

Geneeskundige ondersteuning van landoptreden bij een grootschalig conflict



Of het ons nu uitkomt of niet, de Nederlandse krijgsmacht moet zich ook (weer) voorbereiden op grootschalig optreden in een hoog geweldsspectrum. Daarbij doet de vraag zich voor of de huidige militaire gezondheidszorg wel op de juiste wijze is ingericht om te kunnen voldoen aan de uitdagingen die een grootschalig conflict aan het operationeel gezondheidszorgsysteem stelt. Dit artikel laat zien dat de huidige middelen van de krijgsmacht bij lange na niet toereikend zijn om grootschalige gevechtsoperaties conform de op dit moment gestelde normen te kunnen ondersteunen. Het is dan ook noodzakelijk om de gehele geneeskundige keten, zowel kwantitatief als kwalitatief, te evalueren en aan te passen.

*Majoor W. Goes**

* Majoor Willem Goes is sinds maart 2017 werkzaam als Medical Planner bij de Duits/Nederlandse Division Schnelle Kräfte (DSK). In die hoedanigheid heeft hij bij diverse oefeningen ervaring opgedaan met het concept van geneeskundige ondersteuning bij *major combat operations*. Voor die tijd heeft hij in verschillende functies ervaring opgedaan binnen de gehele geneeskundige ondersteuningsketen. Zo was hij commandant van een chirurgisch peloton bij 400 Geneeskundig Bataljon (Role 2), pelotonscommandant bij een Luchtmobiel geneeskundig peloton (Role 1) en commandant van de vaktechnische opleiding voor officieren van de Geneeskundige Dienst bij het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum in Hilversum.

Enige tijd geleden traden de minister van Defensie en de Commandant der Strijdkrachten af na een vernietigend OvV-rapport dat was geschreven naar aanleiding van het mortierongeval tijdens de MINUSMA-missie in Mali. Het mortierongeval kostte twee militairen het leven en één militair raakte ernstig gewond. De reacties op het rapport lieten zien dat het beschikbaar hebben van juiste en voldoende

Medische evacuatie per helikopter in Afghanistan, 2011

FOTO MCD, E. KLUN



medische capaciteiten voor militaire operaties noodzakelijk is. Tevens werd duidelijk dat dit een zeer gevoelig (politiek) onderwerp is.

Het wiel opnieuw uitvinden?

De steeds veranderende veiligheidssituatie in de wereld heeft geleid tot een hernieuwde aandacht voor de verdediging van het eigen en bondgenootschappelijk grondgebied. De deelname van Nederlandse eenheden aan de Very High Readiness Joint Task Force (VJTF) en de enhanced Forward Presence (eFP) in Litouwen zijn hiervan sprekende voorbeelden. De krijgsmacht dient zich ook weer voor te bereiden op grootschalig optreden in een hoog geweldsspectrum. Als expeditieaire krijgsmacht hebben we veel ervaring met inzet in stabilisatieoperaties. Voor *major combat operations* moeten we echter het wiel deels opnieuw uitvinden, of in ieder geval wennen aan een nieuwe realiteit. Een van de gebieden waarop een nieuwe realiteit zich aandient is de operationele

gezondheidszorg. Binnen de expeditieaire krijgsmacht heeft de operationele gezondheidszorg een enorme sprong gemaakt op het gebied van de kwaliteit van geleverde zorg. Bestuurlijke richtlijnen en aanwijzingen als ‘SG V/26 Grondslagen, Hoofdlijnen en Systeem-eisen voor de militaire gezondheidszorg’ dwongen de militaire gezondheidszorg zich te conformeren aan de in Nederland geldende tijdslijmieten en kwaliteitsnormen.

Recente oefeningen

Tijdens recente oefeningen, bijvoorbeeld Vital Sword, die 1 (GE/NL) eind 2017 hield, zijn computersimulaties gebruikt om een grootschalig conflict na te bootsen. Daarbij bleek het noodzakelijk de aantallen gewonden die de simulatie genereerde ruim naar beneden bij te stellen om de gewondenstroom voor de geoefende eenheden – Division Schnelle Kräfte en de 1e Duitse Panzer Division waren Primary Training Audience (PTA) – beheersbaar te houden.

De divisies bleken niet in staat om de aantallen gewonden op een juiste manier te 'verwerken'. Dat gold zowel voor het proces als voor de beschikbare middelen. De vraag of de huidige militaire gezondheidszorg op de juiste wijze is ingericht en toegerust om te kunnen voldoen aan de uitdagingen die een grootschalig conflict aan het gezondheidszorgsysteem zal stellen, is dan ook actueel.

Opzet artikel

Dit artikel gaat eerst in op de huidige samenstelling en inrichting van het operationeel gezondheidszorgsysteem bij het landoptreden. Hierbij komt zowel de doctrinair voorziene geneeskundige keten als de praktische invulling hiervan in recente missies met een expeditionair karakter aan de orde.

Vervolgens wordt een beeld geschetst van de verwachte omgeving waarin de geneeskundige dienst haar taken moet vervullen in het geval van een grootschalig conflict. Tevens komen de gewenste effecten die het geneeskundig

optreden moet bewerkstelligen aan bod. Ook wordt een vergelijking gemaakt tussen de huidige beschikbare middelen en werkwijzen, en de effecten die ermee kunnen worden bereikt.

Het artikel sluit af met een conclusie en geeft daarnaast een overzicht van onderwerpen die verder uitgewerkt moeten worden om het verschil tussen de huidige en de gewenste situatie te verkleinen.

Huidige inrichting operationeel militaire gezondheidszorg

De huidige militaire gezondheidszorg is ingericht op basis van de visie voor militaire gezondheidszorg 2015. Deze visie is in 2011 uitgegeven onder verantwoordelijkheid van de Hoogste Medische Autoriteit (HMA) en kwartiermaker militaire gezondheidszorg. Ze is geschreven als basis voor de blauwdruk van de reorganisaties van de militaire gezondheidszorg die zijn ingezet in 2011 en beoogde de militaire gezondheidszorg een toekomstbestendige structuur te geven.

Expeditionair optreden is daarbij als uitgangspunt genomen: 'De aard van missies waaraan de Nederlandse krijgsmacht deelneemt, is aan het veranderen. Er is sprake van een toename aan complexe missies op grotere afstand van Nederland, die worden uitgevoerd onder wisselende geweldsomstandigheden. De mentale en fysieke belasting voor militairen is toegenomen, de opgelopen trauma's zijn veelal ernstig en de behoefte aan specifieke, vaak meer complexe en langer durende gezondheidszorg is sterk toegenomen.'¹

Het moment waarop de visie is uitgegeven, vlak na de in medisch opzicht uiterst interessante periode van missies in Irak en Zuid-Afghanistan, verklaart waarom voor de huidige structuur en inrichting van onze militaire gezondheidszorg is gekozen. In de missies voorafgaand aan het opstellen aan de visie werden we namelijk geconfronteerd met slachtoffers die, hoewel gering in aantal, complexe trauma's hadden opgelopen. Dit relatief geringe aanbod aan



FOTO PHOENIX OOCCL

Bison Drawsko, oefening voor een grootschalig conventioneel conflict. De aard van het grootschalige gevecht vraagt om mobiele, zelfstandige, snel inzetbare Medical Treatment Facilities (MTF's) die binnen enkele uren een ruime hoeveelheid (chirurgische) capaciteit beschikbaar hebben

¹ HMA/kwartiermaker militaire gezondheidszorg, Visie Militaire Gezondheidszorg 2015 'Zorg voor inzetbaarheid, inzet voor zorg' (2011) 5.



Opwerkoefening voor operatie MINUSMA in Mali, 2015

FOTO MCD, G. VAN ES

gewonden maakte het mogelijk een operationeel gezondheidszorgsysteem in te richten dat in staat is hoogwaardige kwaliteit zorg te leveren.

Hoge eisen

Politiek en maatschappij stellen hoge eisen aan de gezondheidszorg voor alle militairen. De kwaliteitseisen zijn zelfs opgenomen als een van de grondslagen voor de militaire gezondheidszorg: 'De gezondheidszorg voor de krijgsmacht richt zich, met inachtneming van de omstandigheden waaronder de krijgsmacht moet opereren, de uitvoering van de operationele taak en de eisen die in dit kader aan het personeel worden gesteld, op de in Nederland civiel gebruikelijke

kwaliteitsnormen, de Nederlandse wetgeving en de Nederlandse professionele standaard'.²

Voor de inrichting van de geneeskundige keten is uitgegaan van een continu hoge kwaliteit van geleverde zorg vanaf het moment van gewond raken tot en met de eindbehandeling en revalidatie in Nederland. Planmatig moet er steeds voldoende gekwalificeerd geneeskundig

2 Aanwijzing SG V/26, Grondslagen, Hoofdlijnen en systeemeisen militaire gezondheidszorg (2007) 5.



FOTO MCD, H. HILLINGA

Role 1 Medical Treatment Facilities (MTF's) opvang van gewonden die eerder die dag op een bermbom zijn gereden, Gao, 2014

personeel beschikbaar zijn. Ervaringen uit recente missies als Afghanistan, Irak en zeker ook Mali laten zien dat het in voldoende mate voorhanden hebben van middelen voor Aero-medical Evacuation (AE) noodzakelijk is om te kunnen voldoen aan de gestelde tijds- en kwaliteitseisen. De patiëntenstroom wordt vanaf het niveau Brigade/Task Force gecoördineerd door een Patient Evacuation Coordination Cell (PECC). De PECC coördineert, dirigeert en registreert iedere individuele patiëntenbeweging binnen het operatiegebied.

De Role 2 en Role 3 Medical Treatment Facilities, waar hoogwaardige chirurgische ingrepen gedaan kunnen worden, hebben een veelal statisch karakter voor langdurige ontplooiing op compounds en bases. Hierbij moet ook vermeld worden dat er afgelopen jaren veel onderzoek is gedaan naar de haalbaarheid en wenselijkheid van het inzetten van bijvoorbeeld Forward Surgical Elements (FSE) om tegemoet te komen aan de incidentele noodzaak tijdelijk en plaatselijk beperkte chirurgische capaciteit naar voren te brengen.

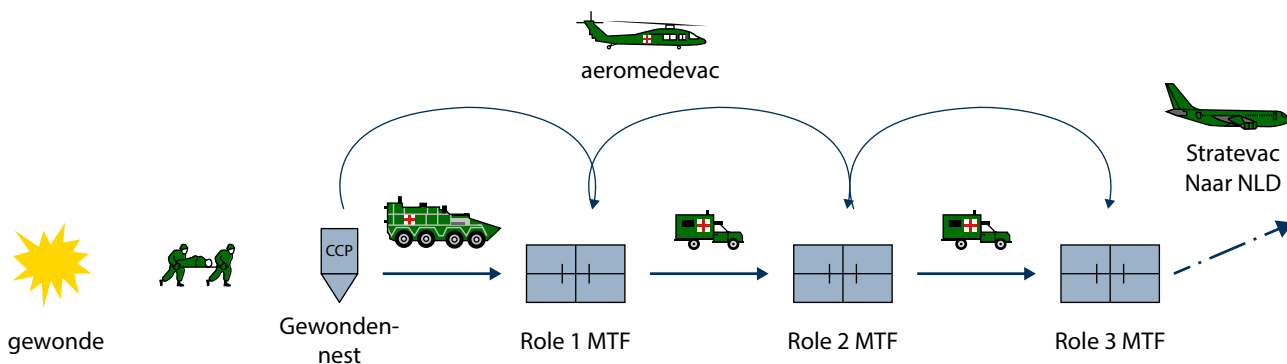
Hoogwaardige, kostbare middelen

Met de visie militaire gezondheidszorg 2015 is gekozen voor het ondersteunen van operationeel optreden met kwalitatief hoogwaardige medische zorg die voldoet aan de civiele kwaliteitsnormen. Hiervoor wordt binnen de geneeskundige afvoerketen gebruik gemaakt van (semi)statische elementen. Voor het vervoer van patiënten tussen de verschillende MTF's wordt gebruik gemaakt van hoogwaardige, maar kostbare en schaarse middelen.

Geneeskundige ondersteuning bij een grootschalig conflict

Het is opvallend dat zowel in de visie militaire gezondheidszorg 2015 als in de blauwdruk voor militaire gezondheidszorg de termen major combat operation of 'grootschalig conflict' niet terug te vinden zijn. Hoewel de visie en de

Grondvorm operationeel gezondheidszorgsysteem





Na beoordeling en classificatie van de gewonden (triage) door een arts worden ze naar het Chinese ziekenhuis in Gao, Mali, gebracht (2014)

FOTO MCD, H. HILLINGA

blauwdruk als vanzelfsprekend in het verlengde liggen van de capaciteitendoelstelling van de krijgsmacht, mogen we uit de visie opmaken dat het grootschalig conflict niet bovenaan de lijst met prioriteiten heeft gestaan bij het inrichten van de geneeskundige dienst van Defensie. Het is daarom interessant te bezien of het met de huidige elementen voor operationele gezondheidszorg mogelijk is een grootschalig conflict te ondersteunen.

Verwachte aantallen gewonden

In eerste instantie is het van belang duidelijk te hebben hoe de omgeving eruit ziet voor de operationeel geneeskundige dienst in het geval van een grootschalig conflict. Daarbij is het relevant om te kijken naar verwachte aantallen en de soorten gewonden. Als we weten hoeveel

slachtoffers te verwachten zijn, is het eenvoudig te bepalen in hoeverre de huidige capaciteit zich verhoudt tot de noodzakelijke capaciteit. Er bestaan geen computersimulaties die exact aan kunnen geven waar, wanneer en op welk moment welke slachtoffers gaan vallen. Toch zijn er voldoende rekenmodellen die een goede benadering geven van de te verwachten aantallen gewonden (Casualty Rate Estimate, CRE) in geval van grootschalige gevechtsoperaties. Voorbeelden hiervan zijn de NATO ACE Directive 85/8 en de Amerikaanse Modified/Medical Course Of Action Tool (MCOAT). Hoewel de ACE Directive 85/8 dateert uit 1993, is dit formeel nog het gangbare document om verliesverwachtingen te berekenen voor major combat operations. Gebleken is dat, in ieder geval voor de kleinere gevechtsverbanden als het compagnies-

en pelotonsniveau, de verliesverwachtingen op basis van de berekeningen van de ACE Directive 85/8 nagenoeg gelijke aantallen slachtoffers geven als er in werkelijkheid zijn gevallen bij gevechtssituaties tijdens bijvoorbeeld Operation Iraqi Freedom en Operation Enduring Freedom. De ACE Directive 85/8 is dus zeker niet achterhaald. Bij gebrek aan een goed alternatief is er geen reden te twijfelen aan de hierdoor berekende verliesverwachting. Recente conflicten, bijvoorbeeld in Oekraïne, tonen ook aan dat het aantal militaire slachtoffers hoog op kan lopen. Een sprekend voorbeeld is de 'Slag om Ilovaisk', die plaatsvond in augustus 2014. Volgens het Ukraine Crisis Media Centre vielen in enkele dagen tijd, toen er tegen een reguliere tegenstander werd opgetreden, onder Oekraïense troepen 429 gewonden en 366 doden te betreuren.

Nederlandse en Duitse berekeningen

Zowel het Nederlandse Kenniscentrum van het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum als de Duitse Sanitätsdienst der Bundeswehr hebben berekeningen over te

verwachten aantallen gewonden tijdens groot-schalige gevechtsoperaties verder uitgewerkt. De uitkomsten laten voor beide krijgsmachten hoge aantallen gewonden zien. De in Nederland uitgevoerde berekeningen laten zien dat er bij optreden in het hoogste geweldsspectrum per Nederlandse Bataljons Taak Groep (BTG) van ongeveer duizend militairen, rekening moet worden gehouden met 205 uitgevallen militairen per dag, onder wie 143 militairen Wounded In Action (WIA).

Voor een Nederlandse brigade, met een sterkte van 4500 militairen, geven de berekeningen het aantal van 217 WIA per 24 uur. De Duitse berekeningen gaan uit van een verzorgingssterkte van zesduizend personen per brigade. Zij komen uit op 240 uitgevallen militairen per dag, van wie er 168 gewond zijn geraakt. Van die 168 heeft tweederde deel (66 procent) behoefte aan chirurgische behandeling. Dit komt neer op 112 chirurgische ingrepen per brigade per dag.

De in Nederland gemaakte berekeningen gaan niet in op de aantallen patiënten die chirurgie

Een gewonde militair wordt tijdens de meerdaagse operatie Ghat Mahay in Afghanistan (2009) naar de Blackhawk Medevac-helikopter gebracht

FOTO MCD, J.-K. DE MEESTER



nodig hebben, maar op zwaarte van de verwonding en triage-classificatie.³ Voor het bepalen van de totaal benodigde chirurgische capaciteit is alleen dat gegeven minder relevant.

Ervaringen Task Force Uruzgan

Als we op de Nederlandse eenheidsgrootte dezelfde berekening loslaten als die van de Sanitätsdienst der Bundeswehr (66 procent van de gewonden heeft chirurgische behandeling nodig), zou een Nederlandse brigade per dag 144 patiënten chirurgisch moeten behandelen. Dit aantal komt, toevalligerwijs, exact overeen met het aantal Battlefield Injuries van Nederlandse militairen tijdens vijf jaar Task Force Uruzgan.

Een Nederlandse Role 2 Enhanced MTF van 400 Geneeskundig bataljon heeft, uitgaande van een 'standaard' Role 2 met twee operatiekamers en twee chirurgische teams, een planmatige capaciteit van twaalf tot veertien OK's per 24 uur. Dit houdt in dat voor het ondersteunen van een Nederlandse brigade een chirurgische capaciteit met het equivalent van liefst tien Role 2E MTF's ingezet moet worden. 400 Geneeskundig Bataljon beschikt op dit moment over vier hospitaalcompagnieën. Het bataljon is daarmee in staat voor de totale Nederlandse krijgsmacht vier Role 2E MTF's uit te brengen.

Het ligt voor de hand in dit geval ook te kijken naar de aanwezige capaciteit van de *host nation*. Conflicten in het verleden hebben echter laten zien dat de civiele medische structuur in tijden van oorlog verre van betrouwbaar is. Beelden van verwoeste ziekenhuizen met een ernstig tekort aan medicijnen, verbandmiddelen, ziekenhuisbedden en medisch specialisten zijn eerder regel dan uitzondering. Het zou van weinig realiteitszin getuigen als de operationele keten voor militaire gezondheidszorg op juist die infrastructuur een beroep gaat doen.

Evacuatie van gewonden

Naast het belang van adequate chirurgische capaciteit is het evident dat de patiënten op het juiste moment in de juiste geneeskundige verzorgingsinstallatie terecht moeten komen. Dit is niet alleen in het belang van de patiënt. De operationele commandant heeft er een tactisch



FOTO: MCD, E. VOIRSTENBOSCH

Artsen, verpleegkundigen en medisch specialisten 400 Geneeskundig Bataljon wachten op toestemming van de loadmaster om gewonden aan boord van een Chinook te brengen tijdens oefening Medic Diamond, 2011

belang bij dat gewonde militairen zo snel mogelijk vanuit de voorste lijn afgevoerd worden naar het achtergebied, aangezien ze een ernstige beperking zijn voor de manoeuvreervrijheid van de eenheid.

Voor de evacuatie van gewonden kan gebruik worden gemaakt van grond- of luchtgebonden afvoermiddelen. Het benodigde aantal helikopters dat beschikbaar is voor luchtgebonden evacuatie is afhankelijk van het type en de configuratie van de toestellen. Als de aanname wordt gedaan dat alle chirurgische patiënten liggend getransporteerd moeten worden zijn er,

³ Triage (schifting, medische selectie) omvat het rangschikken van gewonden (bij een ramp of oorlog) naar de ernst van de verwonding, waarbij de meest ernstig gewonde patiënten het eerst worden behandeld.

uitgaande van twaalf uur zuivere vliegtijd per dag, negen middelzware Medevac-helikopters (bijvoorbeeld de NH90) nodig om een brigade te ondersteunen. Het gaat dan bij dat aantal ook nog alleen om de gewondenafvoer vanuit de frontlijn naar een eerste MTF met chirurgische capaciteit.

Het inzetten van transportmiddelen met een grotere capaciteit, bijvoorbeeld de CH-47 Chinook, is voor deze schakel in de keten niet doelmatig. De behandelcapaciteit van een Role 1 MTF is daarvoor te gering. Die CH-47 is meer geschikt voor het transport tussen Role 2E MTF en een hoger echelon van zorg, zeker ook omdat daar veelal meer specialistisch vervoer met bijvoorbeeld Intensive Care-kwaliteit noodzakelijk is. Er zijn bij deze verliesverwachting, als aanvulling op de negen middelzware helikopters, minimaal vier CH-47 Medevac-helikopters per brigade nodig. Een belangrijke afweging bij optreden in het grootschalig conflict is de mogelijkheid tot het gebruik van AE-middelen. Het is nog maar de vraag in hoeverre luchtoverwicht in een grootschalig conflict gegarandeerd is, en dus of het mogelijk is een groot aantal gewonden door de lucht af te voeren. Van Forward Aeromedical Evacuation, het transport van gewonden vanaf het Point of Injury naar het eerste punt van behandeling, zal in ieder geval geen sprake kunnen zijn. De voornaamste wijze van patiën-

tenvervoer zal over de grond plaats moeten vinden. Dit heeft directe gevolgen voor omlooptijden en afstanden die de geneeskundige eenheden tot het front kunnen hebben.

Coördinatie verdient aandacht

Ook de aansturing en coördinatie binnen de geneeskundige keten verdient de nodige aandacht bij een grootschalig conflict. Tijdens oefeningen met een major combat scenario bleek het voor de PECC onmogelijk de grote aantallen slachtoffers op een goede wijze te 'verwerken'. Het gehele systeem van *reports* en *returns* en meldingen zoals dat op dit moment wordt ingevuld, werkt uitstekend bij stabilisatie-operaties, maar loopt volledig vast bij een grootschalig conflict.

De operationele context waarin het grootschalig conflict zich afspeelt kenmerkt zich door een grotere mobiliteit dan het min of meer statische optreden zoals tijdens de expeditie missies. Bij deze expeditie missies wordt, vanaf goed beveiligde compounds, een groot gebied bestreken. Grootschalige gevechtsoperaties kenmerken zich door een beweeglijk optreden van manoeuvre-eenheden en, indien tactisch nodig, over grote afstanden. De MTF's zullen het beweeglijk optreden moeten kunnen volgen en tegelijkertijd aan de tijdslijmieten blijven voldoen.

Als we kijken naar het grote aantal te verwachten slachtoffers is het niet logisch te veronderstellen dat kleine chirurgische elementen met een zeer beperkt voorzettingsvermogen, zoals bijvoorbeeld een FSE, hiervoor toereikend zijn. De meer statische Role 2E MTF's zijn daar vanwege de benodigde ontplooiingstijd van minimaal enkele dagen in elk geval ook niet geschikt voor. Dit nog afgezien van het feit dat de Role 2E MTF's niet de middelen hebben om zelfstandig te verplaatsen en dus, met een grote logistieke *footprint* van vele tientallen voertuigen, altijd een beroep zullen moeten doen op toch al schaarse logistieke capaciteit.

Afsluiting

Kortom, de huidige geneeskundige capaciteit van de krijgsmacht is bij lange na niet toereikend om



FOTO MCD. J. DIJKSTRA

Certificeringsoefening voor de Role2 van 400 GNK Bataljon in Vlissingen, 2017. In de zogeheten Role 2 en Role 3 Medical Treatment Facilities kunnen hoogwaardige chirurgische ingrepen worden gedaan



Luchtfoto van een Role 2E MTF. De meer statische Role 2 MTF's hebben een ontplooiingstijd van minimaal enkele dagen en hebben niet de middelen om zelfstandig te verplaatsen

FOTO MCD

grootschalige gevechtsoperaties conform de huidige normen te kunnen ondersteunen. Het geneeskundig ondersteunen van militair optreden in een grootschalig conflict heeft veel overeenkomsten met omstandigheden die tijdens vredesoperaties gedefinieerd worden als MASCAL (Mass Casualty) of Major Incidents. In MASCAL-omstandigheden, waarin het aantal gewonden het beschikbare aantal medische middelen overtreft,⁴ worden planmatig andere kwaliteitsnormen gehanteerd om het aanbod van gewonden te verwerken. 'Do the most for the most', is daarbij het adagium. Er wordt geaccepteerd dat niet iedereen onverkort de geneeskundige zorg krijgt die voldoet aan de in Nederland gebruikelijke kwaliteitsnormen; er wordt dus triage toegepast. Er is echter een essentieel verschil: bij een grootschalig conflict

kan de MASCAL-situatie zeer langdurig zijn. In tegenstelling tot bij een stabilisatieoperatie kan de operationele commandant niet eenvoudig besluiten na het incident over te gaan tot een 'low ops'-situatie, want er is een grote kans dat de regulier optredende vijand gebruik wil maken van het gecreëerde momentum.

Of deze manier van behandeling van gewonden planmatig geaccepteerd wordt bij een langdurig militair optreden in het hoogste geweldspectrum is een discussie die hoe dan ook gevoerd moet worden. Mocht het zo zijn dat dit wordt geaccepteerd, dan is de vraag interessant tot hoever afwijken van de civiele kwaliteitseisen

4 Kennis- en Trainingscentrum Geneeskundige Dienst, *Geneeskundig informatiebulletin 01: Contouren operationele gezondheidszorg landoptreden* (2015) 34.



FOTO MCD, B. NIJS

Medische evacuatie-oefening van Australisch en Nederlands personeel op vliegbasis Eindhoven, 2014. Intensieve internationale samenwerking is nodig om tegemoet te komen aan de uitdagingen die een grootschalig conflict aan de geneeskundige ondersteuning stelt

is toegestaan. Het ligt daarbij voor de hand als standaard de criteria te hanteren die bij Mass Casualty worden toegepast. Het spreekt voor zich dat een dergelijk besluit een keuze over mensenlevens is.

Doctrine aanpassen

Naast het bepalen van de gewenste kwaliteitsnormen is het hoe dan ook noodzakelijk de op dit moment geldende doctrines voor geneeskundige ondersteuning te evalueren en aan te passen. De aansturing en coördinatie van de gewondenstroom en de geneeskundige keten

zoals deze volgens de huidige doctrine wordt ingevuld is, zo bleek tijdens de gehouden oefeningen, in geen geval toereikend. Naast de evaluatie van kwaliteitsnormen en doctrines is het in ieder geval noodzakelijk, zo blijkt uit de berekeningen, de beschikbare geneeskundige capaciteit binnen de gehele keten significant te vergroten. Het gaat daarbij niet alleen om de beschikbare chirurgische capaciteit, maar ook om vervoerscapaciteit en voortzettingsvermogen. In de onlangs gepresenteerde *Defensienota 2018* is echter nagenoeg niet voorzien in financiële ruimte voor



de lucht niet kan worden gegarandeerd en de P-1 gewonden niet binnen twee uren voor een chirurgische behandeling bij een Role 3 geneeskundige inrichting kunnen worden aangeboden, kan tijdelijk algemeen chirurgische capaciteit (Role 2+) in het brigadevak worden ontplooid. Deze capaciteit wordt geleverd met behulp van mobiele geneeskundige operatiekamersystemen (mogos). De mogospelotons zijn mobiel en kunnen zelfstandig op een door de brigade bepaalde locatie ontplooiën'.⁵

Het MOGOS-systeem bestaat sinds 2015 niet meer, maar het 'effect' dat het kon leveren – snelle, zelfstandige en grote chirurgische capaciteit in het brigadevak – is dringend nodig voor het ondersteunen bij een grootschalig conflict.

Internationale samenwerking

Dit benodigde effect kan uiteraard op verschillende manieren worden bereikt. Zeker in de huidige tijd met de ontwikkeling naar een adaptieve krijgsmacht en de steeds intensievere internationale samenwerking zijn er veel mogelijkheden om tegemoet te komen aan de uitdagingen die een grootschalig conflict aan de geneeskundige ondersteuning stelt.

Welke oplossing er uiteindelijk ook wordt gevonden, zeker is dat het een tijdrovende en kostbare aangelegenheid zal worden om de militaire gezondheidszorg voor te bereiden op de nieuwe werkelijkheid. De uitdagingen waar de geneeskundige dienst in het geval van major combat operations voor komt te staan vragen om duidelijke richtlijnen en kaders van de politieke en militaire leiding van Defensie. Om de grote aantallen gewonden tijdens een grootschalig conflict te kunnen behandelen moet de geneeskundige dienst deze richtlijnen pragmatisch benaderen en invullen. Op dit moment niet proactief handelen, door lastige vragen en de daarmee samenhangende dilemma's uit de weg te gaan, is een recept voor een zekere catastrofe. Er is geen tijd meer te verliezen. ■

structurele en substantiële uitbreiding van de geneeskundige capaciteiten.

De aard van het grootschalige gevecht vraagt om mobiele, zelfstandige, snel inzetbare MTF's die binnen enkele uren een ruime hoeveelheid (chirurgische) capaciteit beschikbaar hebben. Deze MTF's zijn op dit moment in Nederland niet voorhanden. Om te zien hoe daar in het verleden invulling aan gegeven werd, is het interessant de ogenschijnlijk verouderde doctrines van zestien jaar geleden onder het stof vandaan te halen.

Zo geeft het *Handboek 8-1/0* uit 2002 een doctrinair antwoord op het in voldoende mate voorhanden hebben van chirurgische behandelcapaciteit: 'Wanneer geneeskundige afvoer door

5 Inspecteur Geneeskundige Dienst KL, HB 8-1/0 *HANDBOEK Gezondheidszorg KL* (2002) 7-4.