

Operationele militaire geneeskunde: quo vadis?

GEERT LAIRE

Na een rijk gevuld parcours als operationele eerstelijnsarts, arbeidsgeneesheer, medisch raadgever en stafofficier, werd Dr. Laire in 2005 directeur van het Militair Hospitaal Koningin Astrid. Sinds 2009 is geneesheer-generaal-majoor Geert Laire commandant van de Medische component en vervult tevens de functie medische overheid.



11

Un regard sur le passé aide parfois à mieux comprendre le présent. D'où vient-on et vers où va-t-on en termes de médecine militaire ? Quels défis l'actuel commandant de la composante médicale voit-il pour la Défense belge ? La collaboration multinationale apportera-t-elle une réponse aux défis auxquels nous sommes aujourd'hui confrontés ? Qu'entend-on de nos jours par « un appui médical sur mesure » ? La composante médicale disposera-t-elle dans le futur de suffisamment de personnel bien formé et bien entraîné ?

Dans l'article qui suit, l'auteur approfondit ces questions et bien d'autres. Il invite à réfléchir à l'appui médical que nous voulons offrir à nos militaires.

De militaire geneeskunde is zo oud als de krijgskunst zelf. Hoewel we in Vergilius' *Aeneis* reeds beschrijvingen terugvinden van medische verzorging van krijgers en er in het Oude Rome onder impuls van keizer Augustus reeds een militair medisch systeem werd uitgebouwd met artsen, verplegers en hygiënisch personeel, zullen nog vele eeuwen verstrijken vooraleer men het belang van een georganiseerde militaire medische dienst zal herontdekken. Zo wordt het eerste militaire hospitaal in West-Europa pas in de 16de eeuw in Mechelen opgericht en slechts in het begin van de 18de eeuw begint men echt aandacht te besteden aan het lot en het statuut van gewonde militairen in oorlogstijd. Langzaam maar zeker vinden enkele basisprincipes van militaire gezondheidszorg ingang maar de betere verzorging en bescherming van gewonde militairen is niet van blijvende aard en zal de Franse Revolutie niet overleven. Het ontbreken van een georganiseerde

opvang voor gewonden tijdens de Slag van Solferino trekt in 1859 de aandacht van Henri Dunant en vormt de aanleiding voor de oprichting van het Rode Kruis en de Conventies van Genève. Vervolgens zijn de geschiedenis van de militaire gezondheidsdienst en die van het Rode Kruis een hele periode nauw met elkaar verweven en lange tijd is het Rode Kruis de organisatie die moet instaan voor de verzorging van de gewonden in oorlogstijd. Aan de vooravond van de Eerste Wereldoorlog is de gezondheidsdienst uitsluitend een aangelegenheid van het landleger en heeft hij te kampen met een kwantitatief tekort aan militaire artsen. Hoewel het om een chronisch tekort ging, hield dit in vreedstijd geen grote problemen in, ... ook toen reeds erkende men immers burgerartsen. Bij de mobilisatie van de gezondheidsdienst op 4 augustus 1914 begint men in allerijl *ambulances* op te richten, wordt er materieel aangekocht en doet de inspecteur-generaal van de gezondheidsdienst, Léopold P.A. Melis, een beroep op geneesheren in de burgerhospitalen. Precies diezelfde dag meldt de vicevoorzitter van het Rode Kruis aan Melis dat hij niet in staat is om zijn verplichtingen na te komen...

De conventie die de samenwerking in oorlogstijd regelt tussen het Belgische Rode Kruis en de Gezondheidsdienst van het Leger zal pas in januari 1932 ondertekend worden.

De internationale en nationale geschiedenis van de militaire gezondheidsdienst is er dus één van vallen en opstaan. Het is een verhaal van progressie en regressie, een aaneenschakeling van hoopvolle evoluties en periodes van achteruitgang en verwaarlozing. Het meer recente verleden toont aan dat daaraan weinig of niets is veranderd.

MULTINATIONALE SAMENWERKING

Een goed werkende militaire medische dienst is heden ten dage een essentieel onderdeel van elke krijgsmacht, maar ook vandaag worden de meeste westerse naties geconfronteerd met capacitaire problemen in het medische domein. In een *NATO capability requirement review* worden de tekorten in het medische domein, voornamelijk het tekort aan veldhospitalen (*Role 2 medical treatment facilities*), aan aeromedische evacuatiemiddelen en aan medisch personeel, als *high-risk shortfalls* bestempeld. De internationale militaire gemeenschap moet dan ook op zoek gaan naar gepaste oplossingen.

In februari 2011 stelde NAVO-secretaris-generaal Anders Fogh Rasmussen het *smart defence concept* voor. Dit concept omvat drie pijlers: multinationale

samenwerking, prioriteiten stellen en specialisatie. Maar wat betekent dit nu binnen de medische wereld?

13

Historisch was het verstrekken van medische steun in NAVO-operaties steeds een nationale verantwoordelijkheid, maar de voorbije jaren is een multinationale benadering een realiteit geworden. In het concept *multinational approach to military healthcare* blijft men er wel van uitgaan dat elke natie haar eigen niveau van engagement bepaalt en flexibiliteit en reversibiliteit zijn twee sleutelbegrippen in de voorgestelde multinationale samenwerking. De *prioritization pillar* moet begrepen worden als een poging tot betere terreinafbakening en een streven naar complementariteit met de civiele sector om zodoende tot een beter gebruik van de beschikbare middelen te komen. De derde pijler, de specialisatie, houdt in dat de naties in een modulair systeem kunnen kiezen tussen een rol als *lead nation*, als *capability specialist* of als *module provider*. Door *pooling & sharing* van de modules beoogt men *multinational medical treatment facilities* te creëren die beantwoorden aan specifieke operationele behoeften.

Begin 2012 ontwikkelde de Europese Unie een gelijkaardig initiatief. Het initiatief *pooling & sharing* van het *Europees Defensieagentschap* voorziet in de oprichting van *modular multinational medical units* (M3U) uitgaande van een matrix bestaande uit *lead nations* en *contributing nations*. In dit concept gaat men ervan uit dat de *lead nation* ook de verantwoordelijkheid op zich



neemt om de *pre-deployment force integration* te organiseren en dat de M3U kan variëren in functie van het politieke kader (EU, NAVO, VN, ad-hoc coalitie) en op maat kan gecreëerd worden in functie van de operationele behoeften. In het Europese initiatief wordt ook de oprichting van een *multinational medical joint training centre* (M2JTC) gepland.

HOE HEEFT BELGIË TOT OP HEDEN OP DEZE ONTWIKKELINGEN GEREAGEERD?

In de regeringsverklaring wordt gesteld dat de Belgische regering naar een grotere militaire samenwerking binnen Europa streeft. Daarnaast omschrijft de Minister van Landsverdediging *pooling & sharing* en multinationaliteit in zijn beleidsverklaring als een noodzaak en in het voorjaar 2012 ondertekent hij een *declaration of intent* over het Europese M3U-project. De houding van de Defensiestaf was tot op heden veeleer terughoudend. Onze deelnemers aan de internationale vergaderingen zetelden tot nu toe als pure *observers*. Vanuit een zeer voorzichtige houding wordt gewezen op potentiële gevaren van specialisatie in niches, zoals het verlies van autonomie en het gevaar dat men onder druk zou kunnen komen te staan om de nichecapaciteit in te zetten in situaties waar België niet wenst tussen te komen.

Het is zeker ook verstandig om aandacht te besteden aan mogelijke achterliggende objectieven bij onze partners. Prioriteiten stellen en de beschikbare middelen beter gebruiken, betekent voor de VS ook de lastenverdeling met Europa herzien. Op de NAVO-website is onder de titel *Smart Defence* onder meer het volgende te lezen: “*In these crisis times, rebalancing defence spending between the European nations and the United States is more than ever a necessity. The other Allies must reduce the gap with the United States by equipping themselves with capabilities that are deemed to be critical, deployable and sustainable, and must demonstrate political determination to achieve that goal. There must be equitable sharing of the defence burdens. Smart defence is NATO’s response to this*”. In dit opzicht is ook een uitspraak van de VS-senator McCain veelbetekenend: “*Smart Defense should not be used as an excuse or as political cover for a continued lack of defense spending by our European allies*”. Het is echter ook niet ondenkbaar dat achter het EU-concept eveneens enkele eerder nationale objectieven schuil gaan. Waakzaamheid blijft dus in beide gevallen geboden!

Bewust van onze nationale beperkingen en rekening houdend met onze internationale ervaring, staat de Medische Component in principe zeer gunstig tegenover

concepten die een multinationale werkwijze beogen. De nieuw voorgestelde multinationale samenwerking is voor de Medische Component ook helemaal niet zo nieuw, maar is eerder een formalisering van een sinds jaren bestaande werkwijze. Het veldhospitaal dat België van 2006 tot 2009 in Libanon ontplooidde, was een *multinational medical treatment facility* “avant la lettre”. Inzake multinationale medische samenwerking zijn we, net als onze partners, zeker niet aan ons proefstuk toe. Dit betekent ook dat de Medische Component in het verleden reeds de kans heeft gekregen om de moeilijkheden en de beperkingen van multinationale samenwerking te onderkennen. Het succesvol inzetten van multinationale *medical treatment facilities* vereist een doorgedreven standaardisatie als noodzakelijke voorwaarde voor interoperabiliteit en een bewuste keuze van geschikte potentiële partners. In de beleidsnota van onze minister is in het kader van multinationale samenwerking sprake van “het behoud of de uitbouw van nationale capaciteiten”, maar in het medische domein moet men zich ervan bewust zijn dat diverse medische capaciteiten op nationaal vlak niet of niet meer bestaan. Het behoud of de uitbouw van nationale capaciteiten om tot *pooling & sharing* te kunnen komen, kan in ons geval op korte termijn dan ook niet altijd tot besparingen leiden, waarmee overigens niet gezegd is dat multinationale samenwerking en *pooling & sharing* niet nodig of niet wenselijk zouden zijn.

Zal de multinationale samenwerking een antwoord kunnen bieden op de paradox tussen stijgende operationele behoeften en dalende defensiebudgetten zoals geformuleerd in de recente beleidsverklaring van onze minister? Defensie zal voor wat betreft de multinationale samenwerking in het medische domein alleszins de actuele Belgische houding (observer zonder engagement) moeten herzien, maar het spreekt voor zich dat dit moet gebeuren met de nodige zin voor realiteit en bewust van de consequenties. Aan de zijlijn blijven staan, zowel in het *multinational medical treatment facilities-concept* (NAVO) als in het M3U-concept (EDA), kan en mag zeker geen optie zijn. Het ontbreken van een duidelijk engagement vandaag bemoeilijkt echter een rol als *contributing nation*, *capability provider* of *module provider* in de toekomst en sluit een rol als lead nation helemaal uit, wat op termijn een bedreiging zou vormen voor de Belgische autonomie in het domein van de operationele medische steun.

HET MEDISCH TECHNISCH KORPS

Multinationale samenwerking laat ongetwijfeld toe om onder de partners tot een lastenverdeling te komen voor de medische steun en om de efficiëntie van inzet van medische capaciteiten te optimaliseren door redundantie te vermij-

den, maar het is zeker geen wonderoplossing voor alle problemen. Een aantal medische capaciteiten moeten om redenen van autonomie op nationaal niveau beschikbaar blijven en wie tot *pooling & sharing* van medische capaciteiten wil komen, moet ook eerst over die capaciteiten beschikken. Dit betekent dat men over de nodige resources moet beschikken en in de medische wereld, waar het jaren duurt om hooggeschoold medisch personeel te vormen, zijn de *human resources* extreem belangrijk.

Vele landen kampen met een tekort aan gekwalificeerd militair medisch personeel. Demografische en maatschappelijke factoren hebben in tal van landen geleid tot een algemene schaarste aan medisch personeel, ook in het civiele gezondheidssysteem. In sommige landen beschikt de militaire medische dienst niet over de nodige instrumenten om de competitie met het civiele systeem aan te gaan. Bovendien beantwoordt het profiel van de hypergespecialiseerde civiele arts vaak niet meer aan de militaire behoeften. Heel wat landen hebben ondertussen corrigerende maatregelen getroffen. Rekruterings- en retentieprogramma's zoals in Canada hebben aangetoond dat men de situatie op relatief korte termijn kan doen kenteren. Canada is erin geslaagd om met een programma gestoeld op drie pijlers (respect, werktevredenheid en markconforme verloning) op een viertal jaar te evolueren van een kritische situatie naar een situatie waar vandaag het aantal kandidaat-militaire artsen groter is dan het aantal beschikbare plaatsen.



In eigen land worden we sinds \pm 20 jaar geconfronteerd met een toenemend tekort aan medisch technisch personeel. Afgezien van enkele lovenswaardige maar spijtig genoeg niet succesvolle pogingen hebben de beleidsverantwoordelijken dit probleem jaren voor zich uit geschoven. De personeelssituatie van de geneesheren is daardoor uitermate kritisch geworden, maar daaraan dient onmiddellijk toegevoegd dat er ondertussen ook tal van andere personeelscategorieën zijn binnen de Medische Component die ons zorgen baren. Defensie zal op het einde van 2012 nog over slechts 17 projecteerbare eerstelijnsartsen beschikken. Sommige luchtmachtbases beschikken vandaag niet meer over een actieve *flight surgeon*. De marine kan voor haar activiteiten op zee en aan wal nog rekenen op exact twee geneesheren en het Competentiecentrum van de Medische Component telt nog welgeteld één geneesheer!

Toen in België de legerdienst nog in voege was, beschikte de medische dienst van Defensie over dienstplichtige artsen die de verzorging van de militairen verzekerden. Ook in de periode van de Koude Oorlog was er al sprake van oorlogschirurgie, NBC-oorlogsvoering en andere specifieke aspecten van de militaire geneeskunde maar, afgezien van de oefeningen en manoeuvres, werd de geneeskunde hoofdzakelijk in de garnizoenen beoefend en die geneeskunde verschilde niet zozeer van de geneeskunde in de civiele sector. De militaire arts was een soort burgerarts in uniform die het werk van de dienstplichtige artsen superviseerde en die zijn werk bij Defensie probleemloos kon afwisselen met een privépraktijk. Met het opschorten van de legerdienst vanaf 1993 ontstond er een tekort aan artsen en werd een grotere beschikbaarheid vereist van de militaire artsen. Omwille van de evoluties in de geneeskunde en de specificiteit van de militaire geneeskunde werd het ook meer en meer duidelijk dat militaire artsen een specifieke opleiding en training nodig hebben. Ook de opkomst van de buitenlandse zendingen, waar de militaire medische wereld geconfronteerd wordt met pathologieën en (oorlogs)verwondingen die men in eigen land niet aantreft, heeft in dit proces een belangrijke rol gespeeld. Het vlot overstappen van militaire naar civiele praktijk werd voor de militaire geneesheer moeilijker. Al deze factoren hadden een invloed op de werktevredenheid.

Het beroep van militaire arts heeft gaandeweg zijn attractiviteit verloren om diverse redenen. Het verlies van aanzien van het militaire medische beroep als onderdeel van een breder maatschappelijk fenomeen, een tekort aan werktevredenheid en een financieel niet aantrekkelijk statuut zijn gekende oorzaken. Maar Defensie is er als organisatie ook niet in geslaagd passend en tijdig in te spelen op de beschreven evoluties.

Het ontbreken van een model op maat en het feit dat men bijgevolg de artsen gedurende jaren liet begaan, hadden als neveneffect dat Defensie geen budgettaire middelen diende te besteden aan noodzakelijke bijkomende opleidingen en trainingen, noch aan een marktconforme verloning. De overgrote meerderheid van de militaire artsen hebben elk voor zich hun eigen weg gezocht en gevonden, maar de som van die individuele oplossingen resulteert niet in een goede, globale oplossing voor Defensie. De negatieve balans (nauwelijks instroom en heel wat artsen die Defensie vroegtijdig hebben verlaten of die de leeftijdsgrens bereiken) heeft geleid tot een situatie met een groot tekort aan artsen die bovendien niet steeds de competenties hebben ontwikkeld waarover ze idealiter zouden moeten beschikken om hun functie binnen Defensie te vervullen.

Het tekort aan medische capaciteit is inmiddels een limiterende factor geworden voor de activiteiten van de andere krijgsmacht delen en de situatie is in die mate kritisch geworden dat de Medische Component anno 2012 kwantitatief niet meer in staat is om de trainingsactiviteiten en de inzet van onze militairen in operaties op alle locaties te steunen.

Het HR-departement van de Belgische Defensiestaf heeft in samenwerking met de Medische Component recent opnieuw een actieplan voorbereid om de situatie te verbeteren. Het nieuwe statuut dat voor het medisch technisch korps wordt voorgesteld, beoogt het verhogen van de attractiviteit, het verbeteren van de retentie, het verhogen van de beschikbaarheid voor de buitenlandse operaties en het creëren van een model dat meer garanties biedt met betrekking tot de vereiste competenties. Door het jarenlang uitblijven van structurele oplossingen is het definitieve verlies van expertise in sommige deelgebieden vandaag zo goed als onvermijdelijk. Hooggeschoold medisch personeel wordt immers niet van vandaag op morgen gevormd. Een snel en daadkrachtig optreden is de enige mogelijkheid om nog groter onheil af te wenden en om in de komende jaren terug een medische capaciteit uit te bouwen die aan de behoeften van Defensie kan voldoen.

Een voldoende rekrutering is een eerste noodzakelijke stap, maar een goede vorming en training zijn zowel voor Defensie als voor de werktevredenheid van het medische personeel een volgende belangrijke stap. De civiele geneeskunde evolueert steeds verder in de richting van hyperspecialisatie en streeft bij zijn personeel een vergaande specialisatie na in diverse subdisciplines. De militaire artsen moeten echter een breed activiteitenprofiel kunnen behouden om zodoende op het terrein met een beperkte ploeg toch een zo breed mogelijke waaier van pathologieën te kunnen behandelen. Dit spanningsveld tussen

civiele en militaire geneeskunde behoort ongetwijfeld ook tot de uitdagingen voor de toekomst.

De militaire chirurg die we wensen in te zetten in een *forward surgical team* zou over vaardigheden moeten beschikken die zich niet beperken tot één domein van de chirurgie, maar hem opleiden in zowel traumatologie, abdominale en thoracale heelkunde, alsook in vasculaire heelkunde is een weinig realistische doelstelling. Meer en meer komt men tot de vaststelling dat het op elkaar laten volgen van de diverse in de civiele wereld beschikbare opleidingen geen oplossing biedt, want de totale opleidingsduur wordt onaanvaardbaar lang en het gehele opleidingstraject is ook te weinig afgestemd op de specifieke behoeften van de militaire geneeskunde. Opleidingen *tailored to the mission*, militaire eerstelijns geneeskunde en militaire chirurgie als apart vak zijn een mogelijk alternatief waarover vandaag wordt nagedacht.

Men moet echter verder denken dan de initiële vorming. Eens de arts gevormd is in diverse domeinen, moet hij nadien getraind blijven in die verschillende domeinen en dit betekent dat we hem, in de periodes waarin hij niet ingezet wordt in operaties, een activiteitenprofiel moeten kunnen aanbieden dat zeer gevarieerd is en waarbij hij het grootste deel van zijn tijd zal moeten besteden aan het onderhouden van zijn competenties. We staan dus nog maar aan het begin van een heel nieuw tijdperk waarin een complex samenspel van activiteiten binnen en buiten Defensie, niet alleen voor artsen maar ook voor tal van andere medische functies, het model is dat ons zal toelaten om te beschikken over goed geschoold en getraind personeel *tailored to the mission*.

EEN MEDISCHE STEUN OP MAAT

De organisatie van een medische steun op maat is steeds gebaseerd op een door-gedreven risicoanalyse, maakt gebruik van de mogelijkheden die internationale samenwerking kan bieden, heeft aandacht voor het principe van middelenbeheer en moet steeds de basisprincipes inzake operationele medische steun naleven. Twee principes die een onmiskenbare invloed hebben op de morbiditeit en de mortaliteit zijn het principe van de tijdigheid en dat van de continuïteit van zorg. Medische zorgen moeten tijdig kunnen verstrekt worden, want door het inkorten van de interventietermijn stijgen de overlevingskansen van de patiënt en beperkt men de blijvende schade. Bovendien mag het toedienen van zorgen niet door leemtes onderbroken worden. Doorheen de medische evacuatieketen moet men de continuïteit van de zorgen kunnen garanderen.



DIG Com

Klassiek wordt gewerkt met een geëchelonnerde structuur waarbij de techniciteit van de zorgen toeneemt naarmate een patiënt de evacuatieketen doorloopt. Op de plaats van de verwonding zal, indien mogelijk, het slachtoffer zelf eerste handelingen uitvoeren (*self aid*), hierbij geholpen door zijn kameraden (*buddy aid*). Vervolgens zal een ploeghelfer (nieuwe terminologie: *aidman*) de eerste zorgen toedienen. Inmiddels is de medische keten geactiveerd en een ambulancier van de Medische Component zal de taken van de *aidman* overnemen, bijkomende zorgen

verstrekken en de patiënt conditioneren voor evacuatie. Het eerste echelon van de medische hulpverlening (Role 1) biedt *advanced trauma life support* (ATLS) en bereidt de evacuatie voor naar een Role 2-infrastructuur, waar het slachtoffer de meest essentiële en dringende heelkunde zal kunnen ondergaan (*life and limb saving surgery*). Later zal het slachtoffer overgebracht worden naar een Role 3-MTF (*medical treatment facility*), waar meer gespecialiseerde zorgen kunnen toegediend worden in afwachting van aeromedische evacuatie. Voor de voorwaartse evacuatie beschikt de Belgische Defensie over ambulancevoertuigen aangepast aan de tactische situatie (UNIMOG, PANDUR, MPPV, AIV). Omwille van tal van beperkingen is de A109-helikopter (in Medevac-configuratie) geen vector waarmee op professionele wijze aan voorwaartse medische evacuatie kan worden gedaan. In de operatietheaters waar we vandaag actief zijn, wordt daarom voor de voorwaartse aeromedische evacuatie gerekend op de middelen van de andere participerende naties.

Welke vaststellingen doen we vandaag met betrekking tot deze manier van werken? Welke evoluties zien we en welke conclusies moeten we daaruit trekken voor de Belgische Defensie?

In Afghanistan zien we dat het slachtoffer zelden nog de hoger beschreven evacuatieketen helemaal doorloopt en niet steeds naar het dichtstbijzijnde, maar steeds vaker naar het best uitgeruste hospitaal wordt overgebracht. *Medical emergency response teams* (MERT), met inbegrip van een urgentiearts, bereiken per helikopter zeer snel het slachtoffer en na een goede initiële stabilisatie wordt soms beslist het nabije Role 2-hospitaal te overvliegen en de patiënt onmiddellijk naar het gespecialiseerde Role 3-hospitaal te brengen.

Op basis van de ervaringen in recente conflicten is er ook een evolutie met betrekking tot bepaalde inzettermijnen en inmiddels hebben de medische diensten van de NAVO-landen hierover een consensus bereikt. De klassieke 1-2-4-regel (1 uur, 2 uur, 4 uur) is vervangen door de 10'-1-2-regel (10 minuten, 1 uur, 2 uur):

- doorgedreven eerste zorgen en sommige levensreddende spoedprocedures moeten kunnen uitgevoerd worden binnen de eerste tien minuten na het incident, en dit door goed getraind en uitgerust niet-medisch personeel. In het vakjargon spreekt men over de *platinum 10 minutes* en de taken van de *non-medical first responders*. In de Belgische Defensie zijn dat de ploeghulpers die voortaan *aidman* genoemd worden;
- ten laatste 1 uur na het optreden van de verwondingen moet getraind medisch personeel het slachtoffer kunnen bereiken met een evacuatiemiddel en moet er *advanced trauma life support* (ATLS) kunnen verstrekt worden;
- slachtoffers die een heelkundige ingreep moeten ondergaan, moeten binnen de twee uur na het incident een hospitaal bereiken waar ze hun eerste heelkundige behandeling kunnen krijgen.

Het is duidelijk dat de capaciteit die vereist is om een door een *first responder* initieel gestabiliseerd slachtoffer binnen een aanvaardbaar tijdsbestek te evacueren en vervolgens een heelkundige behandeling te bieden, vandaag onvoldoende aanwezig is binnen de Belgische Defensie. De Belgische Defensie moet hiervoor stelselmatig een beroep doen op partners. Bovendien laat het klassieke model van een Role 1 met zijn organieke personeel en zijn wielvoertuigen niet in alle omstandigheden toe om de vereiste zorgen tijdig te verstrekken. Indien België in staat wil zijn om op autonome wijze operaties te voeren in het buitenland, denken we bijvoorbeeld maar aan operaties in Afrika of NEO-operaties, dan zal een beperkte voorwaartse gemedicaliseerde helikoptercapaciteit op termijn moeten ontwikkeld worden, althans indien men medische zorgen wil verstrekken volgens de actueel geldende normen. Doet men dit niet, zal men steeds in een situatie van afhankelijkheid van partners terechtkomen en verliest men in belangrijke mate de vrijheid van handelen. Aangaande de helikoptercapaciteit

denkt de Medische Component niet aan vectoren die exclusief voorbehouden blijven voor patiëntentransport, maar veeleer aan vectoren die kunnen getransformeerd worden in een Medevac-versie, net zoals dat vandaag ook gebeurt in het domein van de strategische aeromedische evacuaties.

Het medische personeel dat ingezet wordt op het terrein in directe steun van de troepen, hetzij voor een voorwaartse evacuatie per helikopter, hetzij voor de dagelijkse eerstelijns geneeskunde in de compound (*primary health care*), moet telkens over de juiste competenties beschikken. Voor wat het eerste echelon van de operationele hulpverlening betreft (Role 1), was er in het verleden nood aan bijkomende vorming in urgentie geneeskunde, maar de competenties in klassieke eerstelijns geneeskunde (huisart geneeskunde) moeten ook behouden blijven.

Uit de recente evoluties blijkt ook heel sterk het toegenomen belang van de medische interventies die nodig zijn vooraleer de medische component tussenkomt, met andere woorden de handelingen die verricht moeten worden door de *first responders*, ook wel *combat life savers* genoemd. Deze militairen behoren niet tot de Medische Component en worden naast hun normale taak ook opgeleid om eerste zorgen te verlenen in die zo belangrijke eerste *10 platinum minutes*. Vele jaren heeft men voor de eerste opvang en de stabilisatie van slachtoffers te veel gerekend op het medische personeel, wat zich vandaag ook vertaalt in een tekort aan *combat life savers* en een opleiding die aan herziening toe is. Het bewustwordingsproces is lopende en de capaciteit waarover het Competentiecentrum van de Medische Component beschikt om de *first responders* van de andere componenten te vormen, dient in de toekomst verder ontwikkeld en uitgebouwd te worden.

Voor de komende jaren ontbreekt het dus niet aan uitdagingen en staan er ons ongetwijfeld boeiende tijden te wachten. De slagkracht van de Medische Component is vandaag echter niet in overeenstemming met het ambitieniveau van Defensie. Hoewel Defensie overtuigd is van het belang en de mogelijkheden van meer internationale samenwerking, zal internationale samenwerking als enige remedie onze problemen niet oplossen. Wanneer niet snel en ingrijpend wordt opgetreden, zullen er op korte termijn waardevolle medische deelcapaciteiten onherroepelijk verloren gaan. In het belang van de militairen, van onze potentiële patiënten, moeten de beleidsverantwoordelijken op structureel, personeel en materieel vlak snel de juiste beslissingen nemen. De Medische Component is, voor zover dit al niet gebeurd is, klaar om hen hierin te adviseren.

Tot slot nog enkele beschouwingen die u als lezer misschien kunnen aanzetten tot verdere reflectie.



DG Com

De mannen en vrouwen die voor Defensie werken en die beslist hebben om hun capaciteiten ten dienst te stellen van onze organisatie, stellen ons hun kennis, hun vaardigheden, hun ervaring,... ter beschikking. Niet hun gezondheid of hun leven. Het is onze collectieve verantwoordelijkheid om maximaal preventieve maatregelen te nemen om dit menselijke kapitaal te beschermen. De Medische Component moet daarenboven alles in het werk stellen om hen in geval van ziekte of verwonding tijdens operaties zo snel mogelijk de best mogelijke verzorging te bieden.

Of we daarin slagen, hangt niet alleen af van de inspanningen die het personeel van de Medische Component levert, maar wordt in belangrijke mate ook bepaald door het belang dat Defensie aan de medische steun en aan de Medische Component hecht. Men kan lange discussies voeren over de opportuniteit van het gewenste type medische steun, medische steun al dan niet als prioritair beschouwen en in meerdere of mindere mate rekening houden met ethische aspecten, maar het is mijn diepe overtuiging dat hoe dan ook elke natie, *in fine*, de militaire medische dienst zal krijgen die ze verdient.

□

