

# Welke weg slaat de geneeskundige dienst in?

H. A. Gommans

Adjutant-onderofficier-instructeur

Wanneer wij het huidige leger vergelijken met de legers uit de laatste periode van de Tweede Wereldoorlog en Korea, dan zien wij aanmerkelijke verschillen. Nieuwe wapens en technieken hebben hun intrede gedaan. Van de logge, vaak per wapen gegroepeerde, divisies is weinig meer over dan hier en daar nog een naam. Geleidelijk aan is men ook het legerkorps gaan moderniseren en voorzien van nieuw en modern materiaal. Bij de opbouw van het legerkorps „nieuwe stijl” is men uitgegaan van relatief kleine, snel verplaatsbare, zelfstandige eenheden met een grote vuurkracht en een zo goed mogelijke bescherming door pantser. Dat een en ander een grote verandering teweegbracht in de tactiek en het optreden van het legerkorps is duidelijk. Het begrip mobiliteit kwam op de voorgrond.

Om het legerkorps dit optreden „nieuwe stijl” logistiek mogelijk te maken, moesten ook de verzorgingseenheden van het legerkorps worden aangepast. Dat hierbij ieder dienstvak zijn eigen specifieke eisen en problemen had is een normale zaak.

In dit artikel zal in het kort worden belicht wat er bij de geneeskundige dienst te velde veranderde en wat er nog moet veranderen, ten einde de hoofdpdracht te kunnen uitvoeren. De nadruk zal daarbij liggen op „hetgeen nog moet veranderen” en, in grote lijnen, hoe e.e.a. zich zou kunnen voltrekken. De oplossing wordt hier niet gepretendeerd, wel wordt getracht gemotiveerde bouwstenen aan te dragen voor de oplossing van het complex van problemen dat de geneeskundige dienst te velde omgeeft.

## 1. Geneeskundige dienst te velde „oude stijl”

Uitgaande van het principe dat:

- a. de gewonde militair snel en vakkundig moet kunnen worden geholpen;
- b. de tactische eenheden niet in hun bewegingen mogen worden belemmerd door de aanwezigheid van grote aantallen gewonden;

heeft men voor een op afvoer gerichte, geëcheloneerde geneeskundige verzorging gekozen. In het

kort kwam het erop neer dat de gewonden van front naar hospitaal werden afgevoerd met variërende transportmiddelen en via verschillende geneeskundige inrichtingen. In deze geneeskundige inrichtingen was de medische behandeling beperkt tot de ingrepen die strikt noodzakelijk waren om de gewonden het transport naar de volgende geneeskundige inrichtingen te laten overleven zonder onherstelbare schade voor de patiënt.

Voor een volledige medische behandeling en verpleging belandde het gros van de gewonden in de algemene hospitalen en burgerziekenhuizen in het achterland.

De afvoermiddelen werden als volgt ingezet:

- van front naar hulppost (ca. 1 km), gedragen vervoer;
- van hulppost (soms via een verzamelplaats) naar verbandplaats (ca. 4-8 km), jeeps gewonden-transport en ziekenauto's;
- van verbandplaats naar doorvoerhospitaal (ca. 30-40 km), ziekenauto's;
- van doorvoerhospitaal naar algemeen hospitaal (100 km en meer), gewondentreinen, hospitaalschepen, vliegtuigen.

## 2. Geneeskundige dienst te velde „nieuwe stijl”

Het uitgangsprincipe blijft hetzelfde: ook nu een op afvoer gerichte, geëcheloneerde geneeskundige verzorging. Tot en met brigadeniveau is ook de geneeskundige organisatie aangepast. De gewondenverzorger verdween uit het infanteriepeloton en werd „vervangen” door de zelfhulp en kameradenhulp. De draagbaarploegen maakten plaats voor een gewondentransportvoertuig, meestal een modificatie van het type pantservoertuig dat de te steunen eenheden gebruikten. Ook de hulpposten en de verbandplaatsen werden mobieler.

Wij zien dus dat de reorganisatie van de geneeskundige dienst in de brigades reeds haar beslag heeft gekregen. Zeker zullen er in deze sector nog wensen zijn. Hoofdzaak is echter dat men een organisatie en middelen heeft die men kan beproeven op praktische waarde en aan de hand van de opgedane ervaringen kan verbeteren en perfectiëren. Heel anders is het gesteld met de legerkorps-geneeskundige dienst.

### 3. De legerkorps-geneeskundige dienst

Hier komen wij aan „hetgeen nog moet veranderen”. Organisatie en middelen van de legerkorps-geneeskundige dienst zijn tot op heden vrijwel onveranderd gebleven, nl.:

- a. de doorvoerhospitaalbataljons (als grote kern);
- b. een vrij groot aantal zelfstandige compagnieën, die voor de bevelvoering zijn ondergebracht in geneeskundige bataljons.

Wil men de legerkorps-geneeskundige dienst eveneens moderniseren (een noodzaak waarvan iedereen overtuigd is) dan zijn er twee mogelijkheden:

- a. het bestaande potentieel (zowel personeel als materieel) wordt in een meer functionele en handzame organisatie ondergebracht door modificatie van de oude organisatie;
- b. men laat de oude organisatievorm los en zet een geheel nieuwe, meer op de realiteit gebaseerde organisatie op.

De eerste mogelijkheid is misschien de minst kostbare, die er op papier redelijk kan uitzien, maar waarvan de praktische uitvoerbaarheid ernstig in twijfel moet worden getrokken, en wel om de volgende redenen.

1. Wanneer men de (gereorganiseerde) doorvoerhospitaalbataljons als kern van de legerkorps-geneeskundige dienst blijft houden, impliceert dit dat een vrij groot aantal medisch specialisten in het 3e echelon nodig blijft. Voor vrijwel 100% moeten deze worden onttrokken aan de burgermaatschappij. Het valt te betwijfelen of de artsen-specialisten wel beschikbaar zullen zijn; wat het (gediplomeerd) verplegend personeel betreft is dit zonder meer niet het geval. Niet de opname-, maar de behandelcapaciteit is essentieel.

2. Paraat stellen van een doorvoerhospitaal bleek reeds in het verleden een moeilijk te verwezenlijken zaak. Er is ook voor de „behandelkern” van een doorvoerhospitaal (opname + triage, chirurgen, internisten, verplegers enz.) geen vredestaak. Hooguit zou enig hulppersoneel nuttig werk kunnen doen. Men zou dus weer zijn aangewezen op mobilisabel personeel. Hieruit vloeien twee belangrijke nadelen voort:

- a. bij het onverwacht uitbreken van een conflict zal ons parate legerkorps niet kunnen beschikken (althans niet in de eerste fase) over enige hospitaalcapaciteit, verplaatsing en opbouw vergen tijd;
- b. zelfs bij een 100% gunstig verlopen mobilisa-

tie, verplaatsing en opbouw, zal de behandelcapaciteit ongunstig worden beïnvloed doordat de medische teams niet op elkaar zijn ingespeeld.

3. In de praktijk zal het niet meevallen geschikte lokaties voor de hospitalen te vinden. De afstand naar de te steunen (beweeglijke) brigadeverbandplaatsen mag niet te groot zijn; in die omgeving zullen geschikte gebouwen moeten worden gevonden van voldoende grootte, met goede aan- en afvoerwegen, voldoende water, en niet in de buurt van vuurtrekkende punten; in de praktijk een moeilijke zaak.

Laten wij nu de tweede mogelijkheid, de opzet van een nieuwe werkwijze en een daarbij aangepaste organisatie, bezien.

Bij het opzetten van een nieuwe werkwijze moeten wij een medische grondregel in het oog houden: hoe sneller men de patiënt na zijn verwonding een zo volledig mogelijke geneeskundige hulp kan verlenen, des te hoger stijgen zijn overlevingskansen. Een concrete tijdsduur bij de huidige organisatie is moeilijk te geven, maar wanneer wij aannemen dat deze kan variëren van 3-6 uur (van brigadeverbandplaatsen naar doorvoerhospitaal) is dit een optimistische schatting. Vervolgens moeten wij ons baseren op de tot heden gebruikte afvoerpercentages:

- ca. 67% van de in een doorvoerhospitaal aangeboden patiënten komt in aanmerking voor rechtstreekse doorvoer;
- ca. 18% moet ongeveer 5 dagen in doorvoerhospitalen blijven (geopereerde patiënten) en wordt daarna alsnog afgevoerd;
- ca. 13% zal na enige tijd (afhankelijk van het opnamebeleid) al dan niet in het doorvoerhospitaal herstellen;
- ca. 2% zal overlijden.

Rekening houdende met het bovenstaande zou de werkwijze als volgt kunnen worden:

- directe afvoer met grote heli's van brigadeverbandplaatsen naar hospitaal in de nationale sector (67% + 18% = 85%);
- beperkte hospitalisatie in het legerkorpsachtergebied (ca. 13%).

De hieruit voortvloeiende organisatie zou kunnen zijn:

- een heli-gewondentransportsquadron;
- 2 veldhospitaalbataljons;
- een beperkt aantal zelfstandige compagnieën,

zoals ziekenautocompagnieën, verbandplaatscompagnie, draagbaarcompagnie, verdeelplaatsen.

#### 4. Toelichting

##### a. *Het heli-gewondentransportsquadron*

Dit squadron moet deel uitmaken van de geneeskundige organisatie van het legerkorps, bemand met organiek geneeskundig personeel. Het moet een normaal gewondentransportonderdeel zijn in dezelfde geest als thans de zaucien (ziekenautocompagnieën). Het mag uitsluitend t.b.v. geneeskundige transporten worden ingezet. Bij de vluchten naar het front kunnen worden vervoerd:

1. eventuele uitrusting voor opbouw van de veldhospitaal;
2. geneeskundige personeel;
3. geneeskundige voorraden (bloed, medicijnen enz.).

Er zal gebruik moeten worden gemaakt van heli's met een capaciteit van ten minste 30 liggende patiënten. De heli's dienen reeds in vredestand aanwezig te zijn. Een aantal zou kunnen worden „opgelegd”; de rest kan worden gebruikt voor opleidings- en oefendoeleinden.

##### b. *De veldhospitaal bataljons*

Deze zijn momenteel ingedeeld in de nationale sector en hebben daar een onduidelijke taak. In wezen zijn het niet meer dan grote verbandplaatsen met beperkte chirurgische mogelijkheden. Opzetten en inrichten van de installatie is veel eenvoudiger dan een doorvoerhospitaal en vergt gemiddeld een dag. Het grootste gedeelte van de hospitaaluitrusting is zodanig verpakt dat het per heli vervoerbaar is. Een en ander maakt dit bataljon uitstekend geschikt voor:

1. opname van patiënten, waarvan men verwacht dat ze binnen de termijn van het opnamebeleid weer zullen zijn genezen (ca. 13%);
2. inzet bij rampen in het legerkorpsvak;
3. „overflow” voor de brigadeverbandplaatsen wanneer:
  - de brigadeverbandplaatsen snel moeten worden leeggehaald i.v.m. verplaatsing;
  - de heli-afvoer tijdelijk stagneert (slecht weer).

##### c. *Verbandplaatscompagnieën*

Deze blijven nodig voor de 2e-echelons geneeskundige verzorging van de legerkorpstroepen. Draagbaarcompagnieën kunnen steun verlenen bij

in- en uitladen van patiënten; ziekenautocompagnieën zijn nodig voor patiëntentransport in het legerkorpsachtergebied en zo nodig van brigadeverbandplaatsen naar veldhospitaal.

#### 5. Beschouwing

Bij toepassing van de nieuwe conceptie is het mogelijk:

- a. alle doorvoerhospitaal bataljons op te heffen;
- b. het aantal zelfstandige compagnieën van de legerkorpsgeneeskundige dienst tot ca. een derde van het huidige aantal terug te brengen; het zwaarst weegt hier het niet meer nodig zijn van de geneeskundige-dienstspecialistencompagnie;
- c. de ambulancetreinen, die tot dusver de gewonden uit de doorvoerhospitaal over kwetsbare spoorlijnen moesten vervoeren, te laten vervallen.

Het opheffen van ca. 80% van de hospitaalcapaciteit en daarmee ook de geneeskundige behandelcapaciteit zal geen nadelige gevolgen hebben voor de patiënten, want de tijd die verloopt tussen gewond raken en het moment waarop specialistisch hulp geboden kan worden is immers bepalend.

Deze tijd zal bij de voorgestelde afvoer met grote heli's in het algemeen korter zijn. Ook het vervoermiddel speelt voor de toestand van de patiënt een grote rol. Dat de heli het hierbij wint van nagenoeg alle andere transportmiddelen behoeft geen nader betoog.

Door het wegvallen van enkele „schakels” in de afvoerketen heeft de patiënt minder „wachtijden”, hoeft niet zo vaak te worden in- en uitgeladen; kortom, er is minder „gesjouw” met de patiënt nodig.

Doordat de gewondenafvoer in de beginfase van een conflict kan plaatsvinden op de bestaande militaire hospitalen, is de leemte aan behandel- en bedcapaciteit opgeheven. In een later stadium is een spreiding van patiënten mogelijk over inmiddels gemobiliseerde territoriale hospitalen en/of burgerziekenhuizen, via de territoriale geneeskundige groepen en de Coördinatie Organen Geneeskundige Aangelegenheden. Op deze manier wordt eveneens voorkomen dat de maximale behandelcapaciteit van een hospitaal wordt overschreden en er een ramp ontstaat, zoals dr. J. Grond beschrijft in zijn artikel „Problemen van de Heelkundige verzorging te velde” (*Ned. Mil. Geneesk. Tijdschr.* (1968)(11/12)).

## 6. Conclusie

Wanneer men een legerkorps wil moderniseren en uitrusten met nieuw en modern materieel en daaruit een maximaal rendement wil halen bij (onverhoopte) inzet, kan men niet volstaan met alleen de tactische eenheden van het nieuwste te voorzien, maar zullen ook de logistieke eenheden modern moeten worden uitgerust. Met een interne reorganisatie van de legerkorps-geneeskundige dienst met de bestaande middelen en doctrine komt men er niet, aangezien een aantal doorslaggevende bezwaren zal blijven bestaan:

- twijfelachtige beschikbaarheid van voldoende „vak”personeel (artsen-specialisten, verplegend personeel);
- ongeoefendheid van het hulppersoneel;
- onvoldoende behandelcapaciteit;
- tijdrovende inrichting;

— de aanwezigheid van grote aantallen gewonden in het legerkorpsvak.

Wil men het moderne, beweeglijke legerkorps niet binden aan grote aantallen gewonden in zijn vak en wil men zijn gewonde militairen, niet alleen uit humanitaire maar ook uit keiharde zakelijke overwegingen, weer zo snel mogelijk inzetbaar hebben, dan is een nieuwe realistische aanpak nodig.

Net zo min als onze cavalerie nog met Sherman-tanks rijdt of onze artillerie nog met 25-ponders schiet, kan een geneeskundige dienst zijn taak verrichten met verouderd materieel. Een nieuwe organisatie, waarin moderne afvoermiddelen, nl. grote helikopters, alleen bestemd voor en onder operationeel bevel van de legerkorpsgeneeskundige dienst, is voorwaarde.

