Quo vadis Brigade geneeskundige compagnie?

J. H. A. Mohr

luitenant-kolonel der genie, c-12 Painfbrigtnbat

Geneeskundige afvoer en verpleging vormen een in vredestijd wellicht wat onderbelicht onderwerp; in oorlogstijd is het echter letterlijk een zaak van leven en dood. De vernietigingskracht van de moderne bewapening en de door de strijdkrachten van het Warschau-Pact gevolgde tactiek maken het waarschijnlijk dat de gevechten zullen worden gekarakteriseerd door korte hevige gevechtsacties, afgewisseld door eveneens korte perioden van betrekkelijke rust. De tijd om zieken en gewonden af te voeren zal daarom kort zijn. Dat dwingt ons de beschikbare geneeskundige capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten. Met dat doel voor ogen zijn in 12 Painfbrig proeven gehouden om te zien op welke wijze de huidige organieke middelen beter kunnen worden benut. Toetsing aan de praktijk is natuurlijk onmogelijk. Wel is in oefeningen gebleken dat een andere opzet van de organisatie mogelijk beter voldoet.

Zoals bekend, wordt het merendeel van de KL-bataljons gecommandeerd door officieren door wie die meetfunctie in het kader van hun loopbaanplanning slechts relatief kort kan worden vervuld. Voor vernieuwende experimenten is dientengevolge weinig gelegenheid. Bovendien zou het onverhoopt mislukken daarvan mogelijk consequenties kunnen hebben voor de verdere carrière. Dat weerhoudt velen ervan zich in die situatie te wagen buiten de door hun voorgangers reeds platgetreden paden. In het bijzonder plegen insiders die behoedzaamheid te verwachten van degenen die niet kunnen bogen op een ruime ervaring in het wapen of dienstvak onder hun bevel, ook omdat zij wellicht van een andere stiel afkomstig waren voor zij de HMV volgden.

Het is daarom toe te juichen wanneer zo'n commandant blijk geeft zich desondanks te hebben bezonnen op mogelijke verbeteringen die — ondanks scepsis van de zijde der routiniers — de taakvervulling van zijn eenheid zouden kunnen optimaliseren. In nevenstaand artikel is een dergelijke commandant aan het woord. Voor hen die zijn opvattingen niet delen, staat als gebruikelijk de rubriek Meningen van anderen open. Het wordt op prijs gesteld indien het commentaar alsdan vooral rationeel is, en zich richt op de essentie van het door de schrijver bepleite.

Waarom gaat het?

Het gaat over de wijze waarop c-12 Gnkcie zijn middelen inzet. Afb. 1 geeft het organigram van de geneeskundige compagnie.

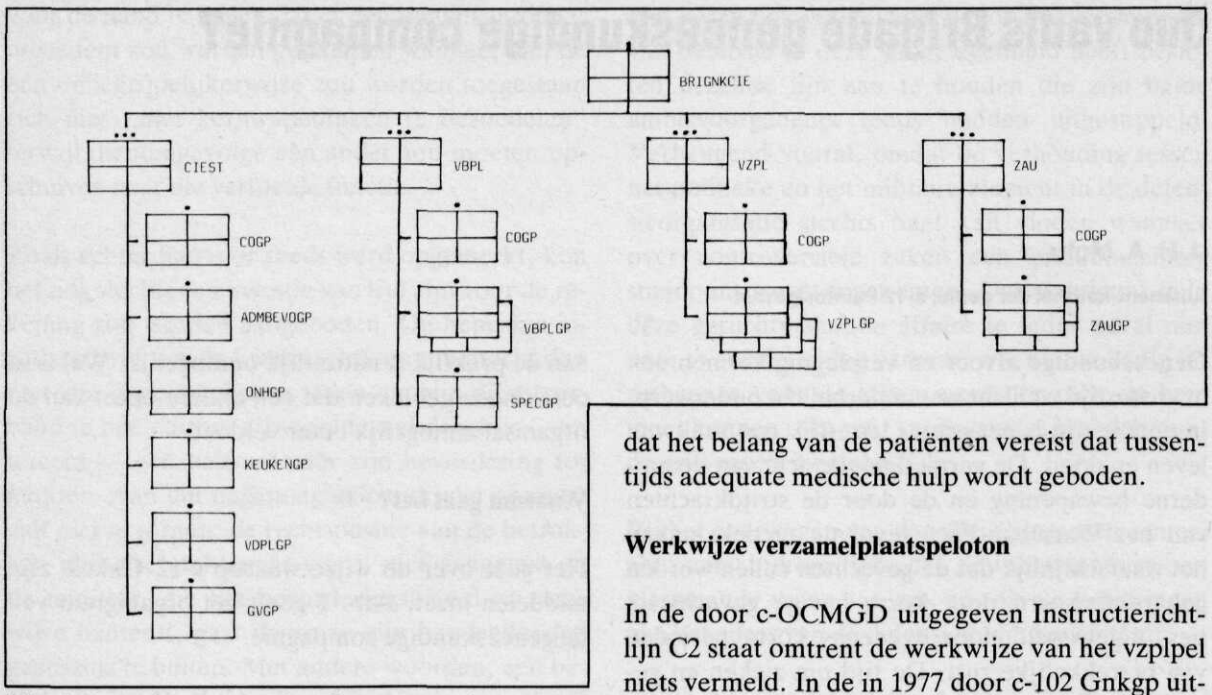
Op de compagniesstaf ga ik niet in; deze verschilt niet veel van de staf van andere compagnieën, eskadrons of batterijen. De geneeskundige compagnie beschikt echter tevens over een verdeelplaatsgroep waarmee de brigade-eenheden van geneeskundige gebruiks- en verbruiksgoederen worden voorzien. Bovendien is in de organisatie een GV-groep opgenomen met een legerpredikant en een aalmoezenier met voor ieder een vrachtauto 3/4 ton (verder kortheidshalve ,,laro" te noemen, als afkorting van landrover).

Ook over het verbandplaatspeloton wil ik kort zijn. Wij vinden daarin de 2e-echelons geneeskundige behandelcapaciteit van de compagnie. Hier worden patiënten geschikt gemaakt voor verdere afvoer (naar een doorvoerhospitaal) dan wel teruggezonden naar de eigen eenheid. In het peloton zitten twee verbandplaatsgroepen en één specialistengroep. Vervolgens zien wij het verzamelplaatspeloton (vzplpel) en het ziekenautopeloton (zaupel). Om deze twee pelotons gaat het in dit artikel; wij zullen die eens nader bekijken.

Het verzamelplaatspeloton

Drie verzamelplaatsgroepen worden gecommandeerd door een beroepsluitenant van de geneeskundige troepen. Hij beschikt over een laro zonder radio.

De drie verzamelplaatsgroepen bestaan elk uit:



Afb. 1 Organigram geneeskundige compagnie

— 1 reserveofficier arts;
— 1 beroepssergeant geneeskundige verzorging;
— 1 korporaal geneeskundige verzorging;
— 5 soldaten geneeskundige verzorging;
— 1 soldaat chauffeur/radiotelefonist laro;
— 2 soldaten chauffeur YA-4440.

De laro beschikt over een FM-1630 (verder kortheidshalve ,,30 km set" te noemen); een YA-4440 is bestemd voor de geneeskundige uitrusting 4690, de andere YA-4440 is een zogenaamde AD-wagen en vervoert de lichtinstallatie, het aggregaat, de kachels, tenten, e.d.

Een verzamelplaatsgroep kan worden ingezet voor de volgende taken.

1. Optreden als beginpunt van de afvoerketen (te denken valt aan de flank ten behoeve van een verkenningseskadron of voor de voorste rand van het weerstandsgebied (vrw) ten behoeve van de gevechtsbeveiliging).
2. Vervanging van een bataljons- c.q. afdelingshulppost (bhp).
3. Versterking van een bhp.
4. Verzorgen van de gewonden op de ,,oude" of op de ,,nieuwe" lokatie van de verbandplaats (namelijk daar waar de specialistengroep niet is).
5. Optreden als ,,tussenstation" tussen een bhp en de verbandplaats indien de afstand zó groot is dat het belang van de patiënten vereist dat tussentijds adequate medische hulp wordt geboden.

Werkwijze verzamelplaatspeloton

In de door c-OCMGD uitgegeven Instructierichtlijn C2 staat omtrent de werkwijze van het vzplpel niets vermeld. In de in 1977 door c-102 Gnkgp uitgegeven ,,Aanwijzingen geneeskundige afvoer en verpleging" (verder kortheidshalve ,,Aanwijzingen" te noemen) staat slechts dat de inzet van verzamelplaatsen moet zijn gerelateerd aan de taak, het creëren van de afvoerlijn, en dat de koppeling bhp-vzpl zin moet hebben (,,niet automatisch"). Op blz. 47 van het nogal verouderde VS 8-1/2 staat vermeld dat

. . . de locaties van verzamelplaatsen globaal worden bepaald door de brigadecommandant die hierover wordt geadviseerd door zijn brigadearts. Hierbij dient rekening te worden gehouden met:

— *tactische omstandigheden*
— *locatie hulpposten*
— *vuur trekkende punten.*

De c-vzplpel bepaalt binnen de globaal door de brigadecommandant aangegeven grenzen de exacte locatie en moet hierbij rekening houden met o.a.

— *bereikbaarheid voor voertuigen*
— *maskeringsmogelijkheden tegen vijandelijke waarneming*
— *dekking tegen vijandelijk infanterievuur.*

Wat betekent dat nu? In concreto houdt het in dat c-vzplpel op minimaal twee routes moet gaan verkennen. Hij zal zich daardoor veelal loodrecht op de afvoer/verzorgingsroutes verplaatsen. Tevens zal hij zich regelmatig bij de voorbataljons op de

hoogte moeten stellen van de situatie, en bovendien moet hij contact onderhouden met c-zaupel en de plv cc. Het resultaat van zijn verkenningen zal hij aan zijn verzamelplaatsen persoonlijk moeten meedelen, want in zijn laro zit geen radio. Dat *lijkt* niet alleen wat problematisch, tijdens oefeningen is *gebleken* dat het niet werkt: na enige tijd werden de verzamelplaatsen door de cc naar hun nieuwe lokaties gedirigeerd.

Het ziekenautopeloton

Daarin bevindt zich een commandogroep, bestaande uit een beroepsluitenant en een beroepssergeant, beide van de geneeskundige troepen, een chauffeur laro met 30 km set, en 2 motorordonnansen. (De functie van de beroepssergeant is overigens een ,,oorlogsfunctie" en wordt bij 12 Gnkcie tijdens oefeningen waargenomen door de sergeant wegtransport die een ,,vredesfunctie" vervult.)

De beide ziekenautogroepen bestaan elk uit:

— 1 reserveofficier regelaar ziekentransport;
— 1 dienstplichtig sergeant regelaar ziekentransport/NBC;
— 20 gewondenvervoerders, verdeeld over de 10 ziekenauto's 3/4 ton (2 per ziekenauto).

De taak is (volgens de al eerder genoemde Instructierichtlijn C2):

— afvoer naar de verbandplaats van gewonden en zieken uit alle daarvoor in aanmerking komende inrichtingen;
— contact onderhouden tussen de geneeskundige formaties door het overbrengen van berichten;
— vervoer van geneeskundige-dienstgoederen die door de 1e-echelons geneeskundige eenheden worden aangevraagd.

De werkwijze van het ziekenautopeloton

In de Instructierichtlijn C2 wordt exact aangegeven hoe c-zaupel dient te handelen na ontvangst van het bevel van de cc: hij maakt een ziekenautoplan. Daarin wordt een overzicht gegeven van de (reserve)afvoerwegen, lokaties van wisselposten en ziekenautostation, taakverdeling en dienstregeling van het personeel, en de regeling van de bevoorrading klasse I en III.

Vervolgens dient hij de ziekenautowisseldienst te organiseren. Dat is een systeem waarbij tussen de verbandplaats en de bhp wisselposten worden ingesteld, bemand met een of meer ziekenauto's. Waar de afvoerwegen samenkomen, wordt de basiswisselpost ingericht met in de buurt daarvan het ziekenautostation. Daar staan de niet ingezette ziekenauto's opgesteld en vindt de herbevoorrading klasse I en III plaats. Meestal wordt daar tevens de commandopost van de pc ingericht alsmede een berichtenkantoor. De taak van het berichtenkantoor is het ontvangen en verzenden van alle berichten die aan chauffeurs van ziekenauto's worden meegegeven, zoals lokatiemeldingen van de te steunen eenheden, aanvragen ziekenautosteun, meldingen uitgevallen voertuigen en aanvragen materieel. Tevens houdt het berichtenkantoor een ,,logboek" bij van alle bewegingen van de ziekenauto's.

Tot zover ,,het boekje". Maar wèrkt dat ook zo? Kan met het personeel van het zaupel een basiswisselpost, een ziekenautostation, een commandopost én een berichtenkantoor worden bemand? De vaandrigs en de dienstplichtige sergeanten zijn druk met de bewijzering; de pc heeft zijn handen vol aan zijn eigen taak waarop ik later terugkom. Moet die ene beroepssergeant dat allemaal doen, zonder enig verbindingsmiddel (zodra de pc ,,en route" is)? Ook dàt is in vele oefeningen aangetoond: wèg basiswisselpost en overige wisselposten, wèg ziekenautostation, wèg berichtenkantoor, ,,ergens" tussen de voorbataljons en de verbandplaats; het wèrkt niet.

Wat heel goed blijkt te voldoen, is het plaatsen van de compagniesstaf en het ziekenautostation in de buurt van de verbandplaats; niet alleen ten faveure van het functioneren van de verbandplaats zelf maar ook van de ziekenauto's.
Bij 12 Gnkcie volgt de chauffeur van een ziekenauto, nadat hij de gewonden heeft afgeleverd, een circuit langs de compagniesstaf; hij bezoekt, aan de hand van een controlelijst:

— de plaats waar zijn auto (vooral van binnen) wordt gereinigd van bloed, braaksel en andere ongerechtigdheden;
— de materieelruillokatie;
— de onderhoudsgroep, waar zo nodig reparaties aan het voertuig kunnen worden verricht;

— het BOS-voertuig, waar kan worden afgetankt;
— de keukengroep, waar hij kan eten;
— de verdeelplaats, waar hij de aangevraagde geneeskundige verbruiksgoederen voor de bhpn en vzplgpn ophaalt;
— en ten slotte meldt hij zich af bij het controlestation (met ruimere taak dan het ziekenautostation), bemand door die bewuste beroepssergeant, alwaar hij zijn instructies krijgt.

Zo'n circuit is een aantal keren bij oefeningen getest en het werkt perfect.
Conclusie: (basis)wisselposten, ziekenautostation en berichtenkantoor, zoals in de Instructierichtlijn C2 beschreven, zijn overbodig.
Laten wij nu terugkeren tot de taak van c-zaupel. Daarvan kunnen wij iets vinden in de eerder genoemde ,,Aanwijzingen":

De aansluiting onderdeels geneeskundige dienst met de brigade geneeskundige dienst is op de eerste plaats een taak voor het transport-element van de brigade geneeskundige compagnie. De c-ziekenautopeloton (en het kader van dit peloton) moeten worden ingezet dáár, waar de afvoer uit de bataljons hulpposten geregeld moet worden, en dat is bij de bhp.

Nu is het probleem dat er zich verschillende bhp'n in het brigadevak bevinden en wel van:

— de manoeuvrebataljons (3×);
— de afdeling veldartillerie;
— en wellicht nog van legerkorpseenheden zoals verkenningsbataljons, geniebataljons, verbindingseenheden, enz.

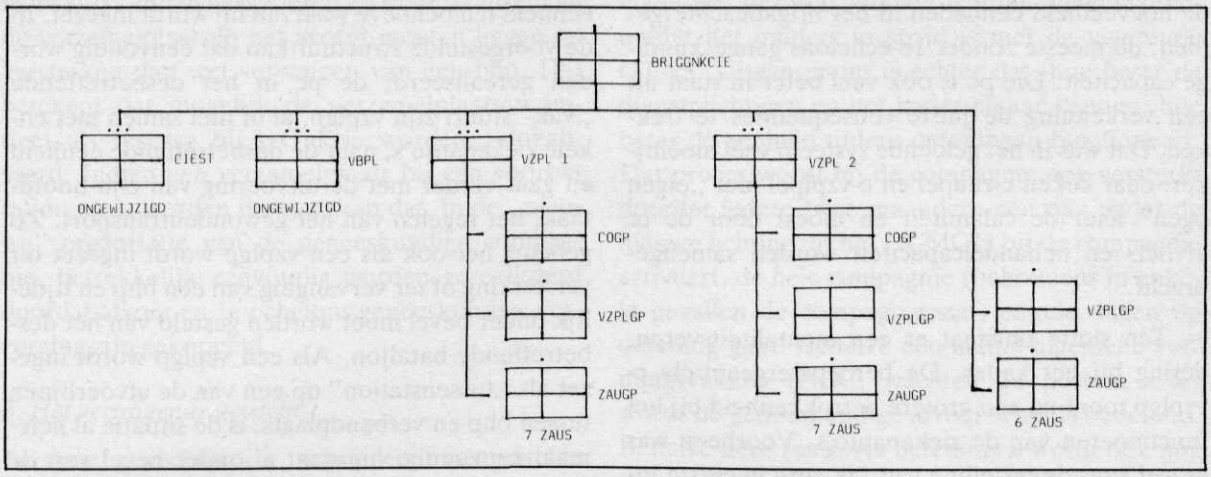
C-zaupel moet dus contact onderhouden met al die bhp'n. Maar daarbij blijft het niet: aangezien de bataljons-S4 de lokatie van de bhp bepaalt, dient c-zaupel tevens contact te onderhouden met de Sn 4, in ieder geval van de voorbataljons. Het gevolg daarvan is dat hij zich door het gehele brigadevak verplaatst (veelal loodrecht op de afvoer/verzorgingsroutes), daarbij ondertussen zijn bewijzeraars van de nodige opdrachten voorziend.
Ook dat is in het verleden tijdens oefeningen getest. Het gebeurde daarbij niet zelden dat, terwijl c-zaupel zich bij de ene bhp of S4 oriënteerde, de situatie in het andere bataljonsvak zich al zodanig wijzigde dat hij zelfs de verzamelplaats in dat vak niet meer kon terugvinden. Door de vele verplaatsingen van c-zaupel konden de bewijzeraars (die niet over verbindingsmiddelen beschikken) hem niet bereiken om met hem te kunnen coördineren over de ontstane problemen als gevolg van brugvernielingen, besmette gebieden, e.d. Het kwam dan ook regelmatig voor dat de bewijzeraars ,,in de mist" vertoefden.

Bezwaren

Wat zijn nu de belangrijkste bezwaren tegen de hiervoor geschetste werkwijze? Zowel c-zaupel als c-vzplpel verplaatsen zich voortdurend door het gehele brigadevak. Niet alleen is dat niet zonder risico's (wat hebben zij immers voor bewapening bij zich?) maar, wat belangrijker is: zij zijn beiden eigenlijk niet goed in staat voldoende leiding te geven aan hun eigen peloton. En dat bleek ook tijdens (wat langere) oefeningen: beide pc'n reden wat verloren rond en de inzet van de ziekenauto's èn van de verzamelplaatsen werd door de cc geregeld. Gebeurde er dan ergens in het vak een calamiteit waarbij snel een adequate geneeskundige transport- èn behandelcapaciteit moest worden ingezet, dan kon dat eenvoudigweg niet worden gerealiseerd.

Alternatief

Bij 12 Gnkcie is sinds ruim een jaar een nieuw systeem in beproeving, waarbij vzplpel en zaupel zijn verdwenen en in plaats daarvan twee ,,gemengde" pelotons zijn geformeerd (afb. 2). De grondslag daarvoor werd enerzijds gevormd door de eerder genoemde bezwaren tegen de huidige al of niet duidelijk vastgelegde systematiek van werken van de geneeskundige compagnie, anderzijds in de opvatting dat afvoer en behandeling onderling volledig afhankelijk zijn en niet los van elkaar kunnen worden beschouwd. De hier geformeerde pelotons kunnen dan ook beter ,,geneeskundige pelotons" worden genoemd, conform de geneeskundige pelotons van de bataljons die nagenoeg identiek zijn: ook die hebben transport- èn behandelcapaciteit.
De organisatie en werkwijze van dit systeem zijn gebaseerd op het meest voorkomende optreden van de brigade: met twee manoeuvrebataljons vóór. Beide pelotons treden dan ook elk in de helft



Afb. 2 Experimentele organisatie met twee gemengde vzplpels

van het brigadevak op, terwijl de cc een reserve in eigen hand houdt. Het systeem kan dan ook wel ,,gebiedsgeneeskundige verzorging" worden genoemd.

Voordelen

Aan dit systeem zijn tal van voordelen verbonden.

— De pc'n verplaatsen zich niet meer door het gehele brigadevak maar alleen in hun eigen vak, en dan nog alleen langs de afvoer/verzorgingsroutes. Verplaatsingen loodrecht op deze routes komen niet meer voor. Daardoor wordt de veiligheid van de pc'n verhoogd en hun mogelijkheid leiding te geven aan het peloton wordt vergroot.

— De pc'n houden alleen contact met de bhp'n en Sn 4 in hùn vak. Zij zijn dientengevolge sneller geïnformeerd over wisselende tactische situaties.

— Door het ,,van huis uit" indelen van een radio (30 km set) bij iedere pc bestaat een voortdurende communicatiemogelijkheid met de cc en het netcontrolestation (plv cc); overigens impliceert deze maatregel dat één verzamelplaats zonder radio zit. Bij 12 Gnkcie luistert de cc bovendien in op het brigadecommandonet, zodat hij voortdurend op de hoogte is van de tactische situatie en op de komende ontwikkelingen eventueel al kan anticiperen.

— De ziekenauto's zitten nu ,,op één route"; de chauffeur kent de weg en er bestaat minder kans dat de ziekenauto's verkeerd rijden.

— Een belangrijk voordeel is de veel evenwichtiger taakverdeling binnen de geneeskundige compagnie. Thans kan van een werkwijze van het vzplpel nauwelijks worden gesproken; de vzplgpn werken niet in een pelotonsverband en de taken waarvoor de vzplgpn (kunnen) worden ingezet houden meestal geen enkel direct of indirect verband met elkaar. De c-vzplpel is daardoor in feite niet in staat de taakuitvoering van de drie vzplgpn te dirigeren en derhalve is hij voor het doen en laten van zijn peloton eigenlijk overbodig.

Volledig tegenovergesteld is de positie van c-zaupel. Hij moet de totale afvoertaak binnen het gehele brigadevak (uit de bhp'n naar de vbpl) coördineren en operationele leiding geven aan het zaupel. Zijn (schaarse) kaderleden krijgen opdracht een bepaalde afvoerlijn te ,,dirigeren": contact leggen met voorbat en bhp, transport regelen, bewijzeren, enz. In het systeem van 12 Gnkcie is de taak van c-zaupel overgenomen door de (plv)cc, en beide pc'n krijgen een even groot vak met dezelfde taak, het regelen van de afvoer van zieken en gewonden naar de verbandplaats. Beide pc'n worden in principe even zwaar belast. Het bijkomende voordeel ligt op opleidingstechnisch gebied: *beide* pc'n leren werken met zowel geneeskundige *verplegings*capaciteit (de verzamelplaats) als met het ziken*transport*.

— Een van de belangrijkste voordelen is de sterk vergrote flexibiliteit binnen de compagnie. Voor de cc is het nu uiterst simpel geworden snel te reageren op calamiteiten waar dan ook in het brigadevak: hij wijst de dichtstbijzijnde pc aan die zeer snel èn behandel- èn afvoercapaciteit kan regelen. Het zal namelijk niet altijd mogelijk zijn daarvoor een eenheid aan te wijzen die is belast met een 1e-echelonstaak. Daarbij denk ik in het bijzonder aan

de hoeveelheid eenheden in het brigadeachtergebied, de meeste zonder 1e-echelons geneeskundige capaciteit. Die pc is ook veel beter in staat uit een verkenning de juiste consequenties te trekken. Dat was in het geldende systeem veel moeilijker: daar keken c-zaupel en c-vzplpel met ,,eigen ogen" naar de calamiteit en moest door de cc afvoer- en behandelcapaciteit worden samengebracht.

— Ten slotte ontstaat er een mentaliteitsverandering bij het kader. De beroepssergeant/plv c-vzplgp toont nu een grotere betrokkenheid bij het functioneren van de ziekenauto's. Voorheen was er wel eens de instelling van ,,ik zorg in eerste instantie voor m'n patiënten; wat er met de ziekenauto's gebeurt, is een zaak voor het zaupel". Die denkwijze verdwijnt in en door het integratieproces.

Drie gevechtsvormen

Omdat de uitvoering van de geneeskundige afvoer en verpleging afhankelijk is van de aard van het gevecht dient in dit artikel eveneens aandacht te worden besteed aan de vraag of het ,,nieuwe" systeem wel bij alle gevechtsvormen de door mij aangegeven voordelen biedt.

1. *Het aanvallende gevecht*

Kenmerkend voor deze gevechtsvorm is dat de aanvaller de tijd- en ruimtefactoren grotendeels in eigen hand heeft zodat de nodige voorbereidingen gecentraliseerd kunnen worden getroffen. De zich snel wijzigende tactische situatie, het verleggen van het zwaartepunt en het toenemen van de omloopafstanden vergroten de moeilijkheid continu en adequaat te kunnen blijven steunen. Voor wat betreft de geneeskundige afvoer en verpleging betekent dat een voortdurende steun van de bhpn van de vooreenheden teneinde ervoor te zorgen dat de hulppost bij het voortschrijden van de aanval de beweging van de troepen kan volgen. De vzplgp'n kunnen daarbij op verschillende manieren worden ingezet.
Indien een vzplgp wordt ingezet ter afronding van de 1e-echelons geneeskundige verzorging binnen de brigade (bijvoorbeeld op een flank of voor de vrw ten behoeve van de gevechtsbeveiliging) moet hij tijdelijk onder bevel worden gesteld van de eenheid ten behoeve waarvan hij wordt ingezet. In de voorgestelde structuur kan dat eenvoudig worden gerealiseerd; de pc in het desbetreffende ,,vak" stuurt zijn vzplgp, al of niet samen met enkele ziekenauto's, naar de desbetreffende eenheid en gaat verder met de uitvoering van zijn hoofdtaak, het regelen van het gewondentransport. Zo gebeurt het ook als een vzplgp wordt ingezet ter versterking of ter vervanging van een bhp en tijdelijk onder bevel moet worden gesteld van het desbetreffende bataljon. Als een vzplgp wordt ingezet als ,,tussenstation" op een van de afvoerlijnen tussen bhp en verbandplaats, is de situatie al helemaal eenvoudig: hij staat al onder bevel van de ,,dirigent" op die afvoerlijn, zijnde de desbetreffende pc.
Voor de inzet van een vzplgp op de oude of nieuwe lokatie van de verbandplaats kan de cc een beroep doen op zijn van huis uit in reserve gehouden vzplgp. Het vraagstuk van de afvoer van zieken en gewonden is ingewikkeld, aangezien begin- èn eindpunt van de afvoerroute zich regelmatig zullen wijzigen. In ieder geval zal voortdurend moeten worden gecoördineerd tussen de geneeskundige compagnie en de bataljons-S4.
De geneeskundige afvoer en verpleging bij het aanvallende gevecht vergen derhalve een organisatiestructuur waarbij:

— voortdurend kan worden gecoördineerd met de brigadestaf en de voorbataljons;
— verzamelplaatsen voortdurend en in wisselende taken moeten kunnen worden ingezet;
— de afvoer ondanks voortdurend wisselende afvoerroutes moet worden gewaarborgd.

Het lijkt mij evident dat de door mij bepleite organisatiestructuur volledig aan deze eisen beantwoordt.

2. *Het verdedigende gevecht*

De tijdfactor wordt bij deze gevechtsvorm grotendeels bepaald door de vijand. Onzekerheden zijn er vele: plaats, tijd en richting van de aanval, zwaartepunt en vijandelijk vuur.
Gedurende de voorbereidende beschieting en tijdens de vijandelijke inbraak zullen er vele gewonden vallen. Het zwaartepunt van de geneeskundige afvoer en verpleging ligt dan vooral bij de vooreenheden.
Omdat de omloopafstanden in eerste instantie

nauwelijks zullen veranderen zal voor de inzet van de verzamelplaatsen het accent moeten liggen op versterken dan wel vervangen van een bhp. Dat betekent dat mogelijk de verzamelplaatsen initieel als reserve bij c-Gnkcie worden gelokaliseerd. Indien een verzamelplaats bij een voorbataljon moet worden ingezet, kan dat, in de ,,nieuwe" organisatie van de geneeskundige compagnie, betrekkelijk eenvoudig worden gerealiseerd doordat afvoer en 1e-echelons geneeskundige verzorging zijn gekoppeld.

3. *Het vertragende gevecht*

In deze gevechtsvorm wordt een vastgestelde *ruimte* ingewisseld tegen *tijd*(winst). Het gevecht wordt onder ongunstige krachtsverhoudingen beweeglijk gevoerd over een grote breedte en diepte en in achterwaartse richting. De voorbereiding zal centraal, de uitvoering zoveel mogelijk gedecentraliseerd geschieden. De problemen voor de geneeskundige afvoer en verpleging komen overeen met die bij het aanvallende gevecht: ook hier veranderen begin- en eindpunt van de afvoerketen regelmatig. Coördinatie met vooral de voorbataljons is essentieel. Doordat de vijand in staat is voortdurend zowel over de grond als uit de lucht in te grijpen, zullen afvoerroutes regelmatig zijn geblokkeerd en zal van de bewijzeraars veel worden gevraagd. De inzet van verzamelplaatsgroepen en afvoercapaciteit komt in grote lijnen overeen met die tijdens het aanvallende gevecht. De door mij bepleite organisatiestructuur zal in deze situatie dan ook hard nodig zijn.

Vredestijd

De commandant heeft in oorlogsomstandigheden altijd de bevoegdheid zijn middelen zodanig te groeperen dat hij het hoogste rendement bereikt. (Men denke in dat verband aan de wederzijdse onder-bevelstellingen van pantserinfanterie- en tankbataljons, het formeren van teams bij de verkenningseenheden en het onder bevel stellen van bouwmachines bij de pantsergeniepelotons.) Formeel gezien is er geen bezwaar aan te voeren tegen de handelwijze van c-12 Gnkcie. Deze gaat echter nog verder dan het dooreenmengen van zaupel en vzplpel tijdens oefeningen; reeds in vredestijd zijn de beide pelotons gemengd en spreekt men van vzplpel 1 en vzplpel 2. Formeel zou daartegen wèl bezwaar kunnen worden aangetekend, omdat het immers in strijd is met de vigerende OTAS. Uitgangspunt is echter dat, hoe beter de dienstplichtigen en het kader elkaar kennen, hoe beter de eenheid tijdens oefeningen functioneert. Dat proces wordt bij de compagnie nog versterkt doordat iedere twee maanden, een dag nadat de nieuwe lichting uit het OCMGD bij de compagnie arriveert, de hele compagnie (behoudens in enkele gevallen de compagniesstaf) enkele dagen op oefening gaat. Behalve een aantal algemene-vormingsvakken (NBC, wachten en posten, e.d.) wordt de geneeskundige afvoer schools beoefend. Behalve deze zes korte oefeningen wordt ook nog driemaal per jaar de oefening MTT (Medisch Transport Tactisch), eenmaal per jaar de oefening MEER MED (Meer Medisch), en eenmaal per jaar de oefening PLEISTERPLAATS gehouden. Tijdens de in april 1983 gehouden oefening PLEISTERPLAATS (een door c-Treinenbataljon geleide compagniesoefening voor de geneeskundige compagnie) is door mij drie keer een calamiteit (met ca. 15 gewonden) ergens in het brigadevak gesimuleerd. Het bleek mij dat c-12 Gnkcie (die vanzelfsprekend tevoren onkundig was van tijd, plaats en grootte van de calamiteit) telkenmale in staat was binnen maximaal 1½ uur na ontvangst van het desbetreffende bericht de gewonden uit de plaats des onheils af te voeren nadat ter plaatse de vereiste geneeskundige verzorging was verleend.
Tijdens de in maart 1983 gehouden oefening SEVEN ARROWS heeft c-12 Gnkcie bij de drie hiervoor beschreven gevechtsvormen de effectiviteit kunnen beproeven van de geneeskundige afvoer en verpleging. Alhoewel deze oefening een zogenaamde skeletoefening was, deden van 12 Gnkcie twee verzamelplaatsgroepen en een aantal ziekenauto's mee, uiteraard met het organieke kader. Tijdens deze meerdaagse oefening kwamen de voordelen van de ,,nieuwe" organisatiestructuur duidelijk aan het licht:

— voortdurende verbinding met alle betrokkenen;
— goede coördinatie tussen de beide pc'n van de gemengde pelotons met ,,hun" S4 en bhp;
— in staat om snel te reageren op wisselende omstandigheden.

Los daarvan bleek tijdens de gehele oefening adequate Nonex-steun te kunnen worden verleend. ▷

Waar willen wij heen?

Uit het voorgaande blijkt dat, behalve de twee identieke (gemengde) pelotons, nog één vzplgp en één zaugp rechtstreeks onder bevel van de cc blijven. Deze constructie geeft hem de mogelijkheid adequaat te reageren op wisselende situaties in het brigadevak.

Het probleem is echter dat een commando-element ontbreekt. Indien aan de organisatie van de geneeskundige compagnie zouden worden toegevoegd:

— een luitenant geneeskundige troepen (reserveofficier);
— een luitenant regelaar ziekentransport (reserveofficier);
— een sergeant regelaar ziekentransport (dienstplichtig);
(alsmede de daarvoor nodige materiële middelen, zijnde een laro zonder en een laro mèt 30 km set, een motorfiets en een ziekenauto)

zouden *drie* identieke pelotons kunnen worden geformeerd, hetgeen de flexibiliteit van de compagnie aanzienlijk zou verhogen. Een bijkomend voordeel zou zijn dat er twee functies voor reserveofficieren bijkomen, hetgeen uit het oogpunt van de personele mobilisatievoorbereiding in de huidige situatie (met grote aantallen jonge beroepsofficieren van KMA en OCOSD) dringend gewenst is.
Een tweede groot voordeel is dat — aangezien deze pelotons nagenoeg identiek zijn aan de geneeskundige pelotons van de bataljons — er binnen de brigade zeven geneeskundige pelotons ontstaan die onderling eenvoudig zijn uit te wisselen.

Besluit

Er bestaan wezenlijke verschillen tussen de huidige organisatiestructuur en die waaraan ik de voorkeur geef, en die werd ontwikkeld op basis van het streven naar een doelgerichte taakuitvoering.
De ideale organisatiestructuur zal wel nooit worden gevonden. Wij zullen echter moeten blijven zoeken naar een optimale toewijzing van de (schaarse) middelen en (het teveel aan) taken aan de verantwoordelijke uitvoerders op ieder niveau. Flexibiliteit, eenvoud en economisch gebruik van middelen zijn enkele criteria waaraan wij ons systeem moeten kunnen toetsen. Het is onze plicht daarover niet slechts te blijven nadenken, maar ook met ons systeem zoveel mogelijk te oefenen. Het is het waard: het is in uiterste instantie een zaak van leven en dood.

Literatuur

VS 8-1/1 en 1/2. *De militair geneeskundige dienst KL en KLu in tijd van oorlog* (1972, resp. 1970).

Brief C-4 Div, d.d. 2 mei 1977, nr. G4/77007/F, met bijlage: *Aanwijzingen geneeskundige afvoer en verpleging.*

OCMGD, afd. opleidingszaken — *Instructierichtlijn C2* (jan. 1980).

OTAS Brigade geneeskundige compagnie, organisatietypenr 51.1254.05, 2e dr. (10 juli 1981).

HKS — *Dictaat operationele logistiek,* 11e dr. (aug 1981).