Agata Krzemińska

Ocena dotychczasowego funkcjonowania systemu opieki nad żołnierzami Polskich Kontyngentów Wojskowych i ich rodzin

Obronność - Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej nr 3(11), 35-53

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

AUTOR
mgr Agata Krzemińska
a.krzemińska@aon.edu.pl

OCENA DOTYCHCZASOWEGO FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI NAD ŻOŁNIERZAMI POLSKICH KONTYNGENTÓW WOJSKOWYCH I ICH RODZIN

Polscy żołnierze biorą udział w misjach poza granicami kraju nieprzerwanie od 1953 roku. Narażają swoje życie w imieniu Rzeczypospolitej Polskiej, by wspólnie z siłami sojuszów przywrócić lub zbudować pokój w krajach ogarniętych konfliktami i zapewnić bezpieczeństwo tamtejszej ludności. Wnoszą, zatem istotny wkład w bezpieczeństwo międzynarodowe.

Pierwsze misje poza granicami kraju, w których uczestniczyli polscy żołnierze, miały charakter obserwacyjny. Był to udział w:

- Komisji Nadzorczej Państw Neutralnych w Korei w latach 1953-1989,
- Międzynarodowej Komisji Nadzoru i Kontroli w Indochinach w latach 1954-1975,
- Międzynarodowej Komisji Kontroli i Nadzoru w Wietnamie w okresie 1972-1975,
- Międzynarodowej Grupie Obserwatorów w Nigerii w latach 1968-1970[1],
- Grupie Obserwatorów Wojskowych Organizacji Narodów Zjednoczonych w Iranie i Iraku w okresie 1988-1991[2].

Charakter działań Wojska Polskiego w misjach poza granicami ewoluował wraz z biegiem lat i równolegle do przemian politycznych na świecie oraz pojawianiem się nowych zagrożeń dla państw demokratycznych, głównie terroryzmu. Początkowo Polacy zajmowali się prowadzeniem działań obserwacyjnych. Następnie, począwszy od utworzenia Polskiej Wojskowej Jednostki Specjalnej na Bliskim Wschodzie, polskie kontyngenty specjalizowały się głównie w zadaniach logistycznych, inżynieryjnych i medycznych. Z innym typem zadań przyszło się zmierzyć Polakom w misji UNPROFOR (Siły Ochronne Organizacji Narodów Zjednoczonych) w Jugosławii, gdzie po raz pierwszy polskim żołnierzom powierzono wykony-

[1] Por., R. Kowalczyk, *Rola i zadania kontyngentu Wojska Polskiego w operacji pokojowej UNEF II*, [w:] *Wojsko Polskie w międzynarodowych operacjach pokojowych i stabilizacyjnych*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2011, s. 10.

[2] Por., http://www.unic.un.org.pl/misje_pokojowe/uniimog.php, [dostęp: 08.08.2014].

wanie ważnych zadań operacyjnych[3]. Prawdziwie przełomową operacją była misja w Iraku. Wojsko już nie tylko miało za zadanie strzec pokoju i bezpieczeństwa na terenie objętym operacją, ale również czynnie włączyć się do walki w przypadku pojawiania się niebezpieczeństwa. Koniecznym okazało się prowadzenie regularnych działań bojowych.

Zmiana charakteru misji i działań prowadzonych przez Wojsko Polskie w misjach poza granicami kraju potęgowała niebezpieczeństwo utraty zdrowia a nawet życia przez żołnierzy. Według szacunkowych danych do tej pory w ponad 80 misjach i operacjach wojskowych poza granicami wzięło udział ponad 100 tysięcy żołnierzy i pracowników Wojska Polskiego. Niestety, obok pozytywnych aspektów udziału w misjach są też negatywne. Szacuje się, że od 1953 roku zginęło lub zmarło w Polsce z powodu odniesionych ran około 120 uczestników różnych misji[4].

Co prawda nie są dostępne dokładne informacje na temat skutków zdrowotnych uczestnictwa w misjach poza granicami kraju, ale szacuje się, że w latach 1953-2002 około 400 uczestników tych misji doznało trwałego uszczerbku na zdrowiu, skutkującego nawet inwalidztwem. Tyle samo żołnierzy PKW zostało inwalidami w wyniku udziału w operacjach w Iraku i Afganistanie. Brakuje też rzetelnych statystyk informujących, ilu żołnierzy straciło zdrowie wskutek traumy psychicznej, jednak z wycinkowych badań sondażowych wynika, że u około 10 procent weteranów PKW występują objawy niepełnego lub rozwiniętego zespołu stresu potraumatycznego (pourazowego) – PTSD. Średnio około 15 żołnierzy na 1000 wchodzących w skład PKW w Afganistanie było przedterminowo rotowanych do kraju z przyczyn medycznych. Zaburzenia stresowe pourazowe stanowią natomiast przyczynę ewakuacji w 1 przypadku na 2000 żołnierzy. Nie jest to jednak rzeczywisty wskaźnik rotacji z tych przyczyn. Prawdziwy wskaźnik może być wyższy, ponieważ obawy przed psychiatrycznym naznaczeniem powodują, że przedterminowy powrót do kraju bywa uzasadniany *własną prośbą żołnierza*[5].

Wyjazd na misje, służba, powrót i co dalej? Dla żołnierzy misje nie kończą się z dniem powrotu do ojczyzny. Piętno zarówno fizyczne, jak i psychiczne, ciągnie się za nimi dalej. Jak żołnierze mieli sobie z tym poradzić? Resortowe rozwiązania legislacyjne nie nadążały za rzeczywistością. Ranni żołnierze po powrocie do kraju trafiali do państwowego systemu opieki zdrowotnej. Legitymacja poszkodowanego w wielu placówkach nie była honorowana. Absurdalne było dla rannych żołnierzy czekanie kilka

---

[3] Por., B. Politowski, *Na obczyźnie*…, [w:] Polska Zbrojna, *Kurier Weterana, nikt nie zostaje*, Wojskowy Instytut Wydawniczy, s. 44.

[4] Por., tamże.

[5] Por., S. Ilnicki, *Doświadczenia Kliniki Psychiatrii i Stresu Bojowego Wojskowego Instytutu Medycznego w leczeniu weteranów Polskich Kontyngentów Wojskowych*, materiały z konferencji z dn. 01.12.2011 r.

miesięcy w kolejce do specjalisty. Sumy potrzebne na protezy były dla NFZ nie do zaakceptowania. W formie zapomogi środki na ten cel przydzielał Minister Obrony Narodowej, jednak nie było to rozwiązanie systemowe. Poszkodowanym na misjach należało dać gwarancję poczucia bezpieczeństwa i stabilności oraz zapewnienia pomocy państwa w razie wypadku. Niezbędne stało się rozszerzenie pakietu pomocy[6].

W Polsce dopiero powstaje system opieki nad żołnierzami wracającymi z misji. Mimo że żołnierze polskiej armii biorą czynny udział w budowaniu światowego pokoju od przeszło 60 lat, pierwszy akt, który regulował ich pobyt i służbę poza granicami kraju, uchwalono dopiero w 1998 roku. Była to *Ustawa roku o zasadach użycia Sił Zbrojnych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej* z 19 lutego 1998. Trudno w to uwierzyć, ale żołnierze, którzy wyjeżdżali przed 1998 rokiem, nie mieli żadnych uprawnień. Rozszerzeniem pakietu pomocy oraz swoistym zadośćuczynieniem osobom narażającym życie dla naszego państwa, a jednocześnie zwieńczeniem procesu tworzenia systemu pomocy dla żołnierzy powracających z misji jest *Ustawa o weteranach działań poza granicami państwa* z dnia 19 sierpnia 2011 roku. Weszła ona w życie 30 marca 2012 roku. Ustawa przewiduje wiele uprawnień dla weteranów, a w szczególności dla weteranów poszkodowanych[7].

Misje poza granicami kraju to nie tylko bezpośrednio uczestniczący w nich żołnierze, ale także ich rodziny, które zostają w Polsce. Z biegiem czasu dostrzeżono, z jakim trudem rodziny powracają do normalnego życia po traumatycznych przeżyciach związanych ze służbą ich męża, ojca czy syna w operacjach międzynarodowych. Często borykają się nie tylko z problemami natury psychicznej, ale też socjalnej[8].

Obecnie państwo polskie stara się zapewnić żołnierzom powracającym z misji pomoc materialną, opiekę medyczną, zaopatrzenie ortopedyczne i świadczenia zdrowotne. Do korzystania z tych uprawnień potrzebny jest status weterana lub weterana poszkodowanego, a niestety nie wszyscy wiedzą, jak go uzyskać. Problemem jest też brak profilaktyki, co skutkuje tym, że wielu żołnierzy do tej pory nie zna swoich praw. System opieki ma też obejmować rodziny żołnierzy. Powinna być im zapewniona pomoc psychologiczna, a w trudnych przypadkach socjalna. Istnieje, więc potrzeba kompleksowego podejścia do problematyki zabezpieczenia medycznego i socjalnego zapewnionego żołnierzom uczestniczącym w misjach poza granicami kraju i ich rodzinom.

---

[6] Por., M. Schwarzgruber, *Krok do systemu,* [w:] Polska Zbrojna, *Kurier…*, wyd. cyt., s. 4.

[7] Por., B. Politowski, *Na obczyźnie*…, [w:] Polska Zbrojna, *Kurier…*, wyd. cyt., s. 44.

[8] Por. P. Bernabiuk, P. Zarzycki, *Wojownicy są zmęczeni,* [w:] Polska Zbrojna, *Kurier…*, wyd. cyt., s. 12.

System to *uporządkowany zbiór jednostek tworzących jakąś zorganizowaną całość, służących jednemu celowi*[9]. Według innej definicji jest to *celowo wyodrębniona całość, złożona z części, powiązań (relacji) między nimi*[10]. Obydwa ujęcia sugerują, że istotną cechą każdego systemu jest celowość. Aby funkcjonował, nie wystarczy zatem istnienie struktur organizacyjnych. Muszą mieć one bowiem jasno zdefiniowany cel działania.

System, zgodnie z wyżej przytoczoną definicją, jest zorganizowaną całością służącą konkretnemu celowi. W systemie opieki nad żołnierzami, jako cel można wskazać żołnierzy i ich rodziny, gdyż to właśnie im ma ten system służyć. W związku z tym, aby właściwie ocenić, czyli dokonać identyfikacji i zdiagnozowania sprawności opisywanego systemu, zasadne jest podjęcie badań mających na celu poznanie opinii osób, które z niego korzystają i znają go „od wewnątrz", a mianowicie żołnierzy zawodowych pełniących służbę w misjach poza granicami kraju. Wskazane jest również powołanie się na fachowe opinie ekspertów, których wiedza oraz wnioski z dotychczasowej pracy mogą w znacznym stopniu przyczynić się do nowego spojrzenia na podjętą problematykę.

W pierwszym badaniu autor posłużył się metodą sondażu diagnostycznego, stosując narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankiety. W toku przeprowadzonego badania zebrano opinie 31 żołnierzy zawodowych różnych stopni należących do wszystkich wymienionych w *Ustawie o zawodowej służbie wojskowej* korpusów osobowych, którzy brali udział w misjach pokojowych i stabilizacyjnych poza granicami kraju. 15 z nich posiada status weterana, 6 status weterana poszkodowanego, a 10 nie posiada żadnego z wymienionych statusów. Badani zostali podzieleni na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowili żołnierze odbywający kursy doskonalące w Akademii Obrony Narodowej w Warszawie, zaś druga grupa żołnierzy to członkowie stowarzyszeń zrzeszających i działających na rzecz weteranów misji. Dobór członków obydwu grup był uwarunkowany zgodą respondenta na udział w badaniu, które zostało przeprowadzone w okresie od stycznia do marca 2014 roku.

Pytania, które skierowano do badanych, służyły zidentyfikowaniu zabezpieczenia medycznego żołnierzy w miejscu ich stałej dyslokacji, w ramach przygotowania do wyjazdu na misje, podczas służby poza granicami kraju oraz po powrocie z misji. Inną kwestią poruszoną w ankiecie była pomoc psychologiczna zapewniona żołnierzom w poszczególnych fazach służby oraz ich rodzinom. W badaniu poddano diagnozie również świad-

[9] E. Sobol (red.), *Mały słownik języka polskiego PWN*, Warszawa 2000, s. 980, za: K. Święch, *Pozycja rodziny w polskim prawie podatkowym*, wyd. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013.

[10] W. Falkiewicz, *Systemy informacyjne w zarządzaniu. Uwarunkowania, technologie, rodzaje*, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2002, s. 4.

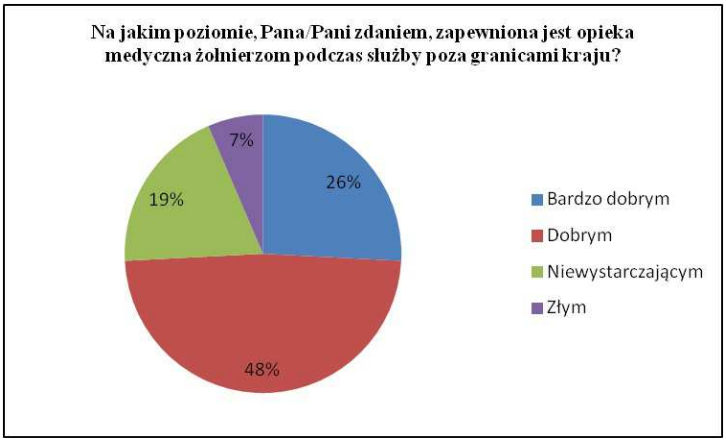
czenia socjalne przysługujące weteranom oraz rodzinom rannych, poszkodowanych i poległych na misjach żołnierzy.

Na wstępie poproszono respondentów o dokonanie oceny pomocy medycznej zapewnionej żołnierzom w miejscu stałej dyslokacji. Zdaniem większości badanych żołnierze mają zapewnioną wystarczającą opiekę medyczną. Można, zatem wnioskować, że doskonalenie poziomu zabezpieczenia medycznego w tej fazie służby nie jest kwestią priorytetową, ale w miarę możliwości należy ją podejmować.

Z opinii badanych kreuje się również pozytywny obraz zabezpieczenia medycznego żołnierzy przed wyjazdem na misje. Według zdecydowanej większości respondentów żołnierze są poddawani odpowiedniej liczbie badań lekarskich oraz są wystarczająco przygotowani psychicznie do służby poza granicami kraju. Ankietowani w mniejszości ocenili przygotowanie psychiczne żołnierzy na poziomie dobrym i bardzo dobrym, co może być skutkiem tego, że przed wyjazdem na misje nie zostali objęci programem profilaktyki radzenia sobie ze stresem.

Zastanawiający może być fakt, że 100% zapytanych żołnierzy nie korzystało wraz z rodziną z indywidualnej pomocy psychologa przed wyjazdem na misje, mimo, iż mieli do tego prawo. Taki stan rzeczy może wynikać z braku takiej możliwości, z braku wiedzy o takiej możliwości albo z niedostrzegania przez żołnierzy i ich rodziny potrzeby uzyskania pomocy psychologa przed wyjazdem na misje.

Respondenci dokonali również oceny opieki medycznej i psychologicznej zapewnionej żołnierzom podczas służby poza granicami kraju. Większość badanych ocenia opiekę medyczną żołnierzy pozytywnie. Rysunek 3.1. jest graficznym obrazem procentowego rozkładu ocen ankietowanych.



Źródło : opracowanie własne.

Rys. 3.1. Ocena opieki medycznej zapewnionej żołnierzom podczas służby poza granicami kraju (dane w %)

Jak widać, większość ankietowanych uznała, że żołnierze podczas misji mają zapewnioną odpowiednią pomoc psychologiczną. Należy jednak popracować nad sposobem jej udzielania i profilaktyką oraz uświadamianiem żołnierzy jak ważna jest to kwestia, gdyż ponad połowa respondentów uznała, że korzystanie z pomocy psychologa na misji jest dla żołnierza krępujące.

Żołnierze w trakcie pełnienia służby w PKW często potrzebują pomocy zarówno medycznej, jak i psychologicznej. Co ciekawe 35% badanych uczestników misji spotkało się z problemami z otrzymaniem owej pomocy. Analiza zebranego materiału pozwoliła na sklasyfikowanie problemów, z jakimi spotkali się respondenci podczas misji zagranicznych w dwóch kategoriach:

1. pomoc medyczna;
2. problemy organizacyjno-techniczne.

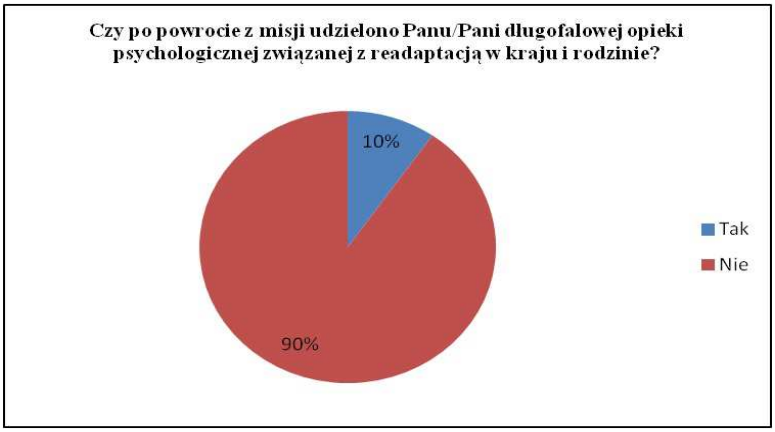
W zakresie pomocy medycznej żołnierze skarżyli się głównie na usługi i wyposażenie stomatologiczne oraz brak odpowiednich specjalistów i leków w bazie. Problemy organizacyjno-techniczne przejawiały się przede wszystkim w trudnościach z ewakuacją i transportem medycznym, np. z powodu padającego śniegu (ewakuacje są warunkowane dostępnością odpowiednich leków w bazie). Respondenci problemem określili również narzucanie dowódcy pododdziału postępowania z żołnierzami, którzy uczestniczyli w patrolu podczas wystąpienia ofiar własnych. Mimo, iż dowódca zna najlepiej swoich podwładnych, to najczęściej nie ma możliwości samodzielnego podjęcia decyzji, gdyż jest mu ona narzucana z góry. Co prawda bierze w tym udział psycholog, ale często podejmowane są złe decyzje.

Służba w operacjach poza granicami kraju niesie ryzyko udziału w zdarzeniach o wysokim stopniu zagrożenia utraty zdrowia i życia. Po tego typu wydarzeniu dowódca kontyngentu zobligowany jest do uruchomienia do działania Grupy Interwencji Kryzysowej[11]. Zapytano ankietowanych, w jakim stopniu ta zasada jest przestrzegana. Spośród 31 żołnierzy aż 20 było świadkiem zdarzeń o wysokim stopniu zagrożenia utraty zdrowia i życia. Przemawia to za potrzebą podjęcia tematu udzielenia pomocy świadkom takich zdarzeń m.in. poprzez powołanie Grupy Interwencji Kryzysowej. Niestety, jak wynika z przeprowadzonych badań, tylko w 30% przypadków ma to miejsce.

Kluczowym celem ankiety było zbadanie systemu opieki medycznej i socjalnej nad żołnierzami po powrocie z misji. Dzięki odpowiedziom respondentów udało się skonfrontować teorię z rzeczywistością. W zakresie pomocy medycznej i psychologicznej zapewnionej żołnierzom można

[11] Por., Departament Wychowania i Promocji Obronności MON, Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia: *Program osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin,* Warszawa 2010, s. 10.

sformułować niezbyt optymistycznie wnioski. Dużym problem jest, bowiem nieprzestrzeganie zasady udzielania żołnierzom długofalowej opieki psychologicznej. Jak wynika z sondażu, zdecydowanej większości badanych żołnierzy nie udzielono długookresowej opieki związanej z readaptacją w kraju i rodzinie. Rysunek 3.2. obrazuje rozkład odpowiedzi respondentów.



Źródło : opracowanie własne.

Rys. 3.2. Informacje na temat udzielania żołnierzom powracającym z misji długofalowej opieki psychologicznej (dane w %)

Jest to bardzo istotna kwestia, gdyż skutki stresu bojowego, z którym borykają się żołnierze, służąc w operacjach poza granicami kraju, mogą ujawnić się nawet po długim czasie od powrotu z misji. Nieefektywne jest, więc weryfikowanie występowania objawów PTSD w badaniach żołnierzy tylko bezpośrednio po powrocie do kraju. Co prawda tylko 23% ankietowanych miała takie objawy, ale w skali kontyngentu daje to dużą liczbę żołnierzy potrzebujących pomocy. Wskazane jest prowadzenie długofalowego monitoringu psychologicznego. Przedstawione rezultaty badań uprawniają do wnioskowania, że należy prowadzić profilaktykę radzenia sobie ze stresem oraz udoskonalać działania doraźne i długofalowe w razie wystąpienia objawów stresu pourazowego. Duża rolę może tu odegrać nacisk na informowanie żołnierzy i ich rodzin o charakterystycznych symptomach PTSD i sposobach radzenia sobie z nimi.

Zdecydowana większość badanych nie spotkała się z trudnościami związanymi z uzyskaniem bezpłatnej pomocy medycznej i psychologicznej po powrocie z misji. Stanowili oni 65% ogółu respondentów. Pomimo takiego wyniku badania nie można zbagatelizować odpowiedzi drugiej grupy, czyli 11 żołnierzy, którzy takie problemy napotkali. 35% to nadal duża liczba żołnierzy, zastanawiający jest więc fakt, skąd się bierze taka rozbieżność zdań na ten temat.

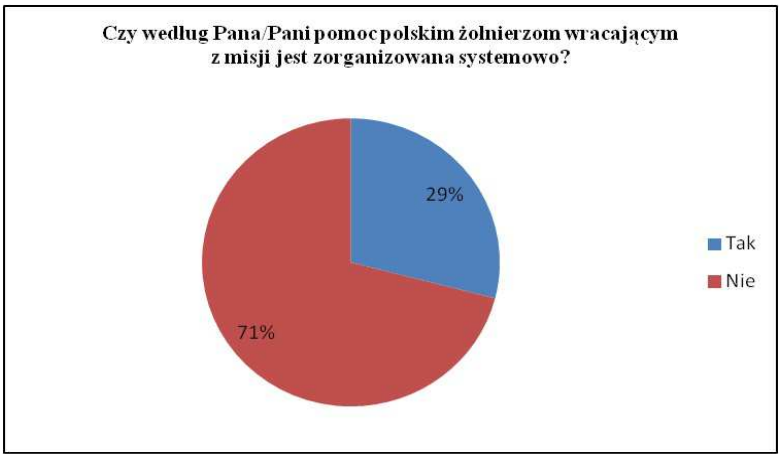
Częścią opieki medycznej zapewnionej żołnierzom po powrocie z misji są bezpłatne turnusy profilaktyczno-rehabilitacyjne, z których mogą korzystać wraz z osobami towarzyszącymi (odpłatnie)[12]. Większości badanych była zadowolona z pobytu na turnusach profilaktyczno-rehabilitacyjnych. Analogicznie, tyle samo respondentów uznało, że osoby towarzyszące żołnierzom na turnusach mają zapewnione dogodne warunki pobytu. Zagadkowy może wydawać się fakt, że ponad 40% respondentów nie ma zdania na temat opisywanych turnusów. Może to wynikać z tego, że w nich nie uczestniczyli, ale zgodnie ze świadczeniami przysługującymi żołnierzom powracającym z misji, każdy ma do tego prawo.

Respondentów poproszono również o odpowiedź, czy spotkali się z problemami podczas ubiegania się o status weterana lub weterana poszkodowanego. Spomiędzy 31 ankietowanych 21 ubiegało się o jeden z ww. statusów. Spośród nich 81% nie miało problemów z otrzymaniem statusu. Pozostali 4 żołnierze, którzy napotkali trudności, zostali poproszeni o ich scharakteryzowanie. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że problemy polegają m.in. na ustaleniu czy żołnierz doznał urazu na patrolu, czy w bazie. Jeden z respondentów po wydaniu orzeczenia przez opiniodawcę, że uraz nie wystąpił na patrolu, aby uzyskać status weterana poszkodowanego zmuszony był odwołać się do MON. Inne problemy wymieniane przez respondentów to długotrwałe oczekiwanie na wymagane rozporządzeniem zaświadczenie z jednostki wojskowej oraz brak szczegółowych informacji o procedurze ubiegania się o status.

Ważnym wyznacznikiem efektywności systemu opieki jest kwestia informowania żołnierzy o przysługujących im prawach. System ma służyć żołnierzom, ale aby mogli z niego korzystać, powinni być poinformowani, jaka pomoc im przysługuje i gdzie jej szukać. Wyniki badań pozwoliły na podstawie doświadczeń badanych żołnierzy zidentyfikować tę kwestię. Niestety, analiza zebranego w ten sposób materiału empirycznego pozwoliła na sformułowanie niezbyt optymistycznych wniosków. Otóż zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 74%, nie została poinformowana o możliwości ubiegania się o zapomogę z funduszy MON oraz o możliwości skorzystania z Domu Weterana. Jak widać dużym problemem w systemie opieki nad żołnierzami powracającymi z misji jest niewystarczająco zorganizowany proces informowania żołnierzy o przysługujących im uprawnieniach. Poszkodowany żołnierz może nie mieć sił na dowiadywanie się, gdzie szukać pomocy, dlatego powinien być o tym poinformowany wcześniej. Profilaktyka jest więc w tym przypadku zasadniczym aspektem funkcjonowania systemu.

[12] Por., Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dn. 23.12.2010 r. w sprawie niektórych świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym, § 13.

Kluczową częścią badania było dokonanie przez respondentów oceny, czy pomoc polskim żołnierzom wracającym z misji jest zorganizowana systemowo. Zdecydowana większość (71%) respondentów udzieliła odpowiedzi negatywnej. Według nich pomocy udzielanej żołnierzem nie można nazwać systemem. Tylko 9 na 31 żołnierzy stwierdziło, że ta pomoc jest zorganizowana systemowo. Powyższe opinie szczegółowo przedstawiono na rysunku 3.3.



Źródło : opracowanie własne.

Rys. 3.3. Ocena, czy pomoc polskim żołnierzom wracającym z misji jest zorganizowana systemowo (dane w %)

Ankietowani w najliczniejszej liczbie głosów (61%) ocenili, że system opieki nad żołnierzami wracającymi z misji poza granicami kraju funkcjonuje na poziomie dostatecznym. Ponadto ponad połowa zapytanych żołnierzy twierdzi, że obecny system opieki nad weteranami nie zapewnia im powrotu do normalności. Opierając się, zatem na opiniach badanych, można stwierdzić, że system powinien być cały czas doskonalony tak, aby zapewniał weteranom powrót do normalnego funkcjonowania.

Zadaniem respondentów było również wskazanie, w której fazie pełnienia służby żołnierze mają zapewnioną najlepszą opiekę medyczną i socjalną. Z łącznej wartości przydzielonych punktów wynika, że według ankietowanych żołnierze mają zapewnioną najlepszą opiekę medyczną i socjalną podczas pełnienia służby w ramach misji poza granicami kraju. Na drugim miejscu, z przybliżoną wartością punktów, ulokowało się przygotowanie do misji. Trzecie miejsce zajęła opieka medyczna i socjalna zapewniona żołnierzom po powrocie z misji. Najgorzej wypadło zabezpieczenie medyczne i socjalne żołnierzy w miejscu ich stałej dyslokacji.

Za podsumowanie ankiety można uznać pytanie otwarte zadane respondentom, w którym poproszono żołnierzy o wyrażenie opinii, co według

nich jest obecnie największym problemem w systemie opieki nad żołnierzami powracającymi z misji i co powinno zostać udoskonalone. Według respondentów do największych problemów w systemie opieki należą:

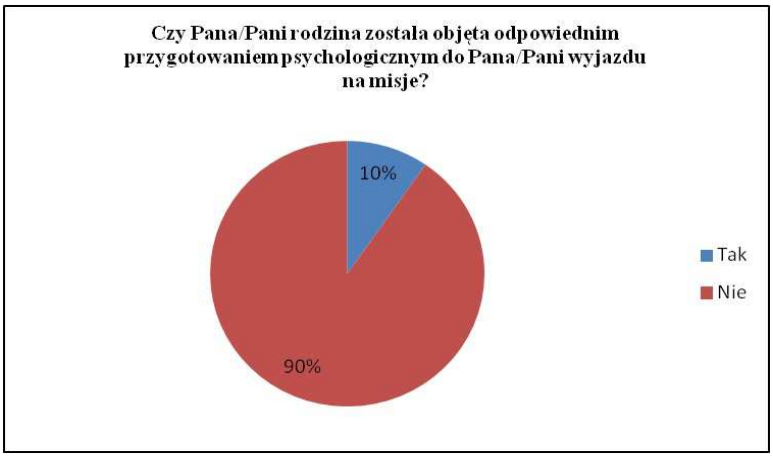
- nieumiejętna diagnoza zespołu stresu pourazowego (PTSD);
- brak w systemie przeszkolonych, kompetentnych ludzi;
- całość opieki nad żołnierzem powracającym z misji spada na dowódców, którzy też sami wracają z misji i „koło się zamyka";
- w sferze planistycznej na wysokich szczeblach dowodzenia wszystko wygląda wzorowo, ale brak świadomości dowódców niższego szczebla oraz lekarzy w cywilnych zakładach opieki zdrowotnej (i w niektórych wojskowych jeszcze też) powoduje, że duża część żołnierzy niezrzeszona w żadnych stowarzyszeniach niosących pomoc rannym jest pozostawiona sama sobie;
- przyznawanie weteranom poszkodowanym z dużym uszczerbkiem na zdrowiu renty na czas określony – powoduje to ich frustrację i ciągły strach, że ich rodziny zostaną bez środków do życia; skutkuje to brakiem spokoju psychicznego i jeszcze trudniejszą adaptacją w kraju;
- brak weryfikowania żołnierzy, którzy zostali poszkodowani i uświadomienia im, z jakiej pomocy mogą korzystać, aby lepiej radzić sobie z takimi problemami, jak np.: odejście ze służby z przyczyn zdrowotnych;
- doraźne działanie, w którym trudno dostrzec cechy działania systemowego;
- niewystarczająca liczba miejsc, aby objąć tym systemem każdego żołnierza powracającego z misji;
- ustalenie, że na skorzystanie z turnusu leczniczo-profilaktycznego żołnierze mają okres do 3 lat po powrocie z misji oraz brak możliwości wyjazdów na turnusy z rodziną na 1 tydzień;
- odpłatne leczenie oraz brak darmowej rehabilitacji;
- czekanie w kolejkach zamiast zorganizowanych systemowo badań;
- brak zainteresowania weteranami i ulgami dla nich;
- brak wojskowej służby zdrowia, jaka była przed reformą NFZ;
- mała liczba etatowych opiekunów weteranów, którzy nie mają możliwości dotarcia do wszystkich weteranów, a w szczególności weteranów poszkodowanych;
- tzw. komisja lekarska formalna, co oznacza zbyt ogólnikowe traktowanie badań lekarskich;
- powinna obowiązywać zasada obligatoryjnego pobytu w np. Wojskowym Instytucie Medycznym w celu wykluczenia problemów z adaptacją w rodzinie i kraju;
- należy uświadamiać żołnierzom, że zdrowie jest najważniejsze, aby nie wstydzili się prosić o pomoc;
- zasadne jest uświadomienie przełożonych, że żołnierze wracający z misji mogą mieć problemy i trzeba im pomóc – ograniczyłoby to przypad-

ki, w których wstyd i strach powoduje, że żołnierze zamiast szukać pomocy medycznej sięgają po alkohol i używki;

- opieka psychologiczna powinna być zapewniona żołnierzom nawet przez kilka miesięcy po powrocie z misji;
- należy zorganizować powszechny dostęp do opieki medycznej, a nie tylko w szpitalach.

Zasadniczym celem ankiety było również zidentyfikowanie opieki nad rodzinami żołnierzy. Z odpowiedzi udzielonych przez respondentów kreuje się negatywny obraz udzielanych rodzinom żołnierzy świadczeń medycznych i socjalnych.

Ankietowani negatywnie ocenili opiekę psychologiczną rodzin żołnierzy przed wyjazdem na misje. Aż 90 % badanych żołnierzy przyznało, że ich rodzina nie została, pod kątem psychologicznym, wystarczająco przygotowana do rozłąki. Na poniższym wykresie (rysunek 3.4.) znajduje się potwierdzenie tych opinii.



Źródło : opracowanie własne.

Rys. 3.4. Ocena przygotowania psychologicznego rodzin żołnierzy do wyjazdu na misje (dane w %)

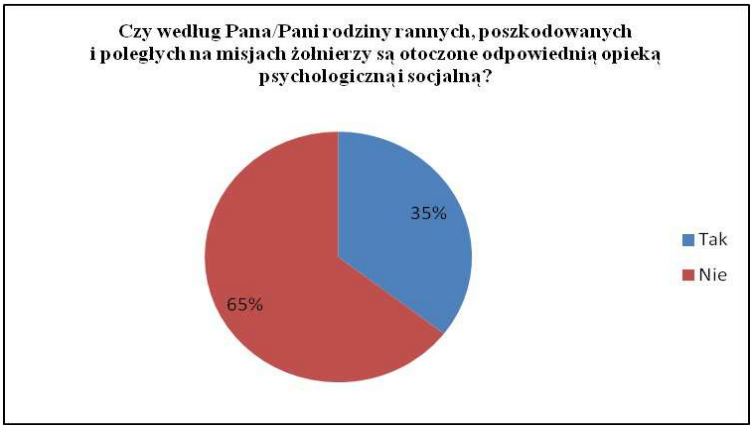
Podczas pobytu żołnierza na misji rodziny żołnierzy powinny mieć zagwarantowaną pomoc psychologiczną. Ważnym czynnikiem wpływającym na komfort psychiczny żołnierza jest, bowiem możliwość utrzymywania kontaktu z rodziną oraz świadomość, że jest bezpieczna. Odpowiadać za to powinno Centrum Pomocy Rodzinie[13]. Jednak w rzeczywistości jest zupełnie inaczej. Ponad połowa zapytanych respondentów nigdy nie słyszała o Centrum Pomocy Rodzinie, co może budzić kontrowersje, zwłaszcza

[13] Por., Departament Wychowania i Promocji Obronności MON, Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia: *Program osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin,* Warszawa 2010, s. 5.

biorąc pod uwagę fakt, że nawet jeden badany żołnierz nie ocenił funkcjonowania Centrum Pomocy Rodzinie na poziomie bardzo dobrym. Dowodzi to ogromnej skali problemu w systemie opieki nad rodzinami żołnierzy.

Opieka psychologiczna rodzin żołnierzy po zakończeniu misji również nie wygląda dobrze. Aż 71% badanych przyznało, że ich rodziny nie miały łatwego dostępu do bezpłatnej pomocy psychologicznej, która jest im przecież zagwarantowana.

W oparciu o opinie respondentów można wnioskować, że nawet rodziny rannych, poszkodowanych i poległych na misjach żołnierzy nie są otoczone odpowiednią opieką psychologiczną i socjalną. Potwierdza to rysunek 3.5.



Źródło : opracowanie własne.

Rys. 3.5. Ocena opieki psychologicznej i socjalnej, którą są otoczone rodziny rannych, poszkodowanych i poległych żołnierzy (dane w %)

Dane te dowodzą, iż priorytetem jest podejmowanie działań ukierunkowanych na udoskonalenie systemu opieki nad rodzinami weteranów poszkodowanych oraz poległych i zaginionych w misjach żołnierzy.

Na podstawie odpowiedzi udzielonych przez respondentów sformułowano wniosek, że rodziny żołnierzy, szukając pomocy medycznej i socjalnej, często spotykają się z różnymi problemami, do których należą:

- kolejki do lekarzy (nawet do lekarzy rodzinnych), do których należy zapisywać sie 1-2 tygodnie wcześniej;
- brak znajomości *Ustawy o weteranach działań poza granicami państwa* i uprawnień z nią związanych;
- brak informacji, do kogo należy się zgłosić po pomoc;
- nieczytelne i skomplikowane przepisy;
- brak pomocy prawnej;
- brak miejsc i duże kolejki wyczekujących;
- zbyt niskie progi, aby należała się pomoc socjalna;

- pojawiły się opinie mówiące, że nie było żadnej pomocy dla rodzin.

Wśród odpowiedzi respondentów pojawiły się takie, z których można było wyczytać frustrację i bezradność. Dwie z nich zostały przytoczone poniżej:

- *Zbyt mało informacji było przekazywanych do rodziny w kraju, w momencie wyjazdu rodziny z Garnizonu i zmiany adresu pobytu rodziny, podczas misji nikt nie próbował kontaktować się z rodziną, ponieważ ograniczali się tylko do danych, które zostały podane przed moim wyjazdem. W czasie mojego pobytu na misji otrzymałem przydział nowego mieszkania z zasobów WAM, cała przeprowadzka była na głowie żony, Zespół Pomocy Rodzinie zainteresowany był tylko tym, żeby zaistnieć w mediach, że żołnierz przebywający na misji otrzymał mieszkanie;*
- *pomoc finansowa, o którą się starałem od MON w celu refundacji poniesionych kosztów na lekarstwa – było bardzo ciężko, zwłaszcza sprawy formalne i opóźnienia z tego tytułu, a refundacja była zrealizowana zaledwie w 40% poniesionych kosztów; brygadowy pełnomocnik do spraw poszkodowanych i rannych nie udzieli mi i mojej rodzinie jakiejkolwiek pomocy, bo uważał, że zajmuje się tylko poszkodowanymi pozostającymi w służbie a ja jestem rencistą.*

Odpowiedzi ankietowanych, będące równocześnie opiniami i sugestiami, w znacznym stopniu przyczyniły się do zrozumienia problemów występujących w systemie opieki oraz dostarczyły pomysłów na sposoby radzenia sobie z nimi.

Podsumowanie opinii ankietowanych na temat systemu opieki nad żołnierzami w różnych fazach i okolicznościach pełnienia służby oraz ich rodzinami rysuje mało pozytywny obraz. Uczestnicy misji poza granicami kraju źle oceniają przysługujące im i ich rodzinom zabezpieczenie medyczne, psychologiczne i socjalne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że żołnierze najmniej są zadowoleni z opieki w miejscu stałej dyslokacji i po powrocie z misji. Największym problemem jest niewystarczający monitoring psychologiczny, brak informowania żołnierzy o przysługujących im prawach oraz trudności formalne z uzyskaniem pomocy socjalnej. Najgorzej ankietowani ocenili pomoc rodzinom żołnierzy. Niepokojący jest fakt, iż większość badanych uważa, że w Polsce nie istnieje system opieki nad żołnierzami i rodzinami, a pomoc udzielana jest tylko doraźnie.

W drugim badaniu autor posłużył się również metodą sondażu diagnostycznego, stosując tym razem narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza wywiadu. Prowadząc badania empiryczne uznano za słuszne i celowe poznać zdanie osób, które na co dzień zajmują się działaniami związanymi z udzielaniem pomocy żołnierzom i ich rodzinom. W ramach prowadzonego badania zebrano opinie 2 członków zarządów stowarzyszeń działających na rzecz weteranów oraz 1 lekarza wojskowego, których na-

zwano na potrzeby badań ekspertami. Badania zostały przeprowadzone w trybie indywidualnym w okresie od stycznia do marca 2014 roku w oparciu o kwestionariusz zawierający 6 pytań otwartych, wymagających wyrażenia osobistych poglądów ekspertów.

Pytania zawarte w wywiadzie dotyczyły sprawności udzielanej żołnierzom i ich rodzinom pomocy medycznej, psychologicznej i socjalnej, identyfikacji problemów z nią związanych oraz kierunków rozwoju systemu opieki.

W pierwszym pytaniu eksperci zostali poproszeni o wydanie opinii, czy według nich opieka nad żołnierzami i ich rodzinami w Polsce jest zorganizowana systemowo. W przypadku odpowiedzi twierdzącej poproszono o ocenę tego systemu. Opinie ekspertów były podzielone. Przeważały jednak odpowiedzi pozytywne, których autorzy twierdzili, że w Polce jest zorganizowana systemowo opieka medyczna nad żołnierzami i ich rodzinami. Eksperci, w opinii których taki system istnieje, oceniali go dobrze, ale z zastrzeżeniami. Według nich problemem jest m.in. to, że system podlega głównie pod Ministerstwo Obrony Narodowej. Kolejna rzecz to kwestia kompetencji ludzi, którzy zajmują się realizacją systemu oraz nawiązanie kontaktu i porozumienia z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wypowiedzi ekspertów odnoszące się do pytania drugiego: W *jakim kierunku powinien rozwijać się system opieki nad żołnierzami wracającymi z misji poza granicami kraju, aby usprawnić efekty jego działania*? – dostarczyły cennych informacji na temat kierunków rozwoju systemu opieki nad uczestnikami misji zagranicznych i weteranami poszkodowanymi oraz ich rodzinami. Analizując ich odpowiedzi, można sformułować następujące sugestie dotyczące kierunków rozwoju i udoskonalenia systemu:

- Należy zorganizować system zawodowych (etatowych) opiekunów weteranów i weteranów poszkodowanych. Powinni oni dysponować niezależnymi od dowódców jednostek samochodami, aby mogli codziennie „być w terenie". Powinni także mieć swoje biura, w których mogliby przyjmować interesantów. Jako etatowi opiekunowie weteranów powinni pracować cywile – weterani w rezerwie lub w stanie spoczynku.
- Uzasadnione jest stworzenie możliwości otwarcia kilku biur dla weteranów w dużych miastach – poza jednostką wojskową. Wielu weteranów bowiem nie chce się kontaktować z przedstawicielami WKU lub WSzW. Mają wiele żalu i rezygnują nawet z odbioru nadanych im odznaczeń.
- Opieka nad weteranami misji powinna rozpocząć się od chwili wylądowania (powrotu) w kraju. Zupełnie innym zagadnieniem jest opieka nad weteranami poszkodowanymi. Tutaj jest stosunkowo najlepiej.
- Za system nie powinien odpowiadać tylko MON. Powinien to być system rządowy – wtedy łatwiej powiązać z nim NFZ itp.

Pytanie trzecie miało na celu zweryfikowanie, czy żołnierze, którzy byli na misjach przed wejściem w życie *Ustawy o weteranach działań poza granicami państwa,* mogą mieć problem z uzyskaniem statusu weterana i weterana poszkodowanego oraz całego pakietu pomocy. Najpełniej odpowiedź na to pytanie ukazuje następująca wypowiedź eksperta:

- *Tak. Ustawa nie obejmuje uczestników misji organizowanych na podstawie innych porozumień międzynarodowych. Uczestnicy pierwszych misji np. KNPN, UNEF II, UNDOF mają trudności w udokumentowaniu wypadków i kontuzji odniesionych na misjach. Nie prowadzono w tamtych czasach dokumentacji powypadkowej. Związane to było z przyjętą doktryną o „pokojowej misji, na której nic złego się nie dzieje". Weterani pierwszych misji mają dzisiaj po 70 – 80 i więcej lat. Bardzo często są wykluczeni ze społeczeństwa informatycznego i mają utrudniony kontakt z systemem opieki nad weteranami. Dochodzi tu także swoiste „zapomnienie" o tej grupie weteranów. Dziś dużo mówi się o weteranach i weteranach poszkodowanych z Iraku i Afganistanu, a o weteranach z Egiptu, Namibii, Kambodży, Laosu, Wietnamu, Korei, Nigerii, itp. już nikt nie pamięta.*

W dalszej kolejności respondenci zostali poproszeni o ustosunkowanie się do stwierdzenia, iż „system to jedno, a możliwości jego wykorzystania stanowią odrębną kwestię". Wiązało się to z oceną czy żołnierze są odpowiednio poinformowani o możliwości korzystania z pomocy.

W jednomyślnej opinii ekspertów jest to stwierdzenie częściowo słuszne. Wskazują oni na fakt, że wielu żołnierzy nie potrafi skorzystać z przysługującej im pomocy. Według poglądów ekspertów grupą weteranów najlepiej poinformowaną o przysługujących im prawach są weterani poszkodowani. Można wnioskować, iż wynika to z tego, że zmuszeni sytuacją nie mają innego wyjścia, jak się tym interesować, studiować przepisy prawne i dopominać się o ich respektowanie.

Zwrócono również uwagę, że trudno o trafne uogólnienie jakości systemu opieki. Każdy przypadek żołnierza jest inny i trzeba go rozpatrywać indywidualnie. Z pewnością w większości przypadków winą za nieotrzymanie pomocy przez żołnierza i jego rodzinę należy obarczać system, ale zdarza się, że zainteresowani otrzymaniem pomocy wykazują zbyt małe zaangażowanie w proces ubiegania się o nią. Chodzi np. o odwoływanie się i dochodzenie swoich praw, co w obliczu zdarzeń traumatycznych może okazać się trudnością nie do pokonania. Oczywisty jest fakt, że może to wynikać z niewiedzy, czy niedoinformowania, ale też z poczucia wstydu i bezradności. Dlatego właśnie należy udoskonalić system w sposób, który pozwoli dojść do takiego poziomu jego funkcjonowania, ażeby wyeliminować tego typu zdarzenia.

W zakresie piątego pytania eksperci również byli zgodni. Ocenili, że aktualnie sposób, formy i metody opieki nad żołnierzami biorącymi udział w misjach nie zapewnią im prawidłowego funkcjonowania w społeczeń-

stwie i nie pomogą rozwiązać problemów zdrowotnych i socjalnych. Spowodowane jest to m.in. tym, że społeczeństwo uważa weteranów za najemników, którzy dla pieniędzy jadą na wojnę i w związku z tym nie zasługują na szacunek i wsparcie. Wiąże się to z licznymi utrudnieniami w readaptacji w kraju. W kwestii socjalnej eksperci poruszyli problem braku profesjonalnych ośrodków przekwalifikowania zawodowego dla weteranów oraz niewystarczającą dotację MON na naukę. Wśród badanych pojawiły się głosy, że obecne formy i metody opieki to minimum, jakie należy się żołnierzowi po powrocie misji.

Eksperci zaznaczyli również, że nie ma idealnych systemów opieki i niestety trzeba zdawać sobie sprawę z tego, iż nie da się usatysfakcjonować wszystkich i zawsze będą wyjątki.

Kończąc badania, skierowano do ekspertów pytanie o to, czy rodziny weteranów oraz poległych żołnierzy są otoczone odpowiednią opieką psychologiczną i socjalną. Poproszono też o sugestie, co należy zmienić w pomocy i monitorowaniu rodzin dotkniętych takim nieszczęściem.

Według poglądów ekspertów rodziny poległych żołnierzy i rodziny weteranów to dwie całkowicie odrębne grupy społeczne, które należy rozróżniać. Rodziny poległych są otoczone lepszą opieką socjalną niż rodziny weteranów.

Pewne kontrowersje budzi opinia eksperta, że obecnie możliwości pomocy psychologicznej rodzinom weteranów i poległych żołnierzy są większe niż chęci rodzin do skorzystania z niej.

Za podsumowującą to pytanie można uznać odpowiedź respondenta, że należy opracować system monitoringu i pomocy rodzinom dotkniętym takim nieszczęściem i odejść od udzielania wyłącznie pomocy doraźnej.

Przytoczone wypowiedzi ekspertów są cennym źródłem wiedzy na temat tego, jak w Polsce zorganizowana jest pomoc żołnierzom pełniącym służbę w misjach poza granicami kraju oraz ich rodzinom. Mimo, że zdania badanych były podzielone, to w opinii autora (podobnie jak po zapoznaniu się z wynikami ankiety) nie rysuje się pozytywny wizerunek omawianego systemu. Znów poddano w wątpliwość, czy ów system w ogóle istnieje. Z uwagi na złożoność problemu, nie jest możliwe jednoznaczne zdiagnozowanie go i poddanie ocenie.

Badania sondażowe ujawniły duży podział opinii na temat systemu opieki nad żołnierzami i ich rodzinami. Porównując odpowiedzi ankietowanych żołnierzy i ekspertów poddanych wywiadowi, można zauważyć pewne zależności. Otóż żołnierze, którzy zostali poddani badaniu ankietowemu, bardziej sceptycznie podchodzą do omawianego problemu niż eksperci. Gorzej oceniają opiekę i świadczenia przysługujące im i ich rodzinom. Reasumując, uczestnicy misji, którzy potrzebują i domagają się opieki, mają gorsze zdanie o systemie jej przydzielenia niż osoby same udzielające pomocy żołnierzom – pomocy polegającej m.in. na informowaniu

i uświadamianiu żołnierzy jak mają egzekwować swoje prawa i świadczenia.

Przedstawione rezultaty badań uprawniają do wnioskowania, że w Polsce istnieje system opieki nad żołnierzami i ich rodzinami, a dokładnie system pomocy dla żołnierzy poszkodowanych i rodzin poległych żołnierzy. Zgodnie z wynikami badań trudno jest włączyć do tego sytemu żołnierzy, którzy nie doznali uszczerbku na zdrowiu podczas misji oraz ich rodziny. Mają oni zapewnioną pomoc psychologiczną i uprawnienia honorowe, ale na tym praktycznie kończą się ich świadczenia.

Istnienia systemu opieki nad żołnierzami wracającymi z misji poza granicami kraju i ich rodzinami dowodzą akty prawne, opinie części weteranów i ekspertów. System ten jednak nie funkcjonuje sprawnie, nie spełnia swojej misji i nie jest efektywny. Badania udowodniły, że niestety w przypadku ocenianego systemu teoria płynąca z ustaw, rozporządzeń i decyzji nie pokrywa się z praktyką, z rzeczywistym wprowadzaniem w życie ustaleń tej teorii.

Fakt, że większa część badanych nie dostrzega funkcjonowania systemu, nie musi oznaczać, że go nie ma, ale że jest on wadliwy i nie funkcjonuje sprawnie. Poza tym w badaniach obok weteranów poszkodowanych brali również udział weterani oraz żołnierze nieposiadający żadnego z wymienionych statusów. Jak wynika np. z *Ustawy o weteranach działań poza granicami państwa*, cały pakiet świadczeń i uprawnień przysługuje żołnierzom poszkodowanym, stąd mogą pochodzić negatywne opinie żołnierzy nieposzkodowanych o funkcjonowaniu systemu.

Nasuwa się wniosek, że należy wprowadzić zmiany, udoskonalić system tak, aby jego funkcjonowanie oraz działalność nie podlegała dyskusji i nie budziła zastrzeżeń i wątpliwości, nawet wśród żołnierzy, którzy nie doznali uszczerbku na zdrowiu podczas służby poza granicami kraju oraz żołnierzy, którzy pełnili służbę w misjach innych niż pokojowe i stabilizacyjne.

Reasumując, nowy, ulepszony system opieki powinien zapewnić weteranom powrót do normalnego życia oraz do kondycji fizycznej i psychicznej po ranach doznanych w trakcie pełnionej służby. Będzie to swego rodzaju dowód, że państwo polskie pamięta o żołnierzach, którzy brali udział w misjach często za cenę zdrowia a nawet życia.

Bibliografia

1. Falkiewicz W., *Systemy informacyjne w zarządzaniu. Uwarunkowania, technologie, rodzaje*, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2002.

2. Ilnicki S., *Doświadczenia Kliniki Psychiatrii i Stresu Bojowego Wojskowego Instytutu Medycznego w leczeniu weteranów Polskich Kontyngentów Wojskowych,* materiały z konferencji z dn. 01.12.2011.

3. Kowalczyk R., *Rola i zadania kontyngentu Wojska Polskiego w operacji pokojowej UNEF II*, [w:] *Wojsko Polskie w międzynarodowych operacjach pokojowych i stabilizacyjnych*, Akademia Obrony Narodowej 2011.

4. *Kurier Weterana nikt nie zostaje*, dodatek do miesięcznika *Polska Zbrojna*, Wojskowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2012.

5. *Kurier Weterana przewodnik dla uczestników misji*, dodatek do miesięcznika *Polska Zbrojna*, Wojskowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2012.

6. MON Departament Wychowania i Promocji Obronności, Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia: *Program osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin,* Warszawa 2010.

7. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 23.12.2010 r. *w sprawie niektórych świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym.*

8. Święch K., *Pozycja rodziny w polskim prawie podatkowym*, wyd. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2013.

Źródła internetowe

1. http://www.unic.un.org.pl/misje_pokojowe/uniimog.php.

ABSTACT
ASSESSMENT OF CURRENT SYSTEM OF CARE FOR POLISH MILITARY CONTINGENTS' SOLDIERS AND THEIR FAMILIES

The character of the Polish Armed Forces' operations in foreign missions has been evolving over the years. The changes of character of the missions and conducted operations have been multiplying the danger of the soldiers' loss of health or even life. Therefore, it is the state's obligation to ensure them the feeling of security and stability also in case of an accident. The system of care in which the Polish state tries to provide material help and medical assistance to soldiers returning from missions is only just emerging In Poland. The article presents the current system of care for

Polish military contingents' soldiers and their families. The identification and diagnosis of the system under consideration has been made using soldiers' and experts' opinions who have been surveyed through questionaires and expert interviews. The content of the article also suggests trends of the system change in order to improve its functioning.