

# Hulpverleners in Uruzgan mo

**Het begint inmiddels een stijlvolle traditie te worden: een symposium voor hulpverleners uit het veld van de militaire medische zorg aan het eind van het jaar in de Jaarbeurs te Utrecht. Uiteraard was de ACOM er ook dit jaar bij om de ervaringen van de medische professionals vanuit de eerste hand te kunnen optekenen. Het symposium stond dit jaar in het teken van de keten van de Militaire Gezondheidszorg met als leidmotief 'Onze zorg'.**

In dat kader kwam er op 7 december 2007 heel wat over het voetlicht en het zou te ver voeren in het kader van dit beperkte bestek bij alle thema's even diepgaand stil te staan. Met name het aspect veteranenzorg met inbegrip van de nazorg verdient beslist aparte aandacht en wij komen daar in de loop van dit jaar dan ook met zekerheid nog een keer op terug.

## Dagelijkse dilemma's

In het kader van deze beschouwing willen we stilstaan bij de dagelijkse dilemma's waar de hulpverleners te velde mee te maken krijgen, daar waar het loodgehalte in de lucht inmiddels wel heel bovenmatige proporties heeft aangenomen. Boven genoemd symposium omvatte naast een groot aantal belangwekkende voordrachten ook een hoeveelheid 'workshops' waarvan er wat ons betreft eentje nadrukkelijk uitsprong. Wij doelen op de workshop waarin onder de titel *'De verpleegkundige zorgketen'* een drietal militair verpleegkundigen – net terug van hun uitzending – verslag deden van hun ervaring

vanuit de dagelijkse praktijk van Uruzgan. In die context werd onder andere de voorbereidingsperiode belicht alsmede de verpleegkundige ervaringen tijdens de uitzending en werden suggesties gedaan met het oog op verbetering bij volgende uitzendingen.

## Hartverscheurend

Dat leverde om te beginnen een drietal uitermate hartverscheurende betogen op van jonge militairen die dagelijks met de meest vreselijk dingen werden geconfronteerd. De vraag of zij daar wel adequaat voor bewerkvaardigd waren moest daarbij steeds meer naar de achtergrond worden geschoven. Er moest immers hulp verleend worden of dat nu kinderen betrof die met afgerukte ledematen of zware brandwonden worden binnengebracht of naaste collega's met vaak zware en af en toe zelfs fatale verwondingen<sup>1</sup>. Woorden schieten tekort om zo iets te beschrijven.

## Het aloude dilemma...

Een en ander roept wel vragen op. Diverse vragen zelfs. Alvorens daar op in te gaan iets anders. Het aloude dilemma rond de vraag aan wie de (te) schaarse hulpcapaciteit dient te worden toegedeeld: de uitermate hulpbehoevende plaatselijke burger of de gewonde collega. Rondom de ISAF-missie in Afghanistan is een zeer principiële discussie ontstaan met betrekking tot de vraag of de Nederlandse militairen primair opbouwen of vechten. Een enigszins bizarre discussie ons inziens aangezien een militair heeft 'doorgeleerd' voor militair en niet voor bouwvakker of waterloopkundig medewerker. Wij zullen ons daar hier verder maar niet over uitspreken en ons beperken tot die andere vraag:

*Aan wie dient de schaarse medische capaciteit - in ruime zin, dus zowel menskracht als medicijnen – primair te worden gedistribueerd? Wee degene, die in een concreet geval op deze vraag antwoord dient te geven. Zo'n antwoord is namelijk niet of nauwelijks te geven...*

## IJzeren voorraad

Ruim elf jaar geleden werd een en ander in het kader van een soortgelijk symposium als eind vorig jaar aan de orde gesteld<sup>2</sup>. Daarbij stond toentertijd primair de beschikbare voorraad medicijnen centraal. Bij monde van de kolonel-arts J. Westbroek, die als chirurg in Bosnië actief was geweest, werd een lans gebroken voor het aanleggen van een 'ijzeren voorraad' medicijnen voor het eigen personeel alsook voor het uitbreiden van het aantal militair chirurgen en anesthesisten dat bij de missie zou moeten worden ingezet. Bij missies die in het teken staan van humanitaire hulpverlening zou volgens Westbroek een kinderarts moeten worden ingezet. *'Ook als bij een missie de humanitaire hulpverlening niet de eerste prioriteit heeft, zal de plaatselijke bevolking (gaan) rekenen op de medische zorg van VN- c.q. NAVO-kant'* zo waarschuwde de betreffende reservekolonel-arts destijds. Al te veel is in de tussengelegen tijd met deze aanbevelingen kennelijk niet gedaan, zo blijkt. Als de schijn niet bedriegt wordt het bieden van hulp in situaties zoals die ook reeds de kolonel-arts Westbroek voor ogen stonden, minimaal voor een aanzienlijk deel overgelaten aan algemeen militair verpleegkundigen (AMV-ers) die daarvoor maar heel beperkt bewerkvaardigd waren.



<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld ook [www.oruzgan.web-log.nl](http://www.oruzgan.web-log.nl), tabblad Medische hulp/ medical assistance

<sup>2</sup> Zie ACOM Journaal nummer 2 van februari 1997, pagina 6 e.v. *'Medische zorg bij uitzending ontoreikend'*

Dweilen met de kraan open...

# eten op hun tenen lopen

## Te weinig en te licht...

De betreffende verpleegkundigen bezitten een zogenaamd MBO ROC-niveau (verantwoordelijkheid voor vier 'low care' patiënten). In de praktijk is dit volstrekt misplaatst. De AMV-ers krijgen te maken met structurele overbelasting en een te hoge werkdruk, met name ook in relatie tot hun onervarenheid. Daarnaast is er sprake van een structurele zware *onderbezetting*. Dit hoeft niet te verbazen gezien het niet alleen door ons maar ook door de toenmalige staatssecretaris van Defensie al eerder geconstateerde 'houtje-touwje' karakter van missies als hier aan de orde<sup>3</sup>.

Maar er is meer. Bovengenoemde militair verpleegkundigen plaatsten ook vraagtekens bij het niveau en de tijdvakken van het opwerkings-traject. Men vroeg zich ernstig af of een en ander wel adequaat is. Zo werden met name de stagefaciliteiten in een ziekenhuis als onvoldoende gekwalificeerd. Een en ander zou voorts niet aansluiten op datgene dat men in een uitzendgebied tegenkomt. De oefentijd zou daarnaast voor een substantieel gebruikt worden voor activiteiten als het opzetten van tenten.

## Bewondering en respect

Ook over het op papier zo adequaat ogende *nazorgtraject* viel het nodige op te merken. De logistiek rond het zogenaamd verplicht 'uitblazen' op Kreta is niet altijd optimaal en daarnaast is een individuele *debriefing* in het eerste halfjaar kennelijk niet altijd gewaarborgd. Ook aan de medische afhandeling mankeert het vaak: diverse controles zoals Mantoux, MRSA en diverse nulmetingen vinden niet plaats. Een vaste afwikkelperiode ontbreekt, laat staan dat er nog ruimte zou zijn voor enige individuele reflectie met betrekking tot alle verschrikkingen die de betreffende militairen in Afghanistan voor ogen hebben gehad. Dit alles in aanmerking nemende is de bewondering en het respect dat de ACOM heeft voor de betreffende jonge militairen

overigens nog groter, in aanmerking genomen de omstandigheden waaronder zij hun werk moeten verrichten en de wijze waarop zij voor de leeuwen worden geworpen. Te vrezen valt alleen dat de spoeling waar het betreft de beschikbaarheid van dergelijk personeel voor de nabije toekomst in weerwil van al het kunst en vliegwerk dat van Defensiezijde wordt verricht, nóg dunner zal worden. Aldus beschouwd houden we het geen twee jaar meer vol in Afghanistan...



..... 7



<sup>3</sup> Zie ACOM Journaal nummer 1 van januari 2006, pagina 13 e.v. 'Medische duizendpoten!'