

MENINGEN van anderen

Militaire gezondheidszorg I

Met genoegen heb ik het artikel 'De toekomst van de militaire gezondheidszorg, Wereldwijde zorg in een multipolaire omgeving' van kolonelol-arts Van Meeteren gelezen.¹ Het doet mij deugd dat door Hoofd Plannen en Beleid van het MGFB een beeld wordt geschetst over de toekomst van het functiegebied waarin ik thans werkzaam ben. Zonder in detail te willen ingaan op zijn toekomstvisie, wil ik stilstaan bij enkele aspecten uit zijn artikel.

Tallose artikelen in de Militaire Spectator, evenals formele beleidsstudies binnen de KL geven aan dat het toekomstige gevechtssveld – in tijd en ruimte – andere karakteristieken laat zien dan in het verleden. Ook beschrijvingen van maatschappelijke veranderingen zijn reeds gepubliceerd. Dit wordt eveneens weergegeven door Van Meeteren. Dat dit consequenties heeft voor het dimensioneren en de werkwijze van de militair geneeskundige diensten leidt naar mijn mening geen twijfel.

Nieuw?

Welke veranderingen, door de auteur neergelegd in zijn artikel, zijn nieuw voor de toekomst? Met zijn opmerking dat monitoring van alle dreigingen, contingencyplanning en een goed besluitvormingsproces in de toekomst de pijlers zijn voor de inzet van de militair geneeskundige diensten, suggereert de auteur dat dit thans niet het geval is. Deze wijze van besluitvorming is echter reeds langer gangbaar, ook binnen de militair geneeskundige dienst.

¹ MS 171 (2002)(2) 73-79.

² Dit impliceert naar mijn mening dat de huidige dimensionering in vredetijd aan een herbeschouwing toe is. Het is denkbaar dat de nadruk op andere taken dan AVT kan leiden tot een meer doelmatige structurering in vredetijd.

Ook in de toekomst dient onderscheid gemaakt te worden tussen verschillende hoofdvormen van militaire operaties. Er is verschil tussen gevechtsoperaties en bijvoorbeeld vredesondersteunende operaties. Dit heeft consequenties voor de wijze van geneeskundige ondersteuning.

Ondanks dat de opgelegde en gewenste – wettelijke – gezondheidszorgeseisen in de tegenwoordige en toekomstige tijd bij de verschillende hoofdvormen gelijk zijn, dienen wij onze ogen niet te sluiten voor de totaal verschillende operationele context waarbinnen de zorg gerealiseerd dient te worden. Ik ben van mening dat Van Meeteren dit onderscheid en de consequenties voor operationeel geneeskundige concepten en de behoefte aan middelen onvoldoende in zijn toekomstvisie heeft laten meespelen. Ik bespeur dat hij verschillende inzetvormen parallel laat verlopen en zodoende een onduidelijke afbakening creëert tussen mogelijkheden van geneeskundige ondersteuning.

De auteur beperkt zich hierbij slechts tot enkele aspecten van de geneeskundige keten, zonder alle schakels te beschrijven. 'Het' operationeel geneeskundig concept is derhalve niet duidelijk; deze transparantie is echter essentieel voor het bepalen van de consequenties voor het systeem.

Geen panacee

Het immer meer fluïde gevechtssveld doet niet af aan de noodzaak tot het hebben van voldoende eenheden met adequate gevechtskracht. Ook al wordt de AV-taak 'naar achteren' gedrukt, de enforcing fase van een vredesafdwingende inzet zal gepaard gaan met een 'niet onaardig' geweldsniveau.² Gevechtsverliezen zullen dan ook in de toekomst inherent zijn aan gevechtscontact! Dat hiernaast de verliesverwachting bij bepaalde operaties gering zal zijn, doet niet af aan de mogelijke pieken bij andere operaties waarbij de Nederlandse krijgsmacht wordt ingezet. Hierop dient het gezondheidszorgsysteem dan ook gedimensioneerd te blijven.

Ik onderschrijf de rol die MOGOS in de toekomst kan spelen, echter, ik wil dit systeem niet als panacee voor alle operaties beschouwen. Het MOGOS is een integraal systeem, dat als zodanig als een ondeelba-

re module wordt ingezet. Er is derhalve geen sprake van een gefaseerde inzet van onderdelen van het MOGOS. Hiernaast ben ik van mening dat de kwaliteit van zorg die geleverd kan worden door een (veld)hospitaal in (nieuwe) tenten zeker niet onder zal doen voor die zorg die middels de inzet van MOGOS geleverd kan worden.

Ook wil ik een nuance aanbrengen bij het vertrouwen dat de auteur stelt in gewondenafvoer middels helikopters. Vanuit tijd en ruimte onderschrijf ik de voordelen van het gebruik van helikopters. Echter, de beschikbaarheid van dit middel is – onder operationele omstandigheden – zeker niet altijd gegarandeerd.

De geneeskundige dienst moet zorgen voor *verantwoorde* zorg: overeenkomstig de – civiel – gestelde eisen. Echter, deze zorg dient niet maximaal, maar *optimaal* te zijn: afgestemd op de operationele omstandigheden. Het operationele concept kan dan ook in voorkomend geval tot gevolg hebben dat niet alle acties en operaties maximaal, dus volledig overeenkomstig de civiele tijdskwaliteitseisen, kunnen worden afgedekt. Dit zal de uitkomst zijn van het OBP en als zodanig moeten wij onze ogen niet sluiten voor beperkingen en onmogelijkheden van geneeskundige ondersteuning van operationele inzet van elementen van de krijgsmacht!

Kweekvijver

De discussie rondom de grote aantallen 'laagwaardig' geschoold personeel is niet nieuw. Op voorhand wil ik stellen dat de term 'laagwaardig' geen recht doet aan de professionele wijze waarop dit personeel haar taak uitvoert! (Een stap verder en er wordt gesproken over 'minderwaardig' personeel.) Ik wil dan ook liever spreken over het ondersteunende geneeskundige personeel. Natuurlijk dient de zorg rondom professionele hulpverleners gedimensioneerd te worden. Het ondersteunend geneeskundig personeel is dan ook niet primair benodigd voor de directe (trauma)zorg aan gewonden, maar voor bijvoorbeeld de opbouw en verplaatsing van geneeskundige inrichtingen, AD- en tevens (geneeskundige) basisverzorgingstaken binnen die inrichtingen.

Laten wij niet uit het oog verliezen dat dit personeel veelal als dubbelfunctionaris is opgenomen binnen de formatie van geneeskundige inrichtingen. Naast de ondersteuning die zij geven bij het zorgproces, zijn zij essentieel voor de instandhouding van het geneeskundige systeem! Voorts ben ik van mening dat wij juist deze categorie moeten beschouwen als de kweekvijver van waaruit de kandidaten voor de opleiding tot AMVIG en AMV worden geselecteerd. Hiermee kunnen wij het 'groene' karakter van de *militaire gezondheidszorg* in de toekomst beter borgen!

Al met al krijg ik de indruk dat kolonel-arts Van Meeteren voor een belangrijk deel het huidige systeem beschrijft. Binnen de KL zijn de bouwstenen hiervoor sedert 1994, met het uitkomen van de 'Beleidsvisie Geneeskundige Verzorging', reeds benoemd. Voorts mis ik een beschouwing van de effecten van internationale - Europese - samenwerking op geneeskundig gebied. Dit heeft naar mijn mening vergaande consequenties voor kwaliteit en kwantiteit van de eigen middelen binnen een termijn van tien jaar. Ik beschouw het artikel van collega van Meeteren dan ook als een oproep om de huidige geneeskundige systeem in al haar facetten aan een herbezinning te onderwerpen. Dit wordt door mij met kracht onderschreven.

Ikol-arts J. DE GRAAF, C-400 GNKBAT

Militaire gezondheidszorg II

Onlangs heb ik met genoegen kennis genomen van het artikel van de hand van kolonel-arts E.J.A. van Meeteren. Zijn lange-termijn visie van de komende tien jaar nodigt uit tot een reactie. De opbouw van mijn commentaar volgt globaal de indeling van het genoemde artikel.

Militaire veranderingen

Afhankelijk van het te verwachten geweldsspectrum zullen evoluerende wapensystemen in combinatie met de mogelijkheden van klokronde optreden, onderscheid laten zien in het uitschakelen van het fysieke component (mens en materie) voor korte tijd, langere tijd of definitief¹. Uitschakelen wil niet altijd zeggen doden

of ernstig verwonden. Ik deel de mening van de auteur die eveneens een trend onderkent van gevechtsveldverdunding. Dat wil zeggen: minder militairen op het gevechtsveld.

Vorenstaande impliceert een verminderd (en minder ernstig) gewondenaanbod. Dat dit van invloed zal zijn op het huidige militaire gezondheidszorgsysteem en haar ontwikkeling de komende tien jaren is evident. Mogelijk is het zinvol dat de nationale militaire gezondheidszorg zich gaat bezinnen op kwalitatieve zorg ten nadele van kwantitatieve zorg.²

Invloed van de veranderingen op de militaire gezondheidszorg

De auteur schrijft terecht dat complexe behandelingen ingegeven door nationale kwaliteitseisen (mede als gevolg van de voortschrijdende juridisering van de nationale gezondheidszorg), mogelijkheden van moderne wapensystemen en de behoefte aan kwalitatief hoogwaardige zorg impliceert dat deze niet meer kan plaatsvinden 'in theatre'. Indien deze mening breed gedeeld wordt binnen de geneeskundige dienst, wordt tijd na te denken over het nut/belang van de 'role 2' capaciteit en de 'role 3' capaciteit in relatie tot haar samenstelling en de locatie waar zij zich nu bevindt binnen de organisatie werkwijze van de Gnkd KL.

In het artikel wordt gesteld dat, in het kader van wereldwijde inzet, aan het gezondheidszorgsysteem nieuwe eisen worden gesteld. Onder andere aan infrastructuur en flexibiliteit, ergo: mobiliteit. Welnu, vaststaat dat de huidige hospitaalcompagnieën (role 3) alles behalve wereldwijd mobiel inzetbaar zijn. Als gevolg van materiaalproblemen en beperkte strategische transportcapaciteit, zijn zij dusdanig volumineus en log dat het niet aannemelijk is dat zij met redelijke snelheid kunnen worden ingezet.

Soortgelijke beperkingen worden door mij onderkend bij de bestaande MOGOS-capaciteit (Mobiel Geneeskundig Operatie Systeem). Vaststaat dat zij vooralsnog niet geschikt is voor inzet in welke crisis-beheersingstaak dan ook! Haar strategische mobiliteit, functionaliteit en met name technische beperkingen behoeven

momenteel nog vele verbeteringen. Dit laatste wordt helaas dagelijks op de werkvloer ervaren. Gelet op de priorisering van investeringen binnen ons dienstvak en de toewijzing van geldelijke middelen ter verbetering van MOGOS, is het niet aannemelijk dat MOGOS op de middellange termijn inzetbaar zal zijn.

Het enthousiasme van de auteur aangaande MOGOS en haar snelle inzetbaarheid, flexibiliteit enzovoort als antwoord op een snel realiseerbare geneeskundige infrastructuur kan ik vooralsnog niet onderschrijven. Er moet nog zéér veel werk worden verzet.

Genoemd artikel suggereert dat de 'Algemene Verdedigingstaak' nog verder naar de achtergrond wordt gedrongen als algemene taak van de KL. Gesteld wordt dat het 'combined' optreden van de KL leidt tot het combined optreden van multinationale-hospitalen. Indien het pad van kwantitatieve zorg verlaten wordt ten gunste van kwalitatieve zorg al dan niet in combinatie met combined optreden, is het zinvol om het bestaansrecht van 15 parate OK-modules³ ondergebracht bij drie hospitaalcompagnieën van 400 Gnkbak nog eens nader te bezien. De bestaande role 3 overcapaciteit is mogelijk verworpen tot een 'voor spek en bonen-eenheid'.

Geneeskundige kennis nodig op verschillende niveaus

Door de auteur wordt onderkend dat de AMA- en AMV-militairen de pijlers zullen zijn waarop de operationele militaire gezondheidszorg zal rusten. Aan grote aantallen laagwaardig geschoold militair personeel (en mogelijk aan degenen die hen aansturen) bestaat volgens de auteur geen behoefte meer.

De dagelijkse praktijk bij de parate eenheden van de Gnkd bestaat voor een groot deel uit onderhoud van peperdure, hoogwaardige (Gnkd-)gebruiksgoederen, zoals bijvoorbeeld monitoren, defibrillatoren, geneeskundige uitrustingen, enzovoort. Maar ook tenten, kachels, voertuigen, enzovoort. Als bijvoorbeeld een hospitaal ontplooit, duurt het ongeveer twee dagen voor ingewerkte compagnie (v) (minus de hulp van sub-/specialisten) de zaak aan het draaien heeft. Een civiel ziekenhuis

heeft naast medisch geschoold personeel ook schoonmaaksters, koks, enzovoort nodig om te kunnen functioneren.

Een zelfde inspanning is nodig van militair laagwaardig geschoold personeel (veelal dubbelfunctionarissen) om het hospitaal draaiende te houden. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld (nood)stroom- en watervoorzieningen, tegengaan van medische vervuiling, enzovoort. Simpel gesteld: daar waar een civiel ziekenhuis ergens (statisch) kan blijven staan, kan dat van een letterlijk 'bewerkelijk' militair installatie, (dynamisch) bijvoorbeeld van een hospitaal, niet gezegd worden. Zij dient rekening te houden met het ons allen vertrouwde militaire concept 'verkassen'.

In de civiele sector is sprake van een tekort aan artsen en verpleegkundigen. De vijver waarin de KL haar hengel uitgooit is derhalve druk bevist. Het OCMGD kent op de middellange termijn nog legio 'opleidingsuitdagingen'. Problemen die een structurele en grote instroming van ziekenverzorgenden: AMV'gers en verpleegkundigen: AMV-militairen in die aantallen als waarin de KL behoefte heeft, verhinderen. Het opleidingsverloop van de bedoelde opleidingen bedraagt momenteel circa 63 procent! AMV'gers- en AMV-militairen worden geacht na plaatsing bij een moederenheid vele stages, cursussen en detacheringen te doorlopen. Het is aanneme-

lijk dat zij dan ook veel absent¹ zijn en geen echte binding krijgen met de eenheid.

Afstemming van het jaarplan van een eenheid op de absentie van de AMA- en AMV-populatie is een utopie. Vooralnog gelet op e wervings- en opleidingsresultaten ten behoeve van onze Gnkd, zullen de AMA- en AMV-militairen de kar genaamd 'militaire gezondheidszorg' ook op de lange termijn niet trekken.

Gemiddeld wordt driemaal per jaar een hospitaal gebouwd. Bij een lagere bouw-frequentie vervliegt de bouwervaring. Het niet oefenen heeft een significant negatieve invloed op de benodigde ontplooiings-tijd van twee dagen. Tevens dient opgemerkt te worden dat role 2 en role 3 installaties integraal functionerende entiteiten zijn die niet bestaan uit autonoom acterende modules. 'De som van het totaal is groter dan de som van de delen'. Kortom: continuïteit en ervaringsopbouw van eenheden zullen ook de komende tien jaar worden gegarandeerd door de *broodnodige* militaire beroepsgroep lager geschoold personeel.

Tot slot

De auteur heeft alle beroepsgroepen de revue laten passeren die werkzaam zijn binnen het werkveld militaire gezondheidszorg, uitgezonderd de categorie officieren Gnkd (algemeen). Dit betreurt ik ten

zeerste. Ik had graag met veel belangstelling kennis genomen van de auteurs visie ten aanzien van de toekomst van deze categorie. (Nota bene afnemer van de Militaire Spectator).

Ik ervaar het artikel van de auteur vooral als een uitnodiging tot nadenken over de toekomst van de militaire gezondheidszorg. Voorwaar een nobel streven.

Kap ing. P. MEIJER C-Chirurgisch peloton 420 Hospitaalcompagnie

¹ Bgen prof. J.M.J. Bosch 'Commandovoering. Over frictie, feit en fictie'. Informatievoorziening, op weg naar de 21e eeuw.

² Met kwalitatieve zorg bedoel ik: het bieden van de best mogelijke zorg. Meer hoogopgeleide mensen en meer middelen ter beschikking van de patiënt. Met kwantitatieve zorg bedoel ik: zorg aan zoveel mogelijk zorgbehoevende (gewonden).

³ Indien de reserve OK-elementen en de mobilisatie OK-modules en de OK-modules van 400 Gnkbata en 500 Gnkbata (mob) hierbij worden opgeteld beschikt de KL in totaal zelfs over 58 OK-modules.

⁴ Voor het behouden van de wettelijk verplichte BIG-registratie (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) dient 25 procent van de werktijd te worden gevuld met het bijhouden van vaardigheden, bijvoorbeeld door stages. Vorenstaande is met name van toepassing op de AMV-ers.