

97 Research Paper

Operationele gezondheidszorg
in Afghanistan

B.J. Vos

December 2009

Publication of the Faculty of Military Sciences
Netherlands Defence Academy

Operationele gezondheidszorg in Afghanistan

Operationele gezondheidszorg in Afghanistan

B.J. Vos

Researchpaper no. 97

Faculteit Militaire Wetenschappen

Nederlandse Defensie Academie

Operationele gezondheidszorg in Afghanistan
B.J. Vos

Researchprogramma Krijgswetenschappen
Project Operaties in Afghanistan (ISAF)

Nederlandse Defensie Academie (NLDA)
Faculteit Militaire Wetenschappen (FMW)
Postbus 90.0002
4800 PA Breda

©2009 B.J. Vos

Vormgeving tekst: Paul Ducheine, Lenny Hazelbag & Peter van den Aker
Omslag ontwerp: Eric Franken, bureau Multimedia NLDA
Drukwerk: PlantijnCasparie

Voor het opnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere complicatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de auteur(s) te wenden.
bj.vos@nllda.nl

De meningen en opvattingen die in deze publicatie worden uitgesproken zijn en blijven voor de verantwoordelijkheid van de desbetreffende auteur. Zij geven niet noodzakelijk de mening van de Minister van Defensie weer.

ISBN: 978-90-8892-026-4
NUR code 689

Nederlandse samenvatting

De inzet van militairen onder risicovolle omstandigheden kan leiden tot gezondheidsschade en daardoor tot vermindering van de inzetbaarheid. Om het verlies van personele inzetbaarheid te beperken is een specifieke militaire gezondheidszorg nodig die is afgestemd op de operationele taak van de individuele militair en zijn eenheid. Dit betekent dat voor iedere inzet van Nederlandse militairen een op maat gemaakt geneeskundig systeem wordt samengesteld en ingezet, afgestemd op de zorgvraag en de operationele omstandigheden.

Deze studie beschrijft de geneeskundige ondersteuning van de Nederlandse inbreng als één van de *Troop Contributing Nations* van de International Security Assistance Force for Afghanistan (ISAF). Dit *researchpaper* beschrijft het planningsproces en de uitvoering van de geneeskundige ondersteuning van het operationeel optreden van de Nederlandse ISAF-eenheden. Het vertrekpunt is de beschrijving van de karakteristieken van het geneeskundig systeem van de krijgsmacht. Het bestaansrecht en de beleidsvoorwaarden zijn vastgelegd door de ambtelijke leiding en zijn bepalend voor de omvang en inrichting van de zorg en de organisatie. Vanuit deze algemene achtergrond wordt het systeemontwerp voor de geneeskundige organisatie voor ISAF beschreven. Het uitvoeren van de personele risicoanalyse is de eerste stap die begint in het politieke Toetsingskader en die van invloed is op de kwantitatieve en kwalitatieve omvang van het in te richten gezondheidszorgsysteem. Gedetailleerde kennis en inzicht van de in het beoogde inzetgebied aanwezige gezondheidsbedreigende factoren is medebepalend voor de keuze in de samenstellende delen van de behandel- en afvoerelementen.

De daadwerkelijke voorbereiding en ondersteuning van de ISAF-missie wordt duidelijk gemaakt door de lezer aan de hand te nemen bij het doorlopen van het operationeel geneeskundig planningsproces, zoals dit door de geneeskundige planners binnen de Directie Operatiën van de Defensiestaf wordt uitgevoerd. De diverse stadia van dit planningsproces leiden tot de blauwdruk voor de geneeskundige ondersteuning. Als op deze manier de bouwtekeningen van het systeem zijn geschetst, wordt de werking in de praktijk beschreven. De aansturing van het systeem wordt geplaatst in de context van de internationale samenwerking met de coalitiepartners. De daadwerkelijke uitvoering wordt getoond door dieper in te gaan op ieder afzonderlijk behandelniveau, aangeduid met de Engelse term 'Roles'. Zo ontstaat een chronologisch beeld van de afvoer- en behandelketen vanaf het moment van verwonding van de militair tot de medische eindbehandeling. Ter completering van het beeld wordt ook aandacht besteed aan onverbrekkelijk aan de keten verbonden componenten, zoals militair geneeskundig luchttransport en geestelijke gezondheidszorg.

Het laatste deel van dit *researchpaper* beschrijft de invloed van de omgeving op het functioneren geneeskundig systeem functioneert. Afghanistan is één van de minst ontwikkelde landen in de wereld; gezondheidszorgvoorzieningen verkeren in een deplorabele staat of ontbreken geheel. Ondanks het uitgangspunt dat militair geneeskundige ondersteuning uitsluitend gericht moet zijn op de verzorging van militairen, leidt het inbrengen van medische voorzieningen in crisisgebieden onvermijdelijk tot een zorgvraag vanuit de lokale bevolking.

De toegang tot militaire gezondheidszorg voor lokale burgers is gereguleerd door nationale en internationale militaire directieven, waarvan het bereik loopt van incidentele noodhulp tot algemene humanitaire hulpverlening. De positie binnen dit continuüm verschuift gedurende het verloop van de missie. In het kader van de wederopbouwtaak levert het militaire zorgsysteem ook een bijdrage aan de ontwikkeling van de nationale Afghaanse gezondheidszorgstructuur.

Defensie is een lerende organisatie. Ervaringen dienen te worden omgezet in lessen voor toekomstige inzet en verbeteringen van de organisatie. Het in samenhang beschrijven van de voorbereiding en inzet van een ‘tailor-made’ geneeskundig systeem voor het operatiegebied Afghanistan levert kansen op om verbetervoorstellen te formuleren. Dit onderzoek eindigt dan ook met een aantal observaties, die hiervoor aanknopingspunten bieden.

Inhoudsopgave

Nederlandse samenvatting	v
Inhoudsopgave.....	vii
Operationele gezondheidszorg in Afghanistan	1
1. Van afvoergerichte naar behandelgerichte operationele gezondheidszorg.....	1
1.1. Doelstelling en onderzoeksvraag	2
1.2. Structuur	3
1.3. Afbakening.....	4
2. Risicoanalyse en systeemontwerp.....	5
2.1. Personele risicoanalyse in het Toetsingskader	5
2.2. Systeemeisen voor de militaire gezondheidszorg	7
2.3. Gezondheidsbedreigende factoren.....	7
3. Ontwikkeling van het geneeskundig plan	9
3.1. Planningsrichtlijnen.....	9
3.2. Operationeel Geneeskundige Planning ISAF	10
3.2.1. Fase I: Initiatiefase	10
3.2.2. Fase II: Oriëntatiefase	11
3.2.3. Fase III: Conceptontwikkeling.....	12
3.2.4. Fase IV: Planontwikkeling.....	12
3.2.5. Fase V: Inzetfase.....	13
4. Inrichting en uitvoering geneeskundige ondersteuning ISAF	14
4.1. De geneeskundige afvoer- en behandelketen.....	15
4.2. De aansturing van het geneeskundig systeem.....	15
4.3. Role 1: 'Care under Fire'	17
4.4. Role 2: Mobiele chirurgie	19
4.5. Role 3: Veldhospitaal	22
4.6. Role 4: Definitieve hospitalisatie en revalidatie	24
4.7. Militair geneeskundig luchttransport.....	25
4.8. Geestelijke gezondheidszorg voor militairen	27
4.9. Opleiding en training geneeskundige eenheden	28
5. Wederopbouw Afghaanse gezondheidszorg.....	30
5.1. Afghaanse nationale initiatieven.....	30
5.2. Bijdrage militaire gezondheidszorg.....	31
6. Waardevolle observaties	34
 Literatuur en bronnen	 39

Operationele gezondheidszorg in Afghanistan

Door: B.J. Vos¹

*Eripiendo Victoriae Prosum (Al helpende dien ik de overwinning)*²

1. Van afvoergerichte naar behandelgerichte operationele gezondheidszorg

De geregelde geneeskundige verzorging van ingezette militairen is niet altijd vanzelfsprekend geweest. De militaire gezondheidszorg ondergaat een voortdurende rolverandering onder invloed van verschillende tijdsinvloeden. Het is goed om deze bijdrage te beginnen met een korte terugblik die eindigt in de meest recente opvatting over de uitvoering van militaire gezondheidszorg die aansluit bij de huidige inzetopties van de Nederlandse krijgsmacht.

In 1869, op de kop af 140 jaar geleden, ging het Nederlandse Veldleger over tot de oprichting van twee hospitaal compagnieën. Voor die tijd was de gewonde of zieke militair afhankelijk van wat de burgerij en enkele legerartsen en verplegers te velde konden doen en moest men de gewonde militair veelal aan zijn lot overlaten. De formatie van deze reguliere eenheden markeerde de formele inrichting van een operationeel gezondheidszorgsysteem. Vanaf dat moment lag de hoofdinspanning op het verzamelen en afvoeren van de gewonden naar een plaats waar eerste hulp geboden kon worden, met dien verstande dat deze activiteiten pas konden plaatsvinden op daartoe afgesproken momenten tussen of na afloop van gevechtshandelingen. Vanaf de Eerste Wereldoorlog is er sprake van geneeskundige onderdelen ingedeeld bij het veldleger, die weliswaar aansluiten bij het operationeel optreden, maar waarbij de gewonde moest wachten op behandeling tot aankomst op de centrale hoofdverbandplaats. Dit concept gericht op afvoer en (minimale) uitgestelde behandeling van grote aantallen gewonden als gevolg van het traditionele grootschalig optreden heeft tot en met de Koude Oorlog de inzet van geneeskundige middelen bepaald.

De recente omvorming van de krijgsmacht tot een flexibele, expeditieaire macht die haar personeel wereldwijd moet kunnen inzetten in alle delen van het geweldsspectrum, bracht ook een omwenteling in het denken over operationele gezondheidszorg teweeg. Het doel van de activiteiten van de militaire gezondheidszorg werd opnieuw vastgesteld door de politieke leiding en in 1990 verankerd in het personeelsbeleid van het ministerie van Defensie door de uitgifte van het beleidsdocument *Grondslagen en Hoofddlijnen voor de Militaire Gezondheidszorg*. Hierin werden uitgangspunten vastgelegd voor de effectiviteit, kwaliteit en doelmatigheid van de militaire gezondheidszorg en daarmee voor de inrichting van een nieuw medisch zorgconcept. De voornaamste bepalingen uit dit beleidskader, dat nog tweemaal is herzien in 2002 en 2007, betreffen de kwaliteitsstandaard die hierin is omschreven als “de in

¹ Luitenant-kolonel Bas Vos MSc is docent Management Militaire Gezondheidszorg bij de sectie Militaire Gedragswetenschappen & Filosofie, Faculteit Militaire Wetenschappen, NLDA.

² Wapenspreuk op baretembleem van militairen behorende tot het Regiment Geneeskundige Troepen van de Koninklijke Landmacht.

Nederland civiel gebruikelijke kwaliteitsnormen, de Nederlandse wetgeving en de Nederlandse professionele standaard” en de verplichting tot het leveren van optimale gezondheidszorg onder operationele omstandigheden. Hierdoor is de focus in het zorgsysteem verschoven van afvoer van grote aantallen patiënten uit het oorlogsgebied naar behandeling volgens de civiele professionele standaard en binnen de kritieke tijdslimieten. De behandeling wordt in de onmiddellijke omgeving van de ingezette militair, dus nog in het inzetgebied, uitgevoerd. De rol van de militaire gezondheidszorg is immers het behoud van gevechtskracht door behoud van het fysieke, mentale en sociale welzijn van het personeel. Enerzijds wordt dit gerealiseerd door preventieve gezondheidszorg; het minimaliseren van verliezen van gevechtskracht door het voorkomen van ziekten en andere niet-gevechtsverliezen. Anderzijds wordt het verlies aan gevechtsverliezen beperkt door het ontplooiën van een operationeel gezondheidszorgsysteem. Deze grondgedachte is verder uitgewerkt in systeemeisen die bepalend zijn geweest bij de inrichting van de operationeel geneeskundige deelsystemen van de afzonderlijke krijgsmachtdelen.

Sinds de jaren negentig is het gereorganiseerde systeem meerdere malen op de proef gesteld in onder andere Bosnië, Kosovo, Cambodja; bij hulpoperaties in Rwanda, Irak en Pakistan en het meest recent ter ondersteuning van de operatie in Afghanistan. Over de inzet van de militaire gezondheidszorg is geen samenhangend onderzoek bekend waaruit voor deze bijdrage kan worden geput. Wel zijn deelonderzoeken uitgevoerd en artikelen gepubliceerd over deelaspecten van militaire zorgverlening. De meesten zijn gericht op de kwaliteit van de behandelmethoden. De operatie in Afghanistan veroorzaakt door een hoog dreigingsniveau en wisselende geweldsintensiteit daadwerkelijk druk op de werking van de gehele geneeskundige keten.

Het verschuiven van de operationele focus van de traditionele inzet van grote formaties naar het optreden in kleinere verbanden met een wisselende samenstelling en taakstelling heeft geleid tot een flexibele inrichting van de geneeskundige ondersteuning met andere middelen. De geneeskundige keten is modulair ingericht en kan worden samengesteld uit elementen van de geneeskundige systemen van alle Nederlandse krijgsmachtdelen; in vaktermen een *joint* en *tailor-made* modulaire samenstelling. Een nieuw aspect van de inzet van militaire gezondheidszorg is het verlenen van medische zorg aan de lokale bevolking gericht op het beïnvloeden van de opvattingen van de lokale populatie (*hearts and minds*) en dient dan niet langer gezien te worden als ondersteunende (secundaire) activiteit, maar meer als zelfstandige operatielijn binnen het optreden. Deze taakuitvoering kan ook van invloed zijn op de inrichting van de geneeskundige voorzieningen.

1.1. Doelstelling en onderzoeksvraag

De NAVO definieert militaire gezondheidszorg (*Medical Force Protection - MFP*)³ als de zorg gericht op behoud van gevechtspotentieel van een strijdmacht die gezond is, volledig gevechtsgereed en inzetbaar is in een beslissend tijd-ruimte vak. MFP bestaat uit acties die de negatieve effecten tegengaan van gezondheidsbedreigende factoren die aanwezig zijn in het inzetgebied, endemische ziekten en ingezette wapensystemen door het uitvoeren van beschermende geneeskundige maatregelen voor personeel, systemen en formaties.

³ NATO, ACE 85-1 *Medical Force Protection*, SHAPE.

Een hierbij passende onderzoeksvraag zou kunnen zijn of het militair geneeskundig systeem onder deze operationele omstandigheden voldoet aan de beleidsmatig gestelde tijds- en kwaliteitsnormen. Een antwoord hierop zou gegenereerd kunnen worden door een kwantitatief onderzoek gebaseerd op een analyse van alle individuele gewondenmeldingen. Hiervoor is in het kader van deze bijdrage niet gekozen. De onderzoeksvraag wordt procesmatig benaderd: is de samenhang in de beleidsprocessen zodanig dat aan het eind van het traject een inzetbaar systeem is ingericht dat voldoet aan de eisen die de ISAF-missie stelt. De basis voor deze kwalitatieve benadering is de procesbeschrijving van de planning, organisatie en werkwijze van militaire gezondheidszorg voor deze specifieke missie. Uit deze beschrijving kan een indicatie worden afgeleid of de geneeskundige organisatie voor de ondersteuning van ISAF voldoet aan de uitkomsten van het planningsproces.

De inzet voor de ondersteuning van ISAF leent zich om meerdere redenen voor de beantwoording van deze vraag. De zeer complexe werkomgeving vormt een ultieme testomgeving voor effectiviteit en kwaliteit van het systeem. Er is sprake van een significant gezondheidsrisico voor de ingezette Nederlandse militairen, veroorzaakt door zowel *conflict-related* als *non-conflict related injuries*. De wisselende geweldsintensiteit en het grote aanbod van burgergewonden levert piekbelasting op van het systeem, soms overbelasting, waardoor moeilijke keuzes in toewijzing van schaarse middelen gemaakt moeten worden.

De omstandigheden waaronder ISAF optreedt (diffuus dreigingsbeeld; omgevingsfactoren terrein, infrastructuur en klimaat) zijn zeer ongunstig voor het realiseren van normatieve tijdslimieten voor medische behandeling. De multinationale inrichting van de geneeskundige keten noopt tot voortdurende aandacht voor de vereiste continuïteit van de keten en daarmee van de medische behandeling. ISAF hanteert het operationele concept van *counter insurgency*, waardoor tot dusver gehanteerde doctrinematige sjablonen niet onverkort kunnen worden toegepast en wat ook nieuwe eisen stelt aan de positionering van de militaire gezondheidszorg.

Er is geen algemeen geldende set van prestatie-indicatoren beschikbaar voor het beoordelen van de kwaliteit van een militair zorgsysteem. Het ontwikkelen van een dergelijk instrument en het daarmee onderbouwen van een wetenschappelijk verantwoorde conclusie valt buiten de reikwijdte van deze bijdrage. De doelstelling is beperkt tot het verschaffen van inzicht in de planning en het functioneren van het operationeel geneeskundig systeem in een veeleisende praktijkomgeving. De weergegeven informatie is afkomstig van procedures, planningsprocessen, observaties, reeds opgedane *lessons learned* en praktijkinzichten van betrokken specialisten en ervaringsdeskundigen. Hieruit kan een vergelijking tussen planning en werkelijkheid worden opgetekend die kan leiden tot verdere verbetervoorstellen.

1.2. Structuur

De planning en inrichting van operationeel geneeskundige ondersteuning van de ISAF-missie zal chronologisch worden beschreven. Eerst zal ik ingaan op de uitgangspunten die worden gehanteerd in het planningsproces voor het ontwerp van een adequate geneeskundige ondersteuning van een expeditionaire inzet. Vervolgens geef ik het daadwerkelijk planningsproces weer, zoals dit is uitgevoerd voor de geneeskundige ondersteuning van ISAF. Hieruit volgt het systeemontwerp gebaseerd op de daarvoor geldende systeemeisen. Vanuit het besef dat hier sprake is van een momentopname onder zeer specifieke en unieke om-

standigheden wordt vervolgens inzicht geboden in de daadwerkelijke uitvoering van de militair geneeskundige ondersteuning ten behoeve van ISAF. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op alle niveaus binnen de geneeskundige organisatie worden in onderlinge samenhang getoond. Het gaat hierbij niet uitsluitend om de geneeskundige keten in het afvoergebeid, maar ook om de delen van de keten die verantwoordelijk zijn voor de definitieve behandeling en nazorg in Nederland na repatriëring van niet-inzetbare militairen. Daar waar dit de beeldvorming versterkt zal gebruik worden gemaakt van internationale ervaringen van zorgsystemen van bondgenoten. Door de samenstellende delen van de keten vanuit het planningsproces weer te geven (bedoelingen) en vervolgens de daadwerkelijke uitvoering weer te geven, zoals de direct betrokkenen dit hebben omgezet in gerealiseerde doelen (realisatie) kunnen waardevolle lessen worden geformuleerd.

1.3. Afbakening

Op het moment van schrijven van deze bijdrage is de ISAF-missie nog in volle gang. Er kan dus geen sprake zijn van een volledige terugblik. Het is hierdoor noodzakelijk de gepresenteerde gegevens te begrenzen in de tijd. De periode die in beschouwing genomen is beslaat het tijdvak van de politieke besluitvorming in 2006 tot de arbitrair gekozen datum 1 januari 2009. Een andere bewuste keuze is dat de feiten voornamelijk beschreven zijn vanuit het perspectief van de Koninklijke Landmacht. De ratio hiervoor is niet alleen dat de landmacht bij deze missie het leidend krijgsmachtdeel is, ook is de geneeskundige keten overwegend samengesteld uit landmachteenheden. De aan het systeem gekoppelde luchtcomponent is een essentieel onderdeel van de keten en daaraan wordt recht gedaan door aandacht te besteden aan de uitvoering van het luchtgewondentransport. De Koninklijke Marine levert een personele bijdrage door het vervullen van verschillende geneeskundige functies. Het hier gekozen organisatieperspectief biedt ook geen ruimte voor een medisch inhoudelijke bespreking van de behandelmethodieken. Hiervoor zijn andere media beter geschikt; een verwijzing naar het periodiek *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* is hier gepast.

2. Risicoanalyse en systeemontwerp

Als op Nederland een beroep wordt gedaan voor inzet van (delen van) de krijgsmacht vindt er een besluitvormingsproces plaats dat in de eerste plaats is gericht op politieke instemming en vervolgens (vaak gelijktijdig) op militaire mogelijkheden. Vanuit de optiek van bijzondere personeelszorg speelt de risicoanalyse voor het personeel hierin een vooraanstaande rol. Een belangrijk onderdeel van de personele risico's is het gevaar voor de gezondheidstoestand van het personeel. Dit is als het ware een medaille met twee gezichten: aan de ene kant wordt het risico van personele verliezen, gerelateerd aan de operationele aspecten van de operatie, ingeschat (personele verliesverwachting); aan de andere kant wordt nagegaan welke kwaliteit en kwantiteit van zorg zou moeten worden geleverd om deze personele verliezen zo veel mogelijk te beperken. Op deze manier draagt de geneeskundige ondersteuning bij aan het politieke en operationele predicaat 'aanvaardbaar risico'. Uiteindelijk blijft de politieke afweging van de norm 'aanvaardbaar' een arbitraire politieke keuze, die tegen het belang van de missie wordt afgezet.

2.1. Personele risicoanalyse in het Toetsingskader

De basis voor een verantwoordbare geneeskundige ondersteuning wordt gelegd in de paragraaf risico's, een van de te beoordelen aspecten van het *Toetsingskader 2001*.⁴ Een van de doelstellingen van deze procedure is dat veiligheidsrisico's voor de operatie als geheel en voor het Nederlandse personeel in het bijzonder zo goed mogelijk in kaart worden gebracht en geanalyseerd. De uitkomsten van deze analyse zijn mede bepalend voor de samenstelling en de uitrusting van de aan te wijzen geneeskundige eenheden aan te passen. Risico's bij militaire inzet zijn onder te verdelen in drie hoofdgroepen. Ten eerste de risico's verbonden aan de uitvoering van de operatie (*direct violence*), ten tweede de risico's veroorzaakt door klimaat, milieu en sanitaire en medische omstandigheden (*environmental*) en ten derde de overige risico's, die bijvoorbeeld verband houden met de toestand van infrastructuur, verkeer (*accidents*).

Er worden plannen voorbereid – nationaal of internationaal – voor het geval zich onverwachte ontwikkelingen of calamiteiten voordoen (*contingency planning*) en, afhankelijk van de aard van de operatie, om eenheden en individuele militairen te ontzetten (*extraction*). Als daartoe aanleiding bestaat, bijvoorbeeld bij wijzigingen van het mandaat, de taken of de locatie, wordt een nieuwe risicoanalyse gemaakt.

De Nederlandse missie in Uruzgan is onder te verdelen in twee delen: de initiële deelname van Nederland aan ISAF (periode 2006-2008) en de voortzetting van de Nederlandse bijdrage (periode 2008 – 2010). In de eerste artikel 100-brief aan het parlement wordt de aard van de opdracht getypeerd als een missie met reële militaire risico's, waarbij niet kan worden uitgesloten dat aan Nederlandse kant slachtoffers zullen vallen. In Zuid-Afghanistan is sprake van een verslechterende veiligheidssituatie, niet alleen veroorzaakt door directe confrontaties van Taliban-strijders met ISAF-troepen, maar ook vanwege drugscriminaliteit en interne conflicten tussen etnische groepen.⁵ Een indicatie voor het niveau van direct geweld

⁴ *Kamerstukken II 2000–2001*, 23 591 en 26 454, nr. 7.

⁵ *Kamerstukken II 2005-2006*, 27 925, nr. 193.

is dat in de periode 1 april tot 1 december 2005 ruim 140 gewelddadige incidenten in Uruzgan plaatsvonden. De helft bestond uit directe aanvallen, de overige uit onder meer (zelfmoord-)aanslagen.⁶ Andere gezondheidsrisico's voor personeel worden veroorzaakt door endemische ziektes zoals malaria, hepatitis-A, cholera, leishmaniasis en rabiës. Hiervoor dienen specifieke preventieve voorzieningen te worden getroffen. Maatregelen om de medische risico's te beperken omvatten de inzet van een goed geoutilleerde medische organisatie inclusief eerstelijns voorzieningen en *medevac*-helikopters. De omvang van de organisatie is gericht op een verzorgingssterkte van 1400 Nederlandse militairen.

Gewondenafvoer per helikopter is noodzakelijk vanwege de uitgestrektheid van het operatiegebied en de slechte bereikbaarheid over de weg. Uit Kamervragen, als reactie op de artikel 100-brief, blijkt dat in het Parlement twijfel bestond over de gegarandeerde beschikbaarheid van voldoende *medevac*-helikoptercapaciteit, waardoor geen zekerheid kan worden geboden voor het behalen van de vastgestelde normen voor het tijdig afvoeren van gewonden. In de beantwoording van de over dit punt gestelde Kamervragen heeft de regering gesteld dat de afstanden, hoogte en temperaturen in Afghanistan zorgen voor uitzonderlijke omstandigheden voor het optreden van helikopters en dat in voorkomend geval rekening moet worden gehouden met een afvoertijd naar een chirurgische inrichting tot drie uur, terwijl de nationale streefnorm en de NAVO-norm één uur bedraagt. De regering is zich bewust van dit extra risico, maar acht dit aanvaardbaar gezien het belang van de missie.⁷ Wel zal het geneeskundig systeem op enkele punten worden aangepast om het onderkende risico te minimaliseren. In elk van de provincies Uruzgan, Kandahar en Helmand zal een militair hospitaal met chirurgische capaciteit worden gevestigd; Nederland levert het hospitaal in Uruzgan. Als extra veiligheidsmaatregel wordt een *medevac*-helikopter op de Nederlandse basis in Tarin Kowt gestationeerd.

Extra taken zijn de acute geneeskundige zorg voor de ANA-militairen, noodhulp voor de lokale bevolking en de coördinatie van de vervolghandeling en nazorg door lokale zorgvoorzieningen of *non-gouvernemental organizations* (NGO's). De verantwoording van personele risico's is een continu politiek proces waarin de regering de afweging maakt tussen het belang van de missie, ervaringen die reeds zijn opgedaan, het belang voor de Afghaanse bevolking, de professionaliteit, uitrusting, training en omvang van de Task Force Uruzgan (TFU) en de (kans op) slachtoffers aan Nederlandse zijde.

De periode 2008-2010 wordt beschouwd als een 'nieuwe missie' op basis van het kabinetsbesluit tot verlenging van de Nederlandse deelname met twee jaar tot 2010.⁸ Het advies van de regering is opnieuw gebaseerd op een onderzoek naar wenselijkheid en mogelijkheden voor een voortzetting van de Nederlandse bijdrage aan ISAF na 1 augustus 2008.⁹ De verlenging vereist een nieuw parlementair besluit, waarvoor het opnieuw doorlopen van het *Toetsingskader 2001* noodzakelijk is. Hierin wordt gesteld dat het verloop van de missie wordt getypeerd als gecompliceerd en risicovol en dat de veiligheidssituatie zich gedeeltelijk anders heeft ontwikkeld dan verwacht, maar binnen de kaders is gebleven van de verwachtingen die vooraf werden gemaakt. Het belang van voortzetting van de ingezette geïntegreerde benadering volgens de '3-D' aanpak (*Defence, Diplomacy, Development*) wordt benadrukt. De focus van

⁶ *Kamerstukken II* 2005-2006, 27 925, nr. 201.

⁷ *Kamerstukken II* 2005-2006, 27 925, nr. 201, p. 36.

⁸ *Kamerstukken II* 2007-2008, 27 925, nr. 325.

⁹ *Kamerstukken II* 2007-2008, 27 925, nr. 279.

de TFU ligt in het beveiligen van de activiteiten van het Nederlandse Provinciaal Reconstructie Team (PRT) dat een bijdrage levert aan wederopbouw. In het kader van duurzame vooruitgang ligt voor gezondheidszorg de politieke prioriteit op het vergroten van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de lokale basisgezondheidszorg. De uitvoering hiervan ligt primair in handen van de Afghaanse overheid die daarvoor het *Basic Packages of Health Services* programma ontwikkelt in samenwerking met NGO's. Het aantal veiligheidsincidenten in 2008 is toegenomen ten opzichte van de jaren 2006 en 2007. Dergelijke beschouwingen over het verloop van de missie tot dusver vormen een basis voor het denken over de ontwikkelingsrichting van het geneeskundig systeem.

2.2. Systeemeisen voor de militaire gezondheidszorg

Het doel van de militaire gezondheidszorg en de kaders en randvoorwaarden voor de uitvoering hiervan is vastgelegd in de *Aanwijzing SG V/19* van de secretaris-generaal van het ministerie van Defensie: *Grondslagen, Hoofddijnen en Systeemeisen militaire gezondheidszorg* (GHS).¹⁰ De hierin opgenomen systeemeisen bepalen de organisatorische afbakening van de geneeskundige organisatie. Zo zijn er bepalingen opgenomen voor de functionele afbakening: de aspecten van gezondheidszorg die worden uitgevoerd zijn gerelateerd aan de voorbereiding, de uitvoering en de afhandeling van militaire operaties. Op grond van deze richtlijn wordt besloten welke zorgdisciplines wel en welke geen deel uitmaken van het in te richten systeem. Eveneens van belang zijn de kaders voor de omvang van de organisatie. Deze zijn immers bepalend voor de capaciteit van de deelsystemen. De omvang van de geneeskundige formatie is beperkt tot die welke benodigd is ter ondersteuning van de Nederlandse inzet voor ISAF. Eventuele aanvullende taken in het kader van een wijzigende troepensamenstelling; veranderende internationale samenwerking of wijziging van prioriteit moeten worden vertaald in aanpassing van de benodigde medische capaciteiten.

2.3. Gezondheidsbedreigende factoren

De eerder genoemde algemene risicogebieden worden in een vroegtijdig stadium nader uitgewerkt voor het geplande inzetgebied, in dit geval Afghanistan. De basis voor deze *pre-mission planning* wordt gehaald uit de beschikbare *medical intelligence* (MEDINTEL) in openbare bronnen en uit bestaande en beschikbare nationale en internationale militaire databases. Het uitvoeren en bijhouden van wereldwijde MEDINTEL per regio en per land is voor een klein land als Nederland niet zelfstandig uitvoerbaar. Een land als de Verenigde Staten beschikt over een uitgebreide database op dit gebied, beschikbaar als *Operation Assistance Country Handbook*. De gezondheidsschade veroorzaakt door de Taliban, wordt gerelateerd aan de kenmerken van het optreden van deze tegenstander.

De gewapende inzet richt zich op het plegen van aanslagen op militaire konvooien, wegen en bruggen, maar ook op hulporganisaties en lokale bevolking. De Taliban maakt steeds vaker gebruik van 'bermbommen' (IED's) en hinderlagen. Deze activiteiten resulteren in een toenemend aanbod van (burger-)gewonden, ook bij militair geneeskundige inrichtingen. De categorie niet-geweldsgerelateerde risico's is te relateren aan het algemene gezondheidsprofiel van het land of de regio waarin de inzet plaatsvindt. Een betrouwbare database om de inventarisatie van de omgevingsdreiging mee te starten is het landenprofiel van de *World*

¹⁰ Ministerie van Defensie, 2002.

Health Organization.¹¹ Afghanistan wordt hierin getypeerd als een van de minst ontwikkelde landen ter wereld waarin 70% van de bevolking gezondheidsschade oploopt vanwege armoede, voedseltekort en gebrek aan elementaire voorzieningen. Dit resulteert in een gemiddelde levensverwachting van 46 jaar (Nederland 73 jaar) en een sterftecijfer van kinderen onder de vijf jaar van 257 per 1000 geboren (Nederland 5 per 1000). De gezondheid van vrouwen en kinderen wordt gerangschikt als een van de slechtste in de wereld en besmettelijke ziektes komen op zeer grote schaal voor. De lange periode van conflict heeft grote en merkbare invloed op het peil van de geestelijke gezondheidszorg van de Afghaanse bevolking: meer dan twee miljoen mensen leiden aan een vorm van geestesziekte, variërend van depressies tot posttraumatische stress stoornis.

In Afghanistan is geen sprake van een samenhangend nationaal zorgsysteem. Het grootste deel van de zorgvoorzieningen wordt geleverd door NGO's zoals *Afghan Health Development Services*.¹² Het nadeel hiervan is een sterke versnippering van zorgvoorzieningen en een gebrek aan lange termijn garanties. De Afghaanse overheid ontwikkelt een nationaal gezondheidszorgbeleid met als doel te voorzien in bereikbare basis zorgvoorzieningen. Deze situatie levert conclusies op voor de vragen in welke mate de militaire gezondheidszorg kan terugvallen op of samenwerken met lokale voorzieningen en wat de uitgangspositie is bij het bijdragen aan herstel van de nationale gezondheidszorg. Het aldus ontstane basisprofiel wordt verder aangevuld en verfijnd in de totstandkoming van de Operationeel Geneeskundige Planning.

¹¹ <www.who.int/countries/afg/en/>.

¹² Zie: <www.ahds.org/>.

3. Ontwikkeling van het geneeskundig plan

3.1. Planningsrichtlijnen

Randvoorwaarden en algemene planningsrichtlijnen voor geneeskundige voorbereiding op buitenlandse inzet zijn vastgelegd in beleidsaanwijzingen op diverse niveaus binnen Defensie. De basis wordt gevormd door de eerder aangehaalde *Aanwijzing SG V/26*. De hierin opgenomen algemene kaders voor de uitvoering en inrichting van militaire gezondheidszorg worden verder uitgewerkt in Aanwijzingen van de Commandant der Strijdkrachten (CDS) en van de Directeur Militaire Gezondheidszorg (DMG). De voor dit onderwerp meest relevante aanwijzingen zullen kort worden toegelicht.

CDS Aanwijzing *A-120 (Personeelszorg voor en tijdens uitzendingen)*¹³ geeft een overzicht van personeelszorgaspecten die voorafgaand en tijdens een uitzending door het verantwoordelijk operationeel commando geregeld moeten zijn. Als (minimum)voorziening voor gezondheidszorg wordt aangegeven dat het coördinerend operationeel commando een zorg- en hulpverleningsteam samenstelt dat met de uit te zenden eenheid ontplooid kan worden dan wel geheel of gedeeltelijk op 24 uur *notice-to-move* beschikbaar kan zijn. Een meer uitgebreide set met aanwijzingen is opgenomen in CDS Aanwijzing *403 (Gezondheidszorg bij inzet en vredesoperaties)*¹⁴. Hierin zijn de verantwoordelijkheden belegd voor de inrichting en uitvoering van de samenstellende delen van de geneeskundige behandelketen. Ook zijn aanwijzingen opgenomen welke deelaspecten moeten worden uitgevoerd in de periode voorafgaand, tijdens en na afloop van een inzet. De aanwijzingen van de CDS worden meer in detail uitgewerkt door beleidsaanwijzingen van de DMG. Beleidsaanwijzing Militaire Gezondheidszorg *DMG 0/43 (Geneeskundige Voorbereiding op verblijf in operatie- of buitenlandse gebieden)*¹⁵ heeft tot doel om enerzijds de commandant en de uitgezonden militair en anderzijds de zorgverleners richtlijnen te verschaffen om onnodige gezondheidsrisico's bij verblijf in buitenlandse operatiegebieden te voorkomen. Er worden procedures bekend gesteld voor *pre deployment screening*, preventieve maatregelen en *post deployment* onderzoek. De militair geneeskundige planning van een missie verloopt uiteindelijk volgens de procedure zoals vastgelegd in de Aanwijzing Hoogste Medische Autoriteit *HMA 0/17 (Operationeel geneeskundige Planningsrichtlijn (OG-PR))*.¹⁶ Deze richtlijn is een nadere uitwerking van het Operationeel Planningsproces (OPP) van de CDS en de *Aanwijzing SG V/26 (GHS)* en voorziet in de fundamentele beginselen van de planning van militaire gezondheidszorg voor operaties. Deze leidraad fungeert als checklist om alle voor de gezondheid van belang zijnde elementen in kaart te brengen.

Ter vergelijking een voorbeeld van de Britse militair geneeskundige dienst. Deze hanteert een vergelijkbaar planningsinstrument genaamd *Health Risk Management Matrix* als speerpunt van de geneeskundige bijdrage aan het operationeel planningsproces.¹⁷ Dit bestaat uit een lineair proces van vijf fasen. De laatste fase gaat een stap verder dan de Nederlandse werkwijze: aan iedere onderkende gezondheidsbedreiging wordt een specifieke bestrijdingsmaat-

¹³ Ministerie van Defensie, CDS, 2005.

¹⁴ Ministerie van Defensie, CDS, 2008.

¹⁵ Beleidsaanwijzing Militaire Gezondheidszorg *DMG/043, 2007. Geneeskundige voorbereiding op verblijf in operatie- of buitenlandse oefengebieden.*

¹⁶ Aanwijzing *HMA/017, 2002. Operationeel Geneeskundige Planningsrichtlijn.*

¹⁷ Bricknell & Moore, 2007.

regel gekoppeld, gevolgd door *monitoring* van de effecten van de maatregelen om tijdens de uitvoering na te gaan of er voldoende positieve effecten zichtbaar zijn.

In de voorbereiding van elke militaire missie zal de toepassing van al deze aanwijzingen in onderlinge samenhang leiden tot een verantwoordbare planning van de geneeskundige ondersteuning. In de volgende paragraaf zal dit planningsproces zoals uitgevoerd voor de operatie in Afghanistan worden weergegeven.

3.2. Operationeel Geneeskundige Planning ISAF

De operationeel geneeskundige planning is onderdeel van het integraal OPP van de Directie Operatiën van de Defensiestaf (DOPS). Het OPP wordt voor iedere mogelijke missie afzonderlijk ‘doorlopen’. Het OPP is opgezet in vijf planningsfasen. De opbouw van de Operationeel Geneeskundige Planningsrichtlijn is identiek aan die van het OPP, zodat elke fase van het OPP een gelijksoortige uitwerking oplevert voor de geneeskundige ondersteuning. De samenhang van het OPP met het uiteindelijk plannen en opzetten van een (multi)nationale medische keten zal worden verduidelijkt door de uitvoering van dit proces hieronder in samenhang weer te geven.

3.2.1. Fase I: Initiatiefase

De Initiatiefase is primair een politiek/militair strategisch traject. De start van deze fase kan een herkenbare gebeurtenis zijn waarop een eventuele reactie geformuleerd moet worden. Ook is het mogelijk dat de fase voortdurend doorlopen wordt om lopende ontwikkelingen te monitoren en voorbereid te zijn op ontwikkelingen. De formele start is een politiek/militaire initiatie waarna de betrokken spelers hun eigen analyse doorlopen, als onderdeel van het Politieke en Militaire ‘Estimate’ (PME). De primaire speler in deze fase is de Stuurgroep Militaire Operaties. Hierin zijn zowel het ministerie van Defensie, het ministerie van Buitenlandse Zaken en het ministerie van Algemene Zaken vertegenwoordigd. Voor Defensie nemen hieraan de CDS en de Hoofddirecteur Directie Algemene Beleidszaken deel. De CDS heeft een belangrijke adviesfunctie over de militaire context van mogelijke militaire operaties. In de Stuurgroep Militaire Operaties zal dan ook het Strategisch Militair ‘Assessment’ van de CDS besproken worden als onderdeel van de PME. Bij de strategische analyse van de CDS zijn verschillende actoren betrokken, mede afhankelijk van de aard van de potentiële militaire inzet. De voornaamste actoren zijn de Militaire Inlichtingen en Veiligheidsdienst, Directie Juridische Zaken, Directie Algemeen Beleid, Commandanten van de Operationele Commando’s en de Directeur Operatiën. Het Strategisch Militair ‘Assessment’ moet een hoogwaardige inbreng op cruciale elementen van een potentiële militaire operatie opleveren, die meegenomen moeten worden in de politiek/militaire afweging *of* en in *welke* vorm een militaire operatie verder uitgewerkt moet worden. De Initiatiefase eindigt met de uitgifte van een *Initiating Directive* (ID) van de CDS.

Voor de planning van de geneeskundige ondersteuning moet in de Initiatiefase duidelijkheid worden verschaft over de medische risicofactoren en de beschikbaarheid van geneeskundige middelen. Deze inventarisatie wordt in de vorm van een *Medical Risk Assessment* uitgevoerd door de J-4 MED Cell van de DOPS in samenwerking met de Afdeling Operationeel Geneeskundig Beleid van DMG.¹⁸ Er moet een product door de DMG worden aangeleverd,

¹⁸ J-4: ‘Joint’ sectie 4 (Logistiek). Zo ook: Sectie 4 (S-4) en Generale stafsectie 4 (G-4).

eventueel gecoördineerd met het ministerie van Volksgezondheid en de Inspectie voor de Volksgezondheid, waarin de volgende items ter sprake komen:

- Opdracht (omvang, samenstelling te ondersteunen eenheden, duur van de operatie, neventaken);
- Dreiging (geneeskundig risico door strijdende partijen, gezondheidsschade als gevolg van inzet van chemische, biologische, radiologische en nucleaire strijdmiddelen (CBRN-wapens), klimaat- en milieuaspecten, endemische ziekten);
- Topografie en demografie (terreinaspecten, klimaat, infrastructuur, sociale en politieke structuur, cultuur en religie in relatie tot behandel- en afvoerprocedures);
- Lokale zorgvoorzieningen (kwaliteit/aanwezigheid van lokale zorgvoorzieningen, medische voorraden, voedsel en watervoorziening) en mogelijkheden voor civiel-militaire samenwerking op het gebied van lokale gezondheidszorgvoorzieningen (CIMIC);
- Inzet van middelen van coalitiepartners (samenwerkingsmogelijkheden);
- Eigen eenheden (geplande omvang en locatie; mogelijkheden voor medische evacuatie, zowel tactisch als strategisch; benodigde aanvullende preventieve maatregelen);
- NGO's en intergouvernementele organisaties (aanwezigheid/activiteiten van aantal en soort (inter)nationale hulpverleningsorganisaties, mogelijkheden tot afstemming zorgvragen).

Op basis van de uitkomst van deze deelanalyses kan een advies worden opgesteld dat wordt opgenomen in de Initiating Directive. Dit advies leidt in eerste aanleg tot het identificeren van de geneeskundige factoren welke de missie in de weg staan of onmogelijk maken.

3.2.2. Fase II: Oriëntatiefase

Tijdens de Oriëntatiefase wordt de situatie verder geanalyseerd en vastgesteld wat de missie beoogt en wat de gewenste eindsituatie moet zijn. Deze fase spitst zich toe op het uitvoeren van een meer diepgaande missieanalyse. De primaire speler in deze fase is de DOPS. Een groot deel van de uitvoering wordt gedaan door een voor elke operatie specifiek ingestelde *Operational Planning Group* (OPG). Hierin zijn de voornaamste partijen betrokken die een rol spelen bij de missieanalyse, eventueel aangevuld met vertegenwoordigers van troepenlevende Operationele Commando's. In deze fase zal ook de beoogde detachementscommandant van het Nederlandse troepencontingent geactiveerd worden zodat deze in een vervolgfase als onderliggend operationeel planningsniveau kan fungeren. Deze fase eindigt met een missie statement (van DOPS) en een operationeel ontwerp, verwoordt in een *Planning Guidance* van DOPS aan de betrokken Defensieonderdelen voor het initiëren van *force preparation* en de opdracht aan de detachementscommandant voor het opstarten van onderliggende operationele planning.

De bijdrage van de geneeskundige dienst in deze tweede fase is een plan voor de geneeskundige verzorging. Dit plan geeft inzicht in de mogelijkheden en onmogelijkheden om tegemoet te komen aan de gezondheidsrisico's uit de risico-inventarisatie en welke geneeskundige capaciteit daarvoor beschikbaar gesteld kan worden. In deze fase vindt een meer diepgaand onderzoek plaats naar extra risicovolle elementen uit de eerste inventarisatie. Hierbij moet worden bedacht dat niet alle elementen in deze fase van het proces bekend kunnen zijn en dat doorgaans steeds op basis van de beschikbare informatie besluiten worden genomen. Ook kunnen in deze fase gedetailleerde opdrachten worden geformuleerd voor de medische deelnemers aan een eventueel uit te voeren verkenningsmissie. Feitelijk is het plannen van de geneeskundige ondersteuning een cyclisch proces waarin op basis van nieuwe informatie het zorgsysteem eventueel aangepast moet worden. Belangrijke elemen-

ten uit dit raamwerk zijn het vaststellen van de benodigde geneeskundige middelen die als eerste in de voorbereidingsfase en opbouwoperatie nodig zijn en het onderkennen van de behoefte aan specifieke expertise die niet standaard in de geneeskundige organisatie aanwezig is.

Een voorbeeld hiervan is aanvullend onderzoek op het gebied van hygiëne en preventieve gezondheidszorg (HPG) gericht op lokale arbeids- en leefomstandigheden van de militairen dat nog moet plaatsvinden voorafgaand aan de uitzending, bij voorkeur tijdens de verkenning, maar in ieder geval ruim voor de ontplooiing van de eenheden. Dit geldt specifiek voor de regio en locaties waar Nederlandse militairen nog niet actief zijn. Gedurende de ontplooiing en inzet blijven HPG- en overige specialisten op afroep beschikbaar. De preventieve maatregelen worden gebaseerd op de volgende, specifiek voor Afghanistan geldende bedreigingen voor de gezondheid:

- De grootste bedreiging wordt gevormd door de ziekten malaria en leishmaniasis.
- HIV en Syfilis zijn de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Rabiës komt voor in heel Afghanistan (honden, vleermuizen, vossen en wolven).
- Er is een verhoogd risico voor besmetting met Tuberculose (TBC). TBC wordt voornamelijk overgebracht door de mens (hoesten, niezen).
- Aanwezigheid van giftige slangen en insecten, zoals spinnen en schorpioenen.
- Afhankelijk van de concentratie en de duur van de blootstelling kan stof een bedreiging vormen voor de gezondheid.
- Hoge omgevingstemperatuur, oplopend tot 60 graden Celsius in de zomer.
- Hoogteziekte. Dit is een gevaar voor iedereen die zich verplaatst naar een plek hoger dan 1500 meter boven zeeniveau en daar minimaal 5 uur verblijft.
- Slechte persoonlijke hygiëne.
- Onveilig voedsel en water.

Op grond van deze factoren kunnen reeds in de voorbereidingsperiode specifieke preventieve maatregelen worden opgenomen.

3.2.3. Fase III: Conceptontwikkeling

Tijdens de conceptontwikkelingsfase wordt vastgesteld hoe de opgedragen missie zo effectief en efficiënt mogelijk kan worden uitgevoerd. Het is gericht op het analyseren en uitwerken van verschillende wijzen van optreden, inclusief de hiervoor benodigde middelen en capaciteiten. Het gaat in feite om het determineringsproces om tot de meest waarschijnlijke wijze van optreden te komen. De uiteindelijk gekozen inzetoptie vormt de basis voor het uitwerken van Nederlandse *Statement of Requirements*, de benodigde militaire capaciteit voor het uitvoeren van de gekozen inzetoptie. In deze fase is het van belang dat het gekozen raamwerk voor de geneeskundige ondersteuning congruent is en blijft met de verschillende planalternatieven.

3.2.4. Fase IV: Planontwikkeling

Tijdens de planontwikkeling volgt verdere detaillering van de benodigde capaciteiten en eenheden om het plan uit te voeren. Verder wordt de ontplooiing georganiseerd en voorzieningen getroffen voor beveiliging, training en instandhouding. Coördinatie met andere landen en betrokken hoofdkwartieren wordt geïntensiveerd. De eindproducten van deze fase zijn een volledig uitgewerkt operatieplan (OPLAN) met bijlagen, goedgekeurd door de CDS. In het OPLAN zijn dan ook de resultaten verwerkt van een inmiddels uitgevoerde

operationele verkenning, ook wel *Fact Finding Mission* genoemd. Indien in een mogelijk inzetgebied bepaalde specifieke risico's worden verwacht (bijvoorbeeld de aanwezigheid van verarmd uranium), worden specialisten gestuurd om metingen te verrichten en te adviseren over toegankelijkheid of beschermende maatregelen.

In dit deel van het planningsproces start de strategische verplaatsing naar het inzetgebied en worden door de *lead nations* (Canada, Groot Brittannië en Nederland) van ISAF Regional Command South (RC-South) een aantal sturingsorganen en overlegfora opgericht. Het belangrijkste sturingsorgaan is het *Campaign Management Committee* (CMC). Voortkomend uit dit orgaan zijn een aantal werk- en stuurgroepen ontstaan. De meest relevante stuurgroep op medisch gebied is de *Multinational Medical Management Steering Group* (MMMSG). In de MMMSG worden afspraken gemaakt en vindt afstemming plaats over multinationale samenwerking, planning & coördinatie en management van de geneeskundige keten van RC-South. Het eindproduct van fase IV is een in de MMMSG afgestemde verantwoordelijkheidsverdeling van het operationeel systeem (medische keten) dat bij de start van de missie de basis vormt voor de medische ondersteuning van alle ingezette coalitie troepen in de RC-South in Zuid-Afghanistan. Het meest recente voorbeeld dat de MMMSG hét platform is voor internationale afstemming, bewijst de bijeenkomst in Londen in april 2009, waarbij de consequenties zijn vastgesteld van de inbreng van extra Amerikaanse troepen. Enkele gevolgen zijn de uitbreiding van de geneeskundige keten en de helikopter *medevac*-capaciteit en het overnemen van de leiding door de VS van Canada van het RC-South *Role 3* veldhospitaal te Kandahar. Tijdens de onderhandelingen is het van het grootste belang dat de geneeskundige keten van RC-South dusdanig is opgebouwd dat de belangrijkste voor de Nederlandse militairen geldende tijds-/kwaliteitscriteria gewaarborgd blijven.

3.2.5. Fase V: Inzetfase

Indien noodzakelijk zal op basis van nieuwe informatie of rapportages uit het inzetgebied tijdens de uitvoering van de operatie door de HMA een advies over gewenste aanpassing van de geneeskundige zorg worden uitgebracht aan de CDS. De HMA heeft het recht gevraagd en ongevraagd advies te geven. Deze adviesfunctie kan zich ook uitstrekken tot en met het nazorgtraject. Feitelijk vindt deze voortdurende beoordeling van de toestand plaats op grond van de verantwoordelijkheid voor *Medical Force Protection* dat bestaat uit het plannen en uitvoeren van activiteiten om gezondheidsbedreigingen te minimaliseren. Operationele commandanten moeten op ieder niveau voortdurend over gezondheidsrisico's worden geadviseerd door experts in hun staf. Voor de commandant van het Nederlandse Continentscommando is dit de *Senior Medical Officer* (SMO),¹⁹ op compagniesniveau is dit de onderdeelsarts, de commandant van de geneeskundige elementen of de Algemeen Militair Verpleegkundige ('AMV-er') die bij de eenheid is ingedeeld. Op basis van deze specialistische adviezen maakt de commandant een gefundeerde keuze in het kader van operationeel risicomanagement voor het zoveel mogelijk beperken van personele verliezen.

¹⁹ De Senior Medical Officer wordt internationaal ook aangeduid als Senior Medical Advisor (SMA)

4. Inrichting en uitvoering geneeskundige ondersteuning ISAF

In dit deel van de bijdrage wordt de daadwerkelijke organisatie en inrichting van de geneeskundige zorgketen ter ondersteuning van de ISAF missie uiteengezet. De formele ingang van de geneeskundige afvoer- en behandelketen is de eerste behandeling van een professionele zorgverlener, zijnde een militair arts of verpleegkundige. In de tijdsspanne tussen het moment van gewond raken en behandeling door deze medische professionals vindt directe eerste hulp plaats door de gewonde militair zelf of door militair personeel in de directe nabijheid. Daar deze eerstehulpverlening voorafgaat aan de behandeling op Role 1 niveau, wordt dit wel aangeduid met de niet-officiële term Role 0.

Voor de volledigheid van het overzicht wordt eerst inzicht gegeven in de doctrines en de stafstructuren van waaruit de adviezen op het gebied van geneeskundige ondersteuning worden ontwikkeld en hoe de verantwoordelijkheden zijn belegd voor de aansturing van het operationeel geneeskundig systeem. Na een korte toelichting van de activiteiten op het niveau Role 0 worden de samenstellende delen (Role 1 t/m Role 4) van het systeem besproken.

De succesvolle planning en uitvoering van geneeskundige ondersteuning van militaire operaties door een internationale coalitie berust op een gezamenlijke ‘kapstokdoctrine’. De *Allied Joint Medical Support Doctrine* (AJP-4.10) fungeert als zodanig voor alle operaties voor de NAVO. De hierin opgenomen randvoorwaarden en definities bieden eenduidigheid in opvattingen bij het inrichten van multinationale zorgsystemen. De zorg voor gewonden en zieken verloopt geëchelonneerd, dat wil zeggen dat de behandeling plaatsvindt in elkaar opvolgende behandelniveaus, ook wel aangeduid met de term Role 1 t/m 5. Bij elk gedefinieerd zorgniveau is door de NAVO een minimum kwaliteit van te leveren (klinische) zorg vastgesteld. De Engelse terminologie hiervoor is *medical capability*, waarvan de NAVO-definitie luidt: “The aggregate of medical personnel and expertise, facilities, logistic sustainability and evacuation support that is available to provide a defined level of care to a determined number of casualties”.²⁰

Het is niet noodzakelijk – soms zelfs ongewenst - dat alle behandelniveaus achtereenvolgens worden doorlopen. Uitgangspunt is dat de zorg ononderbroken en doelmatig plaatsvindt en leidt tot een zo spoedig mogelijke medische eindbehandeling. Het meest ideale behandeltraject voor een gewonde is directe afvoer vanaf het punt van verwonding/het punt van eerste behandeling naar een geneeskundige inrichting waar definitieve behandeling kan plaatsvinden. De hieronder genoemde planningsgegevens voor behandel- en afvoertijden zijn ontleend aan de wettelijk vastgestelde tijdslimieten uit de civiele traumazorg. Ze zijn gebaseerd op de medische noodzaak van behandeling binnen het ‘Golden Hour’. Hiermee wordt het eerste uur na het oplopen van een trauma bedoeld. De verrichtingen die binnen dit eerste uur worden gedaan zijn van grote invloed op de overlevingskans en het verdere genezingsproces van een trauma patiënt. Voor de operationeel geneeskundige ondersteuning gelden de tijdslimieten als richtinggevend voor de uitvoering van de geneeskundige ondersteuning. Behandeling en afvoer dient planmatig binnen deze limieten worden uitgevoerd.

²⁰ NATO, 2006.

Toepassing van dit uitgangspunt resulteert in een basis planningsschema voor de inrichting van het geneeskundig systeem waarbij de routing van de gewonden over de echelons wordt bepaald. De ideale uitgangssituatie is dan dat gewonden met de hoogste prioriteit van behandeling direct vanaf de plaats van gewond raken en na initiële behandeling (binnen 15 minuten), of vanuit een Role 1 *pick-up point* in de nabije omgeving, wordt opgehaald met een *medevac*-helikopter (binnen 30-45 minuten) en direct voor een definitieve chirurgische behandeling wordt afgeleverd in een Role 3 faciliteit (binnen 1 – 2 uur). Van hieruit vindt zo mogelijk rechtstreeks repatriëring naar een ziekenhuis in het thuisland plaats.

4.1. De geneeskundige afvoer- en behandelketen

De zorgverlening dient zo snel mogelijk na het gewond raken van de militair te beginnen. In deze eerste fase van *Care under Fire* staan snelheid van ingrijpen en het uitvoeren van de eerste levensreddende handelingen voorop. In principe wordt in de planning van operaties rekening gehouden met minimaal AMV-kwaliteit op locatie van een gewonde militair. Er kunnen zich echter tijdens de uitvoering van operaties situaties voordoen waarbij niet direct beschikt kan worden over deze professionele zorgverleners. In deze gevallen wordt de hulp direct gestart door de militair zelf en ter plaatse aanwezige militairen in de vorm van het toepassen van Zelfhulp en Kameradenhulp (ZHKH), de militaire variant van eerste hulp bij ongevallen waarvoor iedere militair is opgeleid. Hiervoor kan ook een bij de eenheid ingedeelde gewondenhelper worden ingezet, een militair met een geneeskundige neventaak. Deze heeft hiervoor een speciale opleiding gevolgd tot *Combat Life Saver* (CLS). De aangeleerde behandelprotocollen zijn afkomstig uit het door de Britse krijgsmacht ontwikkelde *Battlefield Trauma Life Support* behandelprotocol en de uitvoering van de handelingen van deze helper zijn strikt gelimiteerd in specifieke regelgeving. Een meer gespecialiseerde variant van de gewondenhelper is de *Medic Special Forces*. Deze neventaker bij de commandotroepen krijgt een uitgebreidere opleiding afgestemd op de tactische context van speciale operaties.

Snel en juist ingrijpen in de cruciale eerste fase na verwonding op dit niveau (ook wel aangeduid met Role 0) hebben een zeer groot effect op de overlevingskansen. Het trainen van iedere militair in deze vaardigheden leidt tot een reductie van het aantal gesneuvelden tussen 15 en 20%.²¹ Kenmerkend voor de uitvoering van *Care under Fire* is de afweging tussen medische handelingen en de operationele opdracht. De keuze moet soms worden gemaakt tussen het beste resultaat voor het slachtoffer en de voortzetting van de missie: protocollair waar het kan, keuzes waar het moet.²²

4.2. De aansturing van het geneeskundig systeem

Commandanten op ieder niveau moeten voortdurend over gezondheidsbedreigende risico's worden geadviseerd door experts in hun staf. De op dit gebied uitgebrachte adviezen hebben betrekking op de inzet van schaarse geneeskundige capaciteit ter ondersteuning van *current operations*: het kan noodzakelijk zijn prioriteiten te stellen in de uitvoering van de opdrachten of de Role 1 voorzieningen mobiel in te zetten, of het gehele gezondheidszorgsysteem aan te passen aan wijzigende missiedoelen. In het hoofdkwartier van ISAF bevindt

²¹ Parsons, 2004.

²² Tom, 2009.

zich binnen de stafsectie van de *Deputy Chief of Staff Support*²³ een multinationalaal bemande *Joint Medical Branch* (JMed). Deze indeling wijkt af van de organieke stafstructuur, waar de geneeskundige verzorging is ingedeeld binnen het verantwoordelijkheidsgebied van de sectie J-4 Logistiek. De JMed wordt geleid door een kolonel-arts en valt uiteen in twee secties: de sectie *Medical Operations* en de sectie *Medical Plans*.

De belangrijkste verantwoordelijkheden van de JMed zijn ten eerste het organiseren van de geneeskundige ondersteuning van de eigen troepen door het coördineren van de inzet en spreiding van de *Medical Treatment Facilities* in het inzetgebied en tussen de regionale commando's van ISAF. Ten tweede de planning en inzet van luchttransport voor de medische evacuatie van gewond geraakt personeel naar Role 2 of Role 3 hospitalen door *tasking* van medevac helicopters, de zogenaamde *forward aeromedical evacuation (aeromedevac)*. Ten derde het monitoren van de uitvoering van de geneeskundige ondersteuning door het genereren van managementinformatie in de vorm van *Medical Assessment Reports*. Deze rapportages worden opgesteld door ieder *Regional Command* onder verantwoordelijkheid van de stafarts/*medical advisor*. De gegevens komen uit de Role 1, 2 en 3 geneeskundige inrichtingen. Ten vierde de coördinatie van de *intra theater medevac*, het transport van gewonden tussen de diverse Role 2 en Role 3 hospitalen binnen Afghanistan. Ten vijfde de coördinatie van de strategische *medevac*, het vervoeren van gewonde militairen naar het thuisland in speciaal daarvoor ingerichte *medevac*-vliegtuigen. In beginsel is dit een nationale taak die door elk land met eigen middelen moet worden uitgevoerd. Ten zesde de planning en inzet van medische capaciteit voor overige taken, zoals ondersteuning bij de wederopbouw van lokale gezondheidszorgvoorzieningen.

In de staf van het Nederlandse Contingentscommando²⁴ bevindt zich de *Senior Medical Officer* (SMO). Het is de medische adviseur van de contingentscommandant op het gebied van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bijdrage aan ISAF. De contingentscommandant heeft de bevoegdheid van *red card holder*, dit betekent dat hij dwingend advies kan uitbrengen als hij onverantwoorde situaties onderkent op het gebied van de gezondheid voor Nederlandse militairen. De SMO vervult tevens de functie van stafarts van de TFU in de functie van Hoofd Medcell TFU. Hij vervult dus een dubbelfunctie met enerzijds de focus op de directe operationele ondersteuning en anderzijds de medische *monitoring* van het Nederlandse contingent. De Medcell TFU bestaat verder uit een majoor *medical plans* en een adjudant *medops*. Er zijn een aantal belangrijke aandachtspunten voor deze schakel in de medische keten. De volgende punten geven een impressie van onderwerpen die dagelijks de aandacht vragen. Het aangeven van de prioriteit en de inhoudelijke *tasking* van de opdracht voor luchttransport is daar één van. De basis hiervoor is de gewondenmelding uit het voorterrein, de zogenaamde *nine liner*. De juistheid en volledigheid van deze uit negen items bestaande standaard melding is mede bepalend voor de overlevingskans van het slachtoffer. De melding start vanaf de plaats van het incident door een hulpverlenende militair of de op de plaats van verwonding gearriveerde Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV-er) naar: de commandant (of de plaatsvervangend commandant) van de eenheid; het operatiecentrum (OPS) van respectievelijk de patrolbase, de Battlegroup, de TFU; de MEDOPS van RC-South; en uiteindelijk bij de *Task Force Eagle Assault*, de verantwoordelijke voor de uitvoering van de medische evacuatievlucht. De inzet van luchttransport is afhankelijk van een aantal kritische factoren. De afhankelijkheid en beschikbaarheid van luchttransportmiddelen van

²³ DCOS Support.

²⁴ CONTCO.

coalitiepartners was een punt van zorg. Hoewel hiervoor sluitende afspraken gelden, vliegt een *medevac*-helikopter in beginsel niet zonder gewapende escorte. Het tijdig bijeen brengen van deze twee capaciteiten voor een *sortie* vergt veel afstemming en is soms afhankelijk van andere prioriteiten. Bepalend voor inzet is de beschikbaarheid van toestellen met *all-weather capability* en nachtzichtapparatuur. Een ander aandachtspunt bleek het plannen en indelen van geneeskundige ondersteuning van nieuwe tactische concepten, waarbij eenheden gesplitst in subdelen optreden (zoals bij een patrouille met een patrouillebase en een ‘over-watch’) en de inzet van *Smallest Unit of Action* (SUA). Ook de inzet van de luchtmobiele hulppost is een nieuw tactisch concept. Deze wordt voornamelijk tijdelijk ingezet op wisselende *patrolbases*. Kleinere TFU elementen die niet zelf beschikken over organiek ingedeelde geneeskundige middelen doen ook een beroep op de beschikbare capaciteit. ISTAR-eenheden, *Police Monitoring Teams* en zelfstandig optredende *Operational Mentoring and Liaison Teams* (OMLT) op buitenposten dwingen voortdurend tot het maken van keuzes in de toewijzing van de schaarse geneeskundige middelen.

In de *medcell* zijn ook specialisten op het gebied van hygiëne en preventieve gezondheidszorg (HPG) opgenomen. Deze specialisten monitoren een vijftal aandachtsgebieden op het gebied van *public health* (voedsel & water; flora & fauna, epidemiologie, legering & sanitaire voorzieningen en ARBO- en milieuaspecten) en formuleren richtlijnen en gedragsregels ter voorkoming van personele uitval als gevolg van deze schadelijke omgevingsinvloeden.

De *medcell* TFU zorgt voor afstemming met de *JMed*-sectie van RC-South en coördineert de behoefte van TFU voor strategische *medevac* met de planners voor luchttransport in RC-South. Als laatste adviseert de *medcell* samen met de functioneel specialist *health* van de PRT over activiteiten met betrekking tot ontwikkeling van de lokale civiele gezondheidszorgsysteem in het verantwoordelijkheidsgebied van Commandant TFU. Voor een team- of pelotonscommandant fungeert de bij de eenheid ingedeelde AMV-er als geneeskundig adviseur en op het groepsniveau is een personeelslid met een dubbelfunctie als gewondenhelper ingedeeld met geringe meerkennis op het gebied van geneeskundig handelen.

4.3. Role 1: ‘Care under Fire’

In de eerste behandelfase na verwonding gaat *Care under Fire* over in de fase *Tactical Field Care*, waarin diagnostiek en behandeling worden voortgezet door medische professionals. Het eerste professionele behandelniveau wordt aangeduid met Role 1. Dit niveau voorziet in eerstelijns gezondheidszorg en gespecialiseerde spoedeisende hulpverlening door een militaire arts/-verpleegkundige. De hier uitgevoerde geneeskundige zorg is in beginsel een nationale verantwoordelijkheid en de middelen zijn ingedeeld bij de operationele eenheden. Dit niveau wordt gekenmerkt door het uitvoeren van gespecialiseerde eerste hulp, triage,²⁵ re-suscitatie (behoud van vitale functies) en stabilisatie van gewonden. Ook het routinematige huisartsensprekuur (ziekenrapport) behoort tot de Role 1 taken. Kenmerkend voor de militaire eerstelijnszorg ten opzichte van de civiele huisartsenzorg zijn specialistische taken op het gebied van hygiëne en preventieve gezondheidszorg (HPG), elementaire bedrijfsgeneeskundige adviezen en de opvang en behandeling van slachtoffers van chemische, biologische of radiologische oorlogsvoering.

²⁵ Triage is de systematiek die gebruikt wordt om behandelprioriteit te bepalen bij meerdere, tegelijk aangeboden ernstig gewonden, gericht op de overleving van zo veel mogelijk slachtoffers.

De zorg voor slachtoffers van gevechtshandelingen is gebaseerd op het *Tactical Combat Casualty Care* protocol dat de zorg voor gewonden verdeelt in drie fasen. Ten eerste de *Care under Fire* fase. Dit is de fase waarin er sprake is van effectief vijandelijk vuur. Ten tweede de *Tactical Field Care* fase: deze fase begint op het moment dat geen sprake is van effectief vijandelijk vuur en duurt tot de evacuatie van het slachtoffer. Ten derde de *Combat Casualty Evacuation Care* fase: dit is de fase waarin theoretisch de mogelijkheid bestaat dat een beter opgeleide hulpverlener gedurende de evacuatie de zorg voor het slachtoffer kan overnemen.²⁶ De routinematige zorg (huisartsen- en tandartszorg) wordt verleend vanuit een veilige locatie, zoals een hulppost op een basis. De geneeskundige transportcapaciteit is ingedeeld bij de manoeuvre eenheden in de vorm van afvoerploegen in alle typen voertuigen voorzien van gespecialiseerde bemanningen en uitrusting. De professionele zorgverleners van dit niveau zijn de militaire arts en de AMV-er, geassisteerd door geneeskundig hulppersoneel. De zorg wordt verleend vanuit de voertuigen of mobiele hulpposten zodat vooruitgeschoven optreden in het inzetgebied mogelijk is. De militairen in Uruzgan beschikken naast hulpposten ingericht op de diverse *compounds* ook over een luchtmobiele hulppost bestaande uit onder meer een snel opzetbare tent, een traumaset en een poliset. Het geheel is verplaatsbaar (ook met een transporthelikopter) in twee voertuigen met aanhanger. De luchtmobiele hulppost wordt bemand door een arts, twee verpleegkundigen en twee gewondenverzorgers die tevens chauffeur van de twee voertuigen zijn.

Een complicerende factor bij de inzet van geneeskundige middelen is dat men er niet op kan vertrouwen dat de *Opposing Militant Forces* (OMF) de beschermde status van medische installaties accepteren. Deze realiteit heeft Commandant TFU genoodzaakt de opdracht te geven om de beschermende (Rode Kruis) symbolen niet te voeren op de geneeskundige pantservoertuigen.²⁷

Op basis van de vernieuwde behandelprotocollen (*BATLS UK 2005*) wordt gebruik gemaakt van nieuwe materialen voor het stelpen van grote bloedingen en het toedienen van vloeistoffen. Voorbeelden hiervan zijn de *Combat Application Tourniquet*, bloedstelpende middelen (*QuickClot™*) en nieuwe typen noodverbanden.

De coördinatie binnen RC-South met betrekking tot het overzicht en de inzet van de nationale Role 1 middelen is erg lastig. De belangrijkste reden hiervoor is dat deze middelen verspreid zijn over de gehele *Area of Operations* (AOR) en decentraal worden ingezet. Nederlandse Role 1 middelen zijn initieel ingezet op onder andere Kandahar Airfield ten behoeve van de Air Taskforce (ATF) en het Nederlandse personeel werkzaam bij het hoofdkwartier van RC-South; Kamp Holland in Tarin Kowt (opgenomen in de Role 2 geneeskundige inrichting) en op Camp Hadrian in Deh Rawod.

Een specialistisch domein binnen het Role 1 taakgebied is de Hygiëne en Preventieve Gezondheidszorg (HPG). Het verblijf van grote groepen militairen in primitieve omstandigheden met gebrek aan primaire sanitaire voorzieningen en in extreme klimatologische omstandigheden is de grootste oorzaak van uitval van personele capaciteit. Vanuit een achterstandpositie ten tijde van de Koude Oorlog is geneeskundige ondersteuning nu een *force multiplier* die wordt uitgevoerd door hoog opgeleide specialisten die verantwoordelijk zijn voor advisering voor het hele preventieve traject en de *monitoring* van de uitvoering van beschermende

²⁶ Torn, 2006.

²⁷ Ministerie van Defensie, 2008.

maatregelen tijdens de missie. Dit wordt uitgevoerd in het inzetgebied (waar nodig) en op de *compound* in de legeringsgebieden door voortdurend onderzoek en metingen op het gebied van voeding, waterkwaliteit, legerings- en sanitaire omstandigheden, ongediertepreventie en –bestrijding en uitvoering van warmteprotocollen (*heat stress*-vlag op de *base*). Indien nodig worden onderzoeksuitkomsten geverifieerd door specialisten in Nederland. Deze ‘luis in de pels’ taak maakt de HPG-functionaris niet altijd even populair bij de militair omdat deze bewustwording om voortdurende aandacht van de militair vraagt, ook op momenten van tijdelijke ontspanning. Volharding blijkt, met name op een langdurige missie, echter een zeer belangrijke succesfactor te zijn.

4.4. Role 2: Mobiele chirurgie

Het behandelniveau Role 2 is gericht op levensreddend chirurgisch ingrijpen (*Damage Control Surgery* (DCS) met de daarbij behorende diagnostische ondersteuning en kortdurende intensieve postoperatieve nabehandeling. DCS is spoedeisende noodchirurgie, uitsluitend gericht op stabilisatie en levens- en ledemaatreddende ingrepen. Het concept gaat uit van een minimum aan chirurgisch handelen, gericht op de stabiele afvoer van de patiënt. DCS wordt uitgevoerd indien het niet mogelijk is om binnen de kritieke tijdslimiet *Primary Surgery* uit te voeren. Dit betekent dat DCS in beginsel wordt gepland als vooruitgeschoven of aanvullende chirurgische capaciteit in gebieden van waaruit directe afvoer naar de Role 3 inrichting niet haalbaar is binnen de tijdslimiet.

In principe is ook een Role 2 geneeskundige inrichting in tactisch opzicht mobiel; de kern van de inrichting is ondergebracht in snel ontplooibare container- of tentsystemen. Indien nog bruikbare, vaste infrastructuur in het inzetgebied beschikbaar is, kan ook worden besloten de Role 2 faciliteit hierin onder te brengen. Zo is tijdens de operatie *Iraqi Freedom* een Amerikaans (Role 2) *Combat Support Hospital* ingericht in de voormalige privékliniek van Saddam Hussein. In Afghanistan is geschikte vaste infrastructuur niet voorhanden. In Nederland is voor de behuizing van een Role 2 gekozen voor een speciaal voor dit doel ontwikkeld systeem van uitschuifbare en koppelbare containers. Dit MOGOS-systeem²⁸ bestaat uit diverse typen containers ingericht voor de primaire zorgfuncties (zoals operatiekamers, preoperatieve en postoperatieve behandeling en radiodiagnostiek) en wordt aangevuld met tentsystemen voor de ontvangst- en verpleegfunctie. De containers voldoen aan de specificaties voor standaard transportcontainers en kunnen met alle civiele- en militaire transportfaciliteiten worden vervoerd over land, over zee en door de lucht. De opbouw van een dergelijke specialistische werkomgeving is geen eenvoudige opdracht en vereist een intensieve samenwerking met de uitvoerende genie-eenheden. Sommige operationele locatie-eisen hebben hun weerslag op de uitvoering van de zorgprocessen. Het feit dat gebruik moest worden gemaakt van gepantserde containers vanwege de dreiging van raketaanvallen leverde verlies aan vaste materieelindeling en werkruimte op. Een gebruikerseis voor gepantserde containers is dat niets aan de wanden bevestigd mag worden vanwege het gevaar voor zwakke punten bij explosiedruk en rondvliegende uitrusting in een kleine ruimte. Gebruikelijk is dat veel medische apparatuur juist aan wanden of plafonds wordt bevestigd, waardoor in dit geval vaak sterk geïmproviseerde oplossingen ter plaatse bedacht moesten worden. Deze configuratie leverde ook mobiliteitsbeperkingen op doordat de deuropeningen te smal waren voor het verplaatsen van patiënten in bedden. Patiënten moesten nu ten behoeve van intern transport worden overgelegd in draagbaren met rijdend onderstel.

²⁸ MOGOS: Mobiel Geneeskundig Operatiekamer Systeem,

Een Role 2 geneeskundige inrichting kent een variabele samenstelling in klinische capaciteit. Binnen de NAVO wordt dit aangeduid met de terminologie Role 2 *Light Manoeuvre* (aangeduid met Role 2 LM) voor basisconfiguratie en Role 2 *Enhanced* (aangeduid met Role 2 E of Role 2+) voor meer uitgebreide tweedelijnszorg. De volgende opsomming geeft een indruk van de hoeveelheid en spreiding van de ingezette Role 2 voorzieningen. Op Kamp Holland bevindt zich het Nederlandse Role 2 E Hospitaal. Op *Forward Operating Base Ripley*,²⁹ gelegen naast Kamp Holland bevindt zich ter ondersteuning van Amerikaanse *Forward Operating Bases* in Uruzgan een Amerikaanse Role 2 *Forward Surgical Team* (FST). Centraal in de provincie Helmand op Camp Bastion bevindt zich een Brits Role 2 Hospitaal. In de provincie Zabul in de omgeving van Qualat bevindt zich een tweede Amerikaanse Role 2 FST.

Het *Uruzgan Medical Center* in Tarin Kowt is het militaire ziekenhuis op Kamp Holland, ook wel aangeduid als een Role 2 *enhanced* geneeskundige inrichting. De primaire taak voor de ongeveer 55 medewerkers is de verzorging van de coalitietroepen. Het ziekenhuis bestaat uit de volgende geneeskundige behandelmodules: spoedeisende hulp (SEH) – twee operatiekamers, een intensive care unit (ICU), een recovery afdeling en een verpleegafdeling met veertien bedden. Daarnaast is een polikliniek, een huisartsenpraktijk en een tandarts aanwezig. Voor de eerstelijnszorg zijn er twee algemeen (huis)artsen, een tandarts, een apotheker en een fysiotherapeut aanwezig, bijgestaan door assisterend personeel. Het *Uruzgan Medical Center* voorziet tevens in de medische zorg voor alle in de regio ingezette militairen van de *Afghan National Army* en de *Afghan National Auxiliary Police*.

De operatiekamers en de ICU zijn gebouwd in bunkers zodat operaties altijd voortgezet kunnen worden. De overige faciliteiten bevinden zich in gepantserde containers. De primaire zorgmodules worden ondersteund door een aantal ondersteunende modules waaronder een laboratorium, radiologie/echografie, een mobiele bloedbank, een apotheek en een mortuarium. De dagelijkse leiding is in handen van de commandant van het hospitaal, die samen met de medisch adviseur, de hoofdverpleegkundige en de hoofd inwendige dienst de bedrijfsvoering regelt.

Er zijn operationele omstandigheden denkbaar dat een lineair in de diepte gegroepeerde medische keten niet kan voldoen aan de gestelde tijdslimieten voor medisch ingrijpen. Het overslaan van delen van de keten door luchttransport is dan een mogelijke oplossing; een ander alternatief is het inzetten van verder vooruitgeschoven, zeer mobiele chirurgische teams met DCS capaciteit. De Amerikaanse strijdkrachten maken sinds 1997 gebruik van dergelijke *Forward Surgical Teams* (FST). In 2006 beschikte het *US Army Medical Department* over 14 parate en 23 reserve FST's die primair bedoeld waren voor het chirurgisch ondersteunen van kortdurende offensieve gevechtsacties.³⁰ De noodzaak voor een dergelijke flexibele chirurgische faciliteit met een minimale 'logistieke footprint' was voor het eerst duidelijk aangetoond bij de Amerikaanse invasie van Grenada in 1983. De chirurgische middelen van het *Mobile Army Surgical Hospital* (MASH) waren te log om de *first entry* van de eenheden te volgen en waren pas na 4 dagen operationeel, waardoor onnodig mensenlevens verloren zijn gegaan. De doelstelling is het behandelen van gewonden die het transport naar een verder gelegen chirurgische faciliteit niet zouden overleven; het gaat hierbij om 5 tot 10% van de zwaargewonden. Het FST beschikt over twee operatietafels en onder andere vier

²⁹ FOB.

³⁰ Stinger, 2006.

chirurgen met de capaciteit om 30 levensreddende operaties in 72 uur te kunnen uitvoeren. Het is de bedoeling dat de eenheid na een dergelijke korte en intensieve inzet wordt teruggenomen voor recuperatie en herbevoorrading. Inmiddels is wereldwijd veel ervaring opgedaan met de inzet van deze FST's die zijn doorontwikkeld in allerlei varianten, waaronder een luchtlandingsversie. Het FST wordt getypeerd als “one of the most significant advances in military medicine in the latter half of the 20th century”.³¹ Het nuttig effect wordt duidelijk door de conclusie van Stinger die luidt: “Lives are saved and combat power is ultimately preserved through the use of skilled surgical assets for severely wounded casualties who would not otherwise survive evacuation”.³² In het Nederlands geneeskundig systeem is dit nog niet geformaliseerd; wel wordt op beleidsniveau de haalbaarheid onderzocht en in samenwerking met de coalitiepartners wordt hier ervaring mee opgedaan.

Zoals eerder aangehaald wordt ook, indien voldaan is aan bepaalde voorwaarden, noodhulp aan de lokale bevolking en aan *insurgents* of OMF verleend. De afweging of deze hulp verleend wordt en aan wie is een dagelijks terugkerend dilemma. Ter ondersteuning van de besluitvorming zijn door C-RC-South richtlijnen uitgegeven, de *Medical Rules of Eligibility*. Dit instrument geeft toepassingsregels aan zorgverleners aangaande welke personen recht hebben op welk type zorg, waarbij het onder meer van belang is dat voldoende capaciteit gegarandeerd is voor de behandeling van militairen van de coalitietroepen. Als bepaalde kritieke capaciteiten in het geding komen, zoals de beschikbaarheid van IC-bedden, kan op grond van deze beslissingsmatrix de noodhulp tijdelijk worden stopgezet. Dit onderwerp is één van de meest ingrijpende besluiten die is voorbehouden aan de commandant van de geneeskundige inrichting. Een goede verstandhouding met de medisch eindverantwoordelijk specialist en het kennen en trainen van de beslissingsregels is een voorwaarde in de voorbereidingsperiode.

Een indruk van de werklast in de Nederlandse Role 2E wordt gegeven door de patiëntenaantallen gedurende de zesweekse inzetduur van één specialistenteam. Gedurende de periode 03 juni tot 01 augustus 2007 hebben zich 1646 patiënten gemeld op het spreekuur. Er zijn 107 traumapatiënten aangeboden op de SEH, voornamelijk Afghaanse burgers (17 kinderen onder de zestien jaar) en 18 Nederlandse militairen. Er werden 160 patiënten opgenomen op de verpleegafdeling en 15 op de ICU. Het grootste deel van deze patiënten was slachtoffer van oorlogsgeweld. Van deze groep zijn uiteindelijk 12 mensen overleden. In totaal werden bij 76 patiënten honderd operaties en 138 verrichtingen uitgevoerd.³³ Vijftien patiënten zijn na primaire behandeling afgevoerd naar een Role 3 locatie. Er zijn achthonderd behandelingen door de fysiotherapeut uitgevoerd en ruim vijfhonderd door de tandarts.

De discussie bij de behandeling van de lokale bevolking spitst zich meestal toe op de maximaal toelaatbare behandel- en verpleegduur. Een hoog niveau van zorg betekent ook een hoog niveau van nabehandeling die daardoor vaak langdurig van aard zal zijn. Is een opname van 2 maanden of meer nog wel noodhulp? Een ander probleem dat zich bij het verlenen van noodhulp voordoet, komt voort uit het feit dat van de behandelde burgers ongeveer 40% jonger was dan 15 jaar is. Dit heeft de noodzaak aangetoond voor de beschikbaarheid van specialistische medische uitrusting, geschikt voor de behandeling van kinderen.

³¹ Fischer, 2003.

³² Stinger, 2006.

³³ Tan & Bussink, 2008.

Een complicerende factor bij het verlenen van noodhulp is het feit dat burgers veelal na het *point of no return* voor chirurgische hulp arriveren voor spoedeisende hulp. Voortgezette behandeling vindt plaats in een Role 3 faciliteit. Patiënten van de Nederlandse Role 2 worden afgevoerd naar de Canadees-Nederlandse Role 3 op Kandahar Airfield of de Britse Role 3 op Camp Bastion in Helmand.

4.5. Role 3: Veldhospitaal

Role 3 kan worden getypeerd als een (veld)hospitaal met een regionale functie en een geringe tactische mobiliteit, dat over meer specialismen beschikt dan een Role 2 faciliteit. Deze behandelafaciliteit is bedoeld om tweedelijns specialistische zorg in het operatiegebied te leveren binnen de grenzen van het opnamebeleid geldend voor het missiegebied. De kern van de behandeling is gericht op *Primary Surgery* (hetgeen in de NAVO doctrine AJP 4-10 wordt omschreven als: “the surgery directed at repair of the local damage caused by wounding, rather than correcting the generalised effects”), ondersteund met aanvullende diagnostische- en behandelcapaciteit en faciliteiten voor uitgebreide intensieve postoperatieve zorg en verpleging.

Specialistische geneeskundige ondersteuning, in het bijzonder ten behoeve van chirurgische ingrepen in de Role 2 en Role 3 geneeskundige inrichtingen, wordt gerealiseerd door medisch specialistenteams. Door herstructurering, reducties, toename van de operationele inzet en een nieuwe structuur van de militaire tweedelijnszorg, kon de medisch-specialistische ondersteuning niet meer volledig vanuit de eigen militaire organisatie worden gegenereerd. Om tijdens uitzendingen toch de beschikbaarheid en kwaliteit van medisch- specialistische zorg te kunnen borgen is een oplossing gevonden in het contracteren van civiele medische specialistenteams. Defensie is een samenwerking aangegaan met twaalf ‘partner’-ziekenhuizen, die garant staan voor de beschikbaarstelling van specialistisch personeel. Het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) coördineert de samenwerking van Defensie met de civiele ziekenhuizen. Het IDR is onder meer verantwoordelijk voor contractering en beheer, opleiding, planning, voorbereiding, begeleiding, afwikkeling en nazorg van het medisch specialistisch personeel dat op uitzending gaat. Een medisch-specialistisch team wordt op basis van de operationele behoefte samengesteld. Een team kan bestaan uit een chirurg, een anesthesioloog, operatieassistenten, een anesthesieassistent, intensive care verpleegkundigen, een radiodiagnostisch laborant en een klinisch-chemisch analist.

Binnen de IDR-constructie wordt onderscheid gemaakt in twee categorieën personeel, namelijk ‘bovenformatief’ en ‘wederkerig’ personeel. Een bovenformatief team is samengesteld uit medisch specialisten uit de militaire geneeskundige organisatie. Zij worden in een relatieziekenhuis geplaatst boven de reguliere civiele ziekenhuisformatie en worden betaald door Defensie. Deze teams zijn 137 dagen per 18 maanden beschikbaar voor militaire activiteiten zoals opleiding en training, oefening en alle soorten operationele inzet (missies). Voor een bovenformatief team worden twee wederkerige teams (militaire geneeskundige reservisten) als tegenprestatie van het relatieziekenhuis terug gevraagd. Deze wederkerige teams komen uit de reguliere ziekenhuisformatie en worden door het ziekenhuis betaald. Deze teams zijn 45 dagen per 18 maanden beschikbaar voor militaire activiteiten. De wederkerige teams zijn, in beginsel, voor inzet beperkt tot operaties in het lage(re) deel van het geweldsspectrum. In totaal kan het IDR 12 bovenformatieve teams en 24 wederkerige teams be-

schikbaar stellen voor oefeningen en operationele inzet. Het voordeel voor Defensie is een gegarandeerde capaciteit en een gegarandeerde kwaliteit en het voortdurend *current* en vaardig blijven van de medisch specialistische capaciteit. Het voordeel voor het relatieziekenhuis is dat de eigen capaciteit wordt versterkt met een bovenformatief team. Voor de medewerkers heeft het als voordeel dat ze variatie krijgen in het werk en daarbij hun ideologische motieven kunnen invullen, doordat men kan deelnemen aan uitzendmissies. Hier is sprake van een ‘win-winsituatie’.

De missies en oefeningen, waaraan werd deelgenomen door medisch specialistische teams van het IDR, vonden plaats in Bosnië, Macedonië, Kosovo, Pakistan, Oman, Eritrea, Liberia, Congo, Irak, Afghanistan en bij diverse acties in het Caribische gebied. De missies die werden ondersteund varieerden van ‘laag’ tot ‘hoog’ in het geweldspectrum. Met name in de missies van de laatste jaren is de lat op het gebied van gecompliceerde traumachirurgie zeer hoog komen te liggen. In Afghanistan waar zowel in Kandahar als in Tarin Kowt militair medisch specialistische teams actief zijn, bewijst het IDR dat het concept zich in internationaal verband kan meten met de besten.

De specialistenteams kennen een kortere rotatiecyclus dan het overig geneeskundig personeel binnen de eenheid. Met een aantal landen zijn afspraken gemaakt voor levering van deze teams; er is dus ook sprake van wisselende nationaliteiten. Dit vergt frequente afstemming van medische procedures. Soms leidt dit tot afstemmingsproblemen van behandelprotocollen. Chirurg Van Egmond geeft in dit kader het voorbeeld van een verschil in het door de Canadezen gehanteerd antibioticabeleid, dat van een aanzienlijk langere toedieningsperiode uitgaat dan in Nederland gebruikelijk is.³⁴

Bestaande verschillen in operatieprocedures en medicatietoedieningsbeleid konden vooraf worden herkend en opgelost; het blijkt waardevol dat dergelijke praktijken vooraf worden geharmoniseerd. Een aanwijzing dat voor internationale samenwerking ver over de landsgrenzen wordt gezocht, bewijst de recente medewerking van Singapore door het leveren van een chirurgisch team.

De bedoeling van operationele gezondheidszorg is het limiteren van repatriëring van militairen door het uitvoeren van een behandeling in het inzetgebied gericht op voortzetting van de operationele taak. Als de keuze voor voortgezette behandeling buiten het inzetgebied onvermijdelijk is, wordt de patiënt zodanig behandeld dat vervoer over lange afstand naar een Role 4 inrichting in het land van herkomst mogelijk is.

RC-South omvat zes Afghaanse provincies, te weten Kandahar, Helmand, Zabul, Nimroz, Daykundi en Uruzgan. Bij de spreiding van de geneeskundige inrichtingen over het inzetgebied geldt de voorwaarde dat sprake moet zijn van gebiedsbedekking; dat wil zeggen dat voor iedere ingezette militair een chirurgische inrichting binnen bereik moet zijn. Zoals eerder aangegeven zijn op basis van dat principe, verspreid over de provincies Helmand, Zabul en Uruzgan, Role 2 en Role 3 hospitalen opgebouwd. Deze hospitalen zijn nationale middelen van de in deze provincies gebiedsverantwoordelijke landen (*lead nations*), maar maken wel allemaal deel uit van het gebiedsbedekkend geneeskundig systeem. In de provincie Kandahar is bijvoorbeeld in de omgeving van de provinciehoofdstad Kandahar op Kandahar Airfield (KAF) een door Canada geleid multinationalaal Role 3 hospitaal (KAF Role 3

³⁴ Lutke Schipholt, 2006.

MMU)³⁵ opgebouwd. Het Role 3-MMU is een klein algemeen ziekenhuis met twee operatiekamers, vier IC stations en twaalf bedden. Er is een beperkt aantal specialismen, waaronder chirurgie, anesthesie, orthopedie, kaakchirurgie, neurochirurgie en interne geneeskunde. Er zijn ook een psychiater en een radioloog aanwezig. Daarnaast is er fysiotherapie, een apotheek, een mobiele bloedbank, een medisch laboratorium en röntgenfaciliteiten (waaronder echografie en een CT-scan). Het is een in containers ingerichte faciliteit die door extra voorzieningen (betonnen bepantsering) bescherming biedt voor patiënten en personeel tegen klein kaliber vuurwapens en scherfwerking. Binnen het ziekenhuis geldt de regel dat bij een aanval of aanslag op het kamp het werk gewoon door gaat, terwijl voor het grootste deel van de overige militairen de standaardprocedure geldt om de schuilbunkers op te zoeken.

De verschillende nationaliteiten werken naast en met elkaar en in gemengde samenstellingen. Hierdoor kunnen alle benodigde specialisten tegelijk bij een operatie aanwezig zijn. Doordat sommige patiënten meerdere ingrepen tegelijk nodig hebben, kan het voorkomen dat een neurochirurg aan het hoofd bezig is, terwijl de orthopedisch chirurg aan de ledematen werkt. Er is ook een mogelijkheid tot het houden van *clinical conferences*: specialisten hebben via een satellietverbinding rechtstreeks contact met andere behandelaars in de afvoerketen of kunnen *online* overleggen met collega-specialisten in het thuisland aan de hand van een rechtstreekse beeldverbinding via de satelliet of digitaal diagnostisch beeldmateriaal. Het KAF Role 3 MMU verzorgt de zestienduizend militairen en burgers uit 37 landen gelegerd op de basis, waaronder ongeveer 500 Nederlanders. Nederland draagt bij aan deze Role 3 MMU door het leveren van materieel en IDR-teams.

4.6. Role 4: Definitieve hospitalisatie en revalidatie

Een Role 4 behandelinrichting voorziet in het volledige aanbod van definitieve medische zorg die niet in het missiegebied ontplooid kan worden en in beginsel in het thuisland van de militair plaatsvindt. In Nederland fungeert het Centraal Militair Hospitaal (CMH) in Utrecht als Role 4 eenheid. Het CMH is het enige *militaire* ziekenhuis in Nederland en is volledig ingericht voor het behandelen van uitsluitend actief dienende militairen. Alle relevante specialismen, uitgezonderd spoedeisende hulp en intensieve zorg, zijn vertegenwoordigd. Het CMH maakt voor bepaalde faciliteiten gebruik van de mogelijkheden die de fysieke nabijheid van het Universitair Medisch Centrum Utrecht biedt. Er bestaat een intensieve samenwerking waardoor relatief dure apparatuur en diensten niet volledig door het CMH bekostigd worden maar gezamenlijk met het UMC Utrecht worden 'gedragen'.

Door toename van het aantal complexe missies, zoals ISAF, is de behoefte aan gegarandeerde opvang in Nederland toegenomen. Niet alleen kan worden geconstateerd dat het aantal repatrianten toeneemt, ook de aard van de verwondingen wijzigt en de ernst van de verwondingen neemt toe. De capaciteit van met name IC-bedden is schaars. Indien grotere groepen gewonden na een calamiteit gelijktijdig moeten worden opgevangen treedt er in Nederland een spreidingsplan in werking zodat ernstig gewonden verspreid worden over de beschikbare IC-capaciteit in een bepaalde regio. Bij repatriëring van een grotere groep ernstig gewonde militairen is een dergelijk spreidingsplan, vanwege quarantaine protocollen en regio over het behandeltraject, ongewenst. Dit nadeel wordt ondervangen door de beschik-

³⁵ MMU: Multinational Medical Unit.

baarheid van het Calamiteitenhospitaal. Deze bijzondere voorziening in de vorm van een ondergrondse annex van het CMH verschaft in een dergelijk noodscenario een oplossing voor de gelijktijdige opvang van slachtoffers door beschikbaarheid aan extra bedden. Het Calamiteitenhospitaal (8000 m²) bestaat uit een intensive care afdeling (twaalf bedden), een medium/low care afdeling (vijftig bedden), twee low care afdelingen (totaal tweehonderd bedden), vier isolatieboxen, drie operatiekamers met *recovery*, een röntgenafdeling en een triage- en behandelruimte (35 bedden).

Het ministerie van Defensie heeft bij de nieuwbouw van het CMH het noodhospitaal gerealiseerd binnen het toenmalige AZU-gebouw, thans het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht. In de afgelopen jaren is een toenemende vraag ontstaan om de ruimte in enigerlei vorm beschikbaar te stellen ten behoeve van de civiele rampenorganisatie. Reeds bij de bouw werd bepaald dat de afdeling Intensive Care/Klinische Toxicologie van het UMC Utrecht tezamen met het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het RIVM³⁶ als operationele eenheden in het hospitaal zouden worden gevestigd. Bij het uitbreken van de Golfoorlog in 1990 is het Calamiteitenhospitaal versneld operationeel geworden.

Repatrianten worden vanaf vliegbasis Eindhoven met behulp van een ambulance naar het CMH-Calamiteitenhospitaal vervoerd. Deze patiënten zijn al stabiel, want ze zijn immers al vervoerd vanaf het uitzendgebied. Daar het CMH niet beschikt over intensieve zorgafdelingen worden de medisch specialisten van het UMC nauw betrokken bij het behandeltraject van militaire patiënten. Uitgangspunt is dat militairen zo snel mogelijk naar het CMH worden gebracht voor verder behandeling op de (poli)kliniek. Na terugkeer uit het inzetgebied is de hereniging van de repatriant met de familie een zeer belangrijk aspect bij de opvang van repatrianten. Het CMH beschikt over familiekamers waar familieleden, indien gewenst, voor een langere periode bij de patiënt kan verblijven. Militairen worden behandeld door militair geneeskundig personeel van het CMH met uitzendervaring. Zij zijn bekend met de omstandigheden waarin militairen hun beroep uitoefenen.

4.7. Militair geneeskundig luchttransport

Het vervoeren van gewonden door de lucht is ouder dan velen wellicht denken. De eerste gegevens dateren uit de Frans-Pruisische oorlog, waar in 1870 gewonden met behulp van een hete luchtballon vanuit het belegerde Parijs werden geëvacueerd. Grote bekendheid is ontstaan door de belangrijke en in het oog springende rol die de *medevac*-helikopters speelden in de oorlogen in Korea en Vietnam; niet in de laatste plaats door de heroïsche inzet van de piloten. Dat de omvang van militair geneeskundig luchttransport inmiddels grote vormen heeft aangenomen, wordt duidelijk door de cijfers uit de recente Golfoorlogen. Gedurende operatie *Iraqi Freedom* zijn ruim 55.000 (!) patiënten door de lucht vervoerd.³⁷

De inzet van helikopters voor gewondentransport speelt een cruciale rol in het behalen van de kritieke behandeltijden. Er kan bij de uitvoering van deze *rotary wing medevac* gebruik gemaakt worden van middelen en expertise van internationale partners. De kaders voor de inzet van deze middelen zijn beschreven in een richtlijn van de Directeur Militaire Gezondheidszorg.³⁸ De belangrijkste scenario's voor de inzet van een *medevac*-helikopter voor het transport van patiënten in een inzetgebied zijn *Forward Medevac*, waaronder wordt verstaan

³⁶ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

³⁷ Schwartz, 2009.

³⁸ Ministerie van Defensie, 2008.

het zoeken en vervolgens weghalen van (gewonde) mensen uit een vijandelijke omgeving, eventueel onder begeleiding van een gewapend escorte. Hiervoor bestaan twee scenario's: het zo snel mogelijk oppakken en vervoeren (*scoop and run*) of het uitgebreid ter plaatse behandelen en voorbereiden voor het transport door het invliegen van een compleet specialistisch behandelteam (*stay and play*). In een dergelijk geval krijgt de inzet het karakter van een *immediate response team*, waarbij door het meenemen van een chirurgische uitrusting ingrepen zoals noodamputaties kunnen worden gedaan in het terrein. In principe is de bestemming een Role 2 of Role 3 hospitaal.

Het tweede deel van het inzetscenario wordt gevormd door de taak van *Tactical Medevac*; dit betreft het transporteren van gestabiliseerde gewonden naar een geneeskundige inrichting buiten de *combat zone* van waaruit een strategische evacuatie zal plaatsvinden naar het thuisland. Voor de uitvoering van deze taak zijn internationale afspraken gemaakt voor het leveren van deze *Forward AeroMedevac* middelen. De verdeling van de beschikbare middelen is ook gebaseerd op het principe van gebiedsbedekking en zwaartepunten in het operatieplan. De beschikbare capaciteit bestaat uit één in kamp Helmand gestationeerde CH-47; één in Uruzgan op Kamp Holland gestationeerde UH-60 *Black Hawk*; in Kandahar op KAF drie *Black Hawks* en drie *Pavehawks* en in Zabul één *Black Hawk*. De inzet van transporthelikopters geschiedt in beginsel via internationale 'poolvorming'. De regiefunctie voor medische evacuatie in de gehele zuidelijke regio is in handen van de *Medcell* van RC-South.

Een *pool* van voornamelijk Amerikaanse en Britse helikopters draagt conform de normen van de NAVO zorg voor de *aero-medevac* in Uruzgan. Ook Nederlandse geneeskundig personeel wordt ingezet voor deze taak. Gespecialiseerde vliegerartsen (*flight surgeon*) en verpleegkundigen (*flight nurse*) staan paraat om patiënten in de helikopter te begeleiden. De helikopters zijn helemaal ingericht voor medisch transport. Deze specialisten werken nauw samen met de helikopterbemanning om de vervoerscondities voor de patiënt zo optimaal mogelijk te maken. Het gaat hier om werk onder zeer moeilijke omstandigheden: het geluid, stof en vliegbewegingen van de helikopter maakt communicatie met de patiënt en het uitvoeren van medische handelingen zeer lastig.

Er zijn geen Nederlandse studies bekend naar de effectiviteit van de inzet van *medevac*-helikopters. Wel is een Britse studie uitgevoerd waarin gedurende de periode 1 mei tot 31 juli 2007 de transportnormen zijn geanalyseerd in het verantwoordelijkheidsgebied van RC-South.³⁹ Het criterium voor de effectiviteitsmeting was een norm van 90 minuten voor alle categorie A en B gewonden tussen de gewondenmelding aan het RC-South *Combined Joint Operations Centre* (CJOC) tot de landing van de helikopter (*wheels down*) bij de chirurgische faciliteit.⁴⁰ In de beoordelingsperiode zijn 762 gewonden door de lucht vervoerd. Analyse van de normtijden wijst uit dat bij 75% van de ernstig gewonden (categorie A en B) de norm werd gehaald. De redenen voor het niet halen van de norm in 25% van de gevallen lagen in de te grote vliegafstand (langer dan 30 minuten enkele trip), vertraging in het veilig stellen van de landingsplaats, vertraging in het verkrijgen van de juiste informatie (aantal/soort gewonden, locatie) en onjuiste prioriteitstelling van de verwondingen. Bij de patiënten die niet binnen de norm zijn vervoerd is geen vermijdbare gezondheidsschade aantoonbaar.

³⁹ Cordell, Cooney en Beijer, 2008.

⁴⁰ A en B gewonden hebben door de ernst van de verwonding een hoge prioriteit voor wat betreft hun afvoer.

Indien noodzakelijk kan ook tactische *Fixed Wing* capaciteit worden ingezet ter aanvulling van *Rotary Wing*-capaciteit of voor speciale transporten: capaciteit die ingezet wordt door RC-South uit beschikbare C-130 vliegtuigen. Hierbij moet worden gedacht aan het gepland vervoeren van grotere aantallen gewonden tussen geneeskundige inrichtingen in het operatiegebied.

4.8. Geestelijke gezondheidszorg voor militairen

Het risico op psychische schade als gevolg van een uitzending is aanzienlijk. Ongeveer één op de vijf uitgezonden militairen ontwikkelt klachten, vooral lichamelijk onverklaarde klachten (LOK) of symptomen van posttraumatische stress stoornis (PTSS). Ter voorkoming en behandeling van deze psychische klachten is de militaire geestelijke gezondheidszorg georganiseerd in drie zogenaamde ‘zorglijnen’: ten eerste de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor kazernes en bases op de vredeslocatie; ten tweede GGZ rond uitzendingen en ten derde GGZ voor veteranen. Elke zorglijn kent eigen zorgprogramma’s en werkt samen met relevante civiele organisaties. De zorg rondom uitzendingen begint met een briefing met als doel het verstrekken van informatie over risico’s aan militairen en hun achterban en het onderkennen van het individuele risicoprofiel. Na afloop vindt een *debriefing* plaats waarin aan de orde komt hoe de uitzending ervaren is en met aandacht voor het verwerken van ingrijpende gebeurtenissen. Rondom een uitzending zijn specifieke acclimatiserings- en adaptatieprogramma’s belangrijk, net als voldoende tijd voor recuperatie. De verantwoordelijkheid voor geestelijk welzijn van de militairen begint laagdrempelig. Voorafgaand aan de uitzending krijgen de manschappen psycho-educatie om afwijkend gedrag bij elkaar te herkennen. Tijdens de uitzending heeft iedereen een *buddy* die als eerste observator fungeert.

De professionele GGZ tijdens de uitzending wordt uitgevoerd door militaire psychologen, afkomstig uit de regioteams.⁴¹ De GGZ ondersteuning wordt geleverd door de eerstelijns curatieve arts en vanuit hiervoor geformeerde Sociaal Medische Teams (SMT) met daarin een psycholoog, geestelijk verzorger(s), bedrijfsmaatschappelijk werker en de personeelsofficier van de eenheid. De omvang en samenstelling van deze teams kan aan de situatie worden aangepast. Een SMT wordt als team voorbereid op de uitzending door onder andere specifieke case-trainingen samen met de commandanten. De voornaamste bijdrage van een SMT bestaat uit het signaleren van individuele problemen en het adviseren van de commandant over de te nemen maatregelen. Natuurlijk behoort de crisisopvang en behandeling ook tot de primaire taak. Een groot voordeel is de aanwezigheid van een SMT gedurende het gehele traject van voorbereiding, inzet en terugkeer van de eenheid. De naadloze aansluiting met een eventueel nazorgtraject is hierdoor gewaarborgd. De inzet van een professionele hulpverlener van het SMT kan diep doorwerken in het operationele proces.

Risico’s en de daartegen te nemen maatregelen die een pelotonscommandant voorziet bij het uitvoeren van een bepaalde patrouille worden vooraf met het hele peloton doorgenomen. In de *debriefing* na de patrouille worden niet alleen de verkenningsresultaten doorgenomen, maar ook de wijze waarop de individuele leden van de patrouille eventuele risico’s hebben ervaren. Hierbij is meestal een lid van het SMT aanwezig om uit de eerste hand de emoties te ervaren. Het komt ook voor dat SMT-leden om deze reden met de eenheid meegaan.⁴² Tegen het einde van een rotatie wordt nog in het uitzendgebied met elke militair een

⁴¹ Gersons, 2006.

⁴² Sar, van der, 2007.

individueel gesprek gevoerd met als doel de militair nog voor terugkeer naar Nederland terug te laten kijken op de uitzending. Soms kiest men voor groeps gesprekken met de eigen commandant in aanwezigheid van professionele zorgverleners. In het kader van het (re-)adaptatieproces wordt nog een eenheidsgewijze tussenstop op Kreta ‘ingelast’ en ook in het oefenprogramma van de eenheid na terugkeer in de vredeslocatie is een gefaseerde terugkeer naar de vredesomstandigheden ingebouwd. Doelstelling hiervan is het omzetten van de *batllemind* die militairen in het inzetgebied aannemen in de *mindset* van het gewone leven.

4.9. Opleiding en training geneeskundige eenheden

Vanaf het moment dat de formerende eenheden zijn aangewezen vindt voor de geneeskundige onderdelen een intensief voorbereidingsprogramma plaats. In de formerings- en gereedstellingsopdracht van Commandant Landstrijdkrachten (CLAS) staat vermeld dat de geneeskundige eenheden van groeps grootte (afvoergroepen, hulppostgroepen en aankomstmodules van de Role 2 *Medical Treatment Facility*) aan een training bij het Trainingscentrum Geneeskundige Dienst KL moeten hebben deelgenomen. De geneeskundige eenheden zijn weliswaar organisatorisch modulair samengesteld, maar het komt voor dat individuele personele aanvullingen plaatsvinden. Geneeskundige behandelingen zijn risicovol en een op elkaar ingespeeld behandelteam is een absolute voorwaarde. Het hiervoor ontwikkelde trainingsprogramma vindt plaats op de Korporaal van Oudheusdenkazerne te Hollandsche Rading in speciaal daarvoor ontwikkelde *skills-labs*, een nauwkeurig nagebootste werkomgeving. De driedaagse training is een groepstraining, de focus van de training ligt dan ook bij de groep en niet bij het individu. Uitgangspunt voor de training is enerzijds dat de samenstelling van de groep organiek en compleet is, anderzijds dient te groep als geheel een zekere mate van getraindheid te hebben. Bovendien is het wenselijk dat deze training plaatsvindt vóór de integratieoefening. Deze toelatingseis is een verantwoordelijkheid van de leverende eenheid. De training is gebaseerd op een drietal begrippen. Ten eerste *train as you fight*. De deelnemer dient zijn werkzaamheden tijdens de training op dezelfde manier uit te voeren als in het inzetgebied. Maar ook dienen alle handelingen daadwerkelijk te worden uitgevoerd. Ten tweede *hands on*. De nadruk ligt op de praktische uitvoering en actieve deelname van de deelnemers. Ten slotte *worst-case scenario*. De druk is hoog en de deelnemer wordt voorbereid op het ergste. Mede hierdoor wordt ook de mentale component van de deelnemer aangesproken. De training is ingedeeld in een viertal blokken. Elk blok heeft zijn eigen thema. Deze thema's zijn richtinggevend voor de incidenten en casuïstiek die plaatsvinden in het blok, maar ook voor de terugkoppeling die de groep krijgt van de *observer/trainer* die de groep gedurende de training begeleidt. De thema's zijn taakverdeling en organisatie; communicatie; voortzettingsvermogen en als laatste kwaliteit van zorg. De training heeft een grote realiteitszin. Er is veel tijd en moeite gestoken in de aankleding van de incidenten en casuïstiek. Ontwikkelingen en gebeurtenissen uit het uitzendgebied worden daar waar mogelijk gelijk in de training verwerkt. Ten slotte wordt ook gebruik gemaakt van geavanceerde onderwijsleermiddelen zoals een volledig geautomatiseerde patiëntensimulator. De training is een volledige georganiseerde trainingsmogelijkheid en geen afgestemd moment. De eenheid vertrekt niet na afloop van de training met een stempel geschikt of ongeschikt. De *observer/trainer* spiegelt de deelnemer op zijn of haar gedrag zonder daar een waardeoordeel aan vast te koppelen. Hierdoor ontstaat een open sfeer waarbij de deelnemer het goede kan bestendigen en daar waar mogelijk verbetering kan realiseren. De deelnemers maken gedurende de training een steile leercurve door. Zowel tijdens de eindevaluatie aan het einde van de training, als ook tijdens de de-briefingsgesprekken na afloop van de uitzending, wordt

door de deelnemers aangegeven dat de training een noodzakelijk deel is van de voorbereiding op de uitzending naar Afghanistan.

5. Wederopbouw Afghaanse gezondheidszorg

De primaire opdracht van de militaire gezondheidszorg is de ondersteuning van de militaire inzet door het verlenen van gezondheidszorg aan de ingezette militairen. Vanuit die gedachte is de voorziening van zorg aan civiele populaties met militaire middelen niet vanzelfsprekend. Het uitvoeren van noodhulp aan de Afghaanse bevolking beperkt zich in de operationele fase tot behandeling van acute levensbedreigende verwondingen die het gevolg zijn van militair optreden, omschreven als 'noodhulp'. Alle andere opdrachten kunnen leiden tot zware dilemma's binnen het militaire zorgsysteem. De militaire gezondheidszorg dient zich dan ook, in tegenstelling tot de overige functionaliteiten binnen Defensie, specifiek voor te kunnen bereiden op een eventuele afwijkende taakstelling.⁴³

5.1. Afghaanse nationale initiatieven

Voor de uitvoering van humanitaire taken is het van belang een goed beeld te hebben van de lokale situatie op het gebied van de gezondheidszorg. Afghanistan is één van de minst ontwikkelde landen ter wereld, uitgedrukt in zeer lage sociale indicatoren zoals gezondheidszorg, onderwijs, voedsel en huisvesting.⁴⁴ Na de Sovjet-invasie in 1979 en de overheersing van het Talibanregime verkeerden de resterende fragmenten van gezondheidszorgvoorzieningen in een deplorabele staat. De cijfers van de WHO, eerder in deze studie, bevestigen dit droeve beeld. De situatie was chaotisch, met grote regionale verschillen tussen diverse delen van het land.

De *Afghanistan Research and Evaluation Unit* stelde in een in juli 2002 uitgegeven *Issues Paper* vast wat de vier belangrijkste beperkingen voor het inrichten van een effectief gezondheidszorgsysteem zijn.⁴⁵ In de eerste plaats was dat een gebrek aan organiserend vermogen binnen het Afghaanse ministerie van Volksgezondheid. Er was een groot gebrek, zo niet afwezigheid, van geschoold personeel en geschikte infrastructuur. Slechte spreiding van menskracht en financiële middelen en ongecoördineerde inzet van hulporganisaties completeerden deze slechte uitgangspositie. Er was ook geen beleid of politiek raamwerk waarbinnen nationale en/of internationale (hulp-)organisaties konden functioneren. In 2002 zijn de resultaten van een uitgebreide analyse door de *World Health Organization* van de stand van zaken op het gebied van publieke gezondheidszorg in Afghanistan na een periode van 23 jaar oorlog, uitgegeven in het *Master Plan for Reconstruction and Rehabilitation of the Health Situation in Afghanistan 2002-2006*. Mede op grond hiervan is een gecoördineerde inzet tot stand gekomen tussen het Afghaanse ministerie van Volksgezondheid en internationale donoren onder de naam *Basic Package of Health Services* (BPHS). Dit construct vormt nu de basis van de Afghaanse gezondheidszorg en begint zijn vruchten af te werpen.

Voor de uitvoering van de BPHS is een Afghaanse NGO opgericht, *Afghan Health & Development Services* (AHDS), die financieel ondersteund wordt door donorlanden. Het Master Plan heeft structureel vervolg gekregen in de inrichting van het *Ministry of Public Health* dat in 2005 een meerjarenbeleid voor de volksgezondheid heeft uitgegeven. Het beleid voorziet in

⁴³ Graaf, de, 2007.

⁴⁴ Zie binnen dit onderzoeksproject: M.J. de Weger, *Partner in ontwikkeling: over de ontwikkeling van de Afghaanse overheid*, Researchpaper 92, NLDA.

⁴⁵ Waldman, 2002.

het institutioneel ontwikkelen van een nationaal gezondheidszorgsysteem, gebaseerd op een toekomstvisie tot 2014. Hierbij dient men zich te realiseren dat een dergelijke ontwikkeling zich in Afghanistan voor het eerst voordoet. Als voornaamste doelstellingen worden de afbakening van verantwoordelijkheden van de *stakeholders* en het vaststellen van de 18 meest urgente gezondheidsstrategieën genoemd.⁴⁶ Uit pragmatische overwegingen is gekozen voor korte termijn strategieën met een horizon van twee jaar. De ervaring is dat de omstandigheden in de wederopbouw van het land zich zo snel wijzigen, dat een termijn van vijf jaar al ver buiten de planningshorizon ligt.

De grootste uitdagingen voor het opzetten van het zorgsysteem zijn de afhankelijkheid van externe financiering; de bereikbaarheid voor de bevolking door het ontbreken van zorgvoorzieningen, met name in de dun bevolkte gebieden; het plotselinge vertrek van gecontracteerde partijen en NGO's vanwege gebrek aan fondsen en de onveiligheid van gebieden voor met name westerse NGO's. Het zijn juist deze uitdagingen die ertoe leiden dat militaire zorgverleners aanleiding zien om ondersteuning te leveren aan deze ontwikkelingen door de inzet van militaire zorgmiddelen. Met behulp van lokale *community health workers* wordt ook basale gezondheidszorg gerealiseerd in de meest afgelegen gebieden.

Nederland is een van de sponsors van het BPHS en heeft een aantal concrete voorzieningen gerealiseerd. Met Nederlandse financiering worden twaalf nieuwe Basis Gezondheidscentra en Subcentra gebouwd en uitgerust om de bereikbaarheid van gezondheidsdiensten te vergroten. In het derde kwartaal van 2008 werden in Uruzgan ruim 114.000 patiënten poliklinisch behandeld. Andere activiteiten die Nederland binnen dit programma heeft gefinancierd betreffen onder andere vaccinatiecampagnes tegen kinderziekten en tetanus. Er zijn initiatieven ontplooid op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en op het terrein van gezondheid en hygiëne.⁴⁷

5.2. Bijdrage militaire gezondheidszorg

In beginsel is militaire gezondheidszorg uitsluitend bedoeld ter ondersteuning van de militaire inzet. Een rigide uitvoering van dit principe betekent het weigeren van hulpverlening aan noodlijdende burgers. In de praktijk blijkt dit uitgangspunt vanaf het eerste moment in het inzetgebied niet uitvoerbaar vanwege de plicht tot het uitvoeren van noodhulp aan burger-slachtoffers van militaire inzet. De afweging van het wel of niet medisch behandelen wordt al moeilijk als de oorzaak van een letsel niet duidelijk herleid kan worden. Het verschuiven van de prioriteit voor militaire inzet in de richting van *Diplomacy* en *Development* betekent ook een vergroting van het speelveld voor de militaire gezondheidszorg, immers: gezondheidszorg kan een overtuigend argument zijn bij het winnen van de *hearts & minds* van een lokale bevolking en kan daarbij dan ook als operationeel middel van de commandant worden ingezet. Een probleem voor de verantwoordelijke uitvoerders is het ontbreken van een eenduidige doctrine en de onduidelijkheid over gebruikte termen en procedures.

Reeds enige jaren wordt gediscussieerd over de mate en wijze waarop de geneeskundige dienst zou kunnen en moeten bijdragen aan hulpverlening tijdens missies. Dit leidt tot divergerende verwachtingen en acties van verschillende actoren en daarmee tot verwarring en frictie. Op dit moment vindt besluitvorming plaats op grond van de kaders aangegeven door

⁴⁶ Islamic Republic of Afghanistan, 2005.

⁴⁷ *Kamerstukken II* 2008-2009, 27 925, nr. 325.

de CDS in diens beleidsdocument *Aanwijzing A-475*.⁴⁸ Hierin is vastgelegd onder welke voorwaarden humanitaire hulp verleend kan worden en welk mandaat de CDS aan de uitgezonden eenheidscommandant verleent. Internationaal wordt binnen de NAVO een doctrine publicatie ontwikkeld (*NATO Allied Publication 4.10.6 Military Civilian Medical Interface*), die kaders verschaft voor de voorbereiding van hulpverlening aan hulpbehoevende populaties in samenwerking met civiele actoren. Dergelijke aanwijzingen verschaffen weliswaar duidelijke algemene richtlijnen, maar de invulling tijdens de missie is ter beoordeling van de verantwoordelijke functionarissen in het inzetgebied. Deze situatie leidt vaak tot ongewenste interpretatieverschillen, waarbij de vertaling van de medische professionals vanuit hun beroepsethiek in beginsel uitvalt ten faveure van hulpverlening aan zorgbehoevenden door het 'oprekken' van operationele grenzen. De uiteindelijke frictie wordt zichtbaar in discussies over de individuele patiënt op de werkvloer. Het algemene principe is dat humanitaire hulpverlening (*humanitarian assistance*) is gericht op het verlichten van de acute nood van grote groepen mensen (*disaster relief*), terwijl noodhulp (*emergency care*) gericht is op individuele slachtoffers die levensbedreigend gewond zijn.⁴⁹

Vanwege de grote kans op onduidelijkheid is het van belang dat de wijze van inzet van militaire gezondheidszorgmiddelen voorafgaand aan de missie wordt bepaald. De inzet in Afghanistan is een voorbeeld waarbij tijdens de missie deze middelen op verschillende wijze worden ingezet voor het behalen van militaire doelstellingen en vervolgens voor duurzame verbetering van de volksgezondheidssituatie in het kader van de wederopbouw. Indien militair medische middelen als manoeuvreermiddel worden ingezet, bijvoorbeeld in de vorm van MEDCAPS (*Medical Civilian Affairs Patrol*) staat dit haaks op de gehanteerde principes voor humanitaire inzet en veroorzaakt dit een medisch ethisch dilemma. De inzet van een MEDCAP is vastgelegd in een NATO/ISAF *Standard Operating Procedure 9950 MEDCAP and Medical Engagements*.⁵⁰ Hierin wordt een MEDCAP gedefinieerd als een patrouille of een tijdelijke polikliniek uitgevoerd door de tactische commandant met behulp van beschikbare militair geneeskundige middelen. Een medische interventie is een medisch ondersteuningsproject zonder direct patiëntcontact. Een duidelijk voorbeeld hiervan is een onderwijsprogramma of de distributie van hulpmiddelen zoals krukken of brillen. Een MEDCAP wordt gerangschikt als CIMIC-instrument en als voorwaarde voor de inzet wordt gesteld dat wordt gecoördineerd met de provinciale *Director of Public Health* voor afstemming met andere initiatieven in een bepaald gebied.

Hoewel een aantal duidelijke nadelen zijn aan te geven, vindt de auteur dat de voordelen een dergelijke inzet rechtvaardigen, mits de uitvoering geschiedt in nauwe samenwerking met lokale zorgautoriteiten. Wel moet worden vermeld dat de gesignaleerde voordelen veelal militair operationeel van aard zijn, zoals het ontsluiten van nieuwe informatiebronnen voor de inzet van het PRT; het verkrijgen van inzicht in de reactie van de lokale bevolking op de aanwezigheid van ISAF en het verkrijgen van inzicht in de voornaamste gezondheidsbedreigingen in een gebied.⁵¹ Een andere constatering is dat de humanitaire zorgbehoefte afwijkt van de zorg voor ondersteuning van militaire operaties. De behandeling van slachtoffers van gevechtshandelingen verschilt erg van slachtoffers van overstroming, ondervoeding, droogte, besmettelijke ziekten en onhygiënische leefomstandigheden. Militair geneeskundig per-

⁴⁸ Ministerie van Defensie, 2005.

⁴⁹ Wal, 2007.

⁵⁰ NATO, HQ ISAF/RC-South, 2008.

⁵¹ Dongen, van, 2008.

soneel voelt zich niet voldoende opgeleid om patiëntengroepen zoals kinderen en baby's, vrouwen en ouderen te kunnen behandelen. Ook zullen gepresenteerde aandoeningen afwijken van de reguliere beelden uit de dagelijkse praktijk. Hierdoor ontstaat een lacune tussen het militair geneeskundig vermogen enerzijds en de lokale zorgbehoefte anderzijds. Het korte termijn effect van een hoge piek in de kwaliteit van geleverde zorg kan op termijn zelfs negatief uitwerken op de herinrichting van de lokale zorgstructuur omdat de kwaliteit niet geëvenaard kan worden.

Onder de vlag van het PRT is wel een bijdrage geleverd aan de opbouw van de Afghaanse gezondheidszorg door een tweetal daarbij ingedeelde reservisten: een arts en een zorgmanager. Pogingen om andere westerse NGO's te betrekken zijn niet gelukt vanwege de onveilige situatie in het gebied. De Taliban vermoorden lokale gezondheidswerkers omdat deze samenwerken met de nieuwe centrale regering en ISAF omdat vaccineren in strijd zou zijn met de Islam.⁵² De bijdrage betreft de advisering aan ISAF en aan de *Afghan Health & Development Services* over de inrichting van de basisvoorzieningen en de samenhang tussen de zorgniveaus.

In het kader van wederopbouw is ook het initiatief vanuit het *Observation Monitor Liaison Team* (OMLT) van belang. De inrichting van de Afghaanse strijdkrachten is gemodelleerd naar Amerikaans model, dit geldt ook voor de geneeskundige organisatie. In 2008 is door bij het Nederlandse OMLT ingedeeld geneeskundig personeel bijgedragen aan de inrichting en opleiding van de geneeskundige organisatie van 4 (ANA) Brigade. Uit ervaring is gebleken dat de uitvoering van een dergelijke op het eerste gezicht concrete opdracht vanwege tal van culturele verschillen en omgevingsfactoren heel complex kan zijn. Wekenlange vertraging vanwege het ontbreken van een verantwoordelijke Afghaanse militaire arts en hilarische taferelen bij het gebruik van een oefenpop bij reanimatielessen zijn hiervan slechts enkele voorbeelden.

⁵² Lutke Schipholt, 2007.

6. Waardevolle observaties

Drie militairen die afgelopen weekend tijdens een konvooi in Afghanistan van Tarin Kowt naar Kandahar gewond raakten, zijn maandagavond aangekomen in Nederland. In het Centraal Militair Hospitaal in Utrecht zijn ze herenigd met hun familie. Vier andere militairen die verwondingen opliepen zijn inmiddels ontslagen uit het ziekenhuis en keerden terug naar hun eenheid.⁵³

Zoals in het begin van deze bijdrage is aangegeven treft u op deze plaats aan het einde geen op wetenschappelijke bewijzen gebaseerde conclusies aan. Wel is getracht om op basis van in samenhang gepresenteerde feiten en ervaringsgegevens een beeld te schetsen van de totstandkoming en de uitvoering van de geneeskundige ondersteuning van een complexe expeditionaire operatie. Het interpreteren van het op basis van de verzamelde gegevens ontstane beeld van de geneeskundige ondersteuning van ISAF leidt tot aandacht voor bepaalde aspecten die nadere beschouwing verdienen. Deze observaties verdienen het predicaat ‘waardevol’ en zijn om die reden op een rij gezet in de hoop dat hierdoor verbetermaatregelen worden geïnitieerd.

In het algemeen kan op basis van de verzamelde informatie worden geconcludeerd dat het operationeel geneeskundig systeem voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen en uitvoering van de opgedragen taken. In internationale publicaties wordt de geneeskundige ondersteuning in Afghanistan beschreven als de beste expeditionaire militaire gezondheidszorg ooit. De Nederlandse militaire gezondheidszorg maakt derhalve ook aanspraak op deze kwalificatie. Deze uitspraak lijkt op zichzelf voldoende aanleiding om vergenoegd kennis van te nemen; maar bij deze neiging tot tevredenheid past een waarschuwend opgeheven vinger. De goede uitkomsten zijn niet allemaal resultaten van een foutloos systeem, vaak ligt persoonlijk handelen van zorgverleners en planners ten grondslag aan succes en het omzeilen van problemen. Geconstateerde onvolkomenheden moeten worden onthouden en omgezet in verbetermaatregelen.

In de eerste plaats is de notie van belang dat in een dergelijke multinationale omgeving het Nederlands systeem niet op zichzelf staat, maar deel uitmaakt (en dus mede afhankelijk is) van internationale afspraken. Hiervoor bestaat in de voorbereidende planningscyclus nog te weinig aandacht met als gevolg dat essentiële samenwerkingsafspraken nog steeds ad hoc tot stand komen. Het belangrijkste voorbeeld is de afhankelijkheid van internationale ondersteuning voor *tactical medevac* met *dedicated* gewondentransporthelikopters, terwijl het afvoersysteem hierop is gebaseerd. Weliswaar worden hiervoor gebruiksovereenkomsten met coalitiepartners afgesproken, maar dit verandert niets aan het feit dat de beschikkingsmacht van deze middelen niet in eigen handen is. Deze operationele afhankelijkheid zou door de inzet van nationale middelen ongedaan moeten worden gemaakt. Een ander voorbeeld in dit kader is de ondersteuning met specialistische teams. Dit is een internationaal capaciteitsprobleem, waardoor multinationale afspraken niet altijd lang van te voren vastgelegd kunnen worden. In een langlopende operatie is onverwachte samenwerking soms noodzakelijk, zoals in het geval van een nieuwe internationale partner die ondersteunt met chirurgische teams (Singapore).

⁵³ *Defensiekrant*, 2009, nummer 26 van 09 juli 2009.

Op het strategisch niveau is er sprake van een gewijzigde doctrine. De uitvoering van de operatie op basis van een *counterinsurgency* en tegelijkertijd op basis van het 3D-concept (*Defence, Development en Diplomacy*) vraagt een herbezinning op de positie en de inbreng van de militaire gezondheidszorg. Op tactisch niveau betekent de ondersteuning van nieuwe operatie elementen als SUA's, OMLT-teams en Police Monitoring Teams (PMT's) ook de vraag naar meer geneeskundige middelen en andere vormen van ondersteuning. Dit proces wordt nu uitgevoerd met de ingedeelde middelen voor de *Defence*-taak via de *trial and error*-methode. Hiermee wordt bedoeld dat besluiten voor de verdeling van de schaarse middelen op het laagste uitvoeringsniveau genomen moeten worden, waarbij de prioriteiten volgens de 'waan van de dag' worden ingevuld. Een juiste afweging op het ene moment kan de volgende dag averechtse gevolgen hebben. Daarenboven leidt deze wijze van toewijzing van schaarse middelen tot een bijna continue inzet met een groot afbreukrisico van personeel en middelen als gevolg. Een gemoderniseerde doctrine is een voorwaarde voor een verbeterde koppeling van taken aan middelen; daardoor kunnen lastige prioriteitskwesties voor beslissers in het inzetgebied worden beperkt.

Internationale samenwerking brengt verschillen in medische behandelprotocollen aan het licht. Verschillen in opvatting of procedures kunnen tijdens gecompliceerde medische ingrepen, die onder hoogspanning worden uitgevoerd, tot dodelijke complicaties leiden. Harmonisatie van deze protocollen met beoogde samenwerkingspartners vooraf is een voorwaarde. De uitkomsten zullen moeten worden verwerkt in de procedures voor de interne werkwijze van Nederlandse Role 2 en Role 3 geneeskundige eenheden.

AMV-ers worden geacht algemeen ingezet te kunnen worden op verpleegkundige functies binnen het geneeskundig systeem. Dit wordt mede ondersteund door een ondervulling van het functiebestand, waardoor AMV-ers op andere plaatsen binnen de geneeskundige keten vacatures opvullen. Deze aanname is onjuist en de daaruit volgende situatie is ongewenst: de samenhang tussen AMV-er en de eigen operationele eenheid is essentieel voor een succesvolle inzet en vereist een intensieve integratieperiode. Alleen dan is er sprake van kennis van en vertrouwen in elkaars bevoegdheden en bekwaamheden tijdens de uitvoering van de operationele opdracht. Inzet ter ondersteuning van een SUA vereist kennis op het gebied van *contact drills*, en verschilt duidelijk van inzet bij een PMT of MEDCAP of verpleegkundige taken op een verpleegafdeling van een Role 3 geneeskundige inrichting.

Volgens de functionarissen die betrokken zijn bij de planning ter voorbereiding van een missie is de planningssystematiek voor geneeskundige ondersteuning procedureel op orde en krijgt het de prominente plaats binnen de risicoanalyse die het toekomst. Het opwerkprogramma verloopt deels gescheiden voor geneeskundig personeel en geneeskundige eenheden en deels geïntegreerd met de overige rotatie-eenheden. Het geneeskundig opwerkprogramma onder verantwoordelijkheid van het Kennis- en Trainingscentrum Geneeskundige Dienst voldoet aan de eisen. De Missie Gerichte Instructie is niet altijd aangepast aan de behoefte. Een medisch team dat al vier maal in Uruzgan is geweest vindt in dit telkens identieke programma geen meerwaarde. Aanvankelijk namen deze teams ook deel aan de integrale eindoefening *Uruzgan Integration*. Nadat meerdere malen gebleken is dat het leereffect van deze teams gering was door het ontbreken van behandelgerichte oefensituaties is deelname aan deze oefening beëindigd. De oefening is wel zeer geschikt voor beoefening van medische *command & control*-aspecten en de inbreng in het integrale besluitvormingsproces. Oefenmomenten waarbij calamiteiten met gewonden worden ingebracht zijn zeer frequent

in het draaiboek opgenomen en geven een levensechte indruk van de positie van de *medcell* in het stafproces. Deze wijze van oefenen geeft de deelnemers een goede indruk wat het betekent om te werken onder een hoog operationeel tempo.

Veel observaties betreffen medisch materieel. Door samenwerking in internationaal verband wordt het assortiment soms 'vanaf de werkplek' aangepast. Zo zijn in de uitrusting van de AMV'er de Combat Application Tourniquet (CAT), de *Israeli bandage* (noodverband) en bloedstelpende middelen opgenomen. De in Nederland bedachte 'AMV-koffers' voldoen wel qua inhoud, maar niet qua verpakkingsvorm. Een koffer blijkt onhandig om vanuit het voertuig in het terrein te vervoeren. Gebruikers zijn overgegaan op het gebruik van gemodificeerde vesten en rugzakken. De materieelverwerving en de opleidingen moeten hierop achteraf worden aangepast. De bestaande bedrijfsvoering en opleidingssystematiek zorgen hierbij voor een ongewenste vertraging in de uitvoering van verbetermaatregelen.

Een groot percentage van lokale patiënten bestaat uit kinderen. De inhoud van de medische uitrusting is hier niet op berekend, zodat aanvankelijk moest worden geïmproviseerd. Later zijn middelen geleend uit het internationale Role 3 hospitaal. Deze ongewenste situatie heeft in mei 2008 geleid tot de invoering van kinderpakketten die inmiddels hun waarde bewijzen. In de loop van de inzet hebben ook diverse specialistische uitrustingen aanpassingen ondergaan op advies van behandelende specialisten. Bij het invoeren van aanpassingen dient steeds een afweging te worden gemaakt tussen de individuele voorkeur en de algemene bruikbaarheid van een bepaalde uitrusting. Duidelijke en algemeen geaccepteerde behandelprotocollen vormen hiervoor de basis. De materieelbevoorrading blijft kwetsbaar. Medische gebruiks- en verbruiksgoederen vergen veelal specifieke transportcondities met een hoge prioriteit. Tekorten aan bepaalde middelen betekent het moeten stilleggen van de behandeling (geen bloed, geen operatie). Herkenbaarheid binnen de logistieke systemen en het invoegen van specialistische behandelaren in de keten hebben de leveringsbetrouwbaarheid vergroot. De bevoorrading van geconditioneerde medische goederen vanuit het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum in Heerenveen rechtstreeks naar het *Point Of Embarkation* op vliegbasis Eindhoven verloopt goed. Vanuit het inzetgebied coördineert de stafapotheeker met hoofd sectie G-4 (Logistiek) TFU over de prioriteit van de op te voeren goederen.

Een laatste opmerkelijk feit op materieelgebied is de gewaarwording dat een nieuw ingevoerde draagbaar niet bleek te passen in een Amerikaanse *Blackhawk* helikopter, ondanks daarvoor bestaande internationale regelgeving. Passende draagbaren zijn in bruikleen genomen van de Amerikanen, maar dit levert natuurlijk een onnodig operationeel risico op.

Een tweetal aspecten is ten slotte nog het vermelden waard. Het eerste onderwerp is de harde confrontatie met gesneuvelde militairen. De handleiding voor de behandeling van het stoffelijk overschot bleek onvoldoende bekend en beoefend, met als gevolg onduidelijkheid in verantwoordelijkheden en uitvoering. Uiteindelijk wordt de overledene in de Role 2 geneeskundige inrichting gereed gemaakt voor transport naar Nederland en komen op die plaats alle procedurele regelingen samen. In een dergelijke precarie situatie is een juiste autoriteitsverdeling noodzakelijk. Het verantwoordelijk geneeskundig personeel dient opgeleid en bestand te zijn tegen deze stressvolle taak. Aandacht voor de juridische kaders en de functieopleidingen van het betrokken personeel is geboden, evenals voor voldoende gelegenheid om middels praktische tewerkstelling vaktechnisch en mentaal opgewassen te raken

tegen deze zware verantwoordelijkheid. Dit mag niet afhankelijk zijn van ruimte in het voorbereidingstraject.

Het tweede onderwerp betreft de beschermde status van geneeskundig personeel. De Geneefse Conventies verbieden in algemene zin de inzet van geneeskundig personeel voor gewapende diensten. De uitvoering hiervan bleek binnen de TFU niet eenduidig waardoor met deze bepaling op verschillende manieren is omgegaan. De overweging van de commandant moet hierbij zijn dat de inzet van geneeskundig personeel, anders dan voor medische taken, vergaande consequenties kan hebben voor de continuïteit van de zorgverlening. Om aan de heersende onzekerheid een einde te maken heeft Commandant TFU-5 een directief uitgegeven waarin hij uitvoeringsbepalingen vaststelt voor een aantal bepalingen uit de Geneefse Conventies. Blijkbaar was het nodig om uitdrukkelijk het plaatsen en gebruik van boordwapens op gepantserde gewondentransportvoertuigen, alsmede de bediening daarvan door medisch personeel en het actief deelnemen aan offensieve acties te verbieden. Een ander belangrijk besluit is de order om het markeren van geneeskundige voertuigen met het Rode Kruis symbool te verbieden, omdat de OMF het symbool niet respecteert en het eerder als reden zag om deze categorie voertuigen aan te grijpen. Ten slotte is een duidelijke richtlijn gegeven voor het uitvoeren van niet-medische taken door medisch personeel. Primair staat de uitvoering van de hoofdtak. Dit wordt belemmerd als medisch personeel op wacht staat en die post niet kan verlaten in geval van een medische noodzaak. Daarnaast kan dit schaarse personeel tijdens de uitvoering van bewakingstaken zelf een verhoogd risico lopen om gewond te raken. Deze overweging leidt tot beperking van de algemene inzetbaarheid van medisch personeel tot die taken die in voorkomend geval direct kunnen worden beëindigd in geval van een medische noodzaak.

Over de wijze waarop de geneeskundige ondersteuning van ISAF wordt uitgevoerd hoeft de Nederlandse militair en het thuisfront zich geen zorgen te maken. De gewond geraakte Nederlandse militair weet zich verzekerd van een medische zorg van een specialistische kwaliteit zoals gebruikelijk in elk Nederlands ziekenhuis. Om op 'eredivisioniveau' te blijven presteren mag niet teveel worden geleund op het improvisatietalent van de spelers. Intensieve operaties leiden tot snelle verbeteringen en nieuwe inzichten. Het hoge operationele tempo zal ook door de verantwoordelijke systeemeigenaren moeten worden bijgehouden en vertaald in snelle aanpassingen van het systeem.

Literatuur en bronnen

- Bricknell, M.C.M., Moore, G.W.
2007 Health Risk Management Matrix – A Medical Planning Tool. in: *Journal of the Royal Army Medical Corps*, Vol 153, no 2, pp 87-90.
- Cordell, R.F., Cooney, M.S., Beijer, D.
2008 Audit of the Effectiveness of Command and Control Arrangements for Medical Evacuation of Seriously Ill or Injured Casualties in Afghanistan 2007, in: *Journal of the Royal Army Medical Corps*. Vol 154. No 4. Dec 2008. pp. 227-230.
- Dongen, E.T.P.R. van.
2008 Providing primary healthcare to the local nationals of Afghanistan. A report on the pros and cons of primary healthcare during Task force Unit (TFU) 5, in: *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*. Jaargang 61, Nr 5, pp. 157-160.
- Fischer, S.H.
2003 *The forward surgical team experience in contemporary operations: impetus to change*. US Army Command and General Staff College. Fort Leavenworth. Kansas.
- Gersons, B.P.R., Gorissen, W.H.M., Vries, M. de, IJzerman, C., Wiersma, D.A.
2006 Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. in: *Militaire Spectator* 175-4; pp. 168-175.
- Graaf, J de.
2006 Rolverandering Militaire Gezondheidszorg, in: *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*. Jaargang 59, Nr 5, pp. 153.
2007 Militaire Gezondheidszorg voor lokale bevolkingsgroepen: een analyse, in: *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*. Jaargang 60, Nr 2, pp. 51-57
- ISAF
2008 HQ ISAF/RC-South. Standard Operating Procedure 9950 MEDCAP and Medical Engagements
- Islamic Republic of Afghanistan
2005 National Health Policy 2005-2009 and National Health Strategy 2005-2006. A policy and strategy to accelerate implementation.
- Lillywhite, L.
2007 Foreword by the Surgeon General, in: *Journal of the Royal Army Medical Corps*. Vol 153. No 4. December 2007; pp. 232.
- Lutke Schipholt, I.
2006 Missie in Afghanistan, in: *Medisch Contact*. Jrg 61 Nr 31; pp. 1240-1243.
2007 Opbouwen vanuit het niets, in: *Medisch Contact*. Jrg 62 Nr 23; pp. 1004-1007.
- Ministerie van Defensie, Hoogste Medische Autoriteit
2002 Aanwijzing HMA/017. Operationeel Geneeskundige Planningsrichtlijn.
- Ministerie van Defensie, Secretaris-Generaal
2002 Aanwijzing SG V/19 Grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen militaire gezondheidszorg
- Ministerie van Defensie, Commandant der Strijdkrachten
2005 CDS Aanwijzing A-475 Geneeskundige Hulpverlening aan de lokale bevolking en steunverlening aan gezondheidszorginstellingen tijdens militaire operaties. Defensiestaf. Directie Operaties.
2005 CDS Aanwijzing A-120. 2005. Personeelszorg voor en tijdens uitzendingen.
2008 CDS Aanwijzing 403. 2008. Gezondheidszorg bij inzet en vredesoperaties
- Ministerie van Defensie
2007 Beleidsaanwijzing Militaire Gezondheidszorg DMG/043. Geneeskundige voorbereiding op verblijf in operatie- of buitenlandse oefengebieden
2008 Richtlijn Militaire Gezondheidszorg. Rotary Wing Medevac DMG R06. 16 januari 2008.
- Ministerie van Defensie, Task Force Uruzgan, Commandant. Staf TFU 5

- 2008 NATO Brief Status medisch personeel en faciliteiten. Kenmerk TFO2008OCT015.
- 2006 AJP 4(10) A. Allied Joint Medical Support Doctrine.
- Parsons, D.L.
2004 Battlefield Medecine: A New Perspective, in: *Infantry*. Vol. March-april 2004.
- Sar, P. van der.
2007 Ervaring met zorg in de praktijk, in: *Carré*. Nr 6; pp. 14-16.
- Schwarz, D. (et al)
2009 Aero-Medical Evacuation From the Second Israel-Lebanon War: A Descriptive Study, in: *Military Medicine*. Vol 174, No5. May 2009. pp. 551-556
- Stinger, H.
2006 The Army Forward Surgical Team: Update and Lessons Learned, 1997-2004, in: *Military Medicine*, April 2006, Volume 171, Nr 4. pp. 269-272.
- Tom, M.
2009 De ontwikkeling en inhoud van de nieuwe Nederlandse CLS-opleiding, in: *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*. 62e Jaargang, nr 2 maart 2009; pp. 64-69.
- Torn, M.
2006 Stelpen van bloedingen op het gevechtveld: plaats van tourniquets, in: *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*. 59e Jaargang, nr 4. juli 2006, pp. 133.
- Wal, H. van der
2007 Humanitaire hulpverlening aan lokale bevolkingsgroepen. Waar kan de militaire gezondheidszorg helpen? in: *Carré*, 718 – 2007; pp. 31-37.
- Waldman, . & anif H.
2002 *The Public Health system in Afghanistan*. Kabul, AREU.

Overzicht van gebruikte afkortingen

AHDS	Afghan Health & Development Services
AMV	Algemeen militair verpleegkundige
BPHS	Basic Packages of Health Services
CDS	Commandant der Strijdkrachten
CLS	Combat Life Saver
CMC	Campaign Management Committee
CMH	Centraal Militair Hospitaal
DCS	Damage Control Surgery
DMG	Directeur Militaire Gezondheidszorg
DOPS	Directie Operatiën van de Defensiestaf
FST	Forward Surgical Team
G-4	(Generale) staf sectie 4 (logistiek)
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HMA	Hoogste Medische Autoriteit
HPG	hygiëne en preventieve gezondheidszorg
IC	intensive care
ID	Initiating Directive
IDR	Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen
ISAF	International Security Assistance Force for Afghanistan
J-4	Joint Section 4 (Logistics)
J4 Med	Joint Section 4 (Logistics) Medical
JMed	Joint Medical Branch
KAF	Kandahar Airfield
MEDINTEL	medical intelligence
MMMSG	Multinational Medical Management Steering Group
MMU	Multinational Medical Unit
NGO	Non-gouvernementele organisatie
OMF	Opposing Militant Forces
OMLT	Operational Mentoring and Liaison Team
OPG	Operational Planning Group
OPLAN	operatieplan
OPP	Operationeel planningsproces
OPS	operatiecentrum
PME	Politieke en Militaire 'Estimate'
PRT	Provinciaal Reconstructie Team
PTSS	posttraumatische stress stoornis
RC-South	Regional Command South (ISAF)
SMO	Senior Medical Officer
SMT	Sociaal Medische Teams
SUA	Smallest Unit of Action
TFU	Task Force Uruzgan
UMC	Universitair Medisch Centrum (Utrecht)

NETHER
DEFE
ACAD