

BIJEENKOMST VAN 24 NOVEMBER 1950 TE UTRECHT

Voordracht gehouden voor de Vereniging ter beoefening van de
Krijgswetenschap

door de

Dir. Off. van Gezondheid Ite Kl. Dr. H. M. v. d. VEGT

Voorzitter: Luitenant-Generaal M. R. H. CALMEIJER

De Voorzitter:

Ik open deze 2e vergadering van het 85e werkjaar.

Alvorens het woord te geven aan de spreker van hedenavond, Dr. v. d. Vegt, heet ik U allen hier hartelijk welkom en in het bijzonder de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst der K.L., Generaal Wilkens.

Het bestuur heeft gemeend goed te doen deze avond met een medisch onderwerp te houden in Utrecht, dat steeds geweest is medisch centrum en behalve dat, ook militair-geneeskundig centrum is en de geheel gevulde zaal bewijst, dat de keuze van het bestuur goed is geweest.

Ik geef thans het woord aan Dr. v. d. Vegt, die zal spreken over:

DE GENEESKUNDIGE DIENST IN OORLOGSTIJD

Mijnheer de Voorzitter, Mijne Heren,

De vererende uitnodiging hedenavond te spreken over de Geneeskundige Dienst in oorlogstijd heb ik met grote dankbaarheid aanvaard omdat ik de overtuiging heb, dat een toenemende belangstelling voor de betekenis, de taak en de werkwijze van de Geneeskundige Dienst voor de uiterste inspanning waarvoor wij allen ons dienen voor te bereiden, noodzakelijk is.

Aan de andere zijde kwam ik echter in een grote verlegenheid door het feit, dat in het Wetenschappelijk Jaarbericht 1949/50 aan mij een grote plaatsruimte werd afgestaan om de nieuwere opvattingen te publiceren.

Uit de aard der zaak zal ik moeten trachten niet in herhalingen te vervallen doch ik roep bij voorbaat Uw clementie in wanneer ik deze klip niet geheel kan omzeilen. Ik meende voor deze moeilijke navigatie de beste kans te hebben wanneer ik mij letterlijk hield aan de opdracht en dus de nadruk deed vallen op de organisatie, taak en werkwijze van de Geneeskundige Dienst in oorlogstijd.

Deze omschrijving is niet identiek aan „onze dienst in de oorlogvoering” waarbij de strategische betekenis en het tactisch gebruik meer in het centrum zou komen te staan; zoals de betiteling nu luidt is mede inbegrepen de werking van de vredes-installaties van de Geneeskundige Dienst onder de invloed van de oorlogsomstandigheden, en onder deze meer uitgebreide titel zal het wellicht mogelijk zijn slechts die gegevens uit mijn publicatie in het Wetenschappelijk Jaarbericht te herhalen, die voor de samenhang van deze voordracht onmisbaar zijn.

Ik kan mij zodoende deze avond beperken tot de volgende punten:

1. De taak van de M.G.D. en de betekenis van een goede vervulling daarvan voor de oorlogvoering en voor het land.

2. De plaats van de Geneeskundige Dienst in de strijdende of in de tot de strijd gereedstaande gemeenschap.
3. De voorzieningen van personeel en materieel, in oorlogstijd noodzakelijk.
4. De werkwijze van de Geneeskundige Dienst te velde en de daarbij nodige formaties. Hierbij kan ik gezien het bovenstaande, kort zijn wat betreft de organisatie.
5. De wijzigingen welke de oorlogstoestand veroorzaakt in de vredesformaties van de Militair Geneeskundige Dienst.

Bij mijn beschouwingen zal ik mij geheel blijven stellen op het standpunt van de landmacht. Voor de Marine immers gelden dezelfde grondbeginselen; de geneeskundige verzorging en de evacuatie van gewonden en zieken is bij de mariniers geheel gelijk aan die bij de landmacht, zij het ten onzent dan ook op kleinere schaal, en de geneeskundige dienst op de vloot is beperkt tot de zo specialistische scheeps-hygiëne en de curatieve geneeskunde, zonder tactische aanpassing aan de krijgsoperaties. Bij de Luchtstrijdkrachten ontbreekt ook de indeling en het gebruik van zelfstandige geneeskundige formaties, met uitzondering van het geneeskundige personeel van de detachementen belast met de berging van verongelukte vliegtuigen. Daartegenover staat dat de keuring en de selectie van het vliegend personeel de geneeskundige dienst der luchtstrijdkrachten een geheel afzonderlijke positie geven met een zeer hoge wetenschappelijke standaard.

§ 1. De taak van de Militair Geneeskundige Dienst.

Reeds in de grijze oudheid werd de noodzaak ingezien de gewonden en zieken van een leger te velde te behandelen. Hierbij stond de humanitaire gedachte op de voorgrond, zij het dan ook dat met onze ogen bezien, de methodes weinig humaan meer hadden. Het personeel dat beschikbaar was was zeer beperkt evenals de overige middelen. Steeds meer realiseerde men zich echter dat een goede verzorging van de gewonden het moreel van de strijdmacht ten goede kwam. Tegen het eind der vorige eeuw kwam een grote verandering door de geboorte der Rode Kruis-gedachte en de ontwikkeling der bacteriologie welke laatste tot een vernieuwing van de hygiëne leidde. Terwijl in vroegere eeuwen vele oorlogen meer door epidemieën dan door wapengeweld werden beslist, ontwikkelden zich in de laatste eeuw vele mogelijkheden deze epidemieën te voorkomen en althans effectief te bestrijden. Uit plaat 1 ziet U hoe een betere gezondheidszorg de hoofdvijand, nl. de epidemie neutraliseert, zodat de tacticus nog slechts de kleinere vijand nl. de gewapende tegenstander behoeft te vernietigen. (Zie plaat 1).

PLAAT I

VERHOUDING DER GETALLEN GESNEUVELDEN EN
AAN ZIJKTE OVERLEDENEN IN VERSCHILLENDE OORLOGEN

KRIMOORLOG $\left. \begin{array}{l} 1854/56 \\ \left\{ \begin{array}{l} \text{ENGELSEN} \dots\dots\dots 3.8. \\ \text{FRANSEN} \dots\dots\dots 3.3. \end{array} \right. \end{array} \right\}$

OORLOG in ITALIË 1859 FRANSEN 2.5.

OORLOG in BOHEMEN 1866 PRUISEN. 1.3

FRANS DUITSE OORLOG $\frac{1870}{71}$ DUITSCERS. 0.53.

RUSSISCH TURKSE OORLOG $\frac{1874}{78}$ RUSSEN. 2.7

CHIN. JAPANSE OORLOG $\frac{1894}{95}$ JAPANNERS 3.3.

SPAANS AMERIKAANSE OORLOG $\frac{1898}{99}$ AMERIKANEN 5.6 VLEKTYPHUS!

WERELDOORLOG $\frac{1914}{1918}$ DUITSCERS $\frac{1}{10}$
FRANSEN $\frac{1}{5}$

De strategische betekenis van de geneeskundige dienst werd hierdoor overduidelijk, doch er moet worden vastgesteld, dat de methodes en het begrip voor de gezondheidszorg zeker nog belangrijke verbeteringen behoeven, gezien de grove fouten die ook in de laatste wereldoorlog nog werden gemaakt. In bepaalde periodes waren de verlies-cijfers aan besmettelijke en dus voorkombare ziekten enorm.

Dat men niet steeds de noodzaak van een militaire hygiëne inzien is te begrijpen. Men is in het normale leven gewend aan een betrouwbare voedselvoorziening, aan een drinkwatervoorziening die bijna alle risico's uitsluit, de huisvesting en de arbeids- en veiligheidswetgeving behoeden de gemeenschap ongemerkt; in oorlogstijd echter wordt de hygiënische orde omvergegooid: grote groepen mensen worden lichamelijk en geestelijk overbelast, sanitaire installaties worden vernield of zijn ter plaatse van de legerende strijdmacht niet aanwezig. De grote opeenhoping van de gemobiliseerde mensenmassa's veroorzaakt, indien enige infectieziekte ontstaat, een enorm snelle uitbreiding en daarom moet ieder streven naar de hoogst mogelijke veiligheid voor de gezondheid. Bij dit alles is de geneeskundige dienst slechts adviseur, de troep blijft verantwoordelijk, dit spreekt wel het sterkst bij enkele ziekten waarvan de preventie een dagelijkse tucht eist, zoals de malaria in tropische en subtropische gebieden.

Reeds in vreedstijd werkt de geneeskundige dienst aan de gezondheidszorg van het gemobiliseerde leger: door keuring en selectie tracht men het leger op te bouwen uit mensen die hun taak aan kunnen zonder al te grote risico's voor zichzelf of hun omgeving. Een nauwlettende geneeskundige observatie tijdens de opleiding doet nog een aantal lieden uitvallen die tegen de inspanningen en spanningen van de dienst niet opgewassen zijn en het resultaat is dat de legerleiding voor zijn mobilisabele strijdmacht personeel overhoudt dat niet in grote percentages onbruikbaar zal blijken. Terzijde mag hier nog worden opgemerkt, dat ook voor verschillende volksgezondheidsproblemen een langdurige geneeskundige observatie met lichamelijke en geestelijke belastingsproeven met een groot deel van de mannelijke jeugd als proefobject waardevolle gegevens verstrekken kan.

Naast deze betekenis staat echter meer op de voorgrond dat, wanneer men een leger heeft, dit in staat moet zijn om te strijden en deze strijd vol te houden. Een leger dat, uitstekend behandeld, in hospitalen verblijft, voldoet niet aan zijn bestemming en wanneer wij in het oog houden de bijzondere hygiënische omstandigheden waarin een gemobiliseerd leger te velde verkeert, dan is alle inspanning nodig om dit leger uit het hospitaal en op de been te houden.

Wij kunnen deze taak uitstekend vergelijken met die van de RIMI: deze verzamelt en repareert alle onklaar materieel, voert het onbruikbare af, adviseert de gebruikers over het juiste onderhoud en controleert dit onderhoud door inspecties.

Op dezelfde wijze is de geneeskundige dienst belast met adviezen voor het onderhoud van het meest kostbare en geheel onvervangbare materieel n.l. de jeugd van het strijdend vaderland, evacuatie en behandeling van zieken en gewonden, teneinde deze weer zo snel mogelijk ter beschikking van hun commandant te stellen; maakt het onbruikbare materieel weer zoveel mogelijk geschikt voor de burgermaatschappij en tracht de schade die vergoed moet worden zoveel mogelijk te beperken.

Al is het mogelijk om materieel te vorderen in eigendom òf in gebruik, de soldaat is hiervoor te kostbaar en kan slechts in gebruik worden gevorderd.

Naast het conserveren van de gevechtswaarde moet dus terdege worden gelet op de toestand waarin de soldaat naar de burgermaatschappij teruggaat: de wederopbouw na de strijd eist een massa valide arbeiders en iedere schade aan de man ontstaan door de oorlogstoestand is „Rekening Rijk”.

Zoals ik zei, een leger is er om te kunnen strijden en de geneeskundige dienst is er om de oorlogspanning met haar werk te steunen. Het devies van de Nederlandse Militaire Gezondheidsdienst: „Eripiendo Victoriae prosum”: Uithelpende dien ik de overwinning” neemt iedere twijfel weg betreffende vage schimmen uit het verleden van vreedzame engelen in witte gewaden, zwevende over het slagveld, bezielde met mensenliefde en waarvan de legerleiding meer verdriet dan plezier beleefde in de periodes dat voor vreedzame engelen geen plaats op de wereld was. Ware de humaniteit ons enig doel, de geneeskundige dienst zou met heel wat minder recht zijn plaats in het geheel kunnen verdedigen. De moderne oorlog is zonder M.G.D. niet denkbaar.

Hiermede wil ik niets inbrengen ten detrimente van de wapens of andere dienstvakken; in een lichaam zijn vele organen onmisbaar en een rangorde van belangrijkheid is moeilijk op te stellen. Wellicht is het echter niet overbodig wanneer ik U herhaal dat de M.G.D. meer een strategische dan een humanitaire taak heeft en dat steun aan de M.G.D. van de zijde van de legerleiding niet is een verzwakken van het oorlogspotentieel ten bate van de menselijkheid, doch een vergroting van de kans het oorlogsdoel te bereiken door versterking van en de getalsterkte en van de prestaties van iedere man afzonderlijk.

Toch is zonder de humanitaire gedachte dit werk niet wel mogelijk, de tradities en de ethica van vele eeuwen geneeskunde-beoefening zijn hierin even onmisbaar als krijgstuft en nationaal besef. Soms vreest men in deze tegenstelling gewetensconflicten te ontmoeten, ik geloof dat deze vrees ongegrond is: de arts en zijn personeel die zich in de eerste plaats om hun patiënten bekommeren en wie de oorlog niet veel raakt dienen tòch het grote doel. Wanneer wij dit aanvoelen dan zal men wellicht accepteren dat „dokters” nog steeds een eigenaardig soort officieren zijn (hoewel vaak veel eigenaardiger dan beslist noodzakelijk is, dit zij onzerzijds toegegeven). Willen wij er met alle geweld model-troupiers van maken dan zou wellicht iets beschadigd worden van het fijne individualistische raderwerk waar de machine op draait. Natuurlijk is er een zeker deel van de officieren van gezondheid belast met organisatorische en opleidingstaken die er naar moeten streven model-militair te zijn. Zonder begrip voor de problemen van de oorlogvoering zelve kan de M.G.D. niet worden opgeleid. Wij zien dit in het buitenland waar vele officieren van gezondheid niet alleen Stafscholen, maar ook nog hogere militair wetenschappelijke cursussen aflopen. Hier te lande waar het nijpende gebrek aan beroepspersoneel een veelvuldig wisselen van functie onmogelijk maakte zodat een eenzijdigheid in werkring en opvattingen niet geheel was te vermijden, is wel eens spottenderwijs gesproken van een tegenstelling tussen „hospitalisten” en „militairisten” onder de officieren van gezondheid. Ik geloof niet dat deze tegenstelling reëel is; ik geloof alleen dat de eerste groep het militaire spel wil vermijden omdat zij zich hierin niet thuis voelt, door gebrek aan opleiding en ervaring, en dat de tweede groep hiertegenover wat al

te krachtig stelling neemt. Het handhaven van tucht en orde in een geneeskundige formatie, het aanpassen aan de problemen van de oorlogvoering, het inschakelen in tactische en logistieke operaties, dit alles is nodig voor een goede vervulling van de eigen medische taak. En een goede vervulling daarvan is nodig voor het bereiken van het oorlogsdoel. Zo is er geen controverse tussen militaire en humanitaire idealen; tenslotte staan wij allen in het vertrouwen dat iedere taak die onze strijdkrachten ooit opgedragen zal worden aan een in wezen humanitair doel beantwoordt. Zo zien wij dus de geneeskundige dienst zijn plaats innemen in de rij der diensten welke de strijdende troep de overwinning mogelijk maken, doch hierbij nog één ondeugend „praatje voor het eigen straatje”: terwijl alle wapens en diensten geld kosten kan de M.G.D. geld verdienen, wie het niet gelooft mag het zonder proberen; een simpele vergelijking van verliezen aan zieken en gewonden (deze uitgedrukt in dagen van ongeschiktheid dienst te doen) invaliden (uitgedrukt in gekapitaliseerde pensioenbedragen) in doden (op dezelfde wijze getaxeerd, dus waarbij het mensleven als zodanig niet eens op een bepaalde prijs wordt gesteld) in oude en nieuwe oorlogen leert ons dan dat de geneeskundige dienst iedere oorlogsdag een veelvoud bespaart van de uitgaven die hij per jaar vergt en ook in vreedstijd zou een dergelijke vergelijking sterk in zijn credit uitvallen.

Ik kan dit punt niet besluiten zonder een geheel ander element naar voren te halen: Het leger is er voor het volk en niet omgekeerd: een slechte gezondheidstoestand in het leger veroorzaakt ook epidemieën onder de bevolking alsmede een ongunstige wisselwerking op het moreel van beide; een slechte gezondheidstoestand van het volk verlamt de oorlogsindustrie en wederom het moreel. Wij mogen dus nooit onze dienst opbouwen zonder de belangen van de burgerij in het oog te houden. Dit leidt niet alleen tot een redelijke voorzichtigheid bij het onder de wapenen roepen van artsen en ander personeel en bij het betrekken van geneeskundig materieel en geneesmiddelen, maar ook tot een ernstige inspanning om de ex-zieken en gewonden en zelfs na de strijd alle ex-gemobiliseerden in lichamelijk en geestelijk zo goed mogelijke conditie aan de burgermaatschappij terug te geven. Hiervoor zijn nodig geneeskundige inrichtingen niet alleen te velde maar vooral in het achterland waar de revalidatie in de ruimste zin van het woord zo goed mogelijk wordt uitgeoefend.

Ook hierbij gaan de humanitaire en de economische motieven geheel samen. Mocht het zijn dat de artsen zelve zich strelen aan de humanitaire zijde van dit werk, het is goed dat legerleiding en overheid zich ervan bewust zijn dat ook economisch alle hulp en steun bij deze taak volledig verantwoord zijn.

In het kort kunnen wij de methodes die de M.G.D. volgt om het bovengeschetste doel te bereiken als volgt samenvatten:

1. De bewaking van de gezondheid van leger en volk, waarbij dan moet worden opgemerkt dat voor de gezondheidszorg voor het leger de verantwoordelijkheid bij de commandanten ligt: de M.G.D. geeft steeds adviezen op elk niveau van bevelvoering en verleent hulp door indeling van hygiënische inspectie- en werk-teams en door het verrichten van laboratorium- en andere onderzoekingen, deskundig en kritisch verwerkt. De gezondheidszorg voor de burgerbevolking blijft meestal onder de verantwoording der civiele instanties.

doch de M.G.D. zal moeten ingrijpen wanneer een slechte gezondheidstoestand een terugschot op de strijdkrachten zou kunnen hebben.

Ook tijdens een bezettingstaak kan het nodig zijn leiding te geven bij de reorganisatie van de volksgezondheid; ik denk b.v. aan het werk van de Amerikanen in Japan en in dit verband mag ik ook noemen het zo omvangrijke bevolkingswerk van onze geneeskundige formaties in Indonesië dat meer dan enige toespraak een symbool was van de goede wil van het verloochende moederland.

2. De verzorging van de gewonde kan niet terstond in deskundige handen zijn. Ieder militair van welke rang ook moet in staat zijn, zichzelf een goede eerste hulp te verlenen en, wanneer het gevecht zulks toelaat, zo nodig kameraden te helpen.

Van oudsher werd deze taak in de M.G.D. verwaarloosd; de vooroorlogse „theorie verbandpakje" ging vaak niet verder dan de methode om het pakje te openen, n.l. om, en dan ook uitsluitend bij deze bezigheid, aan het langste eindje te trekken.

Necn, behalve het gebruik van het snelverband moet men een gezond begrip hebben van bloedstelping en primaire fractuurbehandeling.

Nu, de moderne oorlog aanleiding geeft tot het over grote afstanden verplaatsen van soms zeer kleine groepen personeel is dit temeer nodig: in iedere tank of pantserwagen moet één man een meer uitgebreide opleiding in EHBO hebben gehad. De M.G.D. tracht zo snel mogelijk op de plaats des onheils te zijn, maar is helaas niet overal terstond.

3. De voortgezette hulp is de meest spectaculaire taak van de M.G.D.: indeling van zo goed mogelijk opgeleide gewondenverzorgers die de eventueel reeds verleende zelfhulp en kameradenhulp verbeteren en de gewonden verzamelen, vaak in de meest gevaarlijke omstandigheden, op een bataljonshulp-post waar zij voor het eerst onder het oog van een arts komen en waar op soms nog geen halve Km van de frontlijn alles wordt gedaan wat in deze omstandigheden maar mogelijk is. Het werk van dit eerste echelon van de geneeskundige dienst is wellicht de zwaarste taak die in de landmacht bestaat.

Vervolgens begint de evacuatieketen gemotoriseerd te worden: ziekenauto's en gewondenjeeps, slechts door handkracht vervangen waar het terrein geen voertuigen toelaat, halen gewonden en zieken uit de bataljonshulp-posten en brengen ze naar een verzamelplaats waar de wondverzorging wordt geperfectioneerd, de shock wordt behandeld en desnoods heelkundig ingrijpen mogelijk is.

Verder naar achteren liggen nog binnen de divisie-achtergrens de formaties waar definitieve hulp wordt verleend, hetzij in verbandplaatsen, hetzij in chirurgische veldhospitaal welke laatste minder aan de troepen zijn gebonden en eventueel achtergelaten kunnen worden.

Het zou mij hier te ver voeren op het organiek verband in te gaan. In het moederland of althans in een geheel rustige zone treffen wij dan aan de vaste installaties waar langdurige verpleging en behandeling mogelijk is en vanwaar de herstelden eventueel via revalidatiecentrum naar de troep terug dan wel naar een demobilisatie-centrum gaan.

Steeds meer wint de idee terrein dat de ideale evacuatie per vliegtuig geschiedt. Het is immers zo dat een heelkundige behandeling een betere kans van

slagen heeft, wanneer de periode tussen verwonding en operatie zo kort mogelijk wordt gehouden.

Het verzamelen van de gewonden op het slagveld kost steeds veel tijd, soms moet er worden gewacht op een gevechtspauze of zelfs op het wisselen van dag en nacht. Het overige transport mag dan niet meer veel tijd vergen. De omstandigheden zijn vaak zo dat snel-vervoer niet mogelijk is: de wegen onveilig wegens luchtgevaar, soms overvol wegens transporten met hogere prioriteit: verkeer naar het front toe moet in het algemeen immers voorgaan.

Hier rest ons slechts de geneeskundige formaties naar voren te brengen (zoals de chirurgische veldhospitaal die soms ver naar voren worden gebruikt): komt de patiënt niet tijdig in het hospitaal dan moet het hospitaal zorgen bij de patiënt te zijn. Dit vergt echter een groot aantal mobiele formaties met kostbaar specialistisch personeel en materieel. Wil men dit „uit zijn kracht groeien“ van de geneeskundige dienst voorkomen en geen M.G.D. opbouwen met 12 of 15 % van de totale personeelsterkte dan moet om menselijke levens en validiteit te redden een evacuatiweg worden gevonden die de patiënten een snelle tocht naar de specialist garandeert en deze weg is er, n.l. door de lucht. Nu heeft de luchtvacuatie naast de voordelen van snelheid, ook desnoods over grote diepte, één bezwaar n.l. de afhankelijkheid van vliegvelden die een veelbegeerd doelwit voor de vijand zijn en de behoefte aan vliegtuigen die veelal ook voor andere doelen zijn bestemd, zoals middelzware en zware bommenwerpers en transportvliegtuigen, meer naar de voorste lijn verbindingsvliegtuigen. Juist in tijden van hevige actie, wanneer de M.G.D. zijn meeste gewonden moet vervoeren, zijn deze vliegtuigen met meer urgente taken belast.

Terwille van de veiligheid van gewonden en personeel zou het het beste zijn wanneer bepaalde vliegvelden uitsluitend voor de luchtvacuatie werden gebruikt en ook de gebruikte vliegtuigen voor geen andere taak werden benut. Vooral helioptères zouden zeer goede diensten kunnen bewijzen. Zij zouden dan de bescherming van de conventie van Genève genieten en het vliegend personeel zou op de hoogte zijn van de problemen van het luchtvervoer van gewonden en zieken. Er moet immers rekening mee worden gehouden dat enkele categorieën slachtoffers het vliegen op grote hoogte slecht verdragen. De bezwaren mogen echter niet overschat worden, er zijn bepaalde aandoeeningen (ik wil trachten in deze kring niet medisch-technisch te worden) die van het luchttransport nadeel ondervinden maar op langdurig transport langs de weg in oorlogsomstandigheden zeer zeker nog slechter zouden reageren.

Ik wil hier niet ingaan op de dorre cijfers betreffende de aantallen der te verwerken gewonden in allerlei gevechten. Hiervoor moge ik verwijzen naar het artikel over „Gevechtsverliezen“ in het Ned. Mil. Geneesk. Tijdschrift van Nov. '49. De M.G.D. moet georganiseerd en uitgerust zijn voor een gemiddelde taak. Abnormaal hoge aantallen kunnen slechts verwerkt door indeling van reserves, maar die moeten er dan ook zijn. Wel is het goed er rekening mee te houden dat de verwonden niet onze gehele werkkring vormen.

Afgezien van de Gezondheidszorg zelfs, zijn de zieken vrijwel steeds in de meerderheid. Wel is het zo dat de aantallen gestorvenen aan verwondingen, die van de gestorvenen aan ziekten belangrijk overtreffen in een moderne oorlog (vroeger was dat andersom maar èn gezondheidszorg èn betere behandeling hebben dit gewijzigd) maar het percentage herstelden is bij de

zieken hoger dan bij de gewonden. Vandaar dat de zieken steeds het merendeel van onze patiënten vormen en de mechanisatie en motorisering geven ook aanleiding tot grote cijfers van ongevallen. Men mag dus nooit de M.G.D. zien als een soort leger EHBO met beperkte gezichtskring maar men moet begrijpen dat op beide terreinen de meest geperfectioneerde geneeskundige verzorging beschikbaar moet zijn. De gedachte dat het bedrijf zou kunnen werken met goedkope en dus in het algemeen minder goede krachten is zowel strategisch als moreel onverantwoordelijk.

4. Tijdens gevechtsacties is het de taak van de M.G.D. te zorgen dat geneeskundige installaties, hetzij ter behandeling hetzij voor transport, zodanig worden ingericht en gelocaliseerd dat de afvoer en de behandeling zo goed mogelijk kunnen worden geregeld zonder dat de krijgsverrichtingen worden bemoeilijkt.

Zij die bij de organisatie van het afvoersysteem leiding geven moeten op de hoogte zijn van de principes en methodes der oorlogvoering. De Commandanten der eenheden moeten begrip hebben van alles wat met de bevelvoering samenhangt: gezagshandhaving, beheer van het materieel, transport, aanvoer en aanvulling. Het zal U duidelijk zijn in dit verband dat dit geen taak is voor de als officier verklede burgerarts, zoals de officier van gezondheid soms terecht maar gelukkig meestal ten onrechte wel wordt beschouwd.

5. Tenslotte is nog een belangrijk element in de taak van de M.G.D. de aanschaffing, oplegging en verstrekking van alle geneeskundige materieel dat de troepen en de geneeskundige formaties behoeven. Terwijl dit in het buitenland geschiedt onder leiding van niet-medische officieren van het dienstvak zal dit ten onzent door de pharmaceutische dienst moeten gebeuren. Uit de aard der zaak is het dus nodig dat de militaire apothekers een opleiding krijgen die het hun mogelijk maakt zich in het logistieke apparaat te bewegen zoals de artsen van de staven zich moeten bewegen in het tactische geheel: n.l. in geen geval als een vreemdeling.

De tandheelkundige verzorging mag in dit verband niet worden vergeten. Men heeft daarbij de keuze tussen twee methodes: indeling van tandartsen met hulppersoneel bij de troep, dan wel in de geneeskundige formaties, of indeling van een geëchelonneerde tandheelkundige dienst die zich langs de onderdelen vertakt. De laatste methode is zeker efficiënter maar eist voor de leiding ook weer tandartsen die zich in het tactische geheel goed georiënteerd voelen en dus daarvoor opgeleid moeten zijn.

§ 2. De plaats van de Geneeskundige Dienst in de strijdkrachten.

De plaats die de Geneeskundige Dienst in de strijdkrachten inneemt of in moet nemen is in de laatste jaren in vrijwel ieder land ter wereld een onderwerp van discussie geweest. In sommige landen is de directie of inspectie M.G.D. een afdeling ressorterende onder de Adjudant-Generaal (zoals in Engeland en België), in andere landen wordt de dienst gerekend tot de logistiek zoals in de V.S., doch in de praktijk is daar de zeggenschap van de Kwartiermeester-Generaal over de M.G.D. nihil.

In gezonde democratische verhoudingen moet de zaak zo staan dat een arts voor zijn medisch werk slechts verantwoordelijk moet zijn tegenover een medicus en dat het hoofd van de dienst slechts verantwoording schuldig is aan de minister die de politieke verantwoordelijkheid draagt. Vrijheid van

beroepsuitoefening is een elementaire voorwaarde voor de toepassing der geneeskunst. Dit mag natuurlijk niet zover gaan dat deze vrijheid zich zou uitstrekken tot omstandigheden die niets met de beroepsuitoefening te maken hebben, een opvatting die helaas bij vele artsen, zelfs bij officieren van gezondheid bestaat. In de dienstverhoudingen is zulks niet alleen onmogelijk en ontoelaatbaar maar zelfs medisch fout omdat een onvoldoende aanpassing aan de dienstomstandigheden de arts zeker zal verhinderen zijn taak goed te verrichten.

In de Staven moet de Chef geneeskundige dienst van het betreffende onderdeel zelf op de hoogte zijn van de werkwijze van de staf, aan de andere zijde volledig ingelicht worden over de bestaande plannen en niet als een hinderlijk aanhangsel worden beschouwd.

Mijnheer de Voorzitter, als ik mij hier even een zijsprong mag permitteren, onze vereniging heeft in de laatste jaren aan een aantal vertegenwoordigers van verschillende wapens en dienstvakken de gelegenheid geboden een algemeen exposé over hun dienst te geven en het is zeker niet de bedoeling geweest dat deze gelegenheid werd misbruikt voor een propaganda-rede en nog minder een pleidooi voor belangen van een groep personeel. Ik zou niet gaarne van de correcte gewoonten afwijken en ik verzoek U daarom dringend van mij de verzekering te willen aanvaarden dat ik slechts de belangen van leger en volk beoog wanneer ik de schijn tegen mij zou hebben.

In een modern georganiseerd leger is behoefte aan medewerking van allerlei categorieën technisch personeel waarvan de waarde meer wordt bepaald door hun burger-opleiding en ervaring dan door hun militaire kennis. Dit geldt ook voor het personeel van de M.G.D. met name voor de artsen, apothekers en tandartsen. Onzerzijds wordt steeds betoogd, dat de militaire kennis van deze groepen niet licht te hoog wordt opgevoerd, doch wanneer hier niet het K.M.A.- en H.K.S.-peil kan worden bereikt mag dit voor de anderen geen reden zijn de O.v.G. te beschouwen als een soort 2e rangsofficier.

De eigenaardige situatie dat wèl de officier van de technische dienst of van de juridische dienst een normale militaire rang heeft en er niet „dirigerend militair jurist met de rang van majoor” of een „technisch officier der 2e klasse” bestaat en de betiteling van het medisch personeel nog dezelfde is als uit de tijd der schutterij, behoeft dringend wijziging. Hierbij rijst tevens de vraag of in de huidige situatie het onderscheid tussen wapens en dienstvakken nog wel reëel is en of er geen aanleiding bestaat ter verhoging van de korpsgevoelens aan b.v. het Regt. Geneesk. Troepen een vaandel uit te reiken. Traditie is goed en fraai, traditionele bevoorrechtting verdragelijk, traditionele achterstelling niet.

Ik moge hier dringend verzoeken deze boutade niet te beschouwen als een klacht over gebrek aan waardering. Met name degenen die tijdens de Indonésische acties en daartussen in contact met de M.G.D. hebben gehad, lijden zeker niet aan een tekort aan begrip, evenmin degenen die nauw contact met de geallieerde legers hebben gehad. Het is algemeen bekend, dat de Amerikanen van oordeel zijn, dat de acties in de Pacific zodanig van het functionneren van de M.G.D. afhankelijk zijn geweest, dat deze periode van de 2e wereldoorlog wordt aangeduid als de „doctors war”. Wanneer in een toekomstige oorlog het gehele A.B.C. der verschrikking over de wereld losbarst en dus zowel de atoom-energie als de bacteriologische en chemische oorlog in volle omvang zullen worden toegepast dan zal het iedere legerleiding te doen zijn

om het uiterste te betrachten tot het behoud van „man-power“. De Amerikaan die, zij het wellicht niet zonder overdrijving, gezegd heeft, dat in de volgende oorlog de M.G.D. hoofdwapen zal zijn, was geen officier van gezondheid maar een generale staf-officier.

In het militaire milieu hebben sommige officieren van gezondheid ongetwijfeld hun tekortkomingen, maar vergeet niet, dat de opleiding voor hun hoofdtaak reeds zeven jaar of meer van hun leven heeft gevegd. Wil men hen volledig benutten dan is een tegemoetkoming noodzakelijk alsmede een dagelijkse voorlichting en hulp om zich geheel te oriënteren. Schakel hen niet uit bij tactische oefeningen op de kaart, haal hen bij stafbesprekingen, voorzie hen van de nodige literatuur en voorschriften en U zult zo allen medewerken tot een goede verhouding van de M.G.D. met de andere wapens en diensten.

Behalve de verhouding van de M.G.D. en zijn personeel ten opzichte van het militaire apparaat moet ook bezien worden de verhouding ten opzichte van de burgerlijke medische stand. Ook hier zit iets fout, wellicht tengevolge van het feit, dat men niet licht aanneemt dat iemand die genoeg neemt met een levensstandaard verre onder die van zijn vakgenoten iets anders dan een mislukt prul zou zijn. Deze wanverhoudingen hebben in vele landen geleid tot een hopeloos tekort aan officieren bij de geneeskundige dienst. Dit kost enorm veel geld: de voortdurende wisseling van reserve-personeel geeft aanleiding tot overlapping en minder efficiënt werk. Men heeft slechts eenzijdige ervaring, inferieur aan die van de beroepsofficier die velerlei functies heeft bekleed en de kleine kern beroepspersoneel wordt in dit systeem meegesleept zodat in oorlogstijd niet geschikt kan worden over personeel met voldoende militaire ervaring. Het schrikbeeld voor de toekomst is weer de verklede burger-dokter!

Ter verbetering moeten twee objecten worden uitgevoerd:

1. maatregelen om personeel te krijgen;
2. maatregelen om het ervaren personeel te behouden.

Wat betreft de maatregelen om personeel te krijgen zijn er allerlei methodes:

- a. contracteren van studenten om na studie op Rijkskosten een zeker aantal jaren militaire dienst te verrichten. De nadelen hiervan zijn:
 - 1e men „koopt een kat in de zak“; geschiktheid voor medisch werk is nooit voor de studie te beoordelen;
 - 2e men verkrijgt personeel dat de weg van de minste weerstand zoekt;
 - 3e dit is voor de jonge student een methode om goedkoop te studeren, na het verstrijken van zijn contract is hij „vrij“ en verdwijnt veelal;
- b. contracteren van artsen tegen terugbetaling der studiekosten. Het nadeel boven onder 1e genoemd is dan vervallen, die onder 2e of 3e echter niet;
- c. het aanbieden van een goede carrière met voldoende gelegenheid tot wetenschappelijk werk, m.a.w. dezelfde methodes om goed personeel vast te houden.

Een oplossing zonder „kunst en vliegwerk“ die dus beide objecten bestrijkt heeft de volgende maatregelen van node:

- a. Goede salariering. Een pijnlijk punt! Het is onmogelijk met de salarissen zich te richten op de gemiddelde inkomens in de burgerpraktijk. Wel kan men vergelijken met de inkomens uit burger-ambtelijke posities, mits men

rekening houdt met het volgende: Vele burger-arts-ambtenaren zoeken een rustige positie na een aantal jaren lucratieve plattelandspraktijk. Deze categorie artsen is *niet* geschikt voor de dienst, m.a.w. wil men jong en wetenschappelijk volwaardig personeel aantrekken en behouden dan zal dit hoger gesalarieerd moeten worden dan andere arts-ambtenaren.

Tevens genieten vele burger-arts-ambtenaren emolumenten als vrij wonen, premievrij pensioen en vrijwel altijd vrij gebruik van een dienstauto. Ook in dit opzicht moet de O.v.G. niet achterstaan wil men het dienstvak voor uitsterven behoeden.

Deze hoge salarissen behoeven niet bij de aanvang te worden betaald (weer ter vermindering van lieden die de weerstand en de risico's van de vrije praktijk willen ontlopen) doch als *mogelijkheid* aansporen tot volledige inspanning.

- b. Promotieregeling die zeker niet achterstaat bij die van de wapens doch rekening houdt met de opleidingsperiode. Tevredenheid met een zekere rang zal gemakkelijker worden bereikt naarmate de zekerheid toeneemt dat bij andere wapens en diensten geen personeel van geringe beschaving en ontwikkeling gelijke en hogere rangen bekleed. Gezien de sterke verschillen in individuele geschiktheid voor medisch werk moet aan keuzebevordering de voorkeur worden gegeven, doch de gepasseerden mogen financieel niet te veel achterblijven. Leeftijd mag op de bevordering geen grote invloed hebben: directeuren van grote ziekenhuizen en zelfs hoogleraren zijn veelal onder de 40 jaar.
- c. Gelegenheid tot wetenschappelijk werk door goede bibliotheken, goede werkgelegenheid in hospitalen en laboratoria met goed hulppersoneel en ruime gelegenheid tot internationale wetenschappelijke oriëntatie.

Ik wil over deze zaken zeker niet overgaan tot een vergelijking van deze internationaal algemeen aanvaarde desiderata met de hier bestaande situaties doch zal nu overgaan tot mijn volgende punt, onder de opmerking dat over de positie ten opzichte van de humanitaire conventies, waaraan zeker interessante beschouwingen zijn vast te knopen, zeker in verband met de jongste wijzigingen, om des tijds wille zal worden gezwegen, temeer waar deze stof zowel juridisch als medisch gebied bestrijkt. Wel moge ik in dit verband verwijzen naar het artikel van de Generaal-Majoor Dr. J. Th. Wilkens in het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift, dat helaas buiten de kringen van de Militair Geneeskundige Dienst veel te weinig wordt gelezen.

§ 3. Voorzieningen van personeel en materieel in oorlogstijd.

Zoals in ieder leger dat in hoofdzaak uit dienstplichtigen bestaat zal het geneeskundig personeel ten onzent slechts voor een klein percentage uit beroepspersoneel kunnen bestaan. Dit scheidt zeer grote problemen welke in die landen die ons in organisatie en werkwijze ten voorbeeld strekken minder drukken door het feit dat hier wel veel beroepspersoneel is gedeeld.

Het personeel waaraan behoefte bestaat is:

- a. artsen, tandartsen en apothekers;
- b. verplegend personeel;
- c. eerste hulp-personeel en transportpersoneel;
- d. technisch hulppersoneel.

Wanneer wij eerst de groep der artsen, tandartsen en apothekers beschouwen dan kan geconstateerd worden, dat voor de meeste van deze taken de reserve-officieren zonder meer geschikt zijn of geschikt te maken zijn.

Voor de zuiver behandelende taak in vaste of mobiele geneeskundige formaties is niet meer nodig dan oriëntatie op militair geneeskundige problemen.

Voor de preventieve gezondheidszorg is uit de aard der zaak een burgeropleiding tot hygiënist voor de leidende functionarissen nodig maar de aanpassing aan de specifiek militaire omstandigheden is voor een burger-hygiënist zeer wel mogelijk.

Ook de andere specialisten kunnen gevoelig uit de reserve-officieren worden betrokken mits beschikt wordt over een kleine kern van specialisten-beroepsofficieren van gezondheid die de militaire zijde van hun vak geheel beheersen en de anderen leiding kunnen geven. In dit verband kan worden geconcludeerd dat de militaire-specialisten die zich voor deze taak *niet* voorbereiden een tamelijk zinneloos bestaan voeren.

Geheel anders ligt de zaak bij degenen die in de oorlogsorganisatie een bevelvoerende taak vervullen of een functie in een staf bekleden. Het Amerikaanse classificatievoorschrift kent de aparte categorieën van „medical officer Staff” en „medical officer command”, waarvan de eerste een krijgsschoolopleiding moet hebben genoten welke ook voor de tweede gewent is.

Het is behalve bij uitzonderlijk begaafden en enthousiasten niet mogelijk op een verantwoorde wijze een reserve-officier op te leiden voor deze functie.

Voor de tandartsen ligt deze zaak eenvoudiger hoewel hier een kleine beroepskern toch eveneens onmisbaar is.

Voor de apothekers gold tot dusverre hetzelfde, maar wanneer de logistiek van de geneeskundige dienst in handen van apothekers zal komen dan is weer een vrij grote kern beroepspersoneel nodig omdat het in de tijd, beschikbaar voor de opleiding van een reserve-officier, zeker niet doenlijk is om reserve militaire-apothekers voor een verantwoordelijke functie in de logistiek geschikt te maken.

Een geheel andere vraag is echter deze welke aantallen van deze verschillende soorten reserve-officieren moeten worden opgeleid. Hier zijn twee uiterste opvattingen denkbaar. De eerste is de opvatting niet meer officieren-artsen, tandartsen en apothekers op te leiden dan voor de oorlogsorganisatie nodig is. Aan deze gedachte kleven verschillende bezwaren: in de eerste plaats dat ingeval van mobilisatie dan niet op grote schaal vrijstelling kan worden gegeven en dat personeel dat in de burgermaatschappij onmisbaar is zal worden opgeroepen, zoals hoogleraren, directeuren van Gemeentelijke Geneeskundige Diensten en van ziekenhuizen, artsen en specialisten uit een omgeving waar geen waarneming door collega's mogelijk is, etc.

Zoals wij reeds zagen moet de geneeskundige verzorging der burgerij zoveel mogelijk worden ontzien en dit systeem is dus verwerpelijk. Er is nog een tweede bezwaar n.l. dat billijkheidshalve de artsen, tandartsen en apothekers dan bij andere wapens zouden moeten dienen, hetgeen niet bepaald economisch is, en dat hier weer of de vrijstelling van mobilisatie onmogelijk zou worden of geregeld zou moeten worden door instanties die de problemen nooit zo goed kunnen beoordelen als de I.G.D.K.L. in samenwerking met de hoofdinspectie der volksgezondheid.

Het andere uiterste is het opleiden tot reserve-officier van gezondheid tandarts of apotheker van alle studenten in deze vakken. Dit geeft dus een zeer

groot surplus en is niet bepaald economisch, het opleidingsapparaat wordt zwaar belast en velen worden officier zonder daarvoor de juiste karakter-eenschappen te hebben. Dit laatste is niet zo erg als het lijkt: er zijn nu eenmaal vele functies waarin de medische kwaliteiten van veel meer belang zijn dan de militaire maar het leidt nochtans tot vele zwakke plekken en helaas tot een gerechtvaardigde minder grote appreciatie van de dienst en het personeel.

Hiertegenover staat het voordeel, dat practisch iedere arts, tandarts of apotheker die misbaar kan worden gemaakt gemobiliseerd kan worden en dat terwille van de volksgezondheid iedere onmisbare functionaris thuis kan worden gelaten. Bovendien, en dit is nog belangrijker, is de als geheel in een oorlog gewikkelde bevolking onder medische supervisie van artsen en derg. die de principes en methodes van de dienst kennen. Voor de controle op ziek-thuisblijvers en derg. is dit van grote waarde. Ook geldt dit voor allerlei wetenschappelijk werk op laboratoria en in klinieken waar op deze wijze meer dan anders aandacht kan worden besteed aan de militaire betekenis van allerlei onderzoekingen en ontdekkingen.

De tweede groep is die van het verplegend personeel. Daar waar over een grotere beroepskern wordt beschikt zijn vele mannelijke verplegers en ervaren verpleeghulpen disponibel. Het zou echter niet aan te bevelen zijn om deze reden alleen de verpleging in de vredeshospitalen op te dragen aan mannelijk personeel, het feit ligt er dat de verpleging een bij uitstek vrouwelijke taak is. Ook te velde zal men zoveel mogelijk gebruik maken van vrouwen, doch deze moeten voor haar taak te velde speciaal zijn opgeleid, met andere woorden in oorlogstijd is het te laat om een dergelijk korps op te richten. Toch kan de mannelijke verpleger niet ontbeerd worden: de dienstplichtige verpleeghulp kan deze nooit geheel vervangen. Helaas zijn op de leeftijd waarop dienstplichtigen de eerste oefening vervullen geen gediplomeerde verplegers aanwezig. Vrijstelling tot het behalen van het diploma is niet wel mogelijk omdat zo ontzettend veel leerling-verplegers het diploma nooit halen. Er moet dus een systeem gevonden worden om alle dienstplichtigen van welk wapen of dienstvak ook, wanneer zij gediplomeerd-verpleger worden over te hevelen naar de M.G.D. Voor ander technisch hulppersoneel zoals analysten, apothekers-assistenten, instrumentmakers, opticiens, tandtechnici e.d. geldt hetzelfde.

Dit personeel is nooit in korte tijd op te leiden, te meer waar de ervaring bij de uitoefening van het burgerberoep verkregen vaak van meer betekenis is dan het diploma.

Helaas zijn er enkele categorieën personeel die niet op deze eenvoudige wijze betrokken kunnen worden. Op hygiënisch gebied zijn uit de burgermaatschappij nooit voldoende krachten te betrekken om een gemobiliseerd leger te voorzien. Op dit gebied heeft onze gezondheidszorg een grote achterstand ten opzichte van het buitenland.

Bij het aantrekken van dit hulppersoneel moet trouwens ook voortdurend in het oog worden gehouden, dat de civiele gezondheidszorg niet mag falen. Integendeel, er is ook daar een meerdere inspanning nodig omdat bombardementen, evacuaties, ophoping van troepen en dergelijke de gezondheid in gevaar brengen en de curatieve geneeskunde reeds meer dan normaal belasten.

Het eerste hulp- en transportpersoneel vormt de kern van de detachementen bij Bataljons en Afdelingen alsmede van de mobiele geneeskundige formaties waarin steeds meer gediplomeerd personeel verschijnt naarmate de formatie

zijn taak verder van de voorste lijn uitoefent. Men kan terecht zeggen, dat het juist in de hand van dit personeel ligt, of de M.G.D. aan zijn bestemming beantwoordt. Vandaar dat de te stellen intelligentie-eisen zeer hoog zijn: van de eerste hulpverlening en de transportmethodes kunnen zij nooit teveel weten, mits dit echter niet leidt tot eigenwijs ingrijpen ver boven de eigen bevoegdheid. De morele eisen zijn eveneens zeer hoog: het personeel, voor zover niet bestemd voor een taak ver achter het front, moet in alle omstandigheden bereid zijn het eigen leven te wagen voor een ander, ook in periodes dat de strijdende troep zich dekt. Zonder de opwinding te ervaren van hun vechtende kameraden moeten zij alle gevaren van de strijd met deze delen.

Uit de aard der zaak moet dit personeel uit dienstplichtigen bestaan en het is zeker mogelijk in de beschikbare opleidingstijd een voldoende peil te bereiken, mits lichamelijk en geestelijk aan de gestelde eisen wordt voldaan. Het stemt tot grote dankbaarheid dat dit algemeen wordt ingezien en dat de soldaat der geneeskundige troepen inderdaad aan een hoge standaard beantwoordt.

Dit alles brengt met zich mede dat het niet mogelijk is om in oorlogstijd op korte termijn personeel om te scholen voor een taak bij de M.G.D. met een redelijke kans op succes. Er zal een voldoende reserve beschikbaar moeten zijn. Zeer in het bijzonder spreekt dit voor de z.g. niet-medische officieren bij het dienstvak. Deze categorie, belast met administratieve en huishoudelijke dienst in de vredeshospitelen, met opleiding en beheer bij de opleidingsseenheden heeft in oorlogstijd een taak als commandant van bepaalde groepen personeel en materieel, zoals groepen gewondenverzorgers of compagnieën of pelotons ziekenauto's; ook met beheerszaken of met de transportdienst dan wel met staffuncties van de geneeskundige bataljons en compagnieën. Het is niet mogelijk uit jonge aspirant reserve-officieren deze lieden te vormen omdat ze naast een algemene officiersopleiding teveel vak-technische zaken zouden moeten leren. Als minimum eis zou gesteld moeten worden dat zij na de eerste opleiding een groot gedeelte van de cursus aan de School Reserve Officieren Infanterie zouden volgen alsmede de kaderopleiding der Geneeskundige Troepen en de SROGD. Sommigen zouden daarbij nog een transport-, een beheers- of een stafopleiding moeten volgen. Hier is slechts één oplossing mogelijk n.l. indeling van overwegend beroepsofficieren der wapens die enige jaren bij het Regiment Geneeskundige Troepen hebben gediend en pas weer bij het eigen wapen worden geplaatst wanneer zulks voor hun carrière nodig is. De snelheid van wisseling is dan afhankelijk van de oorlogsbehoefte. Dit systeem is logisch en bijna even goed als de oprichting van een afzonderlijk dienstvak. De bezwaren tegen het laatste zijn wel samen te vatten in de opmerking, dat er weinig top-functies zijn, zowel in vrede als in oorlogstijd blijft de verantwoordelijkheid immers bij de officieren van gezondheid en dat er dus een neiging zou kunnen bestaan om personeel van matige kwaliteit bij dit dienstvak in te delen. Dit zou tot fiasco's aanleiding geven: de eisen van moreel en aanpassing zijn daarvoor te hoog.

Terwille van het betrokken personeel is er slechts een verlangen n.l. dat men bij de wapens deze mensen niet beschouwd als lieden die op een zijspoor hebben gestaan en dus niet volwaardig meer zijn, doch veeleer als zéér waardevolle krachten die niet alleen hun blik hebben verruimd in een toch in hoofdzaak academisch milieu maar ook in het bijzonder ervaring hebben van een dienst waar ieder in oorlogstijd ten nauwste mee te maken heeft.

Daar komt nog bij dat de oefeningen bij de geneeskundige dienst hetzij in het terrein, hetzij op de kaart zich gewoonlijk afspelen op divisie-niveau of hoger en dat de officieren zich dus meer dan elders kunnen oriënteren op de grote lijn van de oorlogvoering.

Behalve deze personeel-aangelegenheden eist ook het materieel onze aandacht.

Naast het intendance-materieel, tenten, voertuigen en dergelijke hebben wij te maken met geneeskundig materieel. In oorlogstijd is dit practisch niet te verkrijgen omdat vrij veel uit het buitenland moet komen, althans de grondstoffen, en omdat de eigen industrie met opdrachten van grotere prioriteit pleegt te zijn belast. Een tijdige aanschaffing van instrumentarium en genees- en verbandmiddelen is dus onvermijdelijk en op een zeer grote reserve moet worden gerekend.

Een geheel apart probleem vormen de ziekenauto's. Aanvoer in oorlogstijd is nogal problematisch. Vordering in de burgermaatschappij is niet mogelijk omdat de civiele instanties hun eigen hulpdiensten eerder moeten uitbreiden dan inkrimpen. Oplegging is evenmin goed mogelijk omdat de oplegging van honderden nooit-gebruikte ziekenauto's zeer kostbaar is en tevens riskant.

Er blijft dus niet veel anders over dan vordering van vrachtauto's, welke met een bepaalde apparatuur als ziekenauto worden ingericht. Het beste is hier de z.g. verende Brancard-drager systeem Riemvis, zoals gebruikt bij het Nederlandse Rode Kruis. Doch deze apparaten zullen dan ook in grote massa's moeten worden opgelegd en nog zal men zich moeten realiseren dat dit geïmproviseerd gewondentransport verre van ideaal is. Voor het transport dicht bij de voorste lijn moeten ziekenauto's met 4-wiel aandrijving beschikbaar zijn. Ieder terrein moet bereden kunnen worden en de geneeskundige dienst zal zich veelal tevreden moeten stellen met secundaire wegen.

Dit punt kan ik niet besluiten zonder even met U na te gaan welke hulp van personeel en materieel van het Ned. Rode Kruis kan worden verwacht.

In de eerste plaats moet het wel zeer betreurd worden dat in de organisatie van de hulpverlening zo weinig eenheid bestaat. Naast het Rode Kruis staan immers verschillende organisaties hetzij landelijk, hetzij plaatselijk, die personeel voor hulpverlening opleiden en organiseren.

De oude hoofdtaak van het Rode Kruis: hulpverlening aan de gewonde en zieke militair in samenwerking met en onder leiding van de M.G.D., is in belangrijke mate gewijzigd. De vele vreedstaken van het Rode Kruis hebben een andere instelling veroorzaakt, nochtans zijn sommige daarvan, bijvoorbeeld de bloedtransfusiedienst ook voor de strijdkrachten van het grootste belang.

Veel belangrijker is echter het feit dat de moderne oorlog ontelbare slachtoffers onder de burgerbevolking kan veroorzaken. Een onvoldoende hulpverlening zou het moreel van het volk breken en ook door het ontstaan van epidemieën de gevechtskracht van het leger kunnen benadelen.

Het zou te overwegen zijn of het geen aanbeveling verdient dat het Rode Kruis zich vooral ten dienste van de burgerij beschikbaar stelt temeer waar de eisen welke aan het geneeskundig personeel van de strijdkrachten worden gesteld zo hoog zijn dat het vrijwillige Rode Kruis personeel in het algemeen slechts hand- en spandiensten kan verrichten en dan nog alleen ver achter het front. Het zijn alleen de Vrouwelijke Verpleeghulpen, de helpsters, die zeer zeker te pas zouden komen in onze organisatie.

In het Rode Kruis bestaat thans de neiging om overal over te gaan tot het oprichten van mobiele formaties. Ik betwijfel of het mogelijk zal zijn deze als geheel in het militaire geneeskundige systeem in te schakelen.

De materiële hulp van het Rode Kruis, met name de opgelegde inrichting van noodhospitalen moeten wij op dezelfde wijze zien: de M.G.D. zou deze kunnen gebruiken, doch er bestaat een grote kans dat de burgerbevolking deze formaties niet kan missen.

Zoals bekend werd het mannelijk Rode Kruispersoneel voorheen onderscheiden in plaatselijke en mobiele colonnes. De laatsten waren buitengewoon dienstplichtig en werden bij mobilisatie gemilitariseerd. Op dit moment is er geen militarisatie van Rode Kruispersoneel mogelijk omdat alleen diegenen buitengewoon dienstplichtig zijn die bij het leger onideelbaar zijn en juist dezen zouden ingeval van militarisatie ook te grote risico's voor het Rijk opleveren.

Ik wil hier niet ingaan op de verschillende mogelijkheden die uit deze impasse zouden kunnen leiden doch volsta met het constateren van het feit, dat deze materie nog niet is geregeld, noch wat betreft de rechtspositie van het personeel, noch wat betreft de omvang van de beschikbare hulp.

Het stemt tot grote dankbaarheid dat reeds zeer nauwe relaties bestaan tussen het Rode Kruis en de M.G.D. en dat zo de voorwaarden zijn geschapen waarop de samenwerking, hoe deze zich ook moge ontwikkelen, alle kans van slagen heeft en dat de bestaande verhoudingen zelfs een voorbeeld mogen zijn voor een goede verstandhouding tussen leger en volk zoals voor een innige bundeling van alle beschikbare krachten noodzakelijk is bij de uiterste krachtsinspanning die een toekomstige oorlog zal vergen.

PAUZE

De Voorzitter:

Ik heropen de vergadering en geef het woord wederom aan Dr. v. d. Vegt.

Dr. v. d. Vegt:

§ 4. De werkwijze van de geneeskundige dienst te velde en de daarbij nodige formaties.

Overeenkomstig de reeds behandelde taak-omschrijving zal bij een leger te velde de geneeskundige dienst moeten zijn berekend voor:

- 1e. Gezondheidscontrole en gezondheidszorg;
- 2e. Behandeling van licht zieken en licht gewonden;
- 3e. Eerste hulpverlening op het gevechtsterrein;
- 4e. Verzameling van gewonden van het gevechtveld (bij de Amerikanen „collecting”);
- 5e. Voorlopige behandeling van gewonden en zieken (bij de Amerikanen „clearing”);
- 6e. Evacuatie van gewonden en zieken;
- 7e. Regeling van het ziekenauto-transport;
- 8e. Behandeling en verpleging van gewonden en zieken (bij de Amerikanen „hospitalisation”);
- 9e. Waar nodig rehabilitatie en revalidatie;
- 10e. Aanvoer geneeskundig materieel;

- 11e. Tandheelkundige verzorging;
 12e. Stafdienst ter coördinatie van het geheel.

ad 1. De gezondheidszorg en gezondheidscontrole wordt uitgeoefend door de aan de onderdelen toegevoegde officieren van gezondheid in nauwe samenwerking met de troepenofficieren en commandanten. Het behoeft geen betoog dat een cursus aan de militaire school voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde tot de noodzakelijke elementen voor de minimale opleiding tot officier behoort. Voor hulp aan de troep bij het bouwen en gebruiken van sanitaire installaties voor desinfectie, ontluizing, vuilverwijdering, vliegenbestrijding etc. kwam tot voor kort in de Engelse Divisie-Organisatie een hygiënische afdeling voor, welke gedeeltelijk bestond uit hygiëne-inspecteurs, gedeeltelijk uit vaklieden voor de te bouwen installaties. Thans zijn deze „Field Hygiene Sections” vervallen en vervangen door een „Sanitary Company” op leger-niveau. Er waren verschillende modificaties naar de aard der divisie, soms onder medische, soms onder technische leiding.

Ook de Amerikanen kenden op leger-niveau de Sanitary Company, doch deze was vrijwel uitsluitend bestemd voor de malariabestrijding, omdat men uitging van de premisse dat de normale hygiënische werkzaamheden door de troep zelve moesten kunnen worden uitgevoerd. Bij de divisie is een officier van gezondheid de „medical inspector” dan belast met het toezicht.

Bij de Engelsen was soms slechts één hygiënist in de divisie hetzij bij de „Field Hygiene Section” hetzij bij de divisiestaf in welk geval de formatie dan werd aangeduid als „Field Sanitary Section”. Soms en vooral in de tropen waren er meerdere terwijl dan aan de divisiestaf een niet-medisch officier belast werd met het toezicht op de malariadiscipline en hiervoor beloond werd met de fraaie titel van „Deputy Assistant Adjutant General” en de rang van majoor. De gezondheidszorg werd gesteund door mobiele en vaste bacteriologische en hygiënische laboratoria, en in de tropen door malariabestrijdings-eenheden van verschillende grootte.

Wat betreft de malariabestrijding, deze bestaat uit:

- 1e. de malaria-discipline, welke inhoudt het gebruik van de klamboe, het des avonds bedekken van armen en benen en het insmeren met muggenwerende zalf van de ontblote lichaamsdelen en het flitten van legeringsruimte alsmede het slikken van prophylactische middelen;
- 2e. de malariabestrijding in engere zin, bestaande uit het behandelen van degenen die als infectiebron kunnen fungeren, het bestrijden van de muggen met name in het larven-stadium door het draineren van moerassen en het bespuiten met olie of gifstoffen van stilstaand water.

Voor de behandeling der malarialijders werd bij massaal optreden gebruik gemaakt van speciale geneeskundige eenheden.

ad 2. Het tweede punt, de behandeling van lichtzieken en gewonden, geschiedt door het bij de troep ingedeelde geneeskundig personeel, dus door de bataljons-arts en zijn helpers. Van deze helpers kennen sommige landen de 2e bataljons-arts, anderen niet. In zijn plaats hebben de Amerikanen een zeer nuttig en ervaren niet-medisch officier als assistent van de bataljons-arts.

Voor meer grondig poliklinisch onderzoek kennen alleen de Amerikanen nog grotere eenheden, de „dispensaries” waar specialistische behandeling

mogelijk is in legeringsgebieden zonder dat evacuatie naar een meer achterwaarts gelegen hospitaal noodzakelijk is.

Voor de behandeling van degenen die toch enige tijd liggend moeten worden behandeld wordt gebruik gemaakt van kantonnements ziekenverblijven of in dichtbezette legeringsgebieden van de Amerikaanse „station-hospitals”. Zoals begrijpelijk ingericht op grond van het principe dat niet verder naar achteren worde geëvacueerd dan tactisch of medisch nodig is. De Britten gebruikten hiervoor vaak hun veldhospitelen of „Field Dressing Stations” die somtijds ook geschikt te maken waren voor bepaalde categorieën zieken of gewonden, zoals psychisch gestoorden, lijders aan geslachtsziekten en dergelijke.

ad 3. Het derde punt: de eerste hulpverlening op het gevechtsterrein is na de zelfhulp of de hulp door kameraden de taak van het bij de troepen ingedeelde personeel. Ik laat hier in het midden dat dit personeel bij de Engelse Infanterie bestaat uit infanteristen, geschoold voor deze taak (vaak b.v. de muzikanten) terwijl bij de Amerikanen dit personeel bestaat uit een detachement geneeskundige troepen.

Dit laatste systeem heeft het voordeel van een betere verwisselbaarheid van het geneeskundig personeel, een duidelijker positie ten opzichte van de conventie van Genève en een betere inpassing van het evacuatie-systeem, daarentegen het nadeel van een minder goede team-vorming binnen het bataljon. Dit laatste speelt bij een beroepsleger uit de aard der zaak een belangrijke rol. Morele, lichamelijke en geestelijke vaardigheid van dit personeel, met een fraai Zwitsers woord aangeduid als de „Truppen Sanität”, moeten aan de allerhoogste eisen voldoen.

Behalve de eerste hulpverlening moet ook het transport naar de Bataljons-hulppost waar de Bataljons-arts zetelt worden verzorgd. Soms worden zij hiervoor versterkt met groepen personeel van andere geneeskundige formaties. Op de bataljons-hulppost, resp. afdelingshulppost wordt de reeds verleende eerste hulp zo nodig verbeterd en worden de gewonden gereed gemaakt voor transport.

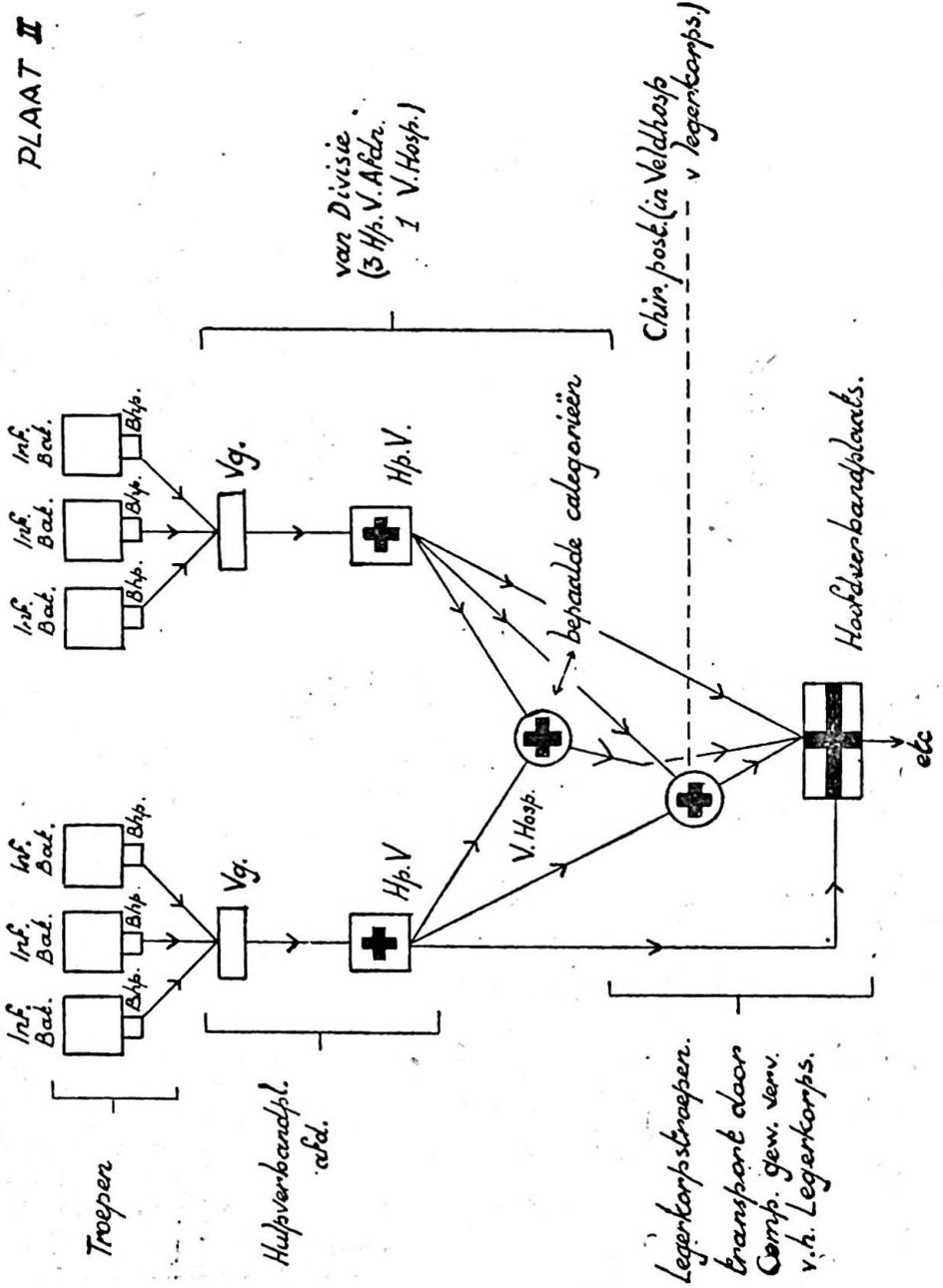
ad 4. De volgende phase is het verzamelen van de gewonden en eventuele zieken. De werkwijze hiertoe is bij de Amerikanen enigszins anders dan bij de Engelsen en ik mag hiervoor even Uw aandacht vestigen op deze beide platen.

Plaat 2 is een zeer vereenvoudigd schema van het Britse evacuatiesysteem: Bij de Infanterie Bataljons zien wij de tot de bataljons behorende hulpposten. Hierachter werken in het divisiegebied een drietal hulpverbandplaatsafdelingen of „Field Ambulances” ieder bestaande uit een staf en een compagnie à 3 groepen of 2 pelotons à 2 groepen.

De verdeling van het personeel buiten de staf is herhaaldelijk nogal gewijzigd geworden zoals ik in het Wetenschappelijk Jaarbericht mocht uiteenzetten.

De staf kan inrichten een hulpverbandplaats of „Advanced Dressing Station”. De groepen richten in verzamelplaatsen gewonden c.q. marsvaardige gewonden. Van daar uit halen zij de bataljonshulpposten leeg met hun organieke voertuigen. De ziekenauto's van de staf halen weer leeg de verzamelplaatsen en de troepenvervoerauto's de eventuele verzamelplaats marsvaardige gewonden.

PLAAT II



van Divisie
(3 Hp. V. Afd.
1 V. Hosp.)

Chir. post (in Veldhosp
v Legerkorps.)

Legerkorpsstroepen.
transport door
Comp. gen. venv.
v.h. Legerkorps.

In een divisievak is meestal slechts één, hoogstens twee Hp. v. A's in werking; de overigen zijn bestemd voor reserve of aflossing bij tactische bewegingen. Aan een brigade met een zelfstandige taak kan een dergelijke eenheid worden toegevoegd.

Op de verzamelplaats kan laken en voedsel worden verstrekt en urgente heelkundige hulp worden verleend. Het hoofddoel is echter de afvoer te reguleren.

De voertuigen van de hulpverbandplaatsafdeling zijn vrijwel de enige organieke ziekenauto's binnen de divisie. Daar tot de divisie ook behoort één veldhospitaal, moeten dezelfde voertuigen het transport verzorgen naar het Divisieveldhospitaal, waar speciale categorieën worden behandeld.

Het voordeel van deze formatie is dat door het daar concentreren van de zieken die binnen het divisiegebied moeten blijven, de hulpverbandplaatsafdelingen mobieler kunnen blijven om zich aan de tactische situatie aan te passen. Als illustratie moge ik U hierbij in plaat 3 het rollend materieel van de Hp. v. A. tonen (Ned. Org. 1948).

Verder naar achteren geschiedt het vervoer met auto's van de ziekenauto-compagnie (à 85 voertuigen) van het legerkorps naar de hoofdverbandplaatsen of voor acute operatieve ingrepen naar de chirurgische posten. Deze laatste worden gevormd door indeling van een of meer chirurgische groepen en bloedtransfusiegroepen bij een veldhospitaal van het legerkorps.

In de hoofdverbandplaatsen kan enige dagen worden verpleegd, zodra hun toestand het toelaat gaan de patiënten naar afvoerstation of vliegveld voor evacuatie naar de „General Hospitals” (semi-mobiele formaties in het legerkorps of in het etappegebied) en vandaar of eventueel rechtstreeks naar de basishospitalen en de hospitalen in het moederland.

Op plaat 4 zien wij vereenvoudigd het Amerikaans Evacuatieschema. Bij het Infanterie Regiment behoort een geneeskundige compagnie. Deze kan voor ieder Infanteriebataljon een peloton afsplitsen voor de eerste hulp. Het transport in voorste lijn en het inrichten van de bataljonshulppost. Het peloton is splitsbaar in een hulppostgroep, groepen voor de compagnieën en een draagbaar-groep.

Een ander peloton richt de verzamelplaats of het „collecting station” in en beschikt tevens over een groep draagbaarpersoneel en een groep ziekenauto's.

Andere divisie-eenheden hebben detachementen geneeskundige troepen om bataljons of afdelingshulpposten in te richten.

De M.G.D.-compagnieën behoren dus hier tot het Infanterieregiment en niet zoals bij de Engelsen tot de divisietroepen. Dit maakt het geheel eenvoudiger doch vooral op een breed front of bij snelle bewegingen minder flexibel. De hulp die verleend wordt op een „collecting station” is nooit zo uitgebreid als op een hulpverbandplaats.

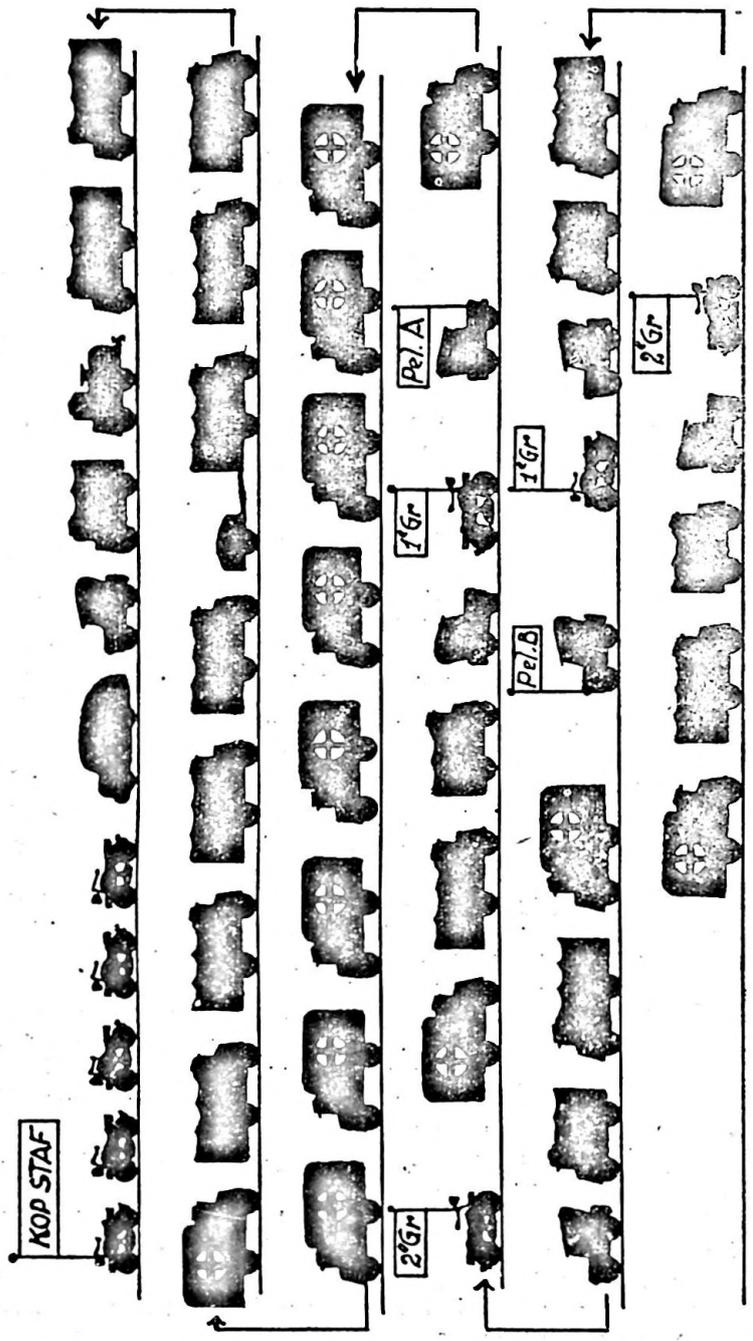
Het transport van bataljonshulppost naar verzamelplaats geschiedt of te voet of met de auto's van de ziekenautogroep.

De divisie beschikt voorts over een geneeskundig bataljon, bestaande uit een staf à een verzorgingsgroep, een commandogroep, een tandheelkundige groep waarin 18 tandartsen, een personeelgroep, een materieelgroep en een werkplaatsgroep. Voorts een ziekenautocompagnie à 3 pelotons en een verbandplaatscompagnie à 3 pelotons.

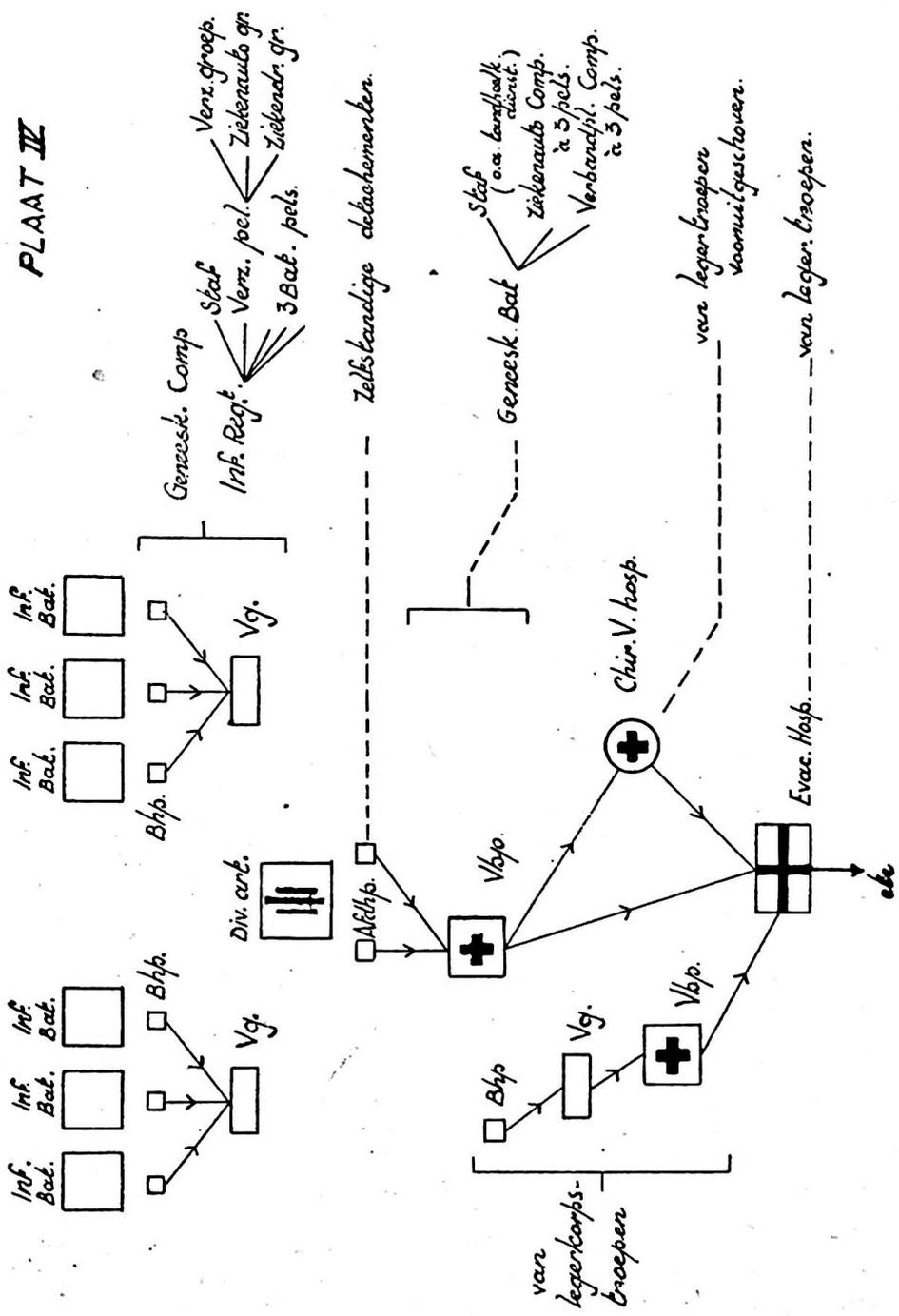
De verbandplaatscompagnie richt met een of twee pelotons de verbandplaats in. Hier passeren alle gewonden en zieken dus één punt. Bij de Engelsen

PLAAT 3.

MOTORVOERTUIGEN IN COLONNEN VAN EEN *mp.* V.A.



PLAAT III



kunnen het meerdere punten zijn wanneer meerdere hulpverbandplaatsen in werking zijn.

De Amerikaanse verbandplaats of „clearing station” houdt in zijn taak het midden tussen hulp- en hoofd-verbandplaats.

Evacuatie vanuit dit punt geschiedt met ziekenauto's van het legerkorps naar de evacuatie-hospitalen van het legerkorpsgebied of naar andere mobiele, semi-mobiele of immobiele formatie in etappegebied of op de basis.

Hiervoor beschikt het legerkorps over een „Medical Group”, bestaande uit meerdere M.G.D.-Bataljons waarin wordt aangetroffen een groter aantal ziekenauto-compagnieën alsmede een aantal verzamelcompagnieën en verbandplaatscompagnieën gedeeltelijk voor verzorging van de legerkorpsstroepen, gedeeltelijk voor reserve voor de divisies.

Voor het luchtvervoer wordt gestreefd naar de oprichting van speciale geneeskundige squadrons bestaande uit vier groepen van 6 vliegtuigen, ieder bemand met een ziekenhelper en een speciaal opgeleide verpleegster.

Tot in het divisiegebied wordt vaak voor acute operatieve behandeling vooruitgeschoven uit de legertroepen een chirurgisch veldhospitaal, dit is dus het equivalent van de Britse chirurgische post. Deze eenheden kwamen soms voor in een bijzonder mobiele variatie, n.l. zodanig uitgerust dat de gehele bepakkung kon worden gedragen. Dit „portable surgical hospital” is ook zeer geschikt om per parachute te worden afgeworpen en kan tot vlak achter de voorste lijn optreden. Wanneer de tactische omstandigheden niet toelaten de patiënt tijdig naar het hospitaal te evacueren dan moet het hospitaal naar de patiënten toekomen.

Hieruit volgt dat ook bij de leger-eenheden een behoorlijke ABOHZIS nodig is en dat het personeel, inclusief het vrouwelijk verplegend personeel, volkomen terreinvaardig moet zijn en dat niet te lichtvaardig mag worden overgegaan tot indeling van Rode Kruispersoneel bij mobiele formaties omdat aan dit personeel nu eenmaal geen hoge eisen van militair begrip en lichamelijke geschiktheid kunnen worden gesteld.

ad 5. Wij zien dus, dat de voorlopige behandeling bij de Engelsen geschiedt op de hulpverbandplaats en voortgezet wordt op de hoofdverbandplaats, met als tussenschakel de chirurgische post voor urgente chirurgie en het divisiehospitaal voor bepaalde categorieën: De speciale groepen van geslachtszieken en vooral van de geestelijk gestoorden kan ik helaas om des tijds wille niet uitvoerig behandelen.

Bij de Amerikanen geschiedt de „clearing” op de verbandplaats (hier dus in het algemeen slechts één per divisie!) en wordt deze voortgezet in het „evacuation hospital” met als tussenschakel voor urgente chirurgie het chirurgische veldhospitaal.

ad 6. De evacuatie van gewonden en zieken is gebonden aan bepaalde regels. De meest belangrijke van deze regels is wel deze, dat het de verantwoording van de commandant van een zelfstandige grote leger-eenheid is te bepalen in hoeverre aan de evacuatie plaats kan worden gegeven ten nadele van de krijgsoperaties.

In bepaalde gevallen zal het juist terwille van de gebrachte offers nodig zijn een gevechtsactie met alle beschikbare middelen voort te zetten en de gewonden zo goed of zo kwaad mogelijk ter plaatse te verzorgen.

Een tweede regel is dat niet verder wordt geëvacueerd dan strikt noodzakelijk is voor een adaequate behandeling. Vooral in onze omstandigheden is de

verleiding groot om alle gewonden en zieken op eventueel vergrote vredeshospitalen af te voeren en af te zien van de oprichting van mobiele formaties binnen divisie of legerkorps. Het bezwaar hiervan is dat vele specialisten aan hun functie worden onttrokken en later via depôts in aanvullingstroepen terechtkomen, waarin zij nooit zo tot hun recht komen als in hun oorspronkelijk team. Bovendien leidt dit systeem tot een onevenwichtige taakverdeling van de verschillende geneeskundige formaties.

Regel nummer drie is dat de evacuatie zo snel mogelijk moet geschieden. De redenen hiertoe zijn vele.

Ik wil hier slechts van noemen het feit, dat de aanwezigheid van gewonden een ongunstige invloed heeft op het moreel van de troep, dat de aanwezigheid van deze in verzamelplaatsen en verbandplaatsen de bewegelijkheid van deze formatie vermindert, terwijl deze zich juist snel moet kunnen verplaatsen om de gevechtsacties te kunnen volgen. Het is daarom, ook voor de meer naar achter gelegen eenheden gewenst, dat deze splitsbaar zijn in een mobiel gedeelte en een gedeelte dat achterblijft met een aantal gewonden in afwachting van verdere evacuatie. Bij een terugtocht moet de hoeveelheid personeel en materieel dat achterblijft om de onvervoerbare gewonden aan de vijand over te geven tot het uiterste worden beperkt en de orders daartoe moeten van de hoogst-aanwezige autoriteit uitgaan, vanzelfsprekend na het nemen van de meest uitgebreide veiligheidsmaatregelen.

Tenslotte is de krachtigste reden voor een snelle evacuatie wel deze, dat voor het bereiken van de beste kans op een snel en volledig herstel de gewonde zo snel mogelijk de meest deskundige en best geoutilleerde hulp verkrijgt.

De vierde regel is dat bij de evacuatie een zo economisch mogelijk gebruik moet worden gemaakt van de transportmiddelen. Dit niet alleen ter besparing van het materieel en benzine en olie maar ook omdat nooit bekend kan zijn welke extra-taken plotseling worden opgelegd en er dus steeds een zo groot mogelijke reserve moet gereedstaan. Behalve ziekenauto's zijn uit de aard der zaak ook andere transportmiddelen nodig. Ik sprak reeds over vliegtuigen, maar ook de spoortrein is nog steeds van grote betekenis. Wij kunnen onderscheid maken tussen speciaal gebouwde treinen, omgebouwde treinen en geïmproviseerde treinen. Ten onzent wordt door de electrificatie de bruikbaarheid van het spoorwegnet voor militair vervoer ernstig in gevaar gebracht.

Het spoorwegvervoer vraagt inlaadstations (afvoerstations) liefst dicht bij de hoofdverbandplaatsen, c.q. evacuatiehospitalen.

Voor waterverkeer in de binnenvaart kunnen aken worden gebruikt, gedeeltelijk alleen vervoermiddel, gedeeltelijk ook drijvend hospitaal.

Voor vervoer over zee kunnen we onderscheiden de hospitaalschepen die geheel als drijvend ziekenhuis zijn ingericht, evacuatie-schepen die geheel voor transport van gewonden en zieken zijn bestemd en troepentransportschepen die gedeeltelijk over hospitaal-accomodatie, al dan niet geïmproviseerd, beschikken.

Voor al deze transport-eenheden kent men in het buitenland vastgestelde organisaties. Voor de dienst op stations, havens en vliegvelden wordt of gebruik gemaakt van hoofdverbandplaatsen of veldhospitalen of van speciale detachementen. Het personeel voor de laatste is bij de Amerikanen georganiseerd in z.g. „holding battalions”.

Vóór de evacuatie in gang wordt gezet moet de z.g. triage plaatsvinden. Dit was oorspronkelijk een verdeling in 3 categorieën te weten één categorie voor

shock-behandeling, één categorie voor spoed-operatie en één categorie voor alle andere gevallen.

Nu verdeling mogelijk is in meerdere groepen, niet alleen afhankelijk van de nodige behandeling in verschillende formaties maar ook afhankelijk van verschillende transportmiddelen is het beter het cijfer 3 uit dit begrip te verwijderen en inplaats van triage te gaan spreken van transportclassificatie.

Vooral het stellen van de indicatie tot lucht-evacuatie kan van groot belang zijn. Ik wil hier niet de problemen van de lucht-evacuatie uitvoerig gaan behandelen doch wijs alleen op het feit dat het via de lucht gemakkelijk is de patiënten snel en rechtstreeks te vervoeren naar centra voor oogheekunde, hersen-chirurgie, plastische chirurgie, borstchirurgie en dergelijke. Bij de grond-evacuatie gaat deze verdeling over de verschillende super-specialistische centra steeds gepaard met overladen en tijdverlies.

Een bepaald begrip mag ik in dit verband niet buiten beschouwing laten en dat is het begrip evacuatie-beleid. Hieronder verstaan wij de tijd welke de patiënten bij de troep, dan wel op een hoger echelon kunnen worden verpleegd.

Wanneer het evacuatiebeleid voor een legerkorps bijvoorbeeld bepaald is op 30 dagen zullen diegenen verder worden vervoerd van wie moet worden aangenomen dat de verpleging langer dan 30 dagen zal duren. Met dit gegeven moet zorgvuldig rekening worden gehouden wanneer wij zullen becijferen de nodige ziekenhuisruimte in een bepaald gebied, dan wel het benodigde aantal transportmiddelen.

Voor het maken van een evacuatieplan is het nodig taxaties te maken van de te verwachten zieken en gewonden. Hiervoor bestaan uitgebreide tabellen empirische gegevens waarin de soort der aan de strijd deelnemende troepen en de aard der gevechten zijn gewaardeerd. Ook is het nodig gegevens te hebben over de soort der te verwachten verwondingen waarbij het vooral van belang is te weten welk percentage der slachtoffers liggend moet worden vervoerd.

De tijd nodig voor de evacuatie met een gegeven aantal voertuigen, dan wel het aantal voertuigen nodig voor de evacuatie in een gegeven tijd wordt gevonden met de formule van Mac Pherson, luidende:

$$T = \frac{i}{M} \times \frac{W \times t}{N}$$

waarin T is de tijd voor de evacuatie van alle slachtoffers, M het aantal voertuigen, W het totaal aantal patiënten, t de tijd nodig voor één retourrit en N het aantal patiënten dat in het voertuig plaats kan vinden.

Hierin moet bij kleine aantallen T zodanig naar boven worden afgerond dat

$$\frac{T}{t}$$

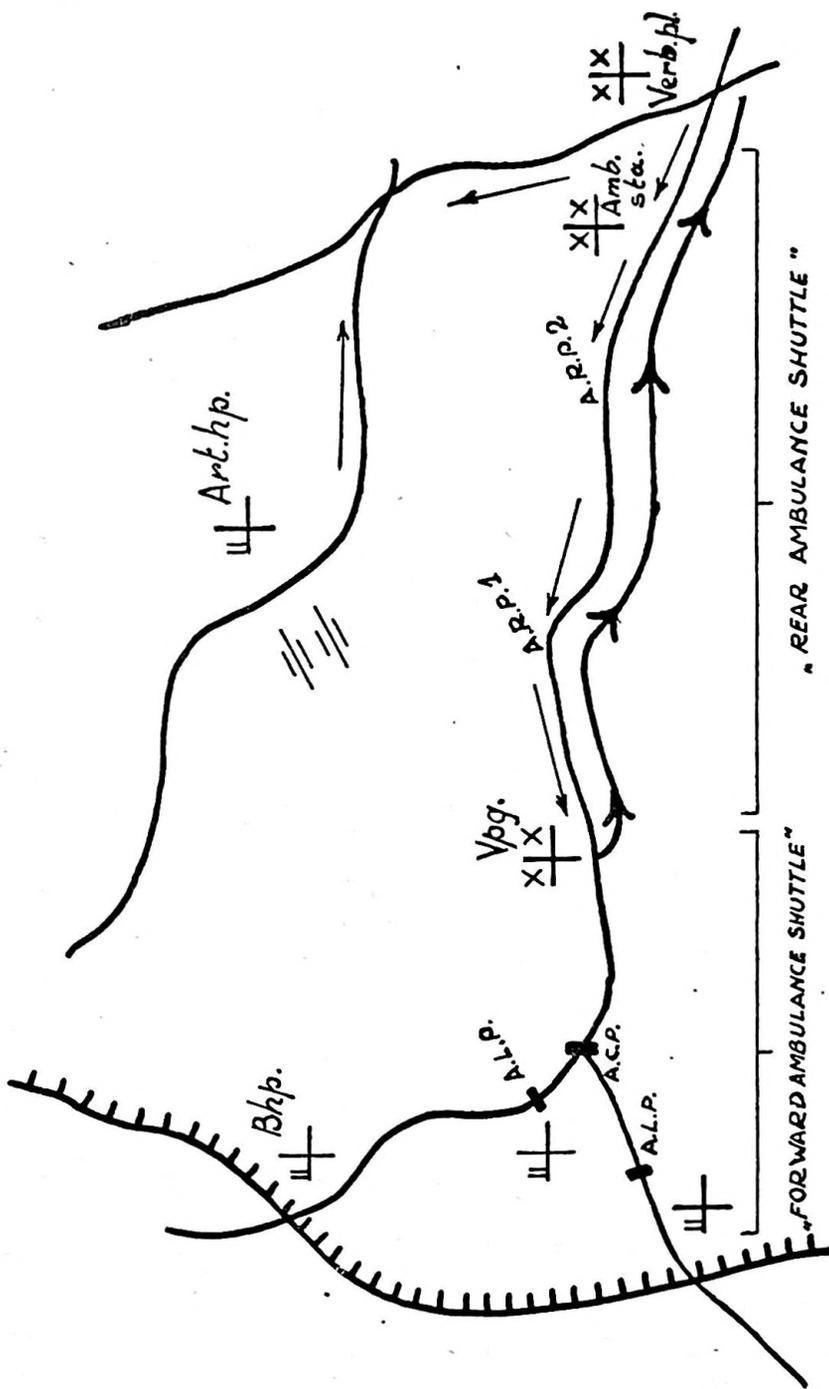
een heel getal oplevert, een correctie door een zeer pientere luitenant der geneeskundige troepen onlangs uitgevonden.

Overigens moet bij het toepassen dezer formule rekening worden gehouden met de vermoebaarheid van het personeel, met de tijd nodig voor de voeding der mensen en met het onderhoud der voertuigen.

ad 7. Inmiddels zijn wij aangeland bij het punt ziekenautotransport (plaat 5). Hieronder onderscheiden wij verschillende fasen:

PLAAT V

ZIEKENAUTO - TRANSPORT.



a. Voor de verzamelplaats wordt indien mogelijk de bataljonshulppost met auto's ledig gehouden, indien dit niet mogelijk blijkt moeten de gewonden worden gedragen, hetzij geheel tot de verzamelplaats hetzij tot een inlaadpunt (ALP = Ambulance loading post). Het verdient aanbeveling de auto's langs het circuit te verdelen, hierdoor wordt de kans op grote materiaalverliezen kleiner. Een auto die van de voorste lijn komt en een aflospunt (ARP = Ambulance Relay Post) passeert wordt dan meteen afgelost door een wagen die weer naar voren rijdt.

Vaak is het gewenst dat hierbij telkens ook van chauffeur wordt gewisseld teneinde te bereiken dat een klein deel van de route steeds door dezelfde chauffeur wordt gereden die alle moeilijkheden en mogelijkheden geheel leert kennen. Waar nodig wordt dan een controlepost ingericht (ACP = Ambulance Controll Post) waar de coördinatie van het vervoer wordt onderhouden.

Een goed functionerend ziekenauto-circuit is tevens verbindingsnet voor de geneeskundige dienst, althans bij de Engelsen waar alleen divisie-arts en C.-hulpverbandplaats een radio-zendontvanger hebben. Bij de Amerikanen is een medisch radio-net aanwezig, dat zich tot de bataljonshulpposten uitstrekt.

b. Naast deze „forward ambulance shuttle” bestaat de „rear ambulance shuttle”. De circulatie van auto's achter de verzamelplaats. Deze wordt bij de Engelsen onderhouden met de auto's van de hulpverbandplaats-afdelingen, dus in de divisie, niet als een eenheid doch in drie groepen. Wel kunnen deze groepen worden samengevoegd al dan niet versterkt met andere ziekenauto-eenheden. Achter de hulpverbandplaats werkt dan de compagnie voor gewondenvervoer van het legerkorps.

Bij de Amerikanen wordt het gehele vervoer tussen verzamelplaatsen en verbandplaats onderhouden door de compagnie ziekenauto's van het geneeskundig bataljon. Deze compagnie richt in, meestal dicht bij de verbandplaats of bij de staf van het medisch bataljon, een „Ambulance Station”, waar de bureaux, keuken en werkplaats worden gevestigd.

Van hieruit wordt het gehele divisiegebied systematisch gedraineerd, het plan dat aflospunten, controlepunten en dergelijke omvat, wordt uit de aard der zaak in nauw overleg met de Sectie G 4 van de divisiestaf ontworpen.

Hetzelfde geschiedt bij de legerkorpstroepen, en beide de divisieën en het legerkorps worden daarna leeggehaald door eenheden van leger. Anders dan bij de Engelsen is het legerkorps hier dus geen tussenschakel in het evacuatie-systeem. Hieruit blijkt tevens, dat het niet juist kan zijn van vreemde legers divisie- of zelfs legerkorporganisaties over te nemen zonder rekening te houden met leger- en legergroep-eenheden. Divisie of legerkorps zijn medisch nooit self-supporting doch steunen voor een groot deel op leger. Ik hoop hier in mijn laatste hoofdstuk nog even op terug te komen.

ad 8. Voor de hospitalisatie wordt beschikt over verschillende formaties, gedeeltelijk mobiel, gedeeltelijk semi-mobiel (d.w.z. verplaatsbaar maar niet met eigen voertuigen) en immobiel.

De formaties voor voorlopige behandeling kunnen in een statische toestand uit de aard der zaak ook voor definitieve hospitalisatie worden gebruikt.

Wij kennen bij de verschillende geallieerden allerlei typen van hospitalen:

Bij de Engelsen:

het 50-beds Field-hospital, mobiel;

het Field-dressing station, mobiel;

het Casualty-clearing station, mobiel (deze beide tevens voor andere taken bestemd);

het General Hospital, 200-, 600- of 1000-beds, semi-mobiel en voorzien van specialistenstaven, soms alleen voor chirurgie en interne geneeskunde, soms met uitbreidingen voor de andere specialismen. Dit door ons betiteld als B-hospitaal;

het Base-Hospital, immobiel, bij ons betiteld als A-hospitaal.

Daarnaast nog enkele speciale formaties zoals:

Forward Malaria Treatment Station, mobiel, een speciaal voor malaria-behandeling omgeorganiseerde hoofdverbandplaats;

Advanced Light Casualty Hospital, hetzelfde maar nu voor lichtgewonden, bij ons betiteld als C-hospitaal;

Convalescent Depot, bestemd voor her-training van degenen die via een Depôt naar de troep teruggaan.

Bij de Amerikanen:

het Evacuation Hospital, semi-mobiel, 400 beds;

het Convalescent Hospital voor her-training;

het mobiele of Portable Surgical Hospital, zéér mobiel;

het Field Hospital, capaciteit 400 bedden, zéér mobiel;

het Station Hospital, immobiel, een soort kantonnementsziekenverblijf van wisselende grootte;

het General Hospital, soms semi-mobiel, doch meestal mobiel, capaciteit tot 2000 bedden, voorzien van volledige specialistenstaf.

Vaak zijn groepen van hospitalen verenigd tot „medical area's" bij de Engelsen of „Hospital Centers" bij de Amerikanen.

Voor indeling bij de verschillende hospitalen wordt beschikt over grote aantallen specialistische groepen, welke bij de Amerikanen vaak verenigd zijn tot z.g. „Medical Service Units".

Het zou ons te ver voeren ook de systemen van andere landen te bespreken, met name de Zwitsers hebben een fraai aan hun omstandigheden aangepast systeem, dus ik moet mij beperken tot deze opmerkingen over die organisaties waarmede wij het meeste te maken hebben.

De behoefte aan hospitaal-accomodatie in legerkorps, leger, etappe of basis hangt af van het evacuatiebeleid. Wel kunnen wij een algemeen gemiddelde behoefte berekenen uit de volgende gegevens.

Door elkaar genomen heeft een grote eenheid 3 ‰ van de sterkte per dag ziek te melden. Hiervan herstelt 40 % binnen één week en 50 % binnen 3 weken. Voor de zieken is derhalve nodig een totaal bedden capaciteit van pl.m. 6 % van de totale sterkte, voor zieken en gewonden van 10—12 %. Ik kom hierop terug in mijn laatste hoofdstuk.

ad 9. De revalidatie heeft een dubbel doel: zo snel mogelijk herscholen voor frontdienst, zo hoog mogelijk opvoeren van de vaardigheden teneinde nog een behoorlijke ABOHZIS te behouden en indien dit alles niet mogelijk is door onvermijdelijke afkeuring dan beperken van de invaliditeit en dus bezuinigen op pensioenen en verhoging van de productiviteit. Men moet herstellingsorden en convalescent-hospitalen niet zien als zonnige lustoorden waar liefvallige verpleegsters de herstellende strijders koesteren, doch veel meer als heropvoedingsinstituten waar de lichamelijke en disciplinaire herscholing zo intensief is dat de patiënt naar zijn front-baantje terugverlangt.

Voor de geestelijk-gestoorden zijn uit de aard der zaak speciale instituten nodig. Deze brengen wij bij voorkeur zo ver mogelijk naar voren teneinde evacuatie buiten het gevechtsgebied te voorkomen, omdat dit tot massale simulatie zou kunnen leiden. Voor het werk zijn psychiaters nodig met front-ervaring en met een zeer militaire instelling. Kennis van de militaire geestesstoornissen moet iedere officier zich eigen maken.

Teneinde niet in medisch-technische details te geraken moet ik hierover verder zwijgen, evenals over de speciale problemen van de geslachtsziektenbestrijding.

ad 10. De aanvulling van geneeskundig materieel is bij de Engelsen geheel in handen van de geneeskundige dienst zelve. Militaire apothekers zijn er niet: de niet-medische kwartiermeester van de geneeskundige dienst bijstaan door „dispensers" regelt de aanvulling en uitgifte.

Ten onzent was ontworpen een kleine groep pharmaceutisch personeel in de hulpverbandplaatsafdeling, fungerend als uitdeelpost voor één brigade, en een apotheker met personeel en voorraden in het divisie-veldhospitaal. Grotere veldapotheken konden dan worden ingedeeld bij de B-hospitalen en dergelijke. Voor de distributie hadden de Engelsen „Depots of Medical Stores", hetzij immobiel op de basis, hetzij bewegelijk voor de legerkorpsen. Het „Base Depot" was dan tevens herstelplaats voor instrumenten, brillen en dergelijke.

Bij de Amerikanen vullen de Regimenten aan op de afdeling „Supply" van het geneeskundig bataljon. De geneeskundige bataljons van legerkorps en divisies vullen aan op de z.g. Depôtcompagnie welke minimaal ten getale van 1 per leger, meestal echter tot 1 per legerkorps aanwezig was en bestond uit een vast peloton voor beheer en reparatie en een aantal mobiele pelotons voor de distributie.

Bij deze werkwijze moet de pharmaceutische dienst zich geheel inpassen in het logistiek systeem en het behoeft geen betoog dat de leidende apothekers hiertoe een grondige opleiding behoeven.

Dit wordt nog klemmender wanneer wij overwegen dat in de steeds meer zelfstandig functionerende geneeskundige dienst ook de aanvoer van intendant-materieel en zelfs van wapens en munitie, levensmiddelen en zelfs voertuigen over een bureau-materieelvoorziening moet lopen, zodat een uitgebreide opleiding in de wetenschap en methodes der logistiek voor de leidende apothekers noodzakelijk is.

ad 11. De tandheelkundige verzorging is bij de Engelsen in handen van tandartsen met hulppersoneel, ingedeeld bij de geneeskundige formaties, aangevuld met kleine mobiele tandheelkundige groepen. Het voordeel hiervan is dat het tandheelkundig personeel tijdens het gevecht met neventaken kan worden belast.

Ten onzent werd aanvankelijk naar Canadees voorbeeld in de divisie-organisatie een tandheelkundige compagnie ontworpen, bestaande uit een staf en een aantal mobiele detachementen.

Het bezwaar van een tandheelkundige organisatie die los staat van de geneeskundige is een overbodige doublure in staffuncties, te meer klemmend omdat het hierdoor nodig zou worden ook tandartsen zodanig op te leiden dat zij het tactisch geheel overzien.

Bij de Amerikanen is het tandheelkundig personeel verzameld in een groep

van de Staf van het Geneeskundig Bataljon. De Divisie-tandarts kan zich zo doende geheel op zijn technische taak concentreren en is ontlast van huis-houdelijke en tactische beslommingen.

ad 12. Een van de voornaamste taken in de M.G.D. te velde is wel het leiden en coördineren van de boven beschreven formaties. Hiermede is op ieder niveau een officier van gezondheid belast:

Bij het bataljon of overeenkomstige eenheid de Bataljonsarts of bij de Amerikanen de Cdt. van het bij het bataljon geplaatste peloton of detachement;

Bij de brigade bij de Engelsen de Cdt. van de toegevoegde HpVAfd. bij het Regiment, bij de Amerikanen de Cdt. van de organieke geneeskundige compagnie.

Op het Divisieniveau ontstaan er echter grote verschillen:

Bij de Engelsen is de A.D.M.S., Assistant Director of Medical Services, kolonel-divisiearts min of meer bevelvoerder over de geneeskundige formatie.

Bij de Amerikanen is voor de administratieve bevelvoering de Cdt.-Geneeskundig Bataljon ingeschakeld en de Lt.-Kol. Divisie-arts is geheel staf-officier. Hij geeft zelf géén orders uit doch adviseert de divisie-commandant, hij zal wel vaak inspecties houden over de geneeskundige formaties en moet daarom ouder in rang zijn dan C.-Geneesk. Bataljon doch doet dit als vertegenwoordiger van de divisie-commandant en niet in de eerste plaats als technisch chef.

Om deze reden moet hij geheel thuis zijn in de stafdienst. Wij zien bij de Amerikanen meer deskundigheid op militair gebied van de medische staf-officieren maar ook meer kennis van de geneeskundige dienst bij de andere Staf-officieren en de troepen-officieren.

Ook op legerkorpsniveau zien wij weer een belangrijk verschil:

Bij de Engelsen is immers de brigadier leger-korps-arts, de technische chef van de divisie-artsen.

Bij de Amerikanen is hij wel de technische chef van de commandanten der geneeskundige formaties, doch niet van de divisie-artsen.

Zelfs voor de leger-arts is dit niet het geval. Technische leiding gaat alleen uit van de chef geneeskundige dienst in de „Communications Zone“.

De taak van al deze heren in de staf is in het kort de volgende:

1. Taakverdeling van de geneeskundige formaties, hetzij voor bepaalde onderdelen of gevechtsgroepen, hetzij voor bepaalde categorieën patiënten waarbij voldoende personeel en materieel in reserve moet worden gehouden voor onverwachte complicaties;
2. adviezen voor het stellen van regels en het uitvoeren van maatregelen voor de gezondheidszorg;
3. regeling van de evacuatie voor zover binnen zijn ressort, uit de aard der zaak in nauw contact met G 3 en G 4;
4. regeling van de aanvulling van genees- en verbandmiddelen;
5. regeling van de geneeskundige verzorging van onderdelen die niet over geneeskundig personeel beschikken;

Noot van de Inspecteur Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht:

Nader zal nog moeten worden bestudeerd of deze Amerikaanse organisatie onder deze omstandigheden ook de beste bevelsverhoudingen geeft.

6. regeling van de locatie en verplaatsing der geneeskundige eenheden, in nauwe samenwerking met G 3. Hij moet hiertoe alle plannen kennen, maar ook kunnen begrijpen.

Ik zal U niet vervelen met een opsomming van de personeelbezetting van de verschillende sectiën geneeskundige dienst in de staven, doch mag U niet verzwijgen dat in legerkorps en leger, soms reeds in de divisie adviserende hygiënisten en psychiaters nodig zijn en dat de sectie geneeskundige dienst in de staf van een zelfstandige expeditionaire macht, of deze nu bestaat uit een legergroep, een leger of slechts een legerkorps vrij groot moet zijn, omdat van hieruit ook wetenschappelijke aanwijzingen moeten worden gegeven. Terwille van de verhoudingen moet het hoofd van deze Sectie wel een opperofficier zijn.

Zijn bureau heeft de volgende afdelingen:

1. Administratie en registratie;
2. Hospitalen:
 - a. Oprichting hospitalen;
 - b. Administratie en toezicht;
3. Materieel;
4. Personeel, met onderafdelingen voor medisch, tandheekkundig, vrouwelijk en burgerpersoneel etc.;
5. Evacuatie met secties voor weg-, spoor-, lucht- en watertransport en voor statistiek;
6. Preventieve geneeskunde;
7. Specialisten-indeling;
8. Wetenschappelijke voorlichting;
9. Tandheekkunde;
10. Diversen zoals: revalidatie, krijgsgevangenen, opleiding etc.

Het tactisch gebruik van de geneeskundige formaties is een interessant spel dat slechts gespeeld kan worden door hen die de strategie en tactiek in het algemeen enigszins onder de knie hebben.

Het zou mij zeker te ver voeren U de aanpassing van de geneeskundige dienst aan de verschillende operaties te schetsen. Ik moge daartoe verwijzen naar het Engels voorschrift „Training Pamphlet RAMC No. 2” en de Amerikaanse voorschriften „Medical Service of Field Units” en „Medical Units in a Theatre of Operations” (de Field Manuals 8—5 en 8—10).

Evenzo moet ik er van afzien U te schilderen de werking van de geneeskundige dienst bij zeer bijzondere operaties zoals de landing, de rivierovergang en de luchtlanding, waarbij vaak speciale eenheden en bijzondere organisaties en uitrustingen nodig zijn.

De evacuatie bij de pantserstrijdkrachten is een nog niet geheel opgelost probleem omdat aanpassing aan de snelle bewegingen en de vaak grote diepte zeer moeilijk kan zijn.

Ik wil hierover slechts dit zeggen, dat bij de gevechtsgroepen formaties moeten worden ingedeeld die zeer sterk splitsbaar zijn, die snel en gedeeltelijk zelfs gepantserd materieel hebben en dat de beste methode is het geconcentreerd houden van de geneeskundige formaties bij de gevechtsgroep, terwijl na radio-berichten waarin gewonden of zieken worden gemeld kleine detachementen naar de plaats des onheils uitzwermen. Zonder goede radio-verbindingen is geen geneeskundig systeem bij pantserstrijdkrachten bestaanbaar.

Het tactisch gebruik van de geneeskundige formaties is mogelijk door verschillende manipulaties zoals:

1. Afwisselend verplaatsen met tijdelijke overdracht van werkzaamheden;
2. Echelonsgewijze verplaatsen der formaties waarbij gezorgd moet worden dat de aanwezige gewonden worden behandeld en afgevoerd, terwijl in een nieuwe situatie weer een evacuatie-systeem wordt opgebouwd;
3. Overgeven van patiënten aan andere formaties. Zo zag men bij bepaalde operaties een bataljonshulppost overnemen door een verzamelplaats of verbandplaats, terwijl deze weer werd afgelost door een veldhospitaal of nog grotere formatie.

Bij dit alles moet tevoren reeds rekening gehouden met de te verwachten ontwikkeling van de strijd. Zo zien wij vóór de aanval de geneeskundige eenheden zich reeds naar voren bewegen, natuurlijk onder de vereiste veiligheidsmaatregelen dus meer beschermd door maskeringsmateriaal dan door grote Rode Kruis-emblemen, en zich inrichten op die punten achter de uitgangstelling waar de meeste verliezen zijn te verwachten.

Bij de verdediging zien wij de minder mobiele formaties zich naar achter verplaatsen om bij vijandelijke penetraties geen direct gevaar te lopen. Steeds moet men zich realiseren dat een grotere afstand waarover geëvacueerd moet worden, gebrek aan transportmiddelen kan veroorzaken, zodat men met vele factoren rekening moet houden en wel steeds in de allereerste plaats met de belangen van de eigenlijke gevechtsvoering.

Dit alles kan slechts bereikt in een goede verstandhouding tussen de M.G.D. en de andere wapens en diensten, in een goed begrip voor elkaars taak en methodiek en in een goede wederzijdse waardering zonder welke de vorming van een hecht team niet mogelijk is.

§ 5. De invloed van de oorlogstoestand op de z.g. vredesdienst.

Wanneer ik thans kom tot mijn laatste hoofdstuk: de invloed van de oorlogstoestand op de z.g. vredesdienst dan zal ik mij wederom moeten beperken tot enige saillante punten.

De overgang naar de oorlogstoestand is slechts mogelijk na een grondige voorbereiding: opleiding van personeel met zeer ruime reserve (omdat spoedopleiding van geneeskundig hulp personeel niet mogelijk is), oplegging van materieel en vooral een mentale voorbereiding voor de oorlogstaak. Dit laatste is gemakkelijk gezegd, doch omvat zeer veel. Ik schetste U reeds eerder de moeilijkheden bij de instelling van de arts tegenover zijn militaire taak. Hier komt nog bij een nieuwe moeilijkheid, n.l. een inbreuk op de persoonlijke verhouding van de arts tot zijn patiënt, die in vredesomstandigheden ook binnen de dienst vrijwel normaal kan blijven.

In de oorlog moet deze verhouding veranderen: de geneeskundige dienst werkt geëchelonned, de patiënten worden steeds aan andere instanties overgegeven; om deze reden moet een systematische behandelingswijze worden gevonden en voorgeschreven. De arts kan niet meer geheel naar eigen inzichten zijn behandeling bepalen, maar moet zich inschakelen in het team van zijn dienstvak en de door dit team gekozen methode toepassen. De eis van discipline gaat hierin meerdere betekenis krijgen en het zal de Officier van Gezondheid soms nodig zijn zich te herinneren dat hij letterlijk dezelfde officiers-eed aflegde als zijn collega's van de wapens.

Tot de oorlogsvoorbereiding behoort ook het ontwerpen van de organisatie der formaties. Ik kan hier uit de aard der zaak niet ingaan op details, doch wil toch gaarne enkele woorden wijden aan onze nationale situatie. Wat zullen

wij in het algemeen nodig hebben? Als wetenschappelijke liefhebberij is het niet moeilijk op papier een harmonische strijdmacht te construeren, doch wanneer wij met beide benen op de grond blijven, op onze eigen grond wel te verstaan, dan is het niet te ontkennen dat wij steeds zullen steunen òf op ons achterland, òf op geallieerde evacuatie- en hospitalisatie-systemen, waarmede overigens niet gezegd wil zijn dat wij daaraan niet enige bijdragen zouden moeten leveren.

Zoals bekend werden vele zieken en gewonden in 1939 en 1940 ondergebracht in de z.g. centrale hospitalen, dat wil zeggen administratieve staven beschikkend over een aantal bedden in verschillende burgerziekenhuizen van onze grote steden.

Een deel van het personeel, met name dat voor de gewondentreinen en voor de afvoerstations en derg. was geleverd door het Ned. Rode Kruis uit de buitengewoon dienstplichtigen gerecrueteerd.

Wanneer wij er thans op rekenen dat dat in de toekomst ook zal kunnen dan geloof ik niet dat wij nog met beide benen op de grond staan; integendeel, wij zweven in dromenland en kunnen nog slechts evacueren naar luchtkastelen!

De totale oorlog die ons boven het hoofd hangt zal immers zoveel burgers treffen, dat de burgerziekenhuizen noch geheel noch gedeeltelijk door militaire instanties zullen kunnen worden ingenomen. Het Nederlandse Rode Kruis beschikt thans niet over buitengewoon dienstplichtigen, bovendien zijn de algemene eisen van vakbekwaamheid en militair besef van geneeskundig personeel zo hoog dat halve of hele vrijwilligers hieraan niet zullen voldoen, óók lichamenlijk niet.

Voorts is het zeer waarschijnlijk dat de hier en daar opgerichte mobiele formaties van het Rode Kruis hard en hard nodig zijn voor hulp aan de burgerbevolking.

Wij zijn dus niet verantwoord zonder dat wij de inrichting voorbereiden van nood- en hulp-hospitalen hetzij in tenten, hetzij in gebouwen tot een totaal bedden-capaciteit van 8—10 % van de ontworpen legersterkte.

Een deel hiervan zal mobiel moeten zijn, zulks om te voldoen aan het principe dat niet te ver naar achteren mag worden geëvacueerd. Bovendien zijn tussen-stations nodig voor de classificatie der gewonden en voor de coördinatie van het vervoer.

Wanneer wij ons een frontlijn voorstellen dan doen wij dat liefst zo ver mogelijk Oost van onze grote centra. Als wij nu de illusie koesteren alle gewonden naar het Westen van het land te kunnen afvoeren dan zal dit voor velen de dood betekenen omdat de reis te lang duurt en tevens zal een zo enorme hoeveelheid ziekenauto's aan deze evacuatie moeten deelnemen, dat de kosten daarvan die van een aantal mobiele ziekeninrichtingen in belangrijke mate te boven gaan. De thans bestaande vredes-installaties der geneeskundige dienst zullen moeten worden uitgebreid. De staven en bureaux zullen moeten worden versterkt. Inrichtingen voor neurose-behandeling en voor revalidatie zullen moeten worden opgericht.

Terwijl de thans bestaande inrichtingen meer zijn ingesteld op de gedachte de mensen in zo goed mogelijke conditie aan de burgermaatschappij terug te geven zal dan het hoofddoel moeten zijn het strijdende leger zo snel en zo goed mogelijk weer het uitgevallen personeel terug te geven.

De hospitalen zullen zich in dezelfde richting moeten bewegen, het keurings- en selectie-systeem zal op hoogspanning moeten werken, de hospitalen zullen

gedeelten van hun personeel af moeten splitsen als specialistische groepen en wellicht zelfs gehele mobiele formaties moeten afstoten, deze eenheden kunnen immers niet functionneren als zij uit samengeraapt personeel bestaan inplaats van uit mensen die gewend zijn samen te werken.

Aan de opleiding en her-opleiding van het lager personeel zullen de hospitalen zeer actief deel moeten nemen. Wetenschappelijk onderzoek, toegespitst op toepassing in de strijd moet hoog worden opgevoerd.

De ervaringen van de laatste wereldoorlog leren, dat juist in oorlogstijd grote wetenschappelijke resultaten worden geboekt en ik denk hierbij niet alleen aan de grote vooruitgang in de luchtvaart-fysiologie die zich plotseling moest aanpassen aan ongekende hoogten en snelheden (evenals bij de marine en duikboot-fysiologie zich snel ontwikkelde) maar ook aan grote vorderingen in preventief opzicht (malaria-bestrijding, preventie van andere tropenziekten, de heruitvinding van het D.D.T. waardoor de vlek-typhus van de lijst der problemen kon worden afgevoerd) en in curatief opzicht (penicilline, sulfa-preparaten) en ook op specialistisch-chirurgisch terrein n.l. de orthopaedie, borst- en hersen-chirurgie en niet op de laatste plaats de plastische chirurgie). Ook de geestelijke hygiëne en de neurose-behandeling kregen nieuw leven.

Dit alles is slechts mogelijk door loyale samenwerking binnen de dienst doch eveneens is onmisbaar een goede samenwerking met andere militaire instanties en civiele geneeskundige instanties.

Deze noodzakelijke samenwerking is de enige weg tot de vorming van een evenwichtig werkend team en tot de vorming van de eendracht zonder welke geen macht kan bestaan en geen volk enige weerstand heeft.

De Voorzitter:

Dr. v. d. Vegt, het applaus heeft U al geleerd, hoezeer wij Uw voordracht hebben gewaardeerd. Ik hoop hier nog nader op terug te komen.

Mag ik dan nu verzoeken aan degenen, die nog iets hebben te vragen of in debat willen treden, zich op te geven. In de eerste plaats geef ik dan het woord aan Generaal Wilkens.

Inspecteur Geneesk. Dienst der Kon. Landmacht Generaal-Majoor Dr. J. Th. Wilkens:

Gaarne wil ik in de eerste plaats het Bestuur van de Vereniging ter beoefening van de Krijgswetenschap dank zeggen voor het feit, dat èn in het Wetenschappelijk Jaarbericht èn door het organiseren van deze voordracht een zeer grote belangstelling voor de Geneeskundige Dienst is getoond. Ik meen hieruit de conclusie te mogen trekken, dat men thans ook de beschouwingen over deze dienst onder krijgswetenschappen rekent, en dit op zichzelf reeds verheugt mij zeer.

Mijn instelling in deze berust misschien ietwat op een minderwaardigheids-complex; toch is het een feit, dat nog niet zo heel lang geleden de geneeskundige dienst veelal werd beschouwd als een goedwerkend ziekenfonds voor militaire patiënten.

Dat de geneeskundige dienst iets geheel anders is, zal U ook na deze uitstekende voordracht, waaraan ik geen woord heb toe te voegen, duidelijk zijn. Het is dan ook niet mijn bedoeling in debat te treden, doch ik zou gaarne enkele punten nader onderstrepen.

Overste Van der Vegt heeft de geneeskundige dienst de plaats van een wapen willen geven. Inderdaad moet onze dienst beschouwd worden als een essentieel onderdeel van een leger, in oorlogstijd even onmisbaar als artillerie of genie.

Immers wij werken door keuring en selectie mede aan de harmonische opbouw van de krijgsmacht, de juiste man op de juiste plaats brengend. Door snelle afvoer en behandeling van zieken en gewonden in tijd van oorlog dragen wij zeer belangrijk bij tot het oplossen van het vraagstuk van de „manpower”. In de derde plaats verzorgen wij door onze hygiënische en preventieve maatregelen de beveiliging van het leger, ook op deze wijze een rol spelend bij het op peil houden van de mankracht.

Het is mij altijd een raadsel geweest, waarom men de beveiliging tegen vijandelijke vuur, de gevechtsbeveiliging, wél als een tactisch probleem zag, de beveiliging tegen ziekte niet. In feite liggen zij op hetzelfde niveau, wat nog duidelijker wordt wanneer wij bedenken, dat bij de biologische oorlogvoering ziekten gebruikt zullen kunnen worden als offensief wapen.

Een keten is zo sterk als de zwakste schakel; laten wij hopen en er voor werken dat in ons leger de geneeskundige dienst niet de zwakke schakel zal zijn.

A. W. Mellema :

1. Tijdens het gedeelte van de voordracht van Dr. v. d. Vegt, handelend over de evacuatie van zieken en gewonden uit de gevechtszone, werd door de spreker de evacuatie per vliegtuig aanbevolen. Hierbij achtte hij het mogelijk, dat de vliegvelden waar vandaan de evacuatie plaats zou vinden, beschermd zouden zijn conform de Conventie van Genève. Ik ben evenwel van mening, dat genoemde conventie *niet* een dergelijke beschermingsmogelijkheid biedt en ook niet kan bieden, daar vliegvelden of airstrips in de gevechtszone ten allen tijde een eerst klas militair aanvalsobject zullen betekenen.

2. In de tweede plaats moge ik spreker dank zeggen voor zijn heldere uiteenzetting van de taak van de Geneeskundige Dienst. Gedeeltelijk is zijn betoog ook van toepassing op de Kon. Marine, in het bijzonder wat betreft de positie van de officieren van gezondheid. Ik moge daarbij memoreren, dat ik 22 jaar geleden als jong officier van gezondheid in de Marine komend, allerwege de opvatting hoorde verdedigen dat de geneeskundige dienst een noodzakelijk kwaad was, met de nadruk op „kwaad”. Geleidelijk is deze opvatting veranderd, waardoor thans het accent op het woord „noodzakelijk” is komen te vallen en de waardering van de geneeskundige dienst dienovereenkomstig toegenomen is. Voorts liet de regering meerdere vlootplannen vallen, waarbij ik wel eens heb menen op te merken, dat daarna uniform- of tituluurwijzigingen afgekondigd werden. Zo werd na mislukking van het laatste vlootplan van 3 eskaders, de tituluur der officieren zodanig gewijzigd, dat de artsen, officieren bij de Kon. Marine thans dezelfde tituluur hebben als de officieren van andere korpsen in de Marine. Hiermede is in de Kon. Marine reeds bereikt, wat Dr. v. d. Vegt op dit punt bepleit heeft voor de Kon. Landmacht.

Tenslotte moge ik de hoop uitspreken, dat de Overheid en de Legerleiding door de voordracht van Dr. v. d. Vegt de groeiende belangrijkheid van de geneeskundige dienst nog meer zullen inzien en de daarbij werkende krachten zullen belonen conform hun daarmee gelijk te stellen dienaren in burgerlijke Rijksdiensten.

Kapitein der Artillerie C. G. Langelaar :

In hoeverre bestaat de kans, dat taak en werkwijze van een moderne Militair Geneeskundige Dienst, als zozeer daadwerkelijke factoren in en zo nauw verbonden met de krachtsinspanningen tijdens een totale oorlog, de conventie van Genève tot een dode letter zouden maken.

Luitenant-Generaal M. R. H. Calmeijer :

Mag ik als laatste thans zelf een vraag stellen.

Een van de tendenzen, die in het gesprokene van hedenavond naar voren zijn gekomen is, dat de geneeskundige dienst geen uitzonderingspositie moet innemen t.o.v. de andere wapens en dienstvakken, ja, zelfs geen dienstvak maar een wapen moet zijn, naast de andere wapens.

In dit opzicht meen ik echter in Uw voordracht een tegenspraak ontdekt te hebben, daar U het hoofd van de geneeskundige dienst niet onder, maar naast de legerleiding zoudt willen zien, rechtstreeks ressorterende onder de M.v.O. Dit is dus wel degelijk een uitzonderingspositie, die geen enkele wapenchef voor zich opeist.

Ik zou hierover gaarne een nadere toelichting ontvangen.

Dr. v. d. Vegt :

Mijnheer de Voorzitter,

Wanneer U mij toestaat degenen die vragen stelden op de rij af te beantwoorden, dan moge ik beginnen met de Generaal Wilkens dank te zeggen voor zijn waarderende woorden en ook voor de steun en belangstelling, welke ik bij de samenstelling van deze lezing van hem mocht ondervinden.

De Kolonel Mellema vraagt in hoeverre bescherming van een vliegveld door de Conventie van Genève mogelijk zou zijn. Ik meen dat wanneer een vliegveld uitsluitend voor evacuatie van gewonden en zieken wordt gebruikt, het tot de vaste formaties van de Geneeskundige Dienst zou kunnen worden gerekend. Zeker geldt dit voor de gebouwen waar gewonden en zieken worden ondergebracht in afwachting van het transport. Wanneer op dit vliegveld uitsluitend vliegtuigen staan, die wit zijn geschilderd en van Rode Kruis-tekens voorzien, dan kan het materieel en personeel aanspraak maken op de bescherming. Bovendien zal het de vijand dan duidelijk zijn, dat er voor zijn aanvallen wel belangrijker objecten zullen bestaan.

De Kapitein Langelaar vreest dat de Conventie van Genève een dode letter zal worden wanneer de strategische betekenis van de M.G.D. zo groot is en deze dienst geen uitzonderingspositie in het geheel blijft innemen. Ik kan dit gevaar niet zo hoog achten. In de eerste plaats moeten wij in het oog houden, dat de Conventie de gewonden en zieken beschermt. De bescherming van het personeel is secundair en gaat niet verder dan voor de gewonden en zieken nodig is. De nieuwe Conventie heeft zich ook meer op de realiteit ingesteld dan voorheen het geval was. Dat een vijand terwille van het strategisch belang en om het moreel te treffen juist de geneeskundige formaties zal aanvallen is geenszins ondenkbaar. In vele omstandigheden zullen wij dan ook meer vertrouwen moeten stellen in een goede maskering dan in het Rode Kruis-embleem.

De Generaal Calmeijer vraagt zich af of er geen tegenstrijdigheid ligt in mijn opvatting dat de M.G.D. intensief in het grote geheel moet medewerken en de stelling dat de leiding van de M.G.D. niet onder de legerleiding doch daarnaast en rechtstreeks onder de Minister zou moeten ressorteren. Ik moge hierop antwoorden, dat het zeker niet mijn bedoeling was een geheel afzonderlijke bevelvoering te propageren. Ik acht het echter (met een groot deel van de buitenlandse en met name de Belgische vakpers) onjuist dat de I.G.D.K.L. zou ressorteren onder of Adjudant-Generaal of Kwartiermeester-Generaal. Hij behoort zijn eigen plaats *in* de legerleiding te hebben. Orders van leken om patiënten op een bepaalde wijze te behandelen moeten onmogelijk zijn. Geen Nederlands medicus zou deze kunnen aanvaarden. De zelfstandigheid behoeft zich dan echter ook niet uit te strekken tot de niet geneeskundige aangelegenheden.

De Voorzitter:

Ik heb zo juist reeds gezegd, dat het warme applaus reeds heeft getoond, hoezeer Uw voordracht is gewaardeerd. U heeft ons hedenavond duidelijk een beeld gegeven van en Uw opvatting uitgesproken over de geneeskundige dienst in oorlogstijd en op een wijze, die ik niet beter zou kunnen waarderen dan Uw hoogste chef, de generaal Wilkens dit deed, toen hij zeide, dat hij hieraan niets had toe te voegen. U heeft tevens een handleiding gegeven in de behandeling van officieren van gezondheid, maar mij in de pauze beloofd te gelegener tijd ook de officieren van gezondheid een handleiding te zullen verstrekken voor de behandeling van de andere officieren.

U hebt ons voorts getoond het belang en het nut van de geneeskundige dienst. Dat Uw stem in dit opzicht niet was die van een roepende in de woestijn, wordt reeds bewezen door het feit, dat de Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap een dergelijke ruime plaats aan een verhandeling over de geneeskundige dienst heeft ingeruimd.

Dat de militair-geneeskundige dienst in leidende militaire kringen op de juiste waarde wordt geschat, moge ik nog met een kleine anecdote illustreren.

Enige tijd geleden heeft een stafofficier, de generaal Wilkens weet wel, wie ik bedoel, mij gevraagd of het niet mogelijk is, dat hij gaat studeren voor arts, niet met de bedoeling om arts te worden, maar om als stafofficier een specialist te worden op militair-geneeskundig gebied.

Ik heb het aanbod zeer gewaardeerd, maar ben hier toch niet op ingegaan, omdat de omgekeerde weg, die Dr. v. d. Vegt ook heeft aangegeven, mij practischer voorkomt. Ik hoop het nog te beleven, dat het korps beroepsofficieren van gezondheid met jongere krachten zodanig is aangevuld, dat jaarlijks tenminste één officier van gezondheid de H.K.S. kan bezoeken, tezamen met zijn kameraden van de andere wapens.

Ik dank U nogmaals voor Uw interessante voordracht en eindig met het verzoek aan de debaters, om uiterlijk Dinsdag a.s., liefst in machineschrift, bij de secretaris, wat zij gesproken hebben, in te leveren.

STELLINGEN

1. De taak van de Geneeskundige dienst in oorlogstijd bestaat uit:
 - a. het geven van leiding en advies bij de bescherming van de gezondheid van niet alleen degenen die bij de krijgsmacht dienen, maar ook van allen die deel uitmaken van het zich tot de strijd inspannende volk. Voor de eerste groep is een actief medewerker van alle militaire instanties noodzakelijk, voor de tweede groep zal veelal volstaan kunnen worden met een niet ontworpen van de civiele apparatuur voor de gezondheidszorg;
 - b. opleiding tot verlening van goede eerste hulp door allen, die zelf gewond raken, of zonder hun strijdende taak te verwaarlozen gewonde kameraden kunnen helpen;
 - c. voortgezette hulp door hoger en lager geneeskundig personeel, zowel van gewonden als van zieken en transport van deze gewonden en zieken naar geneeskundige inrichtingen;
 - d. vestiging van geneeskundige formaties, hetzij mobiel, hetzij vast op de plaatsen waar zulks nodig is;
 - e. voorziening van alle onderdelen van het benodigde geneeskundige materieel, alsmede van tandheelkundige verzorging.
2. Zonder een goed functionerende geneeskundige dienst is een moderne oorlogsvoering, zoal niet onmogelijk, ten zeerste bemoeilijkt, strategisch in hoge mate risquant en economisch ongelooflijk kostbaar.
3. Een militair geneeskundige dienst kan alleen dan goed functioneren, wanneer hij gesteund wordt door een goed begrip voor zijn betekenis en zijn werkwijze bij ieder die van de krijgsmacht deel uitmaakt en wanneer degenen die in deze dienst een functie hebben zich naast hun humane taak bewust zijn van hun plicht bij te dragen tot de strijdvaardigheid van het geheel.
4. In de Nederlandse Strijdkrachten kan niet worden volstaan met de indeling van detachementen voor uitgebreide eerste hulp en van geneeskundige formaties voor spoedbehandeling om de volgende redenen:
 - a. in oorlogstijd moet er op gerekend worden dat de reserve aan burgerziekenhuis-ruimte geheel wordt opgeheven door de slachtoffers onder de burgerbevolking;
 - b. ontbreken van mobiele of semi-mobiele hospitalen leidt tot sneller verloop van de strijdende troep dan nodig is;
 - c. afvoer van alle zieken en gewonden naar het achterland veroorzaakt moeilijkheden in het militaire verkeer en is een hoeveelheid materieel en personeel voor transport, waarvan de kosten hoger zijn dan die van enkele formaties voor meer definitieve behandeling.
5. De evacuatie van gewonden en zieken door de lucht wint nog steeds aan betekenis: Zij spaart mensenlevens, functioneert snel en belast het militaire weg-verkeer niet. De lucht-evacuatie zal zich echter pas dan volledig kunnen ontplooiën wanneer beschikt wordt over squadrons ambulancevliegtuigen, die evenzeer nodig zijn als compagnieën ziekenauto's.

MEDEDELINGEN VAN HUISHOUDELIJKE AARD

NIEUWE LEDEN

Nederland

's-Gravenhage: Dr. J. M. Appelman, dir. off. v. gez. 2e kl.; A. J. Kampschuur, 1e Lt. Inf.
 Aerdenhout: D. J. Ter Haar, Lt. Kol. Inf.
 Amersfoort: J. C. Peetsold, Kap. Inf.; A. Leeflang, 1e Lt. Inf.
 Amsterdam: W. K. Brederode, Ritmeester.
 Assen: C. M. B. Wichers, Majoor Inf.
 Breda: J. v. d. Breemer, Majoor Inf.
 Ede: H. G. M. Bouman, Majoor Inf.
 Eindhoven: C. M. de Weerd, Kap. Inf.
 Ermelo: H. J. Hierck, 1e Lt. Inf.; H. Wins, Kap. Inf.; R. Scholten, 1e Lt. Inf.; G. W. v. d. Linden, 1e Lt. Inf.
 Hilversum: J. A. Spiering, 1e Lt. Huzaren.
 Utrecht: H. A. de Jongh Swemer, Majoor.

Buitenland

Frankrijk

E. E. Holle, Lt. Kolonel G.S.; W. H. J. de Jong, Majoor Intendant; J. J. H. W. Couvée, Majoor Inf.; A. Ch. Kauters, Majoor der Huzaren.

Indonesië

Chong's Bookstore (8 abonnementen); G. J. Prins, Maj. Inf.; J. E. Spanjaard, Kap. Inf.; H. L. A. Knoll, 1e Lt. Inf.; D. C. van Hutten, Kap. Art.

De contributie voor het werkjaar 1950—1951 is vastgesteld op f 10.—. De leden die zulks nog niet deden wordt verzocht hun contributie wel te willen storten op postrekening 78828 van de Vereniging ter beoefening van de Krijgswetenschap, Den Haag. Om onnodige last en onkosten te vermijden worden geen quitanties aan de deur aangeboden.

Geeft bij adresverandering kennis aan de Secretaris-Penningmeester,

van Alkemadelaan 215, 's-Gravenhage

en vergeet vooral niet ons een nieuw lid op te geven