdése elég későn merült fel, hisz a szerződés megkötése időszakában - január 10-én - *a BThatározat lejártá előtt 6 nappal még csak tervezte* a koordinációt, a gyógyító-kiürítő biztosítás lényegét meghatározó feladatok kiadását az egységes ellátási elvek kidolgozásával megbízott brit Finigen orvos ezredes. Becsületére és becsületükre legyen mondva, január 22-én - a háború 5. napján - mindezt az ellátás teljes vertikumában megtették, amelyről majd a végrehajtási időszakban szólok.

Elmondhatom, hogy szerencsére a nemzetközi egészségügyi erők személyi állományának szakmai felkészültsége, akarata, az objektumok adta kedvező munkafeltételek, az anyagi és technikai eszközök mennyiségi és minőségi aránya *a felsorolt hiányosságokat elfedte*, s feladataik végrehajtására az egészségügyi erők elszántan és kissé szorongva készen álltak.

3./ Az amerikai hadsereg egészségügyi szolgálatának felkészültsége

Amennyire *kevés és pontatlan* - gyakorta csak szubjektív benyomáson alapuló - információk álltak rendelkezésemre a szaudi egészségügyi szolgálatról, annyira *objektív és pontos* adatokat biztosított számomra az amerikai hadsereg Szaud-Arábia területén állomásozó csapatai egészségügyi szolgálatának törzse és főnöke.

Mindezeket az adatokat 1991. április 17-én bocsátották rendelkezésemre, *amikor személyes látogatást tettem a Riyadban állomásozó amerikai egészségügyi törzsnél.*

Ugyancsak segítette ismereteim bővítését január 31-én a "85" kiürítő kórház bemutatása, ahol bizonyos ellátási alapelvek is pontosításra kerültek.

Mint minden *egészségügyi biztosítás tervezésének* a kiinduló alapja, itt is a várható egészségügyi veszteség számvetés volt. **A mintegy 541 ezer fős hadseregüket alapul véve, 25 ezer fő, azaz mintegy 4,6 - 5 %-os egészségügyi veszteséggel számvetettek.**

Ehhez összesen *18.469 kórházi ágyal rendelkeztek.* Haderőnemenként a megoszlásuk *az alábbiak szerint alakult.*

Légierő	889 ágy
Szárazföldi hadsereg	13.580 ágy
Haditengerészet	3.500 ágy
Polgári bázison	500 ágy

Az ágyak megoszlását, elhelyezkedését, alkalmazási módszereit az *1-6. számú melléklet tartalmazza.*

Az egyes fegyvernemek néhány sajátosságát a következők képezték az egészségügyi biztosítás során:

a) **Légi erő**

Az egészségügyi ellátás alapját a légibázisokon, repülőtereken települt kórházak segélyhelyei biztosították.

Érdekessége volt az elhelyezkedésüknek az, hogy 50 ágyat Omán, illetve Bahrein területén biztosítottak (2.sz.melléklet).

b) **Szárazföldi hadsereg**

Az egészségügyi erők nagy része a XVIII., illetve a 7. hadtest ellátására összpontosult.

A háború kezdetére mindkét hadtest 4-4 kiürítő kórházzal rendelkezett (3.sz.melléklet). A szárazföldi hadművelet időszakára, illetve kezdetére az erők csoportosításának megfelelően a 7. hadtest részére 11., a XVIII. hadtest részére még 8 kórházat helyeztek készenlétbe.

A két hadtest érdekében 6.280 ágyat működtettek. A többi kórházi ágyat általános, tábori és kiürítő kórházakban elosztva, hadászati - öt darab -, illetve hadműveleti - tizenöt darab - érdekeknek alárendelve terveztek alkalmazni. A "hadászati" és "hadműveleti" ágyak száma 7.300 volt (4.sz.melléklet).

c) **A haditengerészet** részére 3.500 ágyat biztosítottak (5.sz.melléklet). Az ágyakból 500 a szárazföldön, a többi a már említett két kórház-hajón volt elhelyezve.

d) **A polgári, illetve nem szaud-arábiai** területen, de a térségben biztosított tartalék ágyak száma 500 volt (6.sz.melléklet).

A kórházak és egészségügyi segélyhelyek telepítésénél figyelembe vették a különböző tagozatok ellátó, illetve támogató csapatai részére kijelölt, illetve szabályzatokban rögzített távolságokat. Így:

- a zászlóaljkat ellátó segélyhelyek 10 km-re;

- a dandárokat biztosító egészségügyi erők 15-20 km-re;
- a hadosztályok érdekében működő egészségügyi csapatok 35-45 km-re;
- a hadtestek ellátására telepített kórházak 170-190 km-re;
- a hadszíntéren elhelyezett egyéb intézetek pedig az úgynevezett összeköttetési zónában a hadtestek mögött települtek.

Az általunk ismert és látott, valamint a későbbiekben munkájukról is beszámoló kórházak főbb alkalmazási jellemzői az alábbiak voltak:

a) Mozgékony katonai sebészeti kórház (MASH)

Elhelyezése, alkalmazása: hadtest

Feladat: életfunkciók megtartása, a beteg, illetve sérült továbbszállítására érdekében.

Ágyak száma: 60 db.

Mozgékonyosság: 100 %.

Száma: általában hadosztályonként egy.

b) Harci támogató kórház (CSH)

Elhelyezése, alkalmazása: hadtest

Feladata: az általános, valamint a nem sürgősségi ellátást igénylő betegek kezelése.

Ágyak száma: 200 db.

Mozgékonyosság: 50 %.

Száma: hadosztályonként és önálló dandáronként egy.

c) Kiürítő kórház (EH)

Elhelyezése, alkalmazása: hadtest

Feladata: a harcterületen belül bármilyen eredetű sérülés kórházi ellátása, állapot stabilizálása.

Ágyak száma: 400 db., melyek oszthatók és a kórház - 4 x 100 ágyas részlegekben is - alkalmazható.

Felépíthető: sátrakban vegyesen, illetve polgári kórház bázisán.

Mozgékonyága: 10-20 %.

Száma: Hadosztályonként kettő.

d) **Általános kórház (GH)**

Elhelyezése, telepítése: összeköttetési zóna.

Feladata: bármilyen eredetű sérült és beteg ellátása a hadműveleti területen.

Ágyak száma: 1.000 db.

Mozgékonyága: 10 %.

e) **Tábori kórház (FH)**

Elhelyezése, telepítése: hadtest, összeköttetési zóna.

Feladata: időleges csapatösszevonások kórházi ellátásának biztosítása.

Ágyak száma: 400 db.

Mozgékonyága: 30 %-os.

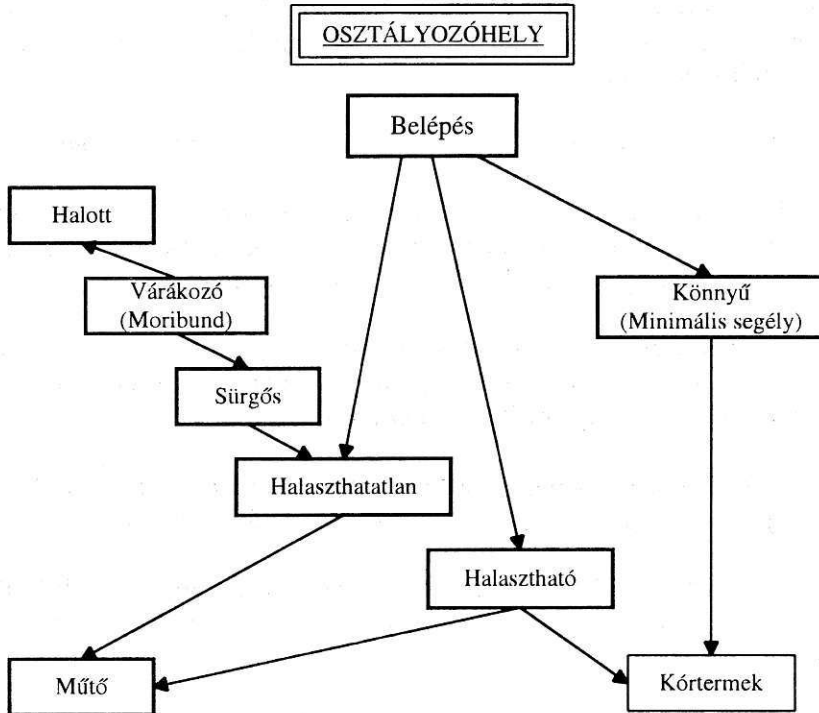
Az általam közelebbről is megismert, tábori körülmények között működő 85.számú kiürítő kórházat 1990. október elején kezdték telepíteni az USA-ból való közvetlen átszállítással. A teljes alkalmazási készenlétet december 04-ére érte el.

A háború kitöréséig naponta 120-140 fő járóbeteget láttak el és mintegy 230 beteget operáltak meg.

A 400 ágy helyett csak 160-at telepítettek, valószínűleg a személyzet feltöltetlensége miatt. A háború előtt, majd alatt a kórház személyzete 360 fő, ebből 35 fő volt az orvos.

A telepítési rend *nem sokban tért el a mieinktől*, de szigorúbban ragaszkodik az osztályozási alapelvekhez.

Ezeket az elveket sikerült tisztázni a háború első napjaiban. Az eddigi ismereteinkhez képest az eltérést, a racionalitás jelentette. Így a telepítésnél az alábbi szempontok szerint teremtették meg a feltételeket:



A fenti elvek alapján a telepített funkcionális részlegek mellett jobbról a parancsnokság, balról a járóbeteg részleg helyezkedett el.

A funkcionális részleggel szemben az ellátó, pihenő és kiszolgáló részlegeket telepítették. Az egészségügyi szaktechnikai javító részleget a gyógyító részlegek mellé helyezték el.

A sátrakban befúvásos rendszerű légkondicionálás működött.

A műtőkonténerek *alapterülete a mienkkel megegyezett*, azonban a racionálisabb elrendezés miatt - nincs bent a sterilizálás és a bemosakodás, műszertartók nincsenek - tágasabbnak tündek.

A háború előtt az egészségügyi biztosítást meghatározó elvet, az úgynevezett "*kiürítési politikát*" nem ismertük.

Retrospektíve azonban megállapítható, hogy az úgynevezett "*rövid kiürítési politikát*" alkalmazták. Ezt az igénybe vehető és telepíthető kórházi ágyszám, az utánpótlási nehézségek - honi bázisok távolsága, személyzet nagyságrendje - valamint az eredetileg is rövid időre tervezett háború indokolták.

Röviden összegezve a "*kiürítési politika*" következőket **jelenti**:

1./ **A közvetlen gyógyítással foglalkozók részére** az a maximális idő, mialatt a kórházi személyzet befejezheti a szükséges kezelést a beteg szolgálatképessége helyreállításához a hadszíntéren.

2./ **Az egészségügyi biztosítást (támogatást) tervezők részére** segítséget nyújt a hadszíntéren szükséges ágyak megtervezéséhez, melyek a kiürítési politika függvényében alakíthatók.

3./ **A nem egészségügyi hadtápszolgálatok részére** egy tervezhető segítséget jelent az egészségügyi rendszer kötelező támogatásához.

4./ **A légi erő számára** pontos tervezést jelent a teljes légi kiürítésre, beleértve a hadszíntéren belüli, illetve az azon kívüli betegszállítókat.

5./ **Az egészségügyet szervezők és vezetők részre** egy irányítási rendszert jelent, amivel megpróbál egyensúlyt tartani a kezelés, ellátás és a harcászati követelmények között, mégpedig úgy, hogy az egészségügyi ellátást a beteg előnyére alakítja az elérhető források maximálisan gazdaságos felhasználása mellett.

A kiürítési elveket az alábbi tényezők befolyásolják:

1./ *A hadműveletek természete, ideje, nagyságrendje, alkalmazott fegyverfajta típusa, környezet,*

2./ *A betegek száma és típusa,*

3./ *Kiürítési eszközök,*

4./ *Feltöltési lehetőségek,*

5./ *A hadszíntéren belüli források elérhetősége.*

A kiürítési politika befolyást gyakorol az egészségügyi szolgálat támogatási követelményeire.

A kiürítés időtartama az alábbi fontos kérdéseket veti fel és határozza meg:

1./ **A kiürítési idő hosszúsága, illetve rövidege** hatással van az egészségügyi ellátó létesítmények számára és típusára a harci övezetben, az összeköttetési zónában és a hátszág területén.

a./ *A rövid kiürítési politika* több harci zónai és kevesebb általános kórházat jelent az összeköttetési zónában, míg a hosszú kiürítési politikánál ennek a fordítottja jellemző.

b./ *A rövid kiürítési politika kevesebb hadszíntéri és több hátszági (USA vagy Európa) ágyat* jelent.

c./ *A hosszú kiürítési politika* a betegek számának növekedését jelenti a hadszíntéren és ezért itt nagyobb egészségügyi erők felépítését, szervezését igényli.

2./ **Az egészségügyi anyagokra és karbantartásokra történő befolyás** úgy jelentkezik, hogy minél hosszabb a kiürítési idő, annál nagyobb az egészségügyi anyagok felhasználása és a karbantartási igény.

3./ **Kórházépítés, műszaki támogatás követelményei** (kórház támogató szolgálat HSS = Hospital Support Service) különösen a hosszú kiürítési időnél jelent megterhelést a kórház támogató szolgálatra, amikor is az összeköttetési zónában nagyobb számban szükséges a kórházak telepítése, építése.

4./ **A kiürítési követelményeket** és az eszközigényeket is befolyásolja az idő.

a./ *A rövid időnél* nagyobb követelményeket támaszt a légi erővel szemben.

b./ *A hosszabb időnél* a hadszíntéren belüli és a szárazföldi forrásokkal kell elsődlegesen számvetni.

5./ **A harcoló katonák** feltöltöttsége változni fog

a./ *A rövid kiürítési idő* növelni fogja a feltöltési igényeket és az állomány gyors cserélődése várható, különösen a harcoló alakulatoknál, nyilván a veszteségük függvényében.

b./ *A hosszú kiürítési időnél* számítani lehet a felépülő szolgálatképességet visszanyert katonákra, de ez csak nyilvánvalóan elhúzódozó harcselekményeknél és alacsony egészségügyi veszteségnél jöhet szóba.

Összegezve megállapítható, hogy a "*rövid kiürítési politika*":

- több kiürítési eszközt,
- kevesebb kórházi ágyat igényel,
- kevesebb a szolgálatba visszaküldhető beteg,
- nagyobb megterhelést jelent a következő magasabb ellátási szint számára,
- csökkentettebb hadtáp támogatást követel.

Ezzel szemben a "*hosszabb kiürítési politika*":

- kevesebb kiürítő-eszközt,
- több kórházi ágyat igényel,
- több a szolgálatba visszaküldhető beteg,
- kisebb a nyomás a magasabb ellátási szintre,
- megnövekedett hadtáp támogatást igényel.

Az egészségügyi biztosítás alapjait képező gyógyító-kiürítő biztosítás megszervezése mellett figyelemre méltó volt az **egészségügyi logisztika** felépítése is. Az egészségügyi logisztika (medical logistics) egyébként nem más, mint az egészségügyi anyagok, felszerelések, intézmények és személyzet szállítása, telepítése, ellátása, utánpótlása, *vagyis minden feltétel megteremtése ahhoz, hogy az egészségügyi szolgálat a hadműveleti területen működni tudjon.*

A háború előkészítése időszakában és az alatt is az *egészségügyi logisztikai központja* velünk egy városban Dhahranban települt. Az előkészítő időszak első feladata annak az operatív koncepciónak a kidolgozása volt, mely a hadszíntéri biztosítási feladatok végrehajtását célozták.

A főbb elvek a következők voltak:

- 1.) 30 napos hadszíntér szintű utánpótlás.
- 2.) A felhasználók mindenre kiterjedő szükséglet szerinti igényének kielégítése.
- 3.) Az ellátási szintek kiépítése az előre kihelyezett, hajón, vagy kirkva tárolt háborús tartalék készletekből, kiegészítve az Egyesült Államokból azonnal érkező egységcsomagokkal.
- 4.) Az USA hadtápbázisainak felhasználása a raktárak felállítására, valamint az európai katonai egészségügyi logisztika preferálása a folyamatos fenntartás forrásaként. Ezt egészítették ki a sürgős szükségletek helyi beszerzését biztosító *Általános Vételi Megállapodás*-okkal és szerződésekkel.
- 5.) A légi közlekedési járatok felhasználása a hadszíntéri utánpótlás elsődleges módjaként.
- 6.) Az előretolt ellátóhelyek gyakorlatának érvényesítése, hogy a felhasználó azonnal megkaphassa és szétszthassa az anyagot.
- 7.) A raktárkönyvek automatizált vezetése a *hadszíntéri egészségügyi információkezelő-rendszer* (TAMMIS - Theater Army Medical Management Information System) egészségügyi utánpótlási eleme segítségével.
- 8.) Központosított, hadszíntér szintű egészségügyi anyaggazdálkodás egy *nagy egészségügyi raktárból, valamint két egészségügyi anyag optikai ellátó és fenntartó zászlóaljjal* (MEDSOM - Medical Supply, Optical and Maintenance) és főbb biztosító alegységekkel.

Ezen **két zászlóalj és a raktár** nem csak a hadszíntéren, hanem a világon a legnagyobb és legfontosabb egészségügyi logisztikai szervezetté vált. Az 1990. augusztus 08-ai szerény kezdettől a "*Sivatagi-Vihar*" nagy

korszakának megkezdése előtti csúcsidejéig a két zászlóalj irigylésre méltó eredményt ért el. Közel 5.000 ellátási igényt biztosítottak, több mint 50 millió dollár értékben. Összesen több mint 200 ezer ellátási igényt elégítettek ki, és a felszerelések értéke mintegy 300 millió dollár volt.

Mindezeket figyelembe véve, az amerikai hadsereg egészségügyi szolgálata rövid kiürítési politikát alkalmazva 64 db telepített, vagy készenlétben lévő egészségügyi intézettel, 18.469 ágygal, 41 ezer fős egészségügyi személyzettel és hatalmas anyagi, technikai és kiürítő-eszköz készlettel várta a háború kitörését.

Felhasznált irodalom

1. General H Norman Schwarzkop The Autobiography IT DOESN'T TAKE A HERO 336-380 oldalig.

2. Sivatagi Pajzs/Vihar Kihívás az egészségügyi logisztika számára P.E. Livermore; A.E. Cintron Medical Corps International, 1991. 6, 4, 13.

3. General H norman Schwarzkopf 1993. január 20. Az amerikai egészségügyi szolgálat tagjaihoz írott levele Perspektíves onThe Gulf war.

4. Arabic News 1991. április 23. szám, 12. oldal.

A cikkben található rövidítések jelentése

CONT HSP	KONT.KÓRHÁZ
EVAC	KIÜRITŐ KÓRHAZ
FIELD HSP	TÁBORI KÓRHÁZ
FLEET HSP	HAJÓRAJ KÓRHÁZ
GEN HSP	ÁLTALÁNOS KÓRHÁZ
SH	TÁMOGATÓ KÓRHÁZ
TAC	HARCÁSZATI LÉGI PARANCSNOKSÁG
USNS	KÓRHÁZHAJÓ

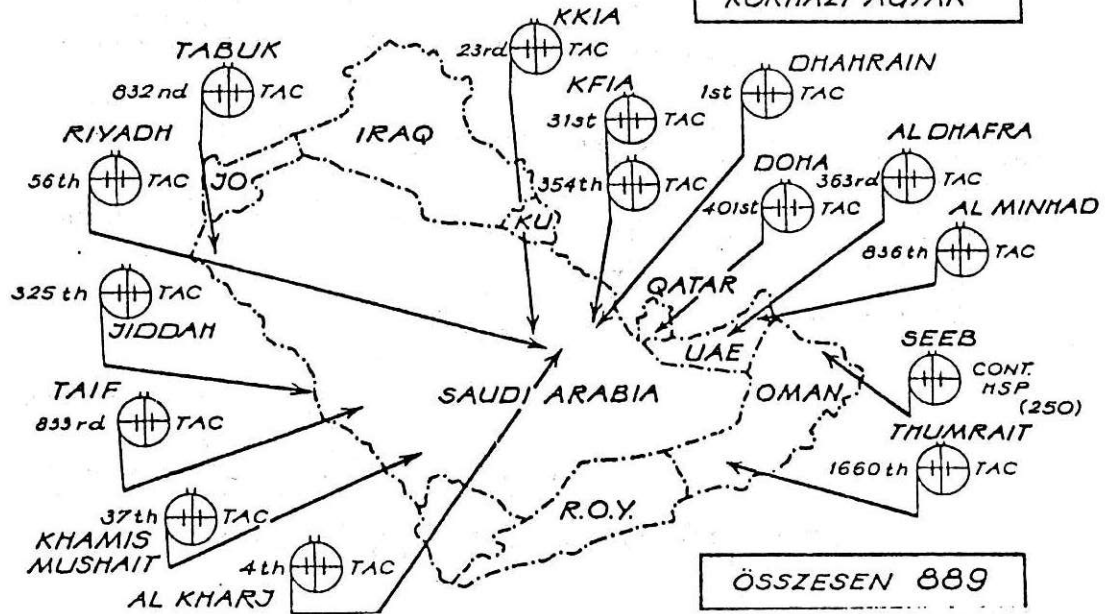
HOMOKVIHAR HADMŰVELETRE
BIZTOSÍTOTT KÓRHAZI A'GYAK
SZÁMA

LÉCIERŐ	889
SZÁRAZFÖLDI HADERŐ	13,580
HADITENGERÉSZET	3,500
KÖRNYEZŐ ORSZÁGOKBA BIZTOSÍTOTT ÁLTALÁNOS A'GYAK	500

MINDÖSSZESEN 18,469

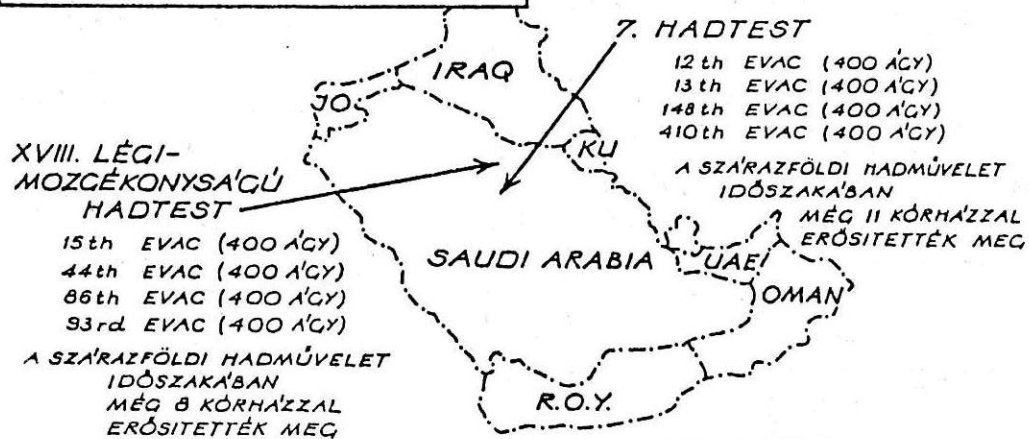
HOMOKVIHAR HADMŰVELET

LÉGIERŐ SZÁMÁRA
BIZTOSÍTOTT
KÖRHÁZI A'GYAK



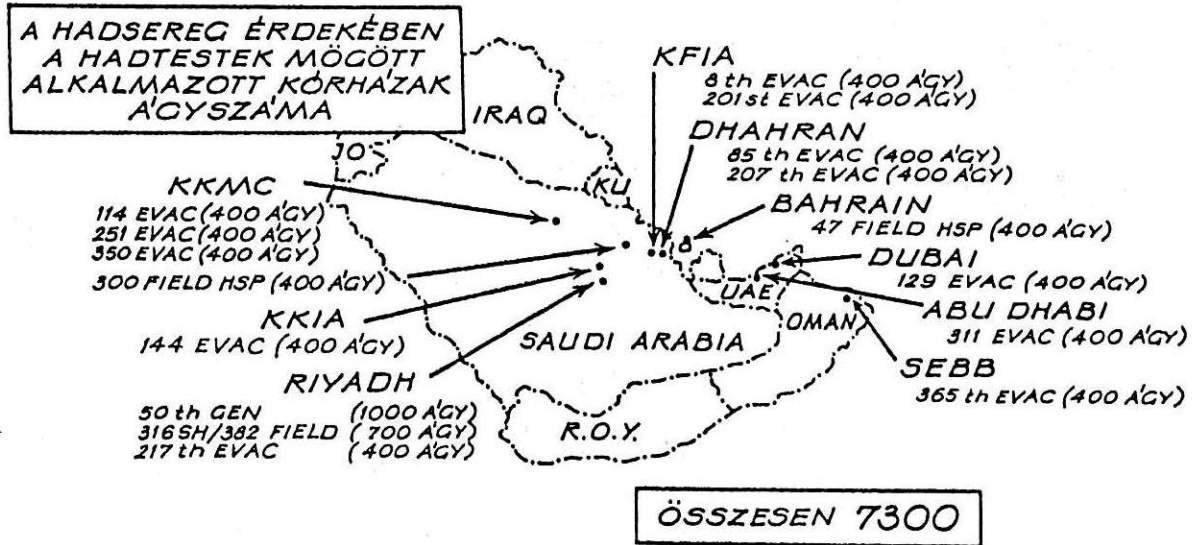
HOMOKVIHAR HADMŰVELET

SZÁRAZFÖLDI HADTESTEKNEK
ALÁRENDELT KÖRHÁZAK
A'GYSZÁMA



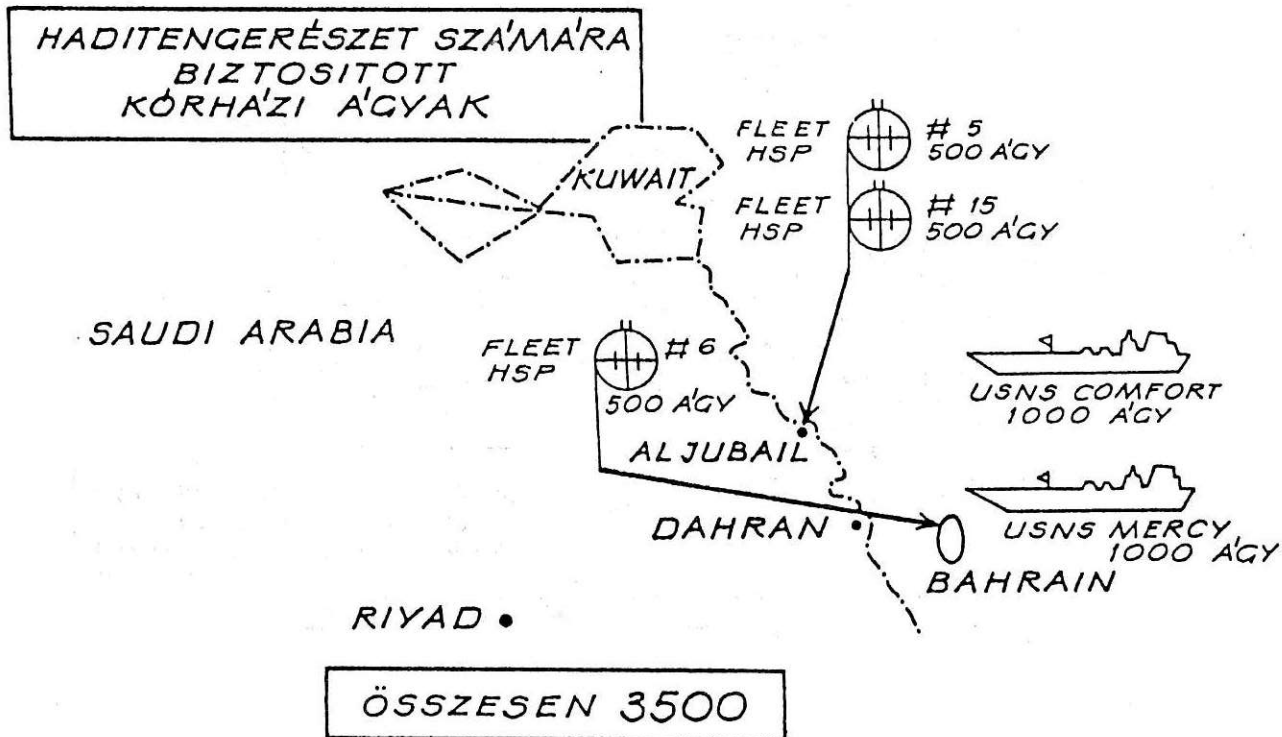
ÖSSZESEN 6280

HOMOKVIHAR HADMŰVELET



HOMOKVIHAR HADMŰVELET

5.sz.melléklet



HOMOKVIHAR HADMŰVELET

6.sz.melléklet

