P. M. M. Feijen

kapitein van de geneeskundige troepen

Herstructurering geneeskundige dienst KL

Velen van u zullen (direct of indirect) op het tactische of functionele vlak regelmatig te maken hebben met de geneeskundige dienst. Wellicht heeft u reeds gemerkt dat in de geneeskundige verzorging binnen de Koninklijke landmacht een veelomvattende herstructurering in gang is gezet. Daaraan is tevens een aanpassing van het optreden in vredestijd en in oorlogstijd gekoppeld. Het doel van dit artikel is de lezer informeren over de hoofdlijnen van die vernieuwingen.

Een uitgebreide beschrijving van de vernieuwde organisatie, het gewijzigde optreden en de nieuwe denktrant omtrent de geneeskundige verzorging zijn te vinden in de voorlopige richtlijn (VR/8-1) „De Geneeskundige dienst van de Koninklijke landmacht" [1]. Deze VR zegt in de inleiding niet doctrinair te zijn en de mogelijkheid open te laten voor commandanten in te spelen op zich wijzigende situaties. Een commandant kan nog steeds zijn eigen beste wijze van optreden kiezen aan de hand van zijn beoordeling van de toestand. De voorlopige richtlijn is bedoeld als leidraad/handboek in handen van tactische, logistieke of geneeskundige commandanten om inzicht te verkrijgen in de meest voor de hand liggende inzet van de geneeskundige middelen.

Ondanks het feit dat de reorganisaties nog lang niet zijn afgerond, dient de tactische of logistieke commandant reeds nu rekening te houden met het gewijzigde optreden van geneeskundige-organisatie-elementen, met name binnen het legerkorps. In dit artikel worden de algemene grondbeginselen en taakstelling van de geneeskundige dienst onder de aandacht gebracht. Vervolgens wordt stilgestaan bij de problemen en ontwikkelingen die tot de herstructurering hebben geleid. Daarna wordt ingegaan op enkele algemene aspecten van de reorganisatie van de geneeskundige eenheden binnen het Eerste Legerkorps. In een algemeen deel over de overige geneeskundige subsystemen binnen de KL zal ik mij beperken tot de hoofddoelstellingen van deze systemen na de reorganisatie. Het artikel wordt besloten met een beschouwing van de consequenties van de herstructurering van de geneeskundige dienst voor de KL.

Ondanks de herziene denkwijze over de geneeskundige verzorging zijn de grondbeginselen van de geneeskundige dienst ongewijzigd gebleven:

1.	**bereikbaarheid**	— tijdfactor
2.	**continuïteit**	— ononderbroken gewondenafvoer
3.	**samenhang**	— met tactisch optreden
4.	**triage**	— op alle niveaus
5.	**mobiliteit**	— beweeglijk optreden
6.	**flexibiliteit**	— aanpassen aan zich wijzigende omstandigheden

Deze grondbeginselen van het geneeskundige optreden zijn uiteindelijk afgeleid van de hoofddoelstelling van de KL: het voorkomen van oorlog, het zo nodig voeren van de verdediging en het daartoe in stand houden van een gevechtsgerede strijdmacht. Hieruit herleidt de geneeskundige dienst weer zijn subdoelstellingen m.b.t. patiëntenzorg met al haar selectieve, preventieve, curatieve en ook nazorgwerkzaamheden. De indeling van de geneeskundige-verzorgingselementen wordt bepaald door de verzorgingssterkte, het tactische optreden en de reeds in vredestijd opgestelde verliesverwachting voor 1Lk (afb. 1).

Algemeen

De behoefte om de opzet van de geneeskundige verzorging te herzien bestond al geruime tijd. Het oude systeem had een aantal tekortkomingen, die hier kort worden aangegeven:

— een tekort aan chirurgische capaciteit in het brigadevak;
— de onmogelijkheid geneeskundige inrichtingen onderling uit te wisselen of aan te vullen;

— een gebrek aan reservecapaciteit;
— een gebrek aan flexibiliteit en mobiliteit in het geneeskundige systeem.

Er werd dan ook een Stuurgroep Geneeskundige verzorging krijgsmacht in het leven geroepen, die o.m. deze onvolkomenheden uit het systeem moest snijden. Daartoe werd een aantal basisoplossingen aangedragen, die hier kort worden vermeld.

— Het opvoeren van de chirurgische capaciteit, met name gericht op de behandeling van gewonden in het vak van voorbrigades.
— Het voertuigenpark zou moeten worden uitgebreid.
— Een andere verbetering werd gevonden in de modulaire opbouw van geneeskundige eenheden. Met deze modulen zou een uitwisselbare reservecapaciteit kunnen worden opgebouwd, waardoor ook de mogelijkheid tot het leggen van een geneeskundig zwaartepunt zou ontstaan.
— Ten slotte zou het invoeren van een logistiek peloton in de organisatiestructuur van geneeskundige eenheden een verbetering van de interne verzorging moeten betekenen.

Tevens werd door de stuurgroep een aantal systeemeisen opgesteld voor de organisatie van de geneeskundige afvoer en verzorging binnen de KL. De werkwijze en het optreden zouden namelijk moeten zijn gerelateerd aan NAVO-richtlijnen en aan de bepalingen van de verdragen van Genève. De geneeskundige behandeling en verpleging zouden moeten worden afgestemd op de herziene verliesverwachting, waarbij:

a. 2% verliezen binnen het systeem als acceptabel mogen worden beschouwd;
b. 20% van de gewonden binnen 2 uur chirurgische behandeling moet ondergaan voor het verrichten van levens- en ledemaatreddende handelingen;
c. 80% van de gewonden binnen 6 uur op de operatietafel moet liggen ter voorkoming van infectie of blijvende invaliditeit.

Afb. 1 Geneeskundige verzorging

Een andere eis voor het nieuwe geneeskundige systeem was het vermogen flexibel en mobiel te kunnen optreden, en wel om de continuïteit van de afvoerketen te waarborgen, met name onder rampomstandigheden en bij een verhoogd gewondenaanbod.

De hier geschetste mogelijke oplossingen voor de gebreken van het oude systeem en de opgestelde eisen voor het nieuwe zijn geconcretiseerd en uiteindelijk bekrachtigd in Legerplan 177. Hiermee werd het sein gegeven voor de algehele herstructurering van de geneeskundige dienst van de landmacht. Daarbij werd de onderdeelsgeneeskundige dienst (het zg. eerste echelon) uitgezonderd en dus niet gereorganiseerd. Op de vergelijking van het oude met het nieuwe geneeskundige systeem zal ik niet nader ingaan doch mij beperken tot de nieuwe organisatie en werkwijze. Een aantal problemen die bij de nieuwe structuur op de ,,werkvloer" de kop opsteken, zullen echter niet onvermeld blijven.

De onderdeelsgeneeskundige dienst

Ondanks het vernieuwde tactische denken, zoals o.m. uitgewerkt in het teamoptreden, is binnen het eerste echelon van de geneeskundige verzorging van het legerkorps niets gewijzigd. De aangepaste verliesverwachting doet vermoeden dat er op dit niveau in oorlogstijd een knelpunt zal ontstaan. De oorzaak is het ontbreken van voldoende transportcapaciteit voor personeel en materieel van de hulppost. Bovendien zal waarschijnlijk een groot capaciteitstekort voor de afvoer van gewonden uit de gewondennesten optreden. Vooralsnog is de samenstelling van dit peloton echter ongewijzigd: een commandogroep, een behandelgroep en zeven afvoergroepen, waarvan drie pantserrupsgewondentransportvoertuigen en vier ziekenauto's Landrover.
De problemen van dit eerste echelon zijn in het februarinummer van de Militaire Spectator reeds behandeld door maj Slot [2]. ▷

De brigadegeneeskundige dienst

De gereorganiseerde brigadegeneeskundige compagnie blijft de tweede-echelons geneeskundige verzorging binnen het brigadegebied uitvoeren. De geneeskundige compagnie kent na herstructurering de volgende elementen in de organisatie.

1. De *compagniesstaf,* die het commando over de compagnie in vredes- en oorlogstijd uitoefent.
2. Het *logistieke peloton,* een nieuw ingevoerd organisatie-element dat de interne verzorging van de compagnie uitvoert met een bevoorradingsgroep, een keukengroep, een onderhoudsgroep en een verdeelplaatsgroep (tevens externe verzorging van eenheden in brigadegebied met geneeskundige goederen).
3. Het *verbandplaatspeloton,* dat in zijn geneeskundige mogelijkheden sterk is beperkt door het eraan onttrekken van alle chirurgische capaciteit. De hoofdtaak komt te liggen bij triage (het sorteren van gewonden in urgentieklassen) en shockbehandeling.
4. Het *hulppostpeloton,* dat bij een gelijkblijvende organisatie eveneens sterk wordt beperkt in zijn middelen; in oorlogstijd vervalt de commandogroep en blijven er drie zelfstandige hulppostgroepen over.
5. Het *ziekenautopeloton,* na de reorganisatie bestaande uit drie groepen van acht ziekenauto's, waarbij een capaciteitsuitbreiding met vier voertuigen heeft plaatsgevonden.

Na de reorganisatie heeft de compagnie de in afb. 2 getoonde organisatiestructuur.

De taak, het optreden en de werkwijze van deze brigadegeneeskundige compagnie zijn sterk ingeperkt, doch omvatten nog steeds de afvoer en verpleging van gewonden binnen het brigadevak. Ook voorziet de brigadegeneeskundige compagnie in extra eerste-echelons geneeskundige inrichtingen (hulpposten), de tandheelkundige verzorging en de bevoorrading met geneeskundige-dienstgoederen voor de brigade.
Afgezien van het feit dat herstructurering een periode van gewenning en aanpassing meebrengt, is het waarschijnlijk dat dit tweede echelon op lange termijn wordt geconfronteerd met een aantal knelpunten. Enkele van die problemen worden hier kort behandeld.

1. **Transportprobleem**
De transportcapaciteit bij de hulppostgroep, de verpleeggroep en de aankomstgroep is onvoldoende om al het materieel en personeel mee te voeren.

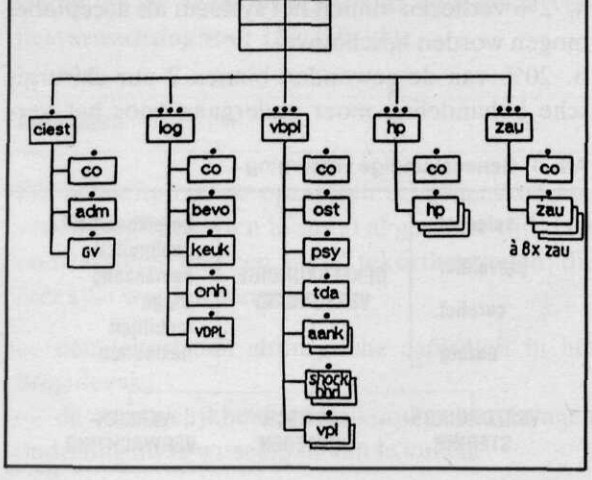
2. **Personeelsprobleem**
a. De personele vulling van de compagnie in vredestijd is slechts 65%; dat betekent concreet dat in vredestijd slechts één verbandplaats, twee hulppostgroepen en twee ziekenautogroepen paraat gevuld zijn, waardoor de eenheid slechts beperkt inzetbaar is.
b. Een toenemend aantal dienstplichtigen op sleutelfuncties doet afbreuk aan de continuïteit binnen de compagnie; ook de kwaliteit van de opleiding van het personeel lijdt daaronder.

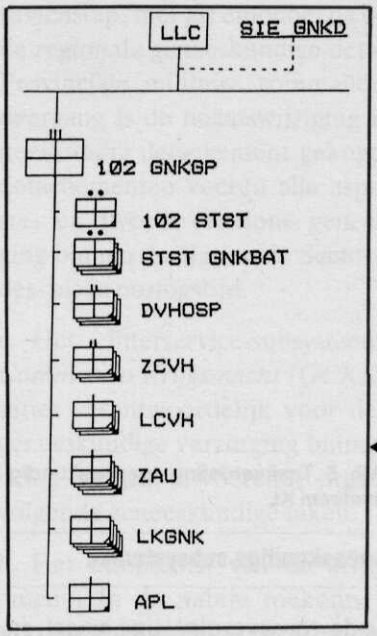
3. **Onderhoudsprobleem**
In vredestijd zijn binnen de compagnie negentien voertuigen onbemand (KV-personeel). Dat betekent dat de onderhoudbelasting per chauffeur, en dus ook de voor onderhoud te reserveren tijdsduur, bij de eenheid toenemen.

4. **Oefenprobleem**
De springcapaciteit van het verbandplaatspeloton in vredestijd is verdwenen. Hierdoor is het niet meer mogelijk op de oude en nieuwe lokatie tegelijkertijd werkzaam te zijn. Door het personeelstekort kan de compagnie zonder steun nooit volledig ontplooid oefenen.

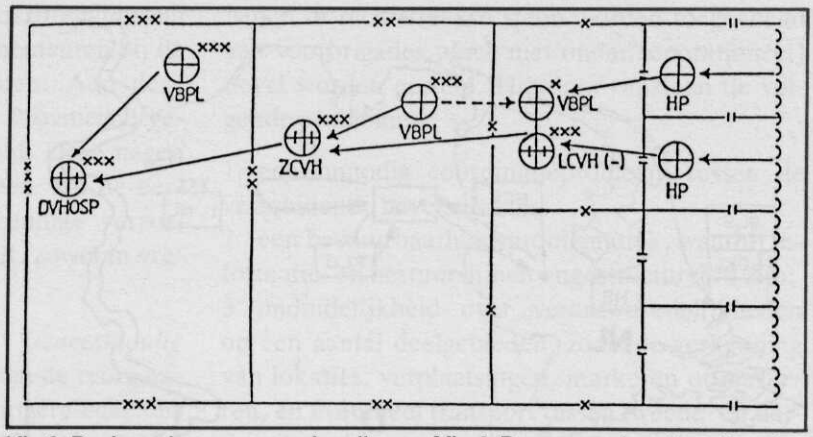
5. **Materieelprobleem**
Sommige essentiële leveringen zijn reeds jaren

Afb. 2 De gereorganiseerde brigade geneeskundige compagnie





Afb. 3 De Legerkorps geneeskundige dienst



Afb. 4 De geneeskundige-afvoerketen van het Legerkorps

uitgesteld (ziekenauto's, aggregaten, radio's); dit probleem is slechts van tijdelijke aard.

6. **Coördinatieprobleem**
De coördinatie met de derde-echelons geneeskundige inrichting, die de brigadegeneeskundige compagnie met chirurgische capaciteit komt versterken, is nog onduidelijk. Deze bestuurbaarheidsproblematiek komt in de nabeschouwing aan de orde.

De legerkorpsgeneeskundige dienst

De organisatiestructuur van de derde-echelons geneeskundige verzorging is door de realisatie van de herstructurering eveneens sterk vereenvoudigd. Onder de Legerkorps Logistieke Commandant valt 102 Geneeskundige groep. Deze heeft als hoofdtaak het voeren van het commando over drie geneeskundige bataljons. Deze kennen geen vaste samenstelling, maar krijgen in oorlogstijd het bevel over — naar behoefte en regio — toegevoegde organisatie-elementen (afb. 3). Deze geneeskundige eenheden op legerkorpsniveau zijn de volgende.

1. De *legerkorpsgeneeskundige compagnie,* die verantwoordelijk is voor de eerste- en tweede-echelons geneeskundige verzorging in een toegewezen regio in het legerkorpsachtergebied. Deze compagnie heeft een samenstelling, gelijkwaardig aan de brigadegeneeskundige compagnie.

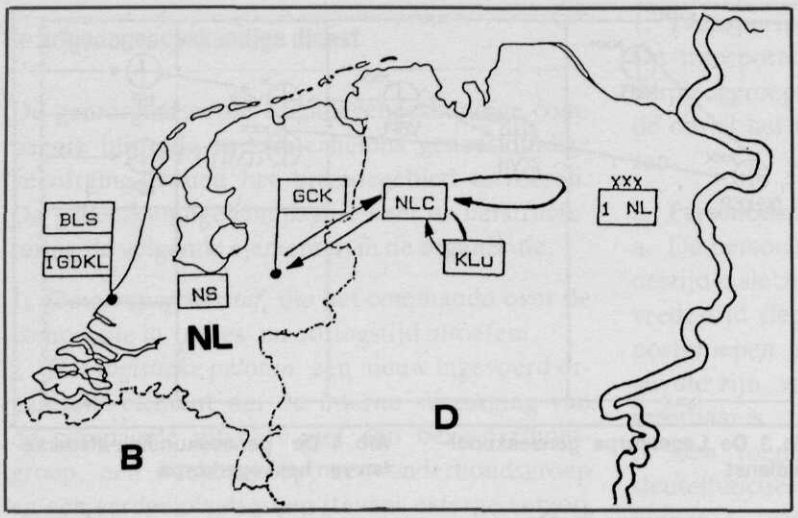
2. De *ziekenautocompagnie,* met als taak het afvoeren van gewonden uit tweede- naar derde-echelons geneeskundige inrichtingen. Bovendien moet deze eenheid alle andere geneeskundige transporten in het divisie- en legerkorpsachtergebied uitvoeren. De totale afvoercapaciteit van de vier compagnieën bedraagt met 288 ziekenauto's ongeveer 2000 gewonden per dag.

3. De *lichtchirurgische veldhospitaalcompagnie,* die beschikt over twee zelfstandig optredende pelotons met elk drie operatiekamers. De opdracht voor één peloton is het steunen van het tweede echelon met chirurgische capaciteit voor de ,,2-uursgewonden". Bovendien kan met deze pelotons een zwaartepunt in de geneeskundige verzorging binnen het Legerkorps worden gelegd, zulks naar gelang het zwaartepunt van het gewondenaanbod.

4. Het *zwaarchirurgische veldhospitaalbataljon,* dat in zijn totaliteit optreedt in het divisieachtergebied met aanvullende chirurgische capaciteit t.b.v. de ,,6-uursgewonden". Dit bataljon heeft daartoe, op één lokatie, 18 operatiekamers ter beschikking.

5. Het *doorvoerhospitaalbataljon,* dat acht operatiekamers inricht in een lokatie in het legerkorpsachtergebied. De geneeskundige handelingen aldaar zijn definitief chirurgisch van aard. Tevens kan een doorvoerhospitaal 800 patiënten verplegen in afwachting van afvoer naar het moederland. Ter voorbereiding op dit transport worden door dit bataljon bij stations en vliegvelden doorvoercentra ingericht.

6. De *aanvullingsplaatscompagnie,* die drie zelfstandige pelotons voor de bevoorrading van het le-



Afb. 5 Taakverdeling geneeskundig systeem KL

gerkorps met geneeskundige-dienstgoederen en bloed uitbrengt.

De geneeskundige-afvoerketen 1Lk

Over de samenhang tussen de geneeskundige elementen binnen 1Lk het volgende. De geneeskundige-afvoerketen binnen het legerkorps is na de reorganisatie nauwelijks veranderd (afb. 4). De gewonde valt aan het front, wordt door zijn kameraden geholpen en naar een gewondennest afgevoerd. Hier halen de gewondenverzorgers van de bataljonshulppost hem op met hun pantserrupsgewondentransportvoertuig. Het transport voert via een overlaadpunt, waar de gewonden in een ziekenauto worden overgeladen, naar de hulppost. Daar wordt de gewonde onderzocht door een arts, die hem zo mogelijk zal doorsturen naar een tweede-echelons geneeskundige inrichting.

Aangekomen op de verbandplaats wordt de gewonde door een „triage-arts" in een urgentieklasse ingedeeld. Aan de verbandplaats van een voorbrigade wordt een lichtchirurgisch veldhospitaalpeloton toegevoegd. Hier is sprake van een bekende situatie: een verbandplaats met chirurgische capaciteit, bestemd voor levens- en ledemaatreddende handelingen. Vervolgens wordt de gewonde getransporteerd naar een zwaarchirurgisch veldhospitaal, waar hij aanvullende chirurgische behandeling krijgt. Uiteindelijk komt hij in een doorvoerhospitaal aan, waar hij, in afwachting van repatriëring, definitief wordt behandeld en verpleegd.

Hogere-echelons geneeskundige subsystemen

Deze repatriëring, de terugverplaatsing naar, en de opvang van de patiënt in Nederland, zijn een verantwoordelijkheid van de hogere-echelons geneeskundige eenheden (afb. 5). Ook deze geneeskundige deelsystemen zijn betrokken bij de herstructurering van de geneeskundige dienst. Op de gevolgen van de reorganisatie zal per deelsysteem slechts summier worden ingegaan, aangezien deze reorganisaties nog aan wijzigingen onderhevig zijn.

a. De sectie geneeskundige dienst van het *Nationaal Logistiek Commando (NLC)* blijft verantwoordelijk voor de afvoer van gewonden uit het operatiegebied naar het moederland. Dat transport kan worden uitgevoerd met ziekenauto's, ziekenautobussen, ambulancetreinen of -vliegtuigen. Op dit niveau valt als gevolg van de reorganisatie een capaciteitstoeneming waar te nemen. Meer dan 2000 patiënten kunnen per 24 uur naar Nederland worden afgevoerd. Andere taken van de sectie geneeskundige dienst NLC zijn de bevoorrading met geneeskundige goederen en bloed. Ook komt een aantal geneeskundige-bevoorradingselementen onder dit commando te vallen, en wel de Militaire bloedtransfusiedienst, het Centraal depot geneeskundige dienst en de Centrale militaire apotheek. Ten slotte is deze sectie belast met de interne eerste- t/m derde-echelons geneeskundige verzorging in het operatie-achtergebied.

b. De oprichting van de geneeskundige groep *Nationaal Territoriaal Commando (NTC)* was een

tussenstap, met als einddoel de onderbrenging van de regionale geneeskundige detachementen bij de Provinciale militaire commandanten. Aan deze overgang is de naamswijziging in Provinciaal geneeskundig detachement gekoppeld. Deze negen detachementen voeren alle aspecten van de eerste- en tweede-echelons geneeskundige verzorging binnen de Nationale Sector uit, zowel in vredes- als in oorlogstijd.

c. Het interservice-subsysteem *Geneeskundig Commando Krijgsmacht (GCK)* is na de reorganisaties verantwoordelijk voor de hogere-echelons geneeskundige verzorging binnen Nederland. Het is het hoogste uitvoerende orgaan en het kent de volgende geneeskundige taken.

1. Het uitoefenen van de krijgsmachthospitaalfunctie. In de nabije toekomst zal deze functie worden uitgevoerd in het Centraal Militair Hospitaal te Utrecht en door vijf chirurgische teams, ondergebracht bij civiele ziekenhuizen verspreid over Nederland.
2. De zorg voor de opvang en het onderbrengen in ziekenhuizen van patiënten in oorlogstijd. De patiënten worden door de zorg van het NLC afgeleverd op opvangcentra bij stations of vliegvelden. De Opvang- en afvoercompagnie van het GCK richt deze opvangcentra in. Het onderbrengen van patiënten in civiele ziekenhuizen wordt gecoördineerd tussen de Ziekenhuisorganisatie (onder bijzondere omstandigheden) en de nieuw op te richten Provinciale administratie- en registratiecompagnieën van het GCK.

d. Het subsysteem van de *Inspecteur Geneeskundige Dienst Koninklijke landmacht (IGDKL)* zorgt voor de beleidsvorming en de beleidsbepaling binnen de Militair Geneeskundige Dienst. Voorts is deze dienst belast met de functionele medische leiding over alle geneeskundige elementen binnen de KL. Ook voorschriften en functionele richtlijnen worden door deze dienst uitgegeven.

Nabeschouwing

De herstructurering wordt op alle niveaus binnen de geneeskundige dienst uitgevoerd. Een hoofdknelpunt blijft de bestuurbaarheid van het nieuwe geneeskundige systeem binnen het legerkorps, en wel doordat derde-echelons geneeskundige eenheden in rechtstreekse steun worden toegevoegd aan voorbrigades, doch niet onder (operationeel) bevel worden gesteld. Hierdoor ontstaan de volgende problemen:

1. een onnodig coördinatieprobleem tussen de verschillende bevelsniveaus;
2. een bestuurbaarheidsproblematiek, waarbij informatie- en bestuurslijnen ongestructureerd zijn;
3. onduidelijkheid over verantwoordelijkheden op een aantal deelgebieden, zoals de verkenning van lokaties, verplaatsingen, markeren of maskeren, en eventueel transport tussen tweede- en derde-echelons geneeskundige inrichtingen.

Een ander probleem bij de herstructurering is de uitbreiding van de capaciteit voor het verwerken van gewonden. Dit is op alle niveaus ingevoerd, m.u.v. het eerste echelon (zie [2] voor de details). Het probleem wordt veroorzaakt doordat de gehele herstructurering van de geneeskundige dienst budgettair neutraal dient te verlopen. Het tekort aan afvoercapaciteit bij de gevechtseenheden zal waarschijnlijk de ,,bottle-neck" in de geneeskundige-afvoerketen zijn.

De herstructurering van de Geneeskundige dienst Koninklijke landmacht is een noodzakelijke en zinvolle ontwikkeling en brengt een verbetering in de organisatie en werkwijze teweeg. Dat zal ongetwijfeld ten goede komen aan de geneeskundige verzorging van gewonden.

De meeste van de geschetste problemen zou ik willen typeren als vredesproblematiek. In oorlogstijd zal de lijfspreuk van het dienstvak van de Geneeskundige troepen: ERIPIENDO VICTORIAE PROSUM onverkort gelden. Ook onder primitieve oorlogsomstandigheden zal het geneeskundige personeel van de landmacht een optimale geneeskundige verzorging leveren waarbij de patiënt snel en vakkundig wordt geholpen.

Literatuur

1. VR 8-1. *De geneeskundige dienst van de Koninklijke landmacht,* dln 0-3.
2. H. J. Slot — Geneeskundig optreden binnen het manoeuvrebataljon tijdens het verdedigend gevecht. *Mil. Spect.* **158**(1989)(2)65.