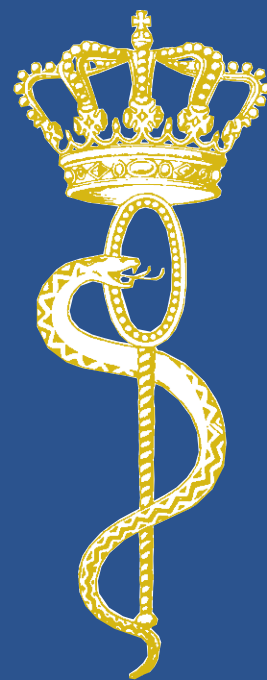


# NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS  
74e JAARGANG  
JANUARI 2021 - NR. 1



MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

**NEDERLANDS MILITAIR  
GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT**

Uitgegeven door het Ministerie van Defensie  
onder verantwoordelijkheid van de  
Commandant  
Defensie Gezondheidszorg Organisatie

**HOOFDREDACTEUR**

**H. van der Wal**  
kolonel MHBA MHA EMSD

**EINDREDACTEUR**

**A.H.M. de Bok**  
luitenant ter zee van administratie der  
tweede klasse oudste categorie b.d.

**LEDEN VAN DE REDACTIE**

**D.G.A. Knotnerus-Janssen**  
majoor-apotheker  
**E.G.J. Onnouw**  
kolonel-vliegerarts  
**R.A.G. Sanches**  
kapitein-luitenant ter zee-arts b.d.  
**F.J.G. van Silfhout**  
luitenant-kolonel-tandarts  
**N.R. van der Struijs**  
kapitein ter zee-arts  
**Prof. dr. H.G.J.M. Vermetten**  
kolonel-arts

**ADMINISTRATIE**

majoor b.d. **A. Sondeijker**  
secretaris NMGT  
Postbus 90701, 2509 LS 's-Gravenhage  
Telefoon 0165-300145  
E-mailadres:  
[nmgt@mindef.nl](mailto:nmgt@mindef.nl)

**AANMELDEN ABONNEMENT**

Stuur uw NAW-gegevens en e-mailadres  
waarop u het NMGT wenst te ontvangen  
naar de secretaris NMGT, [nmgt@mindef.nl](mailto:nmgt@mindef.nl),  
o.v.v. 'aanmelden abonnement NMGT'.

**VOORBEHOUD**

Plaatsing van een artikel in dit tijdschrift houdt niet in,  
dat de inzichten van de schrijver worden gedeeld door  
de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie  
en de redactie.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd  
zonder schriftelijke toestemming van de redactie  
van dit tijdschrift.

**NETHERLANDS MILITARY  
MEDICAL REVIEW**

Edited under the responsibility of the  
Commander Defence Health Care Organisation  
Postbox 90701, 2509 LS The Hague  
(The Netherlands)

All rights reserved  
ISSN 0369-4844

<b>Van de redactie:</b> .....	3
Aanmelden voor abonnement NMGT .....	87
<b>Mededelingen:</b>	
Nieuwsbrief DGO, november 2020 .....	74
Nieuwsbrief DGO, december 2020 .....	78

**Oorspronkelijke artikelen:**

Bijdrage aan de maritiem-militaire geestelijke gezondheidszorg in zeven scenario's Houding/bejegening, classificatie, psychofarmaca en interventies aan boord en in het veld Ervaringen uit de maritiem-militaire praktijk, in actieve dienst van 1994-2007, postactief van 2007 tot 2020 <i>door kapitein ter zee-arts b.d. J.P. de Wit</i> .....	4
--	---

**Boekbesprekingen:**

Een Kap van Afschuw Eerste-Wereldoorlogpoëzie van verpleegsters en verzorgsters <i>door majoor b.d. A. Sondeijker</i> .....	73
---	----

**Ingezonden mededelingen:**

Bij- en nascholing van de Netherlands School of Public and Occupational Health .....	86
--	----

**CONTENTS****VOLUME 74 – JANUARY 2021 – ISSUE 1**

<b>From the editor:</b> .....	3
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review .....	87
<b>Announcements:</b>	
Newsletter Surgeon General, November 2020 .....	74
Newsletter Surgeon General, December 2020 .....	78
<b>Original contributions:</b>	
Contribution to maritime military mental health services in seven scenarios <i>by Surgeon Captain (R. Neth. Navy ret.) J.P. de Wit</i> .....	4
<b>Book reviews:</b>	
A Cap of Horror <i>by Major (ret.) A. Sondeijker</i> .....	73
<b>Paragraph advertisement:</b>	
The Netherlands School of Public and Occupational Health .....	86

**VOORPAGINA**

De psychiatrie dichterbij de algemeen militair arts en verpleegkundige gebracht.  
In deze aflevering deelt kapitein ter zee-arts b.d. J.P. de Wit, psychiater, zijn  
ervaringen uit de maritiem-militaire geestelijke gezondheidszorg.



Beste lezers,

Voor u op het scherm staat alweer de eerste aflevering van het NMGT van 2021. Een nieuw jaar en dus een nieuw begin waarbij ik de hoop uitspreek dat het voor u en de uwen een mooi jaar mag worden, geheel bevrijd van het coronavirus dat al te lang onder ons is geweest en te veel levens wereldwijd heeft vernietigd.

Van kapitein ter zee-arts b.d. prof. dr. R.A. van Hulst, sinds 2016 bijzonder hoogleraar van de leerstoel Anesthesiologie in het bijzonder hyperbare en duikgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam hebben wij bericht ontvangen dat hij zijn functie van redactielid van het NMGT per 1 januari 2021 beëindigt. Deze functie heeft hij bekleed van 2008 tot en met 2020. Zeer recent is hij gevraagd om toe te treden tot de vaste redactie van het toonaangevende tijdschrift *Frontiers* (in *Physiology*). Deze werkzaamheden vergen van hem veel tijd en is derhalve niet te combineren met de functie van redactielid NMGT. Voor de vele jaren trouwe dienst willen wij hem oprecht bedanken en wensen hem voor de toekomst alle goeds, veel succes en in het bijzonder veel gezondheid toe.

In deze aflevering treft u een zeer uitgebreid artikel aan van kapitein ter zee-arts b.d. (psychiater) J.P. de Wit die in een zevental praktijkscenario's op het gebied van de maritiem-militaire psychiatrie zijn ervaringen op een heldere en praktische wijze inzichtelijk heeft gemaakt. Deze bijdrage is zeker niet bedoeld als een handleiding, maar als een terugblik op zijn werk.

Natuurlijk moet hierbij worden aangetekend dat sinds zijn functioneel leeftijdsontslag in 2007 binnen Defensie en dus ook in de militaire gezondheidszorg wel het e.e.a. is veranderd. Wij hebben dan ook de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg gevraagd om een voorwoord bij het artikel te voegen, met name om het in de context te plaatsen van de huidige tijd. Ik verzoek u dan ook deze context mee te nemen bij het lezen.

Maar dit alles neemt niet weg dat deze gebundelde praktijkvoorbeelden voor de geïnteresseerde lezer zeker een nuttige aanvulling kunnen zijn op de al dan niet al aanwezige kennis op dat gebied. Wij zien eventuele reacties op dit artikel dan ook graag tegemoet.

Van de hand van dr. Leo van Bergen, medisch historicus, is recentelijk een tweetalige poëziebundel in boekvorm verschenen onder de titel 'A Cap of Horror' en in het Nederlands vertaald als 'Een Kap van Afschuw'. Deze bundel bevat veertig gedichten en een sonnettencyclus die zijn geschreven door verpleegsters/verzorgsters werkzaam in de hospitalen tijdens de Eerste Wereldoorlog. Het zijn aangrijpende gedichten over het lijden, de gruwelijkheden en de afschuwelijke verminkingen van de vaak nog jonge soldaten. Deze poëzie zal de lezer zeker niet onberoerd laten.

Op verzoek van het NATO Centre of Excellence for Military Medicine (NATO MILMED COE) zal het NMGT (Netherlands Military Medical Review (NMMR)) worden vermeld in de online catalogus waarin de bestaande en aangemelde militair medische tijdschriften van de NAVO zijn opgenomen. Het NATO MILMED COE stelt zich ten doel het verbeteren van de informatie-uitwisseling tussen de NAVO-landen en -partners. In de *Medical Messenger* wordt u een opsomming alsmede de toegang tot de e-catalogus van militair medische tijdschriften en andere bronnen van informatie en interessante artikelen aangeboden.

Via de link <https://www.coemed.org/resources/medicalmessenger> kunt u de site openen. Het logo van MILMED COE treft u linksonder op de voorpagina aan.

Ik wens u veel leesplezier,

*De Hoofdredacteur NMGT  
Kolonel H. van der Wal  
MHBA MHA EMSD*



# Bijdrage aan de maritiem-militaire geestelijke gezondheidszorg in zeven scenario's

Houding/bejegening, classificatie, psychofarmaca en interventies aan boord en in het veld

Ervaringen uit de maritiem-militaire praktijk, in actieve dienst van 1994-2007, postactief van 2007 tot 2020

door kapitein ter zee-arts b.d. Jan Paul de Wit

Hoofd afdeling Geestelijke Gezondheidszorg bij de Sociaal Medische Dienst Koninklijke Marine van 1994 tot 2007.

Van 2007 tot heden psychiater bij de GGZ-Noord-Holland-Noord.

Ontvangen januari - december 2020.



**SUSTENTO INFORTUNATOS**

(IK ONDERSTEUN DE ONGELUKKIGEN EN DE ONFORTUINLIJKEN)

*Wapenspreuk Sociaal Medische Dienst KM*

## Voorwoord Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ)

De auteur, kapitein ter zee-arts b.d. J.P. de Wit, heeft een mooie en heldere samenvatting gegeven van het domein van de maritiem-militaire psychiatrie in de praktijk voor de militair arts. Wel moet opgemerkt worden dat sinds het functioneel leeftijdsontslag van de auteur (2007) de defensieorganisatie in zijn geheel nogal is veranderd. Ook de Koninklijke Marine, de Defensie Gezondheidszorg Organisatie en de MGGZ zijn door diverse invloeden van binnenuit en van buitenaf (opeenvolgende reorganisaties) in omvang, structuur, werkwijze en (werk)cultuur niet meer identiek aan de situatie in 2007. De MGGZ is de afgelopen jaren gereorganiseerd, doorontwikkeld en verder geprofessionaliseerd en de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling van cliënten zijn uitgebreid en voldoen aan het Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)-keurmerk. Ook het aanbod op het gebied van preventieve taken zoals het geven van lessen en trainingen, is verder geëvolueerd en gegroeid. Het voert in dit kader te ver om hier uitvoerig op in te gaan, maar als voorbeeld kan genoemd worden dat de laatste jaren op elk van de vier regiocentra van de MGGZ (Amsterdam, Zwolle, Utrecht en Den Bosch) diverse *state of the art* groepsbehandelingen worden aangeboden die voor 2007 nog niet werden gegeven. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de ambulante groep voor verslavingsproblematiek (Resultaten Scoren), de ADHD psycho-educatiegroep, de groepsgedragstherapie (GGT), de schemagerichte groepstherapie (SGT) en de oplossingsgerichte groepstherapie (OGT). Bij de Centrale Zorgeenheid van de MGGZ (CZE) in Utrecht worden eendaagse deeltijdgroepsbehandelingen aangeboden: de veranderingsgerichte deeltijd (VGDT) en de oplossingsgerichte deeltijd (OGDT). Ten slotte is op behandelgebied ook de onverklaarde lichamelijke klachten (OLK)-deeltijd nog het vermelden waard (samenwerkingsverband tussen het Militair Revalidatie Centrum en de MGGZ). De indicaties voor al deze inhoudelijk zeer verschillende behandelprogramma's

worden uiteindelijk gesteld in de multidisciplinaire overleggen bij de MGGZ, maar een belangrijke aanvulling op het artikel luidt dat de verwijsmogelijkheden naar de MGGZ voor de algemeen militair arts inzake (maritiem) militaire psychiatrische en psychologische problematiek anno 2020 op een aantal gebieden dus zijn verbeterd.

Een tweede reactie betreft de psychosociale opvang na calamiteiten en rampen: ook op dit vlak is een en ander doorontwikkeld en is de aanpak vanuit de organisatie deels ook anders dan in 2007. Zo is het TRiM<sup>1</sup> inmiddels binnen het Commando Zeestrijdkrachten (CZSK) volledig doorgevoerd en wordt collegiale opvang (CN)<sup>1</sup> inmiddels binnen de hele krijgsmacht toegepast en/of verder uitgerold. Het door de auteur terecht aangehaalde Special Psycho-social Rapid Intervention Team (SPRINT) is nog springlevend en beschikbaar voor de operationele commandant aan boord of in het veld. Het SPRINT is een zorgproduct van de MGGZ voor de vloot en mariniers van CZSK en wordt in overleg met het Hoofd Geneeskundige en Personele Zorg (HGPZ)-CZSK ingezet indien de commandant van een eenheid daarom verzoekt. Het SPRINT werd onlangs nog ingezet naar aanleiding van de tragische helicrash met de NH90-helikopter nabij Aruba, waarna de commandant van de Zr.Ms. Groningen en HGPZ-CZSK de MGGZ om inzet verzochten. Een SPRINT-lid werd op *short notice* ingevlogen en heeft in grote lijnen aan boord geadviseerd en geconsulteerd zoals ooit bedacht door o.a. de auteur. Het SPRINT geeft nog regelmatig voorlichtingen aan het command team/sleutelfunctionarissen van schepen die op missie gaan en voorafgaand aan counterdrugoperaties in de West. Daarbij wordt altijd uitgelegd dat ondanks de geprotocolleerde collegiale opvangsystematiek (TRiM/CN) het SPRINT nog steeds kan worden geconsulteerd en ingezet na een calamiteit of ramp, en dat het SPRINT altijd de samenwerking zal zoeken en er ook is voor de Collegiaal Netwerkers en zorgverleners zelf! De activering van het TRiM-model met de gesprekken geleid door de CN'ers blijkt in de praktijk goed samen te kunnen gaan met de activering en operationele inzet van het SPRINT. Het SPRINT bestaat uit zorgprofessionals, werkt *tailor made* en sluit zoveel mogelijk aan bij de behoeften van de eenheid waarbij het zelfherstellend vermogen en de veerkracht binnen een eenheid het uitgangspunt is. Het SPRINT neemt bij voorkeur geen taken over maar adviseert (vaak achter de schermen) en is vooral ook gericht op de sleutelfunctionarissen binnen een eenheid. Samenwerken met het Collegiale Netwerk doch niet samenvallen met, is het devies!

De MGGZ wenst u veel leesplezier met deze interessante bijdrage.

*Namens de MGGZ:*

*Kapitein-luitenant ter zee van speciale diensten R.L. Marissen,  
Klinisch psycholoog/psychotherapeut,  
Hoofd Regiocentrum Noordwest / MGGZ*

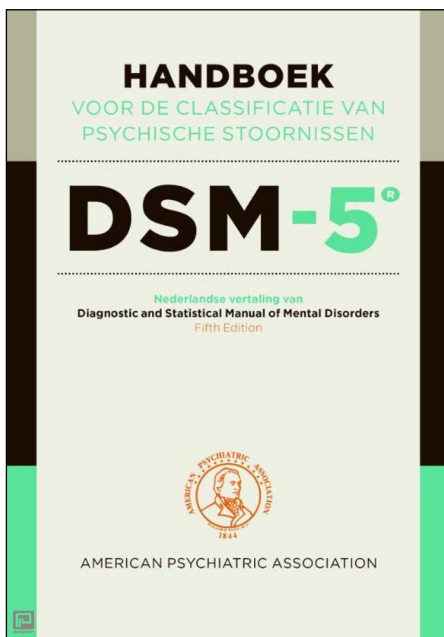
---

**Noot:**

1. TRiM/CN: Binnen Defensie is collegiale ondersteuning o.a. ingericht binnen het Collegiaal Netwerk Defensie (CN). Ieder defensieonderdeel beschikt over een eigen collegiaal netwerk. Collegiaal netwerkers worden opgeleid in 'Trauma Risk Management' (TRiM). Dit is een methodiek om na een potentieel schokkende gebeurtenis het zelfherstellend vermogen van de betrokken collega('s) te bevorderen en verwerkingsproblematiek te signaleren. Op basis hiervan kan de collegiaal netwerker de collega('s) zo nodig ondersteunen in het zoeken van en doorgeleiden naar professionele hulpverlening. Daarnaast heeft de collegiaal netwerker extra aandacht voor problematische gedragsverandering bij collega's. In dat geval ondersteunt de collegiaal netwerker door benaderbaar te zijn of op aanwijzing van derden en uit eigen initiatief in gesprek te gaan met de collega('s). Zo nodig kan de collegiaal netwerker de collega('s) doorgeleiden naar professionele hulpverlening. In het kort betekent dit: vroege signalering, laagdrempeligheid en bevordering van de bespreekbaarheid van mentale gezondheidszorg voor en door collega's.

## Samenvatting

Het domein van de maritiem-militaire psychiatrie wordt teruggebracht tot zeven scenario's waarbij de praktijk leidend is en de theorie volgend. Met veel aandacht voor attitude, bejegening, de overdrachtsrelatie, (minimale) interventies, behandeling met ingrijpmedicatie, onderhoudsmedicatie en verwijzing voor psychotherapie. Of, met behoud van professionele attitude en bejegening, juist afzien van het voorschrijven van medicatie, ingrijpen/ behandelen en verwijzen. En dat alles ingebed in de 'can do'-cultuur die de Koninklijke Marine eigen is. 'First do not harm', vrij naar Hippocrates: wat je ook doet, houd rekening met de mogelijkheid dat interventies averechts kunnen uitpakken, tot iatrogene schade kunnen leiden en het natuurlijke beloop kunnen verstoren. Alle scenario's komen voort uit de dagelijkse praktijk en hebben tot doel (afwijkend) gedrag en mentaal lijden eerder te herkennen, gedrag niet op voorhand te moraliseren en zo nodig handelend op te kunnen treden of door te verwijzen. Met een goede anamnese kan je tot een voorlopige classificatie



volgens de vijfde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) komen en daarmee de 'doctors delay' beperken. Waarmee je bijkomende schade voor patiënt en privé/werkomgeving voorkomt en, op de lange termijn, juridische claims. Omdat eerder met de juiste behandeling is begonnen.

Anders kunnen kijken naar het gedrag van patiënten, anders kunnen luisteren naar hun verhalen, een ander perspectief ontwikkelen kan helpend zijn bij het bereiken van een goede samenwerkingsrelatie met de patiënt en dus compliance. Maritiem-militaire psychiatrie is zoveel meer dan alleen posttraumatische stressstoornis (PTSS). '(H)erkenning' is een geveugeld begrip geworden voor PTSS, (h)erkenning houdt in eerste instantie geen andere verplichting in dan bevestiging van de diagnose, verstrekken van psycho-educatie en wijzen op de behandelmogelijkheden. Bij PTSS in eerste instantie geen medicatie maar vooral

psychotherapie en bij psychotische stoornissen vanaf het begin juist wel medicatie. Psychiatrische ziektebeelden kunnen leiden tot ongeschiktheid voor de uitoefening van de dienst. Wanneer bij een militair geneeskundig onderzoek (MGO) dienstverband wordt aangetoond kan bij het pensioenfonds ABP een militair invaliditeitspensioen (MIP) worden aangevraagd.

Met korte klinische vignetten wordt psychiatrische diagnostiek dichterbij de praktiserende officier-arts gebracht. Door de principes van de 'community-based interventions' te volgen kan de officier-arts de commandant bijstaan na calamiteiten tijdens missies, aan boord of in het veld. Richtlijnen voor de te volgen stappen bij een psychiatrische noodsituatie en medisch-psychiatrische evacuatie of repatriëring moeten voorkomen dat belangrijke veiligheidsmaatregelen over het hoofd worden gezien, en belangrijke partijen in de ketenzorg rond de patiënt niet worden vergeten, zoals het thuisfront. Aparte scenario's zijn voorts gewijd aan 'verslaving': diagnostiek en (minimale) interventies, 'onderhoudsbehandeling psychofarmaca: optimale dosering, psychomotore reactie en interactie', 'somatisch onbegrepen lichamelijke klachten' (SOLK) en suïcidaal gedrag.



## INTRODUCTIE

### Inleiding

Als luitenant ter zee-arts der 2e klasse oudste categorie geplaatst op het vlaggenschip van het Nederlands Eskader en toegevoegd aan de staf van de eskadercommandant werd ik een paar dagen na vertrek uit Barcelona met spoed overgevaren met de 'rigid inflatable boat' (RIB) naar het toenmalige bevoorradingschip. Op het moment dat de eigen officier-arts met een patiënt per helikopter richting de wal vertrok, raakte een van de officieren in de war. Jaren daarvoor had hij een grote machinekamerbrand meegemaakt, zo werd mij verteld en ook gedurende deze reis waren er tegenslagen geweest: in de Golf van Biskaje was de voortstuwing uitgevallen en dobberde het schip urenlang rond overgeleverd aan een krachtige noordwestelijke wind en metershoge golven.



Afb. 1: Hr.Ms. Zuiderkruis (A832), Hr.Ms. De Ruyter (F804) en Hr.Ms. Van Nes (F833), Exercise Joint Caribbean Lion 2006. Bron: Wikipedia.

om de tabletten tot poeder te verwerken, door de pindakaas te mengen en op die manier toe te dienen waarmee de agitatie afnam en voorzichtig de samenwerking kon worden gezocht. Hij ontwikkelde geen acute dystonie en dat was maar goed ook want in de voorraad ontbrak toen het middel biperideen, een parasymphaticolyticum/anti-parkinsonmiddel dat onmisbaar is wanneer die complicatie optreedt. De medivac moest nog even op zich laten wachten; van de staf kwam het dringende verzoek deze een paar dagen uit te stellen omdat het vlaggenschip een leidende rol speelde in een kostbare internationale oefening.

Als luitenant ter zee-arts en hoofd van de Medische Actie Dienst, in 1982 en in 1987/88, was ik bij oefeningen in de brand- en averijbestrijding altijd erg geïnteresseerd in die eenvoudige maatregelen ('keep it simple') waarmee levens konden worden gered.

Een 'ditch' van de Sea King-helikopter, gestationeerd aan boord van de bevoorraders, liep kort na het passeren van de straat van Gibraltar goed af voor de Engelse bemanning; allen werden gered. Daar sta je dan als arts, zonder ervaring op het gebied van de acute psychiatrie. Bij een psychotische officier zonder ziektebesef die contact afhoudt en medicatie weigert, in zijn eigen hut opgesloten met een marinier voor de deur die de wacht houdt. In de standaardvoorraad: haloperidol 5 mg tabletten. Het is uiteindelijk gelukt

Als kapitein-luitenant ter zee-arts en later kapitein ter zee-arts psychiater van 1994 tot 2007, tevens werkzaam voor twee dagen per week als sociaal psychiater bij wat toen nog de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) heette in Den Helder, wilde ik de officieren-arts en ziekenverplegers op de werkvloer bereiken met de Psychiatrie (PSY)-protocollen. Psychiatrische diagnostiek vindt voornamelijk plaats in de spreekkamer. Maar daarbuiten kunnen



**Afb. 2: Dokter De Wit tijdens een SPRINT-missie. Deze foto is gemaakt in Irak, 2003, in het gebouw van de voormalige veiligheidsdienst van Saddam Hussein in As Samawah.**

Foto: Collectie auteur.

zich van die (onverwachte) psychiatrische noodsituaties aan boord of in het veld voordoen zoals hierboven beschreven. Praktijkscenario II biedt uitkomst hoe te handelen en welke medicatie toe te passen bij ernstige gedragsproblemen, al of niet door een psychotische stoornis. Met mijn collega's van de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg Koninklijke Marine (GGZKM) stonden wij mede aan de basis van het Special Psychosocial Rapid Intervention Team KM (SPRINTKM). Voor de psychosociale opvang na calamiteiten is een model uitgewerkt, de SPRINTKM-procedures, dat 'community-based' is en waarmee je ook aan boord, in de jungle of in de woestijn uit de voeten kan, zonder psycholoog of psychiater maar met de officier-arts en de geestelijk verzorger (addendum praktijkscenario I).

Na mijn functioneel leeftijdsontslag in 2007 ben ik actief gebleven als psychiater, uit liefde voor het vak. Actueel ben ik werkzaam bij een Forensisch Assertive Community Treatment (ForACT) team van de GGZ Noord-Holland-Noord (NHN). In 2019 heb ik de tekst die vanaf 2007 op de plank is blijven liggen, geüpdatet en aangepast aan de DSM-5. In feite liggen voor u de met meer kennis en sociaalpsychiatrische ervaring opgetuigde PSY-protocollen.

Waarom beginnen met een beknopt overzicht van psychofarmaca terwijl je als ervaren psychiater weet hoe belangrijk houding en bejegening zijn om tot samenwerking (compliance) met jouw patiënt te komen, omdat elementaire kennis daarvan in de vaak onverwachte situaties, waarbij om ingrijpen wordt gevraagd, noodzakelijk is. Je moet weten wat je bij je hebt, dat je voor een pil kan kiezen of voor een spuit en hoe je dat moet aanpakken. Wat je ook moet weten is dat operationeel inzetbare militairen al voor vertrek kunnen zijn ingesteld op een onderhoudsdosering psychofarmaca waarover meer in scenario V (zie hierna onder 'Theoretische modellen, DSM-5').

Na een introductie van de standaardvoorraad psychofarmaca en meer algemene opmerkingen over het gebruik van psychofarmaca onder militairen volgen kanttekeningen bij het belang van houding, bejegening, psychiatrische classificatie en de DSM-5. Om daarna de zeven praktijkscenario's op te sommen die telkens apart worden uitgewerkt.

### **Standaardvoorraad psychofarmaca (tot aan 2007, met aanbevelingen anno 2020)**

De officier-arts in het veld of aan boord beschikt standaard over een beperkt aantal psychofarmaca, promethazine en biperideen:

1. Het anxiolyticum oxazepam (10 mg tabletten, optioneel oxazepam 50 mg) en het hypnoticum temazepam (10 mg capsules) voor (kortdurende) toediening bij angst, respectievelijk (in) slaapstoornis; diazepam (10 mg tabletten en ampullen) voor sedatie. Oxazepam, diazepam en temazepam behoren tot de benzodiazepinen (benzo's of pammetjes), medicijnen die selectief



## Ingrijpkaart GGZ NHN

### Snelle sedatie

Stap 1 - oraal: haloperidol 5 mg/  
promethazine 50 mg of i.m.: haloperidol 5 mg/  
promethazine 50 mg (1 injectiespuit)  
Overweeg bij creoolse ras (risico op acute dystonie); oraal: biperideen 2 mg of  
i.m.: biperideen 5 mg  
Stap 2 - oraal: lorazepam 2,5-5 mg of  
i.m.: lorazepam 2-4 mg

### Onbekende oorzaak voor agitatie + middelenmisbruik

Oraal: lorazepam 2,5-5 mg;  
i.m.: lorazepam 2-4 mg  
Bij cocaïne: contra-indicatie voor haloperidol/  
promethazine en zuclopentixol acetaat i.v.m.  
cardiale complicaties

### Weinig ingrijpmomenten

i.m.: zuclopentixolacetaat 50-150 mg per  
drie dagen, bij zeer ernstige agitatie i.c.m.  
lorazepam 2-4 mg (2 injectiespuiten), bij  
creoolse ras en vooral wanneer eerder  
bekend met dystonie i.m.: biperideen 5 mg  
(3 injectiespuiten!)

### Katatonie

Oraal: lorazepam 2,5 mg i.m.: lorazepam  
2-4 mg op geleide van het beeld en mate van  
sedatie ophogen tot 30 mg

de werking van de belangrijkste inhiberende neurotransmitter gamma-aminoboterzuur (GABA) versterken. Benzo's kunnen ook worden ingezet ter ondersteuning bij de behandeling van alcoholonthouding of vanwege de spierverslappende effecten, bij rugklachten of een schouderluxatie bijvoorbeeld.

*(De ingrijpkaart GGZ NHN vermeldt lorazepam als voorkeursmiddel naast de gecombineerde toediening van haloperidol en promethazine, omdat dit middel anders dan oxazepam ook parenteraal kan worden toegediend en anders dan diazepam sneller en krachtiger werkzaam is. Lorazepam is beschikbaar als tablet in doseringen van 1 en 2,5 mg en voor parenterale toediening als ampul van 4 mg.)*

2. Het klassieke antipsychoticum haloperidol (5 mg tabletten en ampullen van 1 ml à 5 mg/ml) dat selectief de dopamine-2-receptoren blokkeert, voor toediening bij verwardheid (psychose), pathologische angst, opwinding en manie. Het antipsychoticum zuclopentixolacetaat (50 mg/ml; ampul à 1 ml), een kortwerkend (28-72 uur) depotpreparaat dat wordt gebruikt na overleg met de militair psychiater of wanneer herhaalde toediening van haloperidol mag worden verwacht (bijvoorbeeld bij een voorgeschiedenis van eerdere psychose of bij repatriëring).
3. Het antihistaminicum promethazine (25 mg/ml; ampul à 2 ml) met sterk sederende en anticholinerge effecten wordt in combinatie

met haloperidol (5/50) gebruikt bij ernstige gedragsproblemen met veel opwinding en/of agressie. Aanbevolen wordt promethazine 25 mg tabletten aan de voorraad toe te voegen; tegenwoordig zijn ook haloperidol 5 mg/promethazine 50 mg capsules op de markt (Scenario II, zie hierna onder 'Theoretische modellen, DSM-5').

4. Het parasymphicoliticum biperideen (5 mg/ml; ampul à 1 ml) voor de behandeling van acute dystonie (kaakklem, dikke tong, stijve nek) die als (ernstige) bijwerking kan optreden na het gebruik van de klassieke antipsychotica haloperidol en zuclopentixolacetaat. *Biperideen 2 mg in tabletvorm voor orale toediening bij minder heftige dystonie.*
5. *Olanzapine velotab (10 mg), een orodispergeerbaar atypisch antipsychoticum (minder selectieve dopamine-2-blokkade) voor de behandeling van schizofrenie en bipolaire stoornis. Kan ook kortdurend worden ingezet voor snelle controle van agitatie en verstoord gedrag. Voordeel van de olanzapine smelttablet is dat deze vanzelf oplost in de mond waardoor mondinspectie, nodig om te controleren of de medicatie wel is doorgeslikt, achterwege kan blijven. Bij militairen van het negroïde ras geniet olanzapine (10-20 mg in één gift) sowieso de voorkeur boven het klassieke antipsychoticum haloperidol, omdat zij gevoeliger zijn voor de ontwikkeling van extrapiramidale bijwerkingen. Vanwege die mogelijke bijwerkingen is het verstandig om biperideen ook in tabletvorm (2 mg) op te nemen in de standaardvoorraad.*

## Psychofarmaca algemeen

Voor vertrek is het mogelijk om de voorraad medicatie aan te vullen in overleg met de militair apotheker. Wanneer individuele gebruikers zich melden die hun medicatie civiel betrekken, dan is dit het juiste moment om effect op gedrag, psychomotor reactievermogen en nachtrust te taxeren (Scenario V, zie hierna onder 'Theoretische modellen, DSM-5'). Tevens worden afspraken gemaakt over opslag van de medicatie die bij voorkeur plaatsvindt in de ziekenboeg of in het 'Field Dressing Station' (FDS).

Tijdens uitzending worden psychofarmaca, na het afnemen van een anamnese (speciële anamnese en aanvullende tractus mentalis; Scenario I, zie hierna onder 'Theoretische modellen, DSM-5'), kortdurend (enkele dagen, maximaal één week) voorgeschreven ter bevordering van de nachtrust of het doen afnemen van angst en (over)spanning of ter ondersteuning bij een repatriëring (Scenario III, zie hierna onder 'Theoretische modellen, DSM-5').

Het verstrekken of (onder dwang) toedienen bij een opwindingsstoestand (om gevaar af te wenden) van psychofarmaca gaat altijd samen met het nemen van overige veiligheidsmaatregelen (Scenario II, zie hierna onder 'Theoretische modellen, DSM-5').

Als regel geldt dat militairen tijdens een crisisbeheersingsoperatie niet worden ingesteld op een onderhoudsbehandeling. Wel kan het voorkomen dat uitgezonden militairen reeds voor vertrek structureel psychofarmaca (moderne antidepressiva, psychostimulantia) gebruiken (Scenario V, zie hierna onder 'Theoretische modellen, DSM-5').

## Bejegening algemeen

De bejegening in de arts-patiëntrelatie luistert nauw (Scenario I, zie hierna onder 'Theoretische modellen, DSM-5'). Psychische klachten worden in de 'can do'-cultuur bij Defensie vaak als persoonlijk falen ervaren en zijn derhalve schaamtevol. Objectieve diagnostiek van de status mentalis binnen een besloten militaire gemeenschap is moeilijk, zeker wanneer de psychiatrische stoornis mede aanleiding vormt tot gedragsproblemen en disfunctioneren. Onderschat de impact daarvan niet op de gehele eenheid. Zoals in het voorbeeld van de verwarde officier aan boord van het bevoorradingschip: hoe belangrijk is het niet voor commandant en bemanning dat de officier-arts professioneel kan optreden als een bemanningslid psychotisch wordt en dan de juiste maatregelen kan treffen!?



**Afb. 3: Een gewoegroep van de 23e Infanteriecompagnie Korps Mariniers met Patria in het schemer op patrouille rond Al Khidr in Irak.**

Bron: Beeldbank NIMH, objectnummer 2009\_D040118-G1129-irak; foto Jens Grijpstra CAVDKM.

Het belang van de eenheid gaat boven het belang van de individuele militair; uiteindelijk is het de commandant die over repatriëring beslist. Op de werkvloer kan dan al lang een proces van uitsluiting/verstoting spelen door het gedrag van de disfunctionerende militair te veroordelen. Zonder diagnose, zonder begrip en zonder adequate doorverwijzing. Ook hierin kan de officier-arts het verschil maken. Denk bij gedragsverandering van militairen altijd aan een relatie met schokkende

(uitzend)ervaringen en dus aan PTSS (en/of een alcohol-/middenstoornis). De kans is groot dat gedragsverandering wordt gemoraliseerd: er wordt meestal kwaad gesproken over zich ineens terugtrekken, prikkelbaar reageren, steeds in conflicten geraken en te veel alcohol gebruiken.

## Theoretische modellen, DSM-5

In de psychiatrie zijn twee theoretische modellen leidend: het biopsychosociale model van Engel en de kwetsbaarheid-stresshypothese. Psychiatrische stoornissen zijn multifactorieel bepaald; niet iedereen is even kwetsbaar om de stoornis te ontwikkelen. In de DSM-5, het standaard-classificatiesysteem in de GGZ, worden psychiatrische stoornissen vastgesteld aan de hand van vooraf opgestelde criteria. De DSM-5 is een descriptief systeem en behelst geen ziekteleer (nosologie) te zijn met een etiologie en pathogenese. Het assenstelsel is verlaten, er wordt één hoofdclassificatie geformuleerd, één of meerdere bijkomende classificaties en een maat voor het globale functioneren, de Global Assessment of Functioning (GAF)-score. De hoofdclassificatie kan ook een persoonlijkheidsstoornis (voorheen as II) zijn. De zogenaamde V-codes (DSM-5; pag. 491 en verder) staan voor andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn, zoals een voorgeschiedenis van militaire uitzending, levensfaseproblemen, problemen met arbeid, economische problemen, problemen die verband houden met mishandeling, seksueel geweld, misdaad of aanraking met justitie, maar ook acculturatieproblemen, doelwit zijn van discriminatie en problemen samenhangend met sociale uitsluiting of uitstoting.

De diagnostische formulering van de DSM-5 gaat veel verder dan een opsomming van classificatie-criteria. Beknopt en in niet meer dan 10-20 regels wordt de (klinische) voorgeschiedenis verbonden met de actuele biologische, psychologische en sociologische invloeden die mogelijk hebben bijgedragen tot de ontwikkeling van de psychiatrische stoornis. De beschrijvende diagnose wordt meegenomen bij het opstellen van het behandelplan. Hierin worden de hersteldoelen geformuleerd en langs welke wegen deze kunnen worden bereikt. Ook het beleid bij crisis wordt vastgelegd in een signaleringsplan waarin de gevaarsituatie wordt beschreven (dreigende terugval in verslavingsgedrag, zelf- of hetero-destructief gedrag, suïcidaliteit) en hoe te handelen.

Onderscheid zeven praktijkscenario's bij het voorschrijven van psychofarmaca (of juist afzien daarvan):

- I Algemene houding/bejegening, anamnese, diagnostiek, overige maatregelen en medicatie bij individuele militairen met een psychiatrische stoornis  
Addendum: Psychosociale opvang na calamiteiten
- II Diagnostiek, noodmaatregelen en spoed/ingrijpmedicatie bij ernstige gedragsproblemen
- III Overige maatregelen, begeleiding en transportmedicatie bij medische-psychiatrische evacuatie/repatriëring al of niet gevolgd door opname in de GGZ
- IV Inleiding verslaving, attitude, anamnese en (minimale) interventies bij een stoornis in het gebruik van alcohol en/of middelen
- V Onderhoudsbehandeling psychofarmaca: reactievermogen, optimale dosering en interacties
- VI Houding, bejegening, diagnostiek en stappenplan bij SOLK
- VII Houding, bejegening, diagnostiek en overige maatregelen bij suïcidaal gedrag

## Beknopte introductie praktijkscenario's

### Praktijkscenario I

Het voorschrijven van psychofarmaca gebeurt, mede door de potentieel nadelige effecten op het psychomotor reactievermogen, pas na het afnemen van een zorgvuldige anamnese. Stel vast of de psychische klachten onderdeel zijn van een stoornis volgens de DSM-5, bijvoorbeeld passen bij een aanpassingsstoornis, een stemmingsstoornis, een angststoornis, een psychotische stoornis, psychotrauma of stressorgerelateerde stoornis (PTSS) of een alcohol-/middelenstoornis. Zijn er overige maatregelen nodig, bijvoorbeeld verwijzing naar de MGGZ voor psychotherapie of een alcoholdetoxificatie? Altijd informeren naar het eerder voorkomen van vergelijkbare klachten, actueel of eerder gebruik van psychofarmaca (of somatische medicatie) en familiale belasting; was er eerder contact met de militaire of civiele GGZ?

Aan praktijkscenario I is een addendum toegevoegd met richtlijnen voor de psychosociale bedrijfsopvang na calamiteiten. Bij de KM is er steeds van uitgegaan dat je voor psychosociale opvang gebruik moet maken van de natuurlijke werkomgeving en dat de psycholoog daarbij geen vereiste is. 'Community-based interventions' maken gebruik van de gemeenschapszin en inherente weerbaarheid van de militaire eenheid. De commandant coördineert de opvang,



Afb. 4: Hr.Ms. Tromp, STANAVFORLANT, vaarperiode januari tot april 1987. Zware storm op de uitreis naar de Verenigde Staten.

Bron: Beeldbank NIMH, objectnummer DB-07-08-010; foto N.C. de Koning.

geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) mag de officier-arts handelend optreden wanneer ernstig nadeel dreigt voor de gezondheid van de betrokken militair en diens omgeving. Hiervoor is zijn of haar toestemming niet nodig, de betrokken militair is 'ter zake wilsonbekwaam'. Eenmalige (parenterale) toediening kan toereikend zijn wanneer moet worden ingegrepen bij een acute (medische) noodsituatie. Vaak normaliseert het gedrag na een fase van sedatie en observatie van de vitale functies.

### Praktijkscenario III

Bij een medisch-psychiatrische evacuatie/repatriëring (medivac/psy-repat) is er niet alleen aandacht voor transportmedicatie maar ook voor veiligheidsmaatregelen onderweg, begeleiding en opvang op de luchthaven bij thuiskomst, bij voorkeur in aanwezigheid van de familie.

### Praktijkscenario IV

Een psychiatrische anamnese is niet compleet zonder naar (een voorgeschiedenis van) alcohol- en/of middelenmisbruik te informeren; vergeet niet het elektronisch patiëntendossier (EPD) te raadplegen. Bij Defensie geldt ten aanzien van harddrugs een zerotolerancebeleid en ten aanzien van alcohol een verbod bij uitzending en een sociaal matigingsbeleid daarbuiten. In het uitzendgebied is misbruik onwaarschijnlijk. De zorg voor, tijdens en na uitzendingen is als ketenzorg met elkaar verbonden. Zowel in de opwerkfase voor een uitzending als in de afwikkelingsfase erna zijn diagnostiek van en interventies bij alcohol en/of middelenstoornissen relevant, omdat psychische klachten, waaronder PTSS en een alcohol- en/of middelenstoornis vaak samengaan en qua klinische presentatie door elkaar heen kunnen gaan lopen (comorbiditeit; dubbele diagnose).

### Praktijkscenario V

Militairen die goed zijn ingesteld op moderne antidepressiva kunnen worden uitgezonden zonder beperkingen. Voorwaarde voor uitzending met psychofarmaca is een minimale gebruiksduur van 3-6 maanden, geen of weinig bijwerkingen, geen functioneringsproblemen, intact psychomotor

hij kan gebruik maken van telefonische consultatie of een beeldverbinding met de specialisten op dit gebied voor advies.

### Praktijkscenario II

Een apart scenario met spoed/ingrijpmedicatie is van toepassing bij ernstige verwardheid en gedragsproblemen, vooral die met impulsief gewelddadig gedrag gepaard gaan waarbij een anamnese vaak niet goed is af te nemen. Meestal in relatie tot een alcohol- en/of middelenstoornis.

Volgens de Wet op de

reactievermogen en een goede nachtrust. De officier-arts van de eenheid is vooraf op de hoogte gesteld door de militair psychiater. Wanneer de medicatie wordt voorgeschreven door een civiel werkzame collega dan is dit echter onwaarschijnlijk. Indien gebruik van psychofarmaca wordt vastgesteld dan is monitoring van de (optimale) onderhoudsdosering door de militair arts nodig. Besef dat acuut staken van een behandeling met moderne antidepressiva (selectieve serotonine-heropnameremmers [Engels: selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs], serotonine-norepinefrine-heropnameremmers [Engels: serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs]) tot vervelende ontrekkingsverschijnselen kan leiden met aan griep verwante klachten maar ook, soms weken/maanden later, tot een recidief van de angst/stemmingsstoornis waarvoor de antidepressiva zijn voorgeschreven; bij uitzondering kan een hypomane reactie optreden.

### **Praktijkscenario VI**

Somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten leiden nogal eens tot negatieve tegenoverdrachtsgevoelens en het uit frustratie en machteloosheid doen van onnodig kwetsende, vernederende, uitspraken aan het adres van de patiënt, onnodig voorschrijven van medicatie en onnodig verwijzen naar medisch specialisten. Door het stappenplan uit het SOLK-praktijkscenario te volgen, voelt de patiënt zich serieus genomen en de officier-arts zich niet machteloos gemaakt.

### **Praktijkscenario VII**

Suïcidale gedragingen/uitlatingen zijn altijd alarmsignalen. Het praktijkscenario formuleert richtlijnen voor de bejegening, diagnostiek, eventuele medicatie of juist afzien daarvan en de (on)wenselijkheid van repatriëring.

*Voor alle scenario's geldt: overleg bij twijfel altijd met de dienstdoende militair psychiater.*



## **PRAKTIJKSCENARIO I**

### **Algemene houding/bejegening, anamnese, diagnostiek, overige maatregelen en medicatie bij individuele militairen met een psychiatrische stoornis**

#### **Inleiding**

Dat de persoonlijkheid van de officier-arts een belangrijk instrument is in de arts-patiëntrelatie mag voor zichzelf spreken. Doen alsof je alle tijd hebt terwijl dat niet het geval is omdat je minder dan tien minuten over hebt voor een contact, kan je aanleren. Patiënten hebben er in het algemeen veel begrip voor dat de arts druk kan zijn, de tijd beperkt is en de klok in de gaten moet worden gehouden. Houd die goed in het blikveld of benoem openlijk dat je even op de tijd moet letten en dus kort op jouw horloge kijkt.

Bejegening staat altijd in relatie tot menselijke waardigheid. Interesse tonen, deskundigheid inbrengen maar je vervolgens gelijkwaardig niet superieur kunnen opstellen zou tot het standaardarsenaal van de officier-arts moeten behoren. Om aan te tonen dat 'erkenning' veel meer is dan gebakken lucht betrek ik graag de filosoof Fukuyama erbij. Deel drie in 'het einde

van de geschiedenis en de laatste mens', zijn roemruchte werk uit 1992, is getiteld: 'De 'strijd om erkenning', een strijd die hij ziet 'als motor van de geschiedenis'! In 'Contemporary Identity Politics and the Struggle for Recognition' uit 2018 komt hij daarop terug en herinnert de lezer aan de begrippen isothymie: het verlangen om door anderen als gelijkwaardig te worden behandeld en megalothymie: het verlangen om als superieur te worden beschouwd<sup>1</sup>. Meer strepen of gallons op je mouwen houdt niet automatisch in superieur te zijn aan de ander die er minder heeft. In dit verband maakt het wel degelijk uit of je de patiënt begroet van achter het scherm of dat je de moeite wilt nemen van achter het bureau op te staan of beter nog: hem of haar uit de wachtkamer op te halen. Houding en bejegening zijn belangrijke premissen voor samenwerking in de arts-patiëntrelatie en het bereiken van compliance. Pas dan ook zal het mogelijk zijn om een goede psychiatrische anamnese af te nemen. Zogenaamde overdrachtsfenomenen in de arts-patiëntrelatie komen later aan de orde.

Voor een goede eerstelijns psychiatrische anamnese en (minimale) interventies is naast een professionele houding vooral gezond verstand nodig. Geregeld worden eenvoudige gezondheidsvoorzorging en -opvoeding (GVO) adviezen uit de oude doos opgevoerd. Indien wenselijk in een modern jasje gestoken en toegepast op bijvoorbeeld de taakopvatting dat je altijd maar (digitaal) bereikbaar moet zijn. Wanneer GVO niet werkt en het arbeidsethos tot dwang leidt en burn-out, dan is verwijzing naar de psycholoog aan te bevelen.

Voor dit scenario wordt de indeling gevolgd zoals die in het Beknopt overzicht van de criteria DSM-5 wordt aangehouden, de Nederlandse vertaling uit 2014. De hier gehanteerde opsomming van psychiatrische stoornissen volgens de DSM-5 is niet compleet maar zo veel mogelijk afgestemd op wat je in de (maritiem) militaire praktijk tegen kan komen en voorzien van korte klinische vignettes. De officier-arts heeft normaal gesproken te maken met een gezonde en voor de functie geselecteerde populatie van 18 tot 58 jaar. De psychiatrie die er wel degelijk is, kan achter de 'can do'-bedrijfscultuur verscholen gaan, niet verborgen blijven voor het thuisfront maar wel stilgehouden. Het komt vaker voor dat de loyaliteit in de driehoeksverhouding: militair-partner-KM overheeft naar het moederbedrijf. Door deze beweging kan de 'doctors delay', voor de stoornis wordt herkend, onnodig lang uitpakken. Daar komt bij dat psychiatrische diagnostiek niet eenvoudig is. Over (onaangepast) gedrag heeft iedereen wel een eigen mening gevormd. Verslaving is zo'n aandoening die zich in verschillende gedaanten kan voordoen en erg misleidend kan zijn. Maar wat te doen bij een acute paniekaanval of een plotselinge psychotische opwindingsstoestand. Wanneer je daar geen ervaring in hebt opgedaan zou je kunnen aannemen dat iemand overdrijft, zich aanstelt of manipuleert en uit is op een mutatie. Dan kom je er echt niet uit met GVO (Scenario II). Voordat je met Rust, Reinheid en Regelmaat aan komt zetten informeer je naar eerdere (M)GGZ-contacten, medicatiegebruik, actueel en in de voorgeschiedenis.

Tot de meest voorkomende stoornissen onder militairen behoren angststoornissen (gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis), stemmingsstoornissen (unipolaire depressie, af en toe een bipolaire stoornis), psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen (bijvoorbeeld PTSS, burn-out) en alcohol- en middelenstoornissen, al of niet in onderlinge combinatie<sup>2</sup>. Bij meer dan één classificatie spreek je van comorbiditeit; van 'dual diagnosis' wordt gesproken wanneer er een bijkomende alcohol- of middelenstoornis is. Psychotische stoornissen komen weinig voor maar moeten wel worden herkend; denk bij psychose altijd ook aan inductie van de stoornis door het gebruik van alcohol al of niet in combinatie met psychoanaleptica (cocaïne, amfetamine).

Geen Slachtofferhulp Nederland aan boord of in het veld. Het addendum psychosociale opvang na calamiteiten geeft aanwijzingen hoe op te treden, hoe de commandant in dit proces bij te staan en te adviseren.

## Houding en bejegening, de overdrachtsrelatie

Houding en intonatie in de arts-patiëntrelatie dragen meer bij tot een goede samenwerkingsrelatie en compliance dan wat je zegt. Doe dat met aandacht voor het verhaal, alsof je alle tijd van de wereld hebt, niet veroordelend maar onderzoekend: 'Waar heb je last van, wat zijn jouw klachten, hoe zit/werkt dat bij jou?', zodat de patiënt zich serieus genomen voelt. Zie erop toe dat na de, op klachten (angst, sombere stemming/geen plezier/energie, nachtrust, verwardheid (vaak achterdocht/paranoia), onbegrepen lichamelijke klachten) gerichte speciële anamnese, een aanvullende (tractus mentalis) anamnese volgt.

Een (descriptieve) diagnose stellen volgens de DSM-5 doe je door het (waarneembare) gedrag en/of de (actuele) klachten/symptomen te beschrijven aan de hand van vastgestelde criteria die weer de uitkomsten zijn van talloze veldstudies en wetenschappelijk onderzoek. Om zo veel mogelijk objectiviteit na te streven is het van belang de klachten (volgens DSM-5) te scheiden van de betekenisverlening door 1) de patiënt zelf 2) de officier-arts en 3) de gemeenschap waar beiden deel van uit maken. Vraag altijd naar de duur van de klachten: 'Wanneer heeft u voor het laatst goed geslapen of plezier gehad?', 'Heeft u deze klachten eerder gehad en bent u daarvoor behandeld?', 'Kunt u zich uw eerste paniekaanval, al of niet met hyperventilatie, duidelijk herinneren?' Stel dus gerichte vragen, luister goed en ga niet meteen af op de eerste (visuele) indruk: een militair met een depressieve stoornis hoeft er niet depressief uit te zien en een militair met een angststoornis niet per se angstig. Bovendien kunnen (atypische) lichamelijke klachten (vermoeidheid/hoofdpijn/pijn in het bewegingsapparaat) en slecht slapen de stemming/angststoornis maskeren. Praktijkscenario IV maakt duidelijk hoe een verslavingsanamnese moet worden afgenomen.

Om tot een objectieve diagnose te komen dient de officier-arts ook rekening te houden met zijn eigen tegenoverdrachtsgevoelens: wat roept de patiënt op bij de dokter, een positief



**Afb. 5: De pantserschepen Hr.Ms. Tromp (1906-1927) en Hr.Ms. Jacob van Heemskerck (1908-1974) op winterreis, begin 1926. 'Humor' in de ziekenboeg van Hr.Ms. Tromp te Napels. Het is niet altijd kommer en kwel.**

Bron: Beeldbank NIMH, objectnummer 2173-207-043.

gevoel (sympathie, redders fantasieën) of een negatief gevoel (irritatie, woede, 'daar heb je hem/haar weer')? In beide gevallen bestaat het risico van onvolledige diagnostiek en behandeling. Binnen een besloten gemeenschap kan negatieve tegenoverdracht een collectief karakter aannemen en tot uitsluiting ('push out') leiden. Zelfreflectie is een vereiste om je bewust te zijn van wat zich in de tegenoverdrachtsrelatie afspeelt en tot afkeer zelfs haat kan leiden ('countertransference hatred'). Het zal niet lukken om die gevoelens en bijbehorende gedachten tegen te houden maar leef ze in elk geval niet uit door moraliserende uitspraken te doen of patiënten aan onnodig en belastend lichamenlijk onderzoek te onderwerpen. Probeer jezelf uit te nodigen om een ander perspectief in te nemen, niet te veroordelen maar met andere ogen te kijken naar het voorliggende probleem. Wanneer de patiënt als vertrekpunt wordt genomen spreek je van overdrachtsgevoelens. Een positieve overdrachtsrelatie, vertrouwen hebben in de arts, is belangrijk voor de compliance (samenwerking en therapietrouw).

## Anamnese op klachtenniveau

Als er geen significante lijdensdruk bestaat of (ernstige) beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, mag je niet van een stoornis volgens de DSM-5 spreken. Niet altijd is het bezoek aan de arts intrinsiek gemotiveerd. Zelfreflectie en ziekte-inzicht zijn niet vanzelfsprekend. Het komt natuurlijk voor dat de omgeving meer gebukt gaat onder de problematiek dan de geïdentificeerde patiënt, immers: een psychiatrische stoornis heb je niet alleen. Dat laatste kan ertoe leiden dat de patiënt wordt gestuurd. Dan is de motivatie om op het spreekuur te verschijnen extern bepaald. De druk komt van buitenaf, van thuis: 'Als jij niet verandert of stopt met gebruiken/drinken/liegen dan beëindig ik de relatie' of 'Jij hebt een veel te kort lontje, jij moet eens leren om te praten of beter met je emoties om te gaan.' De druk kan ook van de werkvloer komen nadat het gedrag van de betreffende militair in het sociaal medisch overleg (SMO) is besproken: 'Hij verzuimt te veel, drinkt te veel, is afwezig, let niet op en maakt te veel fouten' of 'Met dat impulsieve/chaotische en opstandige gedrag krijgt hij zijn takenboek niet op tijd af.'

In het internettijdperk hebben patiënten toegang tot makkelijk te verkrijgen, nogal eens tegenstrijdige, medisch-psychiatrische en psychologische informatie. Sta open voor de kennis die wordt meegebracht, de patiënt heeft daar betekenis aan ontleend. Luister met aandacht en probeer in (psychiatrische) concepten te denken. Bedenk dat een verwijzing naar de militaire geestelijke gezondheidszorg (MGGZ) beladen kan zijn, ondanks alle publiekscampagnes om het stigma op psychiatrische stoornissen te verminderen. Bij de MGGZ word je als militair, geldt trouwens ook voor burgers en de civiele GGZ, niet graag gespot dus: onderbouw de verwijzing met zorg. Een uitspraak als: 'Het zit tussen de oren' kan worden opgevat als: 'Je stelt je aan' en worden ervaren als afwijzing: 'Ik word niet serieus genomen!'

De psychiater neemt een speciële anamnese af gericht op de reden van de verwijzing en vervolgt met het uitvragen van de tractus mentalis door te informeren naar die items waar patiënten zelf in het algemeen niet spontaan mee aan komen zetten. Zoals het horen van stemmen, het hebben van dwangklachten, een eetstoornis, verslaving of een voorgeschiedenis van mishandeling/seksueel misbruik. Schaamte kan patiënten ervan weerhouden om erover te beginnen of de angst kan bestaan om voor gek te worden versleten en tot een opname in een instelling gedwongen. Maar het kan net zo goed voorkomen dat er helemaal geen verband wordt gelegd tussen voorgeschiedenis, alcoholgebruik, en klachten of te veel van de norm afwijkend gedrag door een stoornis in de ontwikkeling van de persoonlijkheid (door traumatische ervaringen in gehechtheidsrelaties bijvoorbeeld) en steeds terugkerende problemen in relaties en conflicten op het werk.

De psychiater doet niet aan waarheidsvinding, het is hem of haar te doen om een (systeem) interventie: classificeren, psycho-educatie verzorgen, psychotherapie geven of naar een psycholoog verwijzen, het systeem erbij betrekken en/of medicatie voorschrijven. Daarvoor is een samenwerkingsrelatie voor kortere of langere duur nodig. Dan is het niet handig om het waarheidsgehalte openlijk in twijfel te trekken. Als professional kijkt hij of zij er niet van op wanneer belangrijke informatie over wat er nog meer speelt, vaak alcohol- en/of middelengebruik betreffende, niet van de patiënt zelf komt maar vanuit het zijterrein. Die info wordt in het eerstvolgende contact op dezelfde onderzoekende en niet-veroordelende manier gedeeld. Het is namelijk niet verstandig om er geheimen over de patiënt op na te houden. Dat moet degene die de boodschap heeft overgebracht ook weten, wat door de 'informant' die erbuiten wil blijven niet altijd op prijs wordt gesteld. Een hetero-anamnese in een vroege fase van het contact, bij voorkeur met de patiënt erbij, heeft daarom altijd meerwaarde. Juist bij psychiatrische stoornissen.

In 'Strangers to Ourselves' legt de sociaal-psycholoog Timothy Wilson uit dat uitnodigen tot introspectie niet per se de weg is om erachter te komen wie je bent en wat jou beweegt<sup>3</sup>.



Die vraag, zo stelt hij, kan je beter aan een ander die jou goed kent voorleggen. Helaas, lang niet iedere patiënt wil dat het systeem van naastbetrokkenen, thuis of van de werkvloer, erbij wordt gehaald om te vertellen wie hij of zij is en wat hem of haar beweegt. Als reden wordt vaak opgegeven dat de patiënt het systeem niet wil belasten. Terwijl dat systeem, zo is de ervaring, meestal wel betrokken wil zijn bij het contact. Schaamte, angst voor de loopbaan of verlies van de relatie kunnen bijkomende redenen zijn om een systeeminterventie af te wijzen. Door te wijzen op het 'GGZ-familiebeleid' en zeker bij suïcidale uitspraken kan je als behandelaar wel meer dwingend, met de 'rechte rug', stellen dat het systeem erbij moet worden betrokken.

### **Anamnese medicatiegebruik**

Vraag je bij klachten die een psychiatrische stoornis doen vermoeden altijd af of de patiënt voor uitzending is ingesteld op een onderhoudsdosering psychofarmaca (zie EPD) of dat hij of zij eerder is behandeld bij de (M)GGZ? Hangen de klachten samen met reeds voorgeschreven medicatie: is er sprake van bijwerkingen (Scenario V; Farmacotherapeutisch Kompas) of van een te lage dosering (recidief oorspronkelijke stoornis; zie EPD)? Zijn de klachten ontstaan na het voorschrijven van somatische medicatie (bètablokkers: depressie en verstoorde slaap; statines: depressie; antivertigomiddelen: depressie; prednison: depressie of euforie; malariaprofylaxe/Lariam®: depressie, agressie, psychose)? Informeer naar een voorgeschiedenis van psychiatrische stoornissen en familiale belasting: komt het in de familie voor? Omdat psychofarmaca tot een verlenging van het QTc-interval (QT-interval gecorrigeerd voor de hartfrequentie) en ritmestoornissen kunnen leiden is het nodig om ook een cardiovasculaire familieanamnese af te nemen en te informeren naar plotselinge hartdood. Dan is een electrocardiogram nodig, tenminste wanneer je eraan denkt om een SSRI voor te schrijven (Scenario V). Neem de rapportages en correspondentie in het EPD goed door. Denk altijd aan een bijkomende alcohol- en of middelenstoornis, vergeet tenslotte de anabole steroïden niet die kunnen interfereren met mentale stabiliteit en leiden tot oordeels- en kritiekstoornissen, angst, verwardheid, wanen, manieën en gewelddadigheid.

#### **Anamnese**

Eerste indruk (en daarvan kunnen afwijken bijvoorbeeld door goed te luisteren).

#### **Speciële anamnese**

- Klachten: 'Waar heb je last van: angst, sombere stemming/geen plezier/energie, nachtrust, verwardheid (vaak achterdocht/paranoia), onbegrepen lichamelijke (pijn)klachten?'
- Hoe lang, hoe vaak, eerder zelfde klachten, vermijden van situaties, beperkingen in functioneren, thuis, op het werk, lijdensdruk: mild, matig, ernstig?

#### **Aanvullende anamnese**

- Ernstoperatie/bedrijfsongeval, komt het in de familie voor, intern of extern gemotiveerd (al of niet gestuurd door partner/militaire meerdere)?
- Lichamelijke gezondheid/medicatiegebruik, expliciet vragen naar een voorgeschiedenis van (psycho)farmaca gebruik.
- Verslaving, beginnen met: 'gebruikt u wel eens alcohol?' Functie van het gebruik, zelfmedicatie? Familiale belasting: komt er 'psychiatrie' voor in de familie (verslaving, opname of behandeling)? Cardiovasculaire aandoeningen in de familie, plotselinge hartdood?

#### **'Tractus mentalis' anamnese**

Voor die klachten die niet zijn gemeld tijdens de speciële en aanvullende anamnese en waarnaar nog niet is gevraagd:

- Angst, sombere stemming/geen plezier/energie, nachtrust, verwardheid (vaak achterdocht/paranoia), onbegrepen lichamelijke (pijn)klachten?'
- PTSS: getuige zijn geweest van/slachtoffer zijn van gebeurtenissen die extreem ►

beangstigend/bedreigend zijn geweest (TIC, bedrijfsongeval) of, achteraf tot 'morele verwonding' en gewetensnood hebben geleid. Vragen naar intrusies (flashbacks, nachtmerries).

- Dissociatie: stukken geheugen kwijt, depersonalisatie/derealiserende (jezelf of de omgeving als onwerkelijk ervaren, als in een film of van achter glas toekijken).
- Stemmen (die commentaar leveren of opdrachten geven).
- Dwang: gedachten of handelingen, gedachten die zich aan je opdringen, ego-dystoon zijn, vaak agressief of seksueel gekleurd, of dwanghandelingen moeten verrichten, omdat nalaten ervan angst/ongemak oproept.
- Eetstoornis: eetpatroon, restrictief, eetbuien?

**Heteroanamnese** partner/kennis/collega/meerdere, indien nodig ter verduidelijking van het klachtenpatroon, uiteraard na informed consent: verandering persoonlijkheid of gedrag na ernstoperatie/bedrijfsongeval?

### Overige maatregelen, GVO

Bij minder ernstige psychische klachten kan de officier-arts kiezen voor een steunend-structurerende begeleiding met aandacht voor het dagelijkse functioneren en leefregels: Rust, Reinheid en Regelmaat, bewaken van het dag/nachtritme (vaste tijden naar bed, ook in het weekend), gezonde voeding en afleiding door werk, sport en ontspanning. Monitor het stemmingsbeeld en de nachtrust en maak indien nodig afspraken over het alcoholgebruik (abstinentie, eventueel een verbod). Heb vanzelfsprekend aandacht voor eventuele problemen bij het thuisfront en schakel zo nodig de bedrijfsmaatschappelijk werker of de geestelijk verzorger aan de wal in. Omdat het belang van het individu ondergeschikt is aan het eenheidsbelang geschiedt voortzetting van de werkzaamheden alleen dan wanneer er geen risico's zijn voor de bedrijfsveiligheid. Dus: niet buiten de poort, geen wachtlopen en geen wapen op de man of vrouw. Neem de militair desnoods één of enkele dagen op (voor de nacht) maar onderbreek de dagelijkse routine zo min mogelijk. Betrek, in overleg (informed consent), de geestelijk verzorger, maatschappelijk werker of psycholoog - afhankelijk van de (operationele) beschikbaarheid - collega's (buddy) en militaire meerdere bij het herstel. Sociale steun vanuit de eenheid en rust bij het thuisfront zijn daarvoor belangrijke voorwaarden. Overleg met de dienstdoende militair psychiater wanneer herstel uitblijft.

Stel: een jonge matroos goederenbeheer is ternauwernood aan een bedrijfsongeval ontsnapt tijdens het overgeven van zware lasten in de midscheeps en klopt aan bij de ziekenboeg met 'hyperventilatie': transpiratie, versnelde ademhaling, versnelde pols, tintelingen in het gezicht, aan handen en voeten, droge mond, duizeligheid en het gevoel bijna flauw te vallen. Dan kan alleen al het aanbieden van, een beheerst en professioneel, contact kalmerend werken. Samen proberen de ademhaling onder controle te krijgen: adem in door de neus, pauzeer even, en dan weer uit door de neus, van de borst- naar de buikademhaling. Als het arousalniveau onvoldoende daalt en de ademhalingsfrequentie ruim boven de twaalf per minuut blijft en de pols boven de honderd (als 'angstequivalenten'), dan is het toegestaan om *één of enkele dagen een anxiolyticum* (oxazepam 10 mg) of een hypnoticum (temazepam 10 mg voor een nacht) en desnoods een sedativum (diazepam 10 mg) voor te schrijven. Probeer de reactie op het bijna bedrijfsongeval te normaliseren (maak er niet te veel een patiënt van; bij voorkeur terug naar de eigen hut of slaapverblijf) en houd weer rekening met de gevolgen voor het psychomotorisch reactievermogen en de bedrijfsveiligheid. Volg het herstel gedurende enkele dagen en herhaal de eenvoudige ademhalingsoefening. Een in traumatherapie geschoolde psycholoog zou enkele Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-sessies (imaginaire exposure) kunnen aanbieden wanneer intrusies (herbelevingen) aanhouden en bijvoorbeeld de slaap ernstig blijven verstoren. Een acute stressstoornis zal meestal een reden zijn voor repatriëring en kan een voorbode zijn van een posttraumatische stressstoornis. Herbelevingen kennen meestal een natuurlijk beloop en doven binnen enkele weken uit.

## Medicatie

Oxazepam 10 mg, tot drie keer daags één tot twee tabletten: meer anxiolytisch dan hypnotisch;

T ½: 5-15 uur.

Temazepam 10 mg, één keer daags voor het slapen gaan één tot twee capsules;

T ½: 7-11 uur.

Diazepam 10 mg, één keer daags voor het slapen gaan een halve tot een hele tablet;

T ½: 20-48 uur!

## Bladeren door de DSM-5, met klinische vignettes

Voor het vaststellen van een classificatie volgens de DSM-5 is klinische training en ervaring nodig. Kennisnemen van één of meer doorslaggevende symptomen kan de officier-arts wel op het juiste spoor zetten. Om vervolgens het Beknopte Overzicht van de Criteria van de DSM-5 uit 2014 erop na te slaan en daarna consultatie bij de specialist aan te vragen en eventueel door te verwijzen.

## Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Waaronder de autismespectrumstoornis (ASS) en de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD).

Denk bij de ongehuwde sergeant van de wapentechnische dienst met functioneringsproblemen die ook nog bij zijn moeder woont en alles van wapensystemen en techniek weet maar sociaal-emotioneel onhandig is, moeite heeft met oogcontact, er vaste routines en rigide gedachtenpatronen op na houdt ook aan ASS (DSM-5; pag. 105).

Defensie staat bovenaan de lijst van ADHD-vriendelijke beroepen, niet verwonderlijk: een avontuurlijke instelling, flexibel zijn en snel kunnen schakelen maar dan, wanneer de uitdaging ontbreekt en verveling toeslaat: onoplettend zijn, hyperactief en impulsief, niets afmaken, van alles eruit flappen en/of het tekort aan dopamine aanvullen door overdadig alcohol en psychostimulantia te gebruiken (DSM-5; pag. 112).

## Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen

Bij de militair die een psychose doormaakt is de 'reality testing' gestoord. De waanstoornis wordt gekenmerkt door een stoornis in de inhoud van het denken en betreft niet te corrigeren (waan) overtuigingen die niet kloppen en strijdig zijn met de werkelijkheid.

Een sergeant-majoor is ervan overtuigd dat een halfopen luxaflex zonwering aan de overkant van de haven staat voor een boodschap van de jonge vrouwelijke matroos die daar werkzaam is, speciaal bedoeld voor hem. Bij de sergeant-majoor wordt een waanstoornis van het erotomane type geclassificeerd, hij is ervan overtuigd dat de matroos verliefd op hem is (DSM-5; pag. 129). De matroos doet aangifte bij de Koninklijke Marechaussee (KMar) wegens stalking.

Op het moment dat de officier-arts met een patiënt per Sea King-helikopter afvliegt naar de wal raakt een officier van het bevoorradingsschip in de war, hij vertoont gedesorganiseerd, oninvoelbaar gedrag, praat op een niet-samenhangende (incoherente) manier hardop met een niet aanwezige ander en laat niemand toe in zijn hut. Een week daarvoor was de voortstuwing van het bevoorradingsschip uitgevallen in de Golf van Biskaje hetgeen tot hachelijke situaties aan boord heeft geleid. Een kortdurende psychotische stoornis met duidelijke stressoren is een aannemelijk classificatie (DSM-5; pag. 132). Later wordt deze gewijzigd in schizofrenie, een stoornis die zich meestal openbaart op jongvolwassenleeftijd tussen de 15 en 30 jaar. Terugkeer naar het pre-morbide niveau van functioneren bleef uit (DSM-5; pag. 136).

Voor de diagnose schizofrenie moet zijn voldaan aan twee of meer van de volgende kenmerken waarvan elk 'in een periode van één maand een significant deel van de tijd aanwezig is':

1. wanen;
2. hallucinaties (waarneming - zien, horen, ruiken, voelen - van zintuiglijke prikkels die niet echt zijn maar wel betekenisvol);
3. gedesorganiseerd spreken;
4. ernstig gedesorganiseerd of katatoon (geen psychomotorische activiteit/mutisme) gedrag;
5. negatieve symptomen (affectieve vervlakking/initiatiefverlies).

Curaçao, Willemstad: een korporaal van de operationele dienst heeft zich opgesloten op een hotelkamer en waant zich achtervolgd door de Colombiaanse maffia. Hij heeft dagenlang goedkope cocaïne gebruikt en een paranoïde waan ontwikkelt, een inductiepsychose door gebruik van het middel. De classificatie luidt: psychotische stoornis door een middel (DSM-5; pag. 141).

## Bipolaire-stemmingsstoornissen

Een Commando Centrale Officier (CCO) wordt voor een depressieve stoornis behandeld met een modern antidepressivum. Tijdens een eskaderreis ontwikkelt hij een ongekeerde dadendrang, voelt zich 'grandioos', heeft 'briljante' ideeën en nauwelijks slaap nodig. Het hypomane toestandbeeld houdt aan na staken van de medicatie waarmee de classificatie bipolaire stemmingsstoornis type II mag worden gesteld (DSM-5; pag. 159). Anders spreek je van een bipolaire stemmingsstoornis door medicatie (pag. 166). Deze laatste kan optreden bij intoxicatie maar ook bij onttrekking bijvoorbeeld van een antidepressivum.

## Depressieve stemmingsstoornissen

Een sergeant logistieke dienst verzorging, een kok van de oude stempel, moet niets hebben van het verplichte nummertje applaus na een diner in de longroom. Waar hij het allemaal voor doet? Dat zijn de blijde gezichten in het cafetaria als blijk van waardering voor het lekkere maal dat hij heeft voorgeschoteld. Zijn jeugd is doorspekt met gehechtheidstrauma's in een treurige relatie met zijn overheersende en kwetsende vader. Toen zijn vader overleed gaf hij aan de gesprekken te missen waarvan hij weet dat ze er nooit zijn geweest. Zijn slaapbehoefte was verhoogd, de stemming gedrukt, geen positieve energie, hij wordt behandeld voor een depressieve stoornis.

Een hoofdofficier vreest te zijn betrappt bij het bezoek aan een gay café, voelt zich schuldig, geraakt in een depressie en biecht zijn homoseksuele geaardheid op eerst aan zijn vrouw en later aan de psychiater. Een andere hoofdofficier wordt verwezen met angstig/depressieve klachten (veel piekeren/tobben/slecht slapen). Hij komt in aanmerking voor bevordering maar is bang dat hij is gespot tijdens korte bezoeken aan de rosse buurt. Wanneer hij met zijn vrouw in de stad boodschappen doet, verdwijnt hij met een smoes uit beeld. ENT noemt hij dat: Even Neuken Terug. Als de bevordering erdoor is verdwijnen de angstig/depressieve klachten. Derhalve geen depressie maar een aanpassingsstoornis met gemengd angstige en sombere stemming.

Om de classificatie depressie te kunnen stellen moet voldaan zijn aan het tijds criterium van minstens twee weken en één van de volgende symptomen: een sombere stemming hebben of verlies van interesse en plezier ervaren: anhedonie.

Bijkomende klachten: gewichtsverlies of gewichtstoename, insomnie of hypersomnie, vermoeidheid, piekeren/tobben, zich waardeloos voelen of kampen met schuldgevoelens en gedachten aan de dood (DSM-5; pag. 187). Een depressieve episode kan de eerste manifestatie zijn van een bipolaire stemmingsstoornis.

Het uitvragen van gedachten aan de dood, suïcidaliteit ('Als u morgen niet meer wakker wordt ...? Stel dat, hoe is die gedachte voor jou/u?') mag niet ontbreken bij de anamnese van depressieve stoornissen. Het laatste praktijkscenario is aan dit onderwerp gewijd.

## Angststoornissen

Een sergeant van administratie plant zijn vakanties altijd in de buurt van een ziekenhuis met een spoedeisende hulp, bij hem is een paniekstoornis vastgesteld, hij heeft aanvallen van hartkloppingen, trillen en zweten en ervaart daarbij grote angst voor een hartaanval en daaraan te zullen overlijden (DSM-5; pag. 218).

## Obsessieve-compulsieve stoornis en verwante stoornissen

Een jonge veteraan en oud-marinier lijdt onder obsessies, net getrouwd en vader geworden dringen zich steeds gedachten aan hem op over het toebrengen van verminkingen aan zijn pasgeboren dochtertje. Het is hem niet gelukt om de opdringende gedachten (egodystoon) te neutraliseren door verandering van gedrag of door afleiding te zoeken. De angst om de controle te verliezen en daarmee de lijdensdruk zijn groot. Schaamtevol bovendien, zijn partner weet van niets.

Naar dwang moet expliciet worden gevraagd: 'Heeft u wel eens last van nare, gruwelijke gedachten die zich aan u opdringen?' En worden die gedachten gevolgd door compulsies: repetitieve handelingen (handen wassen, ordenen, controleren) of psychische activiteiten (bidden, tellen, woorden herhalen) die helpen om minder angstig te zijn (DSM-5; pag. 229)?

Bij veteranen met PTSS kan het voorkomen dat zich bloedige slachtpartijen in hun hoofd afspelen zonder aan de criteria voor een dwangstoornis te voldoen.

## Psychotrauma- en stressgerelateerde stoornissen

Een sergeant der mariniers en Cambodjaveteraan woont in Schagen en is geplaatst aan boord van een bevoorradingschip. Elke keer als hij zijn familie in het zuiden van het land bezoekt, rijdt hij met een grote boog om Doorn heen. In Doorn ligt de Van Braam Houckgeestkazerne, de marinierskazerne. De vermijding staat in het teken van PTSS (C-criterium; DSM-5; pag. 246), de intrusies betreffen een ernstig incident toen hij als onderofficier van de wacht bij de poort liep. Hij verstijfde ('freeze' reactie) op het moment dat vanuit een aanstormende wagen het vuur werd geopend op de compound.

Een jonge marinier 1 met PTSS voelt zich extreem schuldig over zijn gedrag tijdens UNMEE. Zonder te protesteren was hij getuige van een partijtje voetbal met het hoofd van een 'local' door een paar mannen uit zijn gewoergroep. De beelden daarvan krijgt hij niet van zijn netvlies en vervullen hem met een gevoel van schaamte en walging.

Bij de marinier 1 uit het voorafgaande kader is sprake van morele verwerping van de gebeurtenis maar ook van zichzelf. Hij heeft naast de PTSS een depressie ontwikkeld. Nog een voorbeeld van 'moral injury' dat recent in het nieuws kwam: dertien jaar na dato biecht een Uruzgan-veteraan in een krantenartikel op ongewapende burgers te hebben gedood tijdens een actie in Chora. De veteraan die met naam wordt genoemd is daardoor in ernstige gewetensnood geraakt. 'De drempel om te schieten was laag', in dit artikel uit de NRC van 24 december 2020 spreekt een docente van de Nederlandse Defensie Academie over 'dubbele morele verwonding' wanneer de opgedane ervaringen in twijfel worden getrokken en toegeschreven aan inbeelding en PTSS.

De acute stressstoornis (DSM-5; pag. 254) onderscheidt zich van PTSS door het tijds criterium: klachten houden drie dagen tot één maand aan na de exposure. Probeer na een 'Troops In Contact' (TIC) vast te stellen of het arousalniveau voldoende is afgenomen; is het gelukt om de nacht erop in slaap te vallen of gierde de adrenaline nog door je lijf? Dat er herbelevingen optreden de eerste nachten na een in aanleg traumatische ervaring wordt als een normale reactie beschouwd. In de loop van enkele dagen/weken behoren die intrusies wel te vervagen, tenslotte uit te doven en een herinnering te worden, in tegenstelling tot intrusies zijn herinneringen niet cognitief/emotioneel ontregelend.

## Aanpassingsstoornissen

Een jeugdige takenboeker wordt een paar weken na vertrek uit Den Helder gerepatrieerd wegens heimwee. Hij is niet meer in staat om te functioneren, een verdrietige stemming, huilerigheid en gevoelens van wanhoop staan op de voorgrond (DSM-5; pag. 256).

Nog één haven te gaan, kort voor terugkeer van een twee maanden durende eskaderreis krijgt een sergeant van de logistieke dienst administratie een onheilspellend telefoontje van zijn vrouw die heeft aangekondigd bij hem weg te gaan. In de dagen daarop is hij niet in staat om zijn werkzaamheden uit te voeren, bij hem ontstaat een mengbeeld met angst en depressie. Hij wil van boord, maar de chef-staf geeft aanvankelijk geen toestemming, er waren die reis al meer dan twaalf opvarenden gerepatrieerd. Pas wanneer de officier-arts zich bereid verklaard desnoods zelf zijn koffer van de valreep te dragen wordt akkoord gegeven.

Een jonge vrouwelijke LHBTI-matroos met relatieproblemen komt afspraken niet na, weet zich bepaalde gebeurtenissen niet meer te herinneren waardoor problemen op de werkvloer zijn ontstaan. Zij is geplaatst aan boord van een fregat dat voor onderhoud in het dok ligt. De geheugenproblemen gaan verder dan gewone vergeetachtigheid. Bij haar speelt een voorgeschiedenis van seksueel misbruik, er wordt een dissociatieve amnesie (DSM-5; pag. 262) vastgesteld.

## Dissociatieve stoornissen

Een alleenstaande vakkorporaal van 45 jaar, die nog gek is met zijn moeder en heel behulpzaam in het bejaardenhuis, komt op het spreekuur met klachten over vergeetachtigheid. Hij spreekt van zwarte gaten in zijn geheugen, weet soms niet hoe hij van A naar B is gekomen. Daar komt bij dat anderen hebben gezien hoe hij een vogelhuisje uit de tuin een paar straten verderop ►

heeft meegenomen. Hij is zich van geen kwaad bewust, weet van niets. Twintig jaar eerder was hij betrokken bij een uit de hand gelopen initiatieritueel aan boord, met veel bier ontspoorde het 21-slaan (het meerderjarig slaan door het geven van 21 klappen op het achterwerk) in de richting van een (bijna)verkrachting. Dat hij daarmee in verband wordt gebracht breekt hem nog steeds op en vormt een emotionele last die hij maar niet van zich kan afschudden. Bij de korporaal wordt de classificatie dissociatieve fugue gesteld (DSM-5; pag. 262).

Oplopende spiegels van het stresshormoon cortisol leiden er bij acute stress toe dat de opslag van geheugeninformatie in de hippocampus gebrekkig of niet tot stand komt waardoor het kan voorkomen dat belangrijke aspecten van de traumatische gebeurtenis achteraf niet worden herinnerd. Ook bij PTSS en bij de acute stressstoornis behoren dissociatieve reacties tot de criteria. Peritraumatische dissociatie (in shock verkeren) kan goed worden gesimuleerd tijdens oefeningen met de medische actie dienst door het oefenslachtoffer 'wezenloos' voor zich uit te laten staren of doelloos rond te laten lopen.

### **Psychotraumaspectrumstoornissen**

Voor deze paragraaf is gebruik gemaakt van literatuur over gehechtheidstrauma's uit 'Mentaliseren in de klinische praktijk' van Allen e.a.<sup>4</sup>

In de (levenslange) nasleep van vroege psychotraumatische ervaringen in gehechtheidsrelaties (door verwaarlozing, vernedering, mishandeling, seksueel misbruik) kan zich een spectrum aan psychiatrische stoornissen voordoen: de psychotrauma en stressgerelateerde stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, suïcidaal gedrag, dissociatieve stoornissen, middelgerelateerde en verslavingsstoornissen evenals eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Om de classificatie PTSS te kunnen stellen zijn intrusies een voorwaarde. Van 'reenactments' wordt gesproken wanneer reminders aan het trauma tot posttraumatische symptomen en (zelf) destructief gedrag leiden (door alcohol en/of middelen te gebruiken of zichzelf te beschadigen). Om vervolgens in de actuele relatie met de belangrijke ander het oorspronkelijke gehechtheidstrauma opnieuw emotioneel uit te leven. Met als gevolg zich opnieuw afgewezen, buitengesloten of 'alleen op de wereld' te voelen. Gehechtheidstrauma's verraden zich het meest opvallend door ernstige verstoringen van de emotieregulatie, affect, twijfels over de eigen identiteit en relatieproblemen. Trauma leidt tot een verhoogde gevoeligheid voor het omgaan met alle soorten stress, persoonlijk maar ook onpersoonlijk.

Bij PTSS en bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) kunnen akoestische hallucinaties optreden zonder dat je meteen van een psychotische stoornis hoeft te spreken. Kenmerkend is dan het horen van stemmen die een negatief zelfdevaluerend karakter hebben of het horen van stemmen die commentaar leveren en opdrachten geven (zichzelf of anderen te beschadigen). Comorbiditeit van PTSS, BPS en (micro) psychose kan voorkomen. Flashbacks of dissociatieve reacties, ook wel pseudohallucinaties genoemd zoals het horen, ruiken, zien van de traumatische ervaringen en daarbij het gevoel hebben de traumatische situatie weer mee te maken zijn kenmerkend voor intrusies bij PTSS.

### **Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen**

Wat vroeger bekend stond als hypochondrie heet tegenwoordig de ziekteangststoornis: de betrokken militair ervaart een hoge mate van angst om aan een ernstige lichamelijke ziekte te lijden. Twee types worden onderscheiden, het zorgmijdende en het zorgzoekende type. Bij het laatstgenoemde type werkt geruststelling door de officier-arts meestal maar tijdelijk. Het stappenplan bij SOLK (Scenario VI) kan dan behulpzaam zijn om de stoornis niet zozeer te genezen, dan wel het zorgzoekende gedrag te structureren en 'shoppen' langs de diverse artsen,

specialisten en alternatieve genezers te voorkomen of te beperken. Medebehandeling door de psycholoog is aangewezen (DSM-5; pag. 268).

Een marinier met een chronische vorm van PTSS en een MIP van boven de 30% krijgt met diverse instanties (Veilig Thuis, Reclassering, Openbaar Ministerie, Politie) te maken nadat hij onder andere een foto van zichzelf in ontbloot bovenlijf had verzonden naar zijn casemanager van het ABP met een AK 47 tegen de borst, voorzien van dreigende teksten. Eerder waren er diverse geweldsincidenten met de politie, de veteraan kan de aanblik van uniformen niet meer verdragen zonder afkeer en woede te ontwikkelen. Er is aangifte gedaan door het OM. Bij het individueel casuoverleg in het Veiligheidshuis is ook de betrokken veteraan uitgenodigd. In zijn nek getatoeëerd ACAB: 'All Cops Are Bastards'. Hij is zichtbaar gespannen, zijn spraak komt hortend en stotend op gang: 'door de politie naakt in een cel opgesloten: vernederd in het buitenland, vernederd in eigen land'. Naast de chronische PTSS heeft hij een conversiestoornis ontwikkeld, met spraaksymptomen/dysfonie (DSM-5; pag. 269). Geen aanstellerij maar een (reversibele) 'functioneel neurologische symptoomstoornis'.

Het voorwenden van lichamelijke of psychische klachten of het doelbewust opwekken van verwonding of ziekte waarbij het beoogde doel is om een 'vrij van dienst naar huis' (VVDNH)-mutatie los te peuten, stond vroeger bekend als simuleren. Aan de nagebootste stoornis (pathomimie) kleeft ernstiger psychopathologie door (deels) onbewuste motieven om zich in de patiëntenrol te verplaatsen en daaraan positieve affectie te ontlenuen.

## Voedings- en eetstoornissen



**Afb. 6: Overzicht over een deel van Camp Smitty, As Samawah, Irak.**

Bron: Beeldbank NIMH, objectnummer 2009\_D040709-H1002-Irak; foto collectie CAVDKM.

Vanaf Camp Smitty in Irak neemt de commandant van het FDS contact op met de militair psychiater in Nederland. Zij verdenkt een vrouwelijke korporaal van de logistieke dienst geneeskundige dienst van een restrictieve eetstoornis, de korporaal vermagert zienderogen en wordt niet meer gesignaleerd in de eetzaal. Eenmaal in Nederland wordt de classificatie anorexia nervosa gesteld. Als kind werd zij geplaagd om haar omvang, als keepster van het meisjesvoetbalteam hoefde zij niet veel te doen om de bal tegen te houden, zo was haar meegedeeld door de docent lichamelijke opvoeding. Naast een psychodynamisch motief voor de gebrekkige energie-inname en het significant te lage lichaamsgewicht vertoonde patiënte fanatiek gedrag om gewichtstoename te voorkomen, door intensief te sporten (DSM-5; pag. 278).

Acht jaar later moest de classificatie worden bijgesteld toen zij door sondevoeding flink was aangekomen in gewicht en er geen stoornis in het lichaamsschema (C-Criterium) bleek te bestaan. Door een specialist op het gebied van eetstoornissen werd de classificatie gewijzigd in SOLK.

Wat zeker in haar nadeel speelde was de 'belle indifference' waarmee ze de klachten presenteerde. Die mooie onverschilligheid, een begrip uit de psychoanalytische literatuur, ►



maakte dat ze betrekkelijk onaangedaan leek door de ernst van haar klachten. De onderzoekende arts is in het algemeen visueel ingesteld en hecht meer waarde aan wat hij of zij ziet dan wat hij of zij hoort of uit de voorgeschiedenis verneemt. Dat kan leiden tot misinterpretatie en onder-diagnostiek. Toen haar later werd gevraagd waarom ze zich nooit heeft verzet tegen de classificatie anorexia nervosa, gaf ze aan zich zo kwetsbaar en onzeker te hebben gevoeld na repatriëring dat ze elke diagnose zou hebben geaccepteerd. In de gesprekken kwamen het hoge arbeidsethos en de morele dilemma's waarvoor zij in Irak heeft gestaan aan de orde. Zo bleken de beelden van jonge slachtoffers na een verkeersongeval moeilijk uit te wissen evenals het verlamme gevoel niets voor hen te kunnen betekenen. Ze ervoer de R(ust) en R(ecreatie) in Koeweit al bij het oversteken van de grens als bevrijdend, geen anorexia nervosa maar bij nader inzien een maag-dystrofie door het uitoefenen van haar beroep onder voor haar ondragelijke arbeidsomstandigheden, in oorlogsgebied. Met terugwerkende kracht werd verergerend dienstverband toegekend en kreeg deze veteraan, na haar ontslag, erkenning voor het ziektebeeld dat uiteindelijk door osteoporose en verzakking van de wervelkolom tot ernstige invaliditeit leidde.

## Slaap-waakstoornissen

De kwaliteit van de nachtrust is een redelijk betrouwbare maat voor geestelijke gezondheid. Bij slaapstoornissen altijd nagaan of de slaap-waakstoornis op zichzelf staat of onderdeel is van een andere (comorbide) DSM-5 stoornis: een aanpassingsstoornis, angststoornis, depressieve stoornis, psychose, PTSS (met verhoogde waakzaamheid en nachtmerries) of een alcohol en/of middelgerelateerde verslavingsstoornis? Een ernstig verstoorde nachtrust is een belangrijk criterium voor het stellen van de diagnose PTSS. Nodig de partner eens uit en laat hem of haar beschrijven wat hij of zij meemaakt gedurende de nacht. Zo beschreef de echtgenote van een marinier nachtelijke intrusies, hoe haar man grote delen van de nacht onrustig lag te woelen, luidkeels militaire orders opvolgde om vervolgens uit bed te stappen en op patrouille te gaan of een mortiergranaat af te vuren. Een andere partner moest zich bevrijden uit de verstikkende houdgreep ('flash back behavior') van haar ernstig getraumatiseerde veteraan.

### *Insomnia*

Informeel naar moeite met inslapen en duur van de slaaplatentie: periode tot inslapen, 0-15 minuten bij een goede slaper, kwaliteit van het doorslapen: (on)onderbroken slaap, nachtmerries, steeds wakker worden en wel of niet weer in kunnen slapen en/of 's morgens vroeg, voor de wekker gaat, wakker worden (DSM-5; pag. 289).

### *Hypersomnolentie*

Hypersomnolentie staat voor excessieve slaperigheid.

Een obese sergeant van de logistieke dienst verzorging ligt tijdens de transit naar het Caraïbisch gebied op het helikopterdek. Het is middagrust, tijd voor de 'sunex'. Hij is in slaap gevallen. Wat opvalt is zijn gesnurk dat een oorverdovend kabaal oplevert. Met happende/stokkende ademhaling en adempauzes tijdens de slaap. Hij meldt zich bij de officier-arts met klachten dat hij overdag niet fit is. Aan de wal, in het slaaplaboratorium wordt later bij polysomnografie het obstructieve slaapapneusyndroom bevestigd.

Een hutgenoot, een jonge officier van administratie en 'boerennachtgast' (iemand die geen zeewacht hoeft te lopen; 's nachts kan doorslapen), lukt het maar niet om op tijd uit zijn kooi te komen wanneer 's ochtends 'overal' (uit bed komen, ochtendappèl) wordt gepraaid. ►

's Avonds wordt het altijd laat, alsof het hele slaapblok naar achteren is verschoven. Bij hem is sprake van een circadiane slaap-waakstoornis, type verlate slaapfase. Met het hormoonpreparaat melatonine als 'Zeitgeber' kan een signaal worden afgegeven aan de biologische klok, de nucleus suprachiasmaticus, dat het tijd is om te gaan slapen. Waardoor het hele slaapblok naar voren wordt gehaald.

### *Non-remslaap-arousal stoornissen*

Een jonge marinier 1 algemeen vliegt mee terug vanaf Basra/Irak na een werkbezoek van SPRINTKM aan alle locaties in Al Muthanna tijdens SFIR II. Slaapwandelen heeft dit keer geleid tot repatriëring. Midden in de nacht zich aankleden, 'omhangen' en dan met een 'uitdrukingsloze starende' blik naar de poort lopen, op het oog klaar voor patrouille. Maar dan niet reageren op aanspreken en zich achteraf niets kunnen herinneren. Dat scheidt onrust. Was als kind al bekend met slaapwandelen en heeft eerder een SSRI gebruikt.

### **Seksuele disfuncties**

Een sergeant-majoor van 42 jaar met een depressie stopt onmiddellijk met het gebruik van het voorgeschreven antidepressivum omdat hij niet meer tot een orgasme kan komen. Dat was nu net het enige wat nog wel tot tevredenheid stemde in de relatie met zijn jongere vriendin. Op hem is de classificatie van toepassing: seksuele disfunctie door een middel/medicatie (DSM-5; pag. 322).

### **Genderdysforie**

Stel je voor, de jonge matroos die op het spreekuur aangeeft van het andere gender te willen zijn, moeite te hebben met de eigen primaire en/of secundaire geslachtskenmerken of zich man noch vrouw (non-binair) te voelen (DSM-5; pag. 327). Dan is het juist belangrijk om vast te houden aan de niet-veroordelende, onderzoekende, professionele houding zoals eerder in dit scenario is beschreven. Het is tenslotte denkbaar dat na een geslaagde gendertransformatie de betreffende militair evengoed 'fit for duty' is.

### **Impulsbeheersingsstoornissen**

Autoriteitsconflicten kunnen op allerlei manieren in het contact met meerderen worden uitgeleefd, subtiel en verborgen of openlijk en niet mis te verstaan. Zelfs of juist binnen een hiërarchische organisatie als de KM. Het begrip 'fragging', afgeleid van fragmentatiegranaat, is onlosmakelijk verbonden met de Vietnamoorlog en staat voor het je ontdoen van een meerdere door bijvoorbeeld een granaat over de rand van de douchecabine/tent te gooien<sup>5</sup>.

Van een oppositionele-opstandige stoornis spreek je pas wanneer de betrokkene vaak zijn kalmte verliest, boos en ontevreden is, opdrachten van hoger geplaatsten weigert uit te voeren en anderen de schuld geeft van zijn fouten. Dat leidt natuurlijk tot heel veel ongemak voor de betrokkene zelf en niet in de laatste plaats voor zijn of haar sociale omgeving (DSM-5; pag. 333). Neem differentiaal-diagnostisch PTSS mede in overweging, vooral wanneer gedragsverandering is opgetreden na een ernst-operatie.

### **Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen, inclusief de gokstoornis**

Kort gezegd: verslaving. Wordt in de DSM-5 (vanaf pag. 345) onderverdeeld in twee groepen: stoornissen 'in' het gebruik van een middel en stoornissen 'door' het gebruik van een middel/medicatie (intoxicatie, onttrekkingssyndroom en andere stoornissen waaronder psychotische-, angst-, stemming- en slaapstoornissen). De gokstoornis is niet-middelgerelateerd maar gaat wel

vaak samen, bijvoorbeeld met een alcoholstoornis. Scenario IV is geheel gewijd aan dit belangrijke onderwerp.

### Neurocognitieve stoornissen

Denk bij veranderingen van het bewustzijn, stoornissen in de oriëntatie en psychomotore onrust ook aan een delirium door intoxicatie of onttrekking van een (toxisch) middel, bijvoorbeeld alcohol (DSM-5; pag. 422).

Bij een schipper wordt een mondbodemcarcinoom gediagnosticeerd. Voor een operatieve ingreep wordt hij opgenomen in het algemeen ziekenhuis. Hij is gedwongen om acuut te stoppen met drinken en ontwikkelt in het ziekenhuis een hyperactief delirium door onttrekking van alcohol. Overigens is een delirium altijd een reden, niet voor een psychiatrische, maar voor een somatische opname met, vanwege de bijkomende onrust en gedragsproblemen, de psychiater in consult.

De 'schildersziekte', ook bekend als organisch psychosyndroom (OPS), is het gevolg van langdurige blootstelling aan neurotoxische oplosmiddelen. De cognitieve verandering bij OPS wordt onder andere gekenmerkt door achteruitgang in 'complexe aandacht, executieve functies, leervermogen en (werk)geheugen'. In de DSM-5 heet OPS: uitgebreide neurocognitieve stoornis door een middel met een specificatie van het oplosmiddel; de ziekte van Korsakow: uitgebreide neurocognitieve stoornis door alcohol, amnestisch-confabulerende type, persisterend.

Een 51-jarige kapitein-luitenant ter zee wordt vergezeld door zijn vrouw. Hij heeft geen klachten en maakt een gezonde indruk; het decorum is op het eerste oog intact. Maar volgens zijn vrouw gedraagt hij zich sociaal onhandig op bijeenkomsten en recepties, moet zij hem steeds vaker bijstaan en corrigeren, is hij vergeetachtig, kan hij zijn dag niet meer goed indelen en komt hij tot bar weinig. Geen schijn van de ondernemende persoon die hij was. Wanneer hij het antwoord schuldig moet blijven op een eenvoudige vraag naar de betekenis van een spreekwoord, hij komt met een letterlijke uitleg, blijft de overste minzaam glimlachen. Er is geen ziektebesef. Later wordt de ziekte van Pick bevestigd met een MRI-scan van de hersenen: een frontotemporale neurocognitieve stoornis. Anderhalf jaar later is hij overleden.

### Persoonlijkheidsstoornissen

In de psychologie worden de begrippen temperament, karakter en persoonlijkheid gebruikt. Op de website van de American Psychological Association wordt heel beknopt het psychobiologisch model van persoonlijkheid uitgelegd waaraan de naam van C.R. Cloninger is verbonden.

Hij onderscheidt vier temperamentsvariabelen: *harm avoidance* (sensitivity to, and avoidance of, punishing stimuli), *novelty seeking* (a tendency toward exhilaration or excitement in response to cues of potential reward or relief of punishment), *reward dependence* (a tendency to respond to positive signals such as social approval and to maintain rewarded behavior), and *persistence* (a tendency to continue a task or activity regardless of frustration, dissatisfaction, or fatigue).

Met daarnaast drie karaktervariabelen: *self-directedness* (the extent to which individuals are goal-oriented and resourceful), *cooperativeness* (the extent to which individuals relate to others), and *self-transcendence* (the extent to which individuals are transpersonal, spiritual, and idealistic).

Cloninger stelt dat de temperamentsvariabelen erfelijk zijn bepaald en veronderstelt een verband tussen novelty seeking en de neurotransmitter dopamine, tussen harm avoidance en serotonine, tussen reward dependence en noradrenaline, waarvoor het bewijs overigens niet duidelijk is. Karakter aldus Cloninger is cultureel bepaald en komt tot stand door omgevingsinvloeden en het verwerven van inzicht. De optelsom van temperament, karakter en gedrag heet persoonlijkheid. Een ander model van persoonlijkheid dat in de psychologie veel wordt gehanteerd, dat van de

'Big Five', onderscheidt vijf persoonlijkheidskenmerken:

- extraversie
- vriendelijkheid
- emotionele stabiliteit
- nauwgezetheid
- openheid

Wanneer je het beknopte overzicht van de DSM-5 erop na slaat, vanaf pag. 451, dan lees je dat het bij persoonlijkheidsstoornissen gaat om duurzame patronen van problemen in affect/emotieregulatie, impulsiviteit, ideeën en gedrag die afwijken van wat binnen de cultuur gebruikelijk is. Het betreft patronen die niet flexibel zijn, zich ontwikkelen vanaf de adolescentie en tot grote problemen kunnen leiden in het persoonlijke contact met anderen. Denk bij het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen terug aan de leidende modellen binnen de psychiatrie: het biopsychosociale model en de kwetsbaarheid-stress hypothese. Of het van een persoonlijkheidsstoornis komt tijdens de ontwikkeling is uiteindelijk ook multifactorieel bepaald. Wel met steeds meer evidentie voor het grote aandeel dat gehechtheidstrauma's hebben in de ontwikkeling van psychopathologie i.e.z. (angst, depressie, verwardheid, verslaving) en persoonlijkheidsstoornissen. 'Resilience' is op veel psychiatriecongressen een belangrijk topic: waarom hij/zij wel een, laten we zeggen, posttraumatische stressstoornis of een persoonlijkheidsstoornis en hij of zij niet?

Om je een beeld te vormen van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen kan het behulpzaam zijn om in stereotypen te denken. Er worden in de DSM-5 drie clusters onderscheiden:

- het A-cluster: vreemd, achterdochtig of excentriek
- het B-cluster: dramatisch, emotioneel en impulsief
- het C-cluster: angstig, afhankelijk, dwangmatig

Naast de drie clusters wordt nog een persoonlijkheidsverandering vermeld die door een somatische aandoening kan worden verklaard (DSM-5; pag. 462). Meer specifiek wordt onderscheid gemaakt tussen het labiele, ontremde, apathische en agressieve type. Een infectieus proces kan verantwoordelijk zijn voor de verandering in persoonlijkheid of een hersentumor. Niet meegerekend zijn de gevolgen van een traumatisch hersenletsel ('niet aangeboren hersenletsel': NAH). Wanneer door een schedeltrauma gedragsstoornissen ontstaan valt de classificatie onder de neurocognitieve stoornissen (DSM-5; pag.440).

In Irak (2003/4) bracht de bataljonscommandant een oude korpsorder onder de aandacht: 'Wees waakzaam en wantrouwend'. Houd er als hulpverlener rekening mee dat die nuttige aanpassing om te kunnen overleven in het veld wel eens kan aanhouden na terugkeer van een missie en tot blijvende verandering van de persoonlijkheid kan leiden. Voor het kunnen vaststellen van de diagnose PTSS is het hebben van intrusies een vereiste. Informeer terloops eens naar de veranderingen in de persoonlijkheid gekenmerkt door woede ('kort lontje', snel van '0 op 100' zitten), waakzaamheid (altijd alert, overal gevaar zien, niet kunnen slapen) en wantrouwen. Wel eens vaker gehoord van veteranen met PTSS: 'Ik kan niemand vertrouwen, zelfs mijn eigen partner niet'? Veranderingen in de persoonlijkheid worden in het algemeen niet door de betrokkene zelf opgemerkt maar wel door de partner/familie/collega.

Het concept van de persoonlijkheidsstoornis zal naar verwachting ingrijpend veranderen in de volgende editie van de DSM. Zoals het er nu naar uitziet zal er een dimensioneel model komen waarbij nog maar zes stoornissen worden onderscheiden: de schizotypische, antisociale, narcistische, borderline, vermijdende en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Beperkingen in het persoonlijk functioneren worden beter in kaart gebracht met speciale aandacht voor identiteit, zelfsturing, empathie, intimiteit (het aan kunnen gaan van duurzame relaties) en de 'Big Five' (extraversie versus introversie etc.). Als de patronen rigide zijn en pervasief en niet passen bij de

sociaal-culturele achtergrond dan kan van een persoonlijkheidsstoornis worden gesproken, licht, matig of ernstig.

Bij de toenmalige afdeling GGZ van de Sociaal Medische Dienst KM zagen wij vaker een persoonlijkheidsstijl, niet zozeer een stoornis maar een persoonlijkheid gekenmerkt door trekken uit het B- en C-cluster: narcistische ('it's lonely at the top') en vooral perfectionistische/dwangmatige ('never good enough') trekken. Die combinatie van persoonlijkheidstrekken werd (K)M-cluster gedoopt. Met ook maar enige zelfrelativering of zelfspot, de kunst toe te kunnen geven dat je er misschien toch naast zat (zonder jezelf door het slijk te halen), kwam je echt niet in aanmerking voor zo'n classificatie (en met die mentale beweeglijkheid en veerkracht waarschijnlijk ook niet terecht bij de MGGZ). Onder psychosociale druk kunnen bepaalde persoonlijkheidskenmerken meer op de voorgrond treden. Een 'stoornis' hoeft geen levenslange veroordeling in te houden. In de loop van de tijd en onder invloed van veranderende omstandigheden kan het voorkomen dat niet meer aan de criteria wordt voldaan; er bestaat ook zoiets als een natuurlijk beloop. Misschien nog wel belangrijker dan in termen van een persoonlijkheidsstoornis te denken is het om te kijken naar de kwaliteit van militairen om samen te kunnen werken onder steeds wisselende, onzekere en gevaarlijke omstandigheden, naar inlevingsvermogen, oog hebben voor de reactie van de ander op het eigen gedrag en naar mentale weerbaarheid: hoe om te gaan met teleurstellingen (de gedroomde functie mislopen), tegenslagen (door gezondheidsproblemen, een niet-steunend thuisfront, een militaire meerdere die je niet ligt, mede verantwoordelijk zijn voor een bedrijfsongeval of opgelopen schade aan schip of onderzeeboot) en verliezen (van dierbaren, gewaardeerde collega's). Zonder dat het zelfvertrouwen al te veel schade oploopt en zonder dat in te leveren wat het meest bepalend is voor jouw persoonlijkheid, de eigen identiteit: eenmalig en afgegrensd van anderen met een zelfbeeld dat 'good enough' is, toegang hebben tot een spectrum aan emoties die, alhoewel soms pijnlijk, er mogen zijn en waar je mee om kan gaan: 'hier sta ik, ik kan niet anders'. Met een 'intern locus of control': ik draag zelf (mede)verantwoordelijkheid ben je in psychologische zin beter uitgerust om met tegenslag om te gaan en er weer wat van te maken dan met een 'extern locus of control': het ligt niet aan mij maar aan de omstandigheden of aan anderen, ook wel externaliseren genoemd. Vergeet niet dat er altijd een driehoeksverhouding met 'de baas' en het thuisfront bestaat die tot een conflict van belangen kan leiden, de persoonlijkheid van de militaire meerdere en de persoonlijkheden thuis zijn belangrijk en tellen mee, terwijl ze vanuit de spreekkamer niet eenvoudig of helemaal niet zijn te beïnvloeden.

### **Parafiele stoornissen**

Bij de parafiele stoornis staat het lustprincipe centraal; een wat gedateerd begrip uit de psychoanalytische literatuur, dat van de 'Genitale Ueberschreitungen', dient zich in dit verband aan. Seksuele opwinding ervaren, niet door gemeenschap tussen man en vrouw maar door stiekem te gluren naar iemand die niets vermoedt en zich aan het uitkleden is of naakt: de voyeurismestoornis. Seksuele opwinding ervaren door het eigen genitaal te tonen: de exhibitionismestoornis of, door tegen iemand aan te wrijven: de frotteurismestoornis. Pedofilie: opwinding ervaren met betrekking tot seksuele handelingen met een pre-puberaal kind of kinderen (DSM-5; vanaf pag. 465).

Een onderofficier van de wapentechnische dienst is aangehouden door de KMar, hij heeft kinderpornografisch materiaal gedownload. Hij ontkent het als misdrijf, hij was bezig om netwerken van pedofielen op te sporen en daders te ontmaskeren. Uiteindelijk werd hij naar de psychiater verwezen omdat hij suïcidale uitspraken deed, hij vreesde ontslag.

### **Addendum psychosociale opvang**

In het kader van de psychosociale opvang voor individuele militairen na schokkende ervaringen worden bij minder ernstige vormen van de acute stressstoornis de PIE-principes (Proximity,

Immediacy en Expectancy) gevolgd. Na calamiteiten worden drie stressreactiepatronen onderscheiden: peritraumatische dissociatie of paniek, doelgericht handelen ofwel 'combat behavior' en op de automatische piloot overgaan. Daarom zijn oefeningen zo belangrijk: 'train as you fight and fight as you train'. Proximity staat voor dichtbij ingrijpen, aan boord of in het veld, en niet te snel overgaan tot repatriëren. Dat laatste brengt een verhoogd risico met zich mee op psychiatrische stoornissen waaronder depressie en verslaving. Immediacy staat voor direct actie ondernemen en Expectancy voor normalisering van de stressreactie: 'Begrijpelijk dat je zo reageerde; na een douche en een schoon werkpak, een goede maaltijd en twee of drie 'boerennachten' (desnoods met medicatie) ben je weer de oude.' Probeer zo min mogelijk een patiënt te maken van de militair met een klinisch niet al te heftige reactie op (traumatische) stress. Als het even kan: niet opnemen in de ziekenboeg!

Het kan niet genoeg worden benadrukt hoe belangrijk sociale steun is in de nasleep van een ontwrichtende mentale reactie op schokkende ervaringen, bij uitblijven daarvan is het meer waarschijnlijk dat PTSS tot volle wasdom komt. Daarnaast is het voor herstel belangrijk om zo snel mogelijk de dagelijkse routine weer op te pakken, afgewisseld met, indien mogelijk, sport en ontspanning. Repatriëring van individuele militairen hangt niet alleen af van de ernst van de acute stressstoornis en het risico voor de bedrijfsveiligheid. De wil van de betrokken militair is natuurlijk belangrijk maar ook of hij nog op voldoende steun kan rekenen van zijn militaire collega's en meerderen. Ontbreekt deze steun dan is repatriëring onvermijdelijk; uiteindelijk beslist de commandant.

### **Get back on track: community-based psychosociale opvang na calamiteiten/rampen**

De militaire eenheid biedt zelf 'inherente zorg' en daarmee de beste condities voor militairen op missie om te kunnen herstellen van in aanleg psychotraumatische ervaringen. Door het toepassen van 'community based interventions' wordt geprobeerd het natuurlijke beloop zoveel mogelijk te ondersteunen door die processen/rituelen te accentueren die bijdragen aan verwerking van de gebeurtenissen en deze niet te verstoren. 'Train as you fight and fight as you train'. Kennis hebben van de diverse stressreactiepatronen op kameradenhulp (KHBO)-niveau en weten wat je wel en vooral niet moet doen is daarbij onmisbaar. Weet hebben van en vertrouwd zijn met groepsgewijze psychosociale opvang hoort op zijn minst thuis in de lagere en middelbare managementopleidingen. Vroege interventies, groepsgewijze 'critical incident stress debriefings', geleid door professionals van buiten, werden in de jaren 1990 opgetuigd met het doel om PTSS te voorkomen. Al snel werd duidelijk dat te veel en te vroeg na het trauma inspelen op de emotionele reacties het risico op psychische schade door 're-traumatisering' kan vergroten.

Na grotere calamiteiten/rampen met meerdere (dodelijke) slachtoffers is de staf van de (bataljons/ eskader)commandant aan zet; de staf coördineert de psychosociale opvang. Uiteraard pas dan wanneer de operationele situatie veilig is en de toedracht van de calamiteit/ramp duidelijk. Het is de commandant die met de opvolgend commandant/eerste officier (OC/EO) en de chef der equipage (CDE) leiding geeft aan een psychosociaal crisisteam. Hij is degene die de pelotonscommandanten (PC's) en opvolgend PC's/geweergroepscommandanten (korps) respectievelijk de hoofden en chefs van dienst (vloot) in de kajuit ontbiedt om zich te laten informeren over de precieze toedracht evenals de fysieke en mentale weerbaarheid van zijn eenheid. Het zijn vooral de PC's, de OPC's en de chefs van dienst die als ervaren onderofficieren annex 'vaderfiguren' het dichtst bij hun mannen en vrouwen staan. Zij moeten in staat worden geacht een goede inschatting te kunnen maken van mentale veerkracht en die militairen naar de dokter of de geestelijk verzorger te sturen waarvan zij vinden dat die wel een extra gesprek kunnen gebruiken. In overleg met het sociaal medisch team (SMT) neemt de commandant tenslotte een reeks van maatregelen die positief bijdraagt aan de verwerking op eenheidsniveau. Tevens wordt bepaald of opschaling van de psychosociale zorg nodig is door inschakeling van SPRINTKM. Dit team bestaat uit een (niet aan de eenheid verbonden) geestelijk verzorger, een bedrijfsmaatschappelijk werker en als teamleider een psycholoog of een psychiater. SPRINTKM

heeft een 'notice' van nul uur en biedt om te beginnen telefonische consultatie. Omdat inzet in het algemeen niet langer dan 4-5 dagen duurt hoeven de werkzaamheden op de kazerne maar tijdelijk te worden neergelegd, SPRINTKM is zagezegd een 'lege organisatie'. Niet alleen 'leeg' maar als het even kan ook 'onzichtbaar' zodat het bij telefonische consultatie kan blijven. Er zijn overeenkomsten met de eigen 'invisible service'. Een onderzeeboot opereert onder water en komt alleen kortdurend aan de oppervlakte, bij voorkeur niet verder dan tot snuiverdiepte, wanneer de diesels moeten draaien om de accu's op te laden en de lucht te verversen. Bij daadwerkelijke inzet gaat SPRINTKM 'gelaagd' te werk<sup>6-8</sup>. Voor vertrek wordt informatie ingewonnen over toedracht en toestand ter plaatse, afhankelijk van de beschikbaarheid, bij de commandant, de officier-arts of de geestelijk verzorger. Als het bij telefonische consultatie of consultatie via een beeldverbinding blijft dan worden globaal de volgende adviezen verstrekt; heb aandacht voor:

1. 'Grief leadership': de commandant laat tijdens een 'Alle Hens' (de hele bemanning laten aantreden) zien dat hij is geraakt door de gebeurtenissen en toont gepaste emoties, spreekt 'met een brok in de keel'.
2. Feiteninformatie verstrekken: over de toedracht en eventuele gezondheidsrisico's door milieuschade bijvoorbeeld, de gezondheidstoestand van de slachtoffers (rol officier-arts) en de genomen maatregelen ook t.a.v. het thuisfront (rol geestelijk verzorger/bedrijfsmaatschappelijk werker); geen informatie in de doofpot.
3. Erkenning voor de getoonde inzet: concentrische principe volgen; eerst gaat de aandacht uit naar hen die het meest direct zijn getroffen. De impact door emotionele schade op afstand (andere eenheden, thuisfront) niet over het hoofd zien.
4. Aankondiging van een periode van rouw/bezinning (af te sluiten door een 'Alle Hens' en het zoveel mogelijk weer oppakken van de dagelijks routine en het operationele programma).
5. (Voorbereidingen treffen voor) kerkdienst/afscheidsceremonieel (rol geestelijk verzorger).
6. Herkenning van de eerste fase van emotionele stuwing die 2-3 dagen aanhoudt, niet schrikken van pittige scheldkanonnades, heftige verwijten, uitingen van angst, woede en verdriet, maar er zijn ook genoeg nuchtere reacties. Erg prettig dat de meeste militairen het overzicht behouden. Ook kan een versterking van de gemeenschapszin ('traumatic bonding') optreden; de rivaliteit tussen dienstgroepen kan bijvoorbeeld tijdelijk verdwijnen.
7. De eenheid zelf als meest waardevolle instrument zien om tot verwerking te komen: 'Wat jullie nu voor elkaar kunnen betekenen, kunnen anderen (SPRINT en thuisfront) niet voor jullie betekenen.'
8. Het escorte ter begeleiding van de (dodelijke) slachtoffers sluit zich na het betoonde respect voor het thuisfront weer aan bij de eenheid. Het gehele bataljon, de compagnie of het complete detachement, de volledige bemanning kan vervolgens deelnemen aan het adaptatieprogramma en de terugkeergesprekken. Wanneer er geen adaptatieprogramma is, ligt de verantwoordelijkheid voor het bieden van nazorg bij het SMT van de eenheid.

Bij calamiteiten van een kleinere omvang kan het SMT de commandant souffleren, daar zijn geen buitenstaanders van buiten voor nodig. Houd de hierboven vermelde adviezen aan. De 'get back on track'-aanpak houdt in dat de voorgenomen missie/reis, na de rituele/ceremoniële onderbrekingen, zoveel mogelijk volgens planning wordt volbracht. De belangrijkste boodschap: ervaren dat je als eenheid met ernstige tegenslagen om kunt gaan zonder mentaal te worden weggeblazen of hulpbehoevend te worden. Bij twijfel: SPRINTKM kan altijd telefonische consultatie bieden. Wanneer de officier-arts van de eenheid denkt aan een pathologische reactie op een traumatische gebeurtenis, dan biedt consultatie door middel van een beeldverbinding de psycholoog of psychiater aan de wal een nog betere mogelijkheid om op afstand de ernst van de stressreactie in te schatten en adviezen te verstrekken over het te volgen beleid. Welke invloeden daarna optreden, tijdens de transitie, thuis, liggend tegen de kant of op de kazerne hebben mogelijk een nog grotere invloed op het wel of niet ontwikkelen van PTSS dan de oorspronkelijke traumatische ervaring. Door gebrek aan menselijke steun, onderkoelde reacties, kritiek en het uitblijven van begrip en waardering, vooral voor hen die niet 'resilient' zijn en meer gevoelig dan anderen.



## PRAKTIJKSCENARIO II

### Diagnostiek, noodmaatregelen en spoed/ingrijpmedicatie bij ernstige gedragsproblemen

#### Inleiding

Ankerrol op post, na een intensieve oefenperiode is het tijd voor ontspanning. Aan boord van het vlaggenschip worden diverse O.S.&O.-activiteiten georganiseerd: een viswedstrijd, met de Glock 17 schieten op het helikopterdek, catcrawl over een tros met de brandspuit erop in de midscheeps. Na de barbecue op het achterschip gaat de tap los. Wanneer de avond wat verder is gevorderd maakt de commandant een ronde door het schip. Na een bezoekje aan het cafetaria loopt hij verder door de whalegang richting de wasserij in het achterschip en passeert de ziekenboeg. Het is druk en precies daar ontstaat een opstootje, een matroos slingert allerlei verwensingen naar het hoofd van die 'ouwe' en dreigt wild gebarend op hem af te stappen. Direct stormen drie tot vier man op de matroos af, pakken hem stevig beet en dragen hem spartelend de ziekenboeg in. Hij komt op de onderzoekstafel terecht waar een vijfde man nodig is om zijn hoofd te fixeren.

#### Diagnostiek bij gedragsproblemen

De labiele stemming van de matroos, het onaanvaardbare agressieve gedrag jegens de commandant en het verminderde oordeelsvermogen passen bij een alcoholintoxicatie. De diagnose is snel gesteld en de behandeling doelmatig ingezet. In de ziekenboeg krijgt de matroos 10 mg diazepam intramusculair toegediend waarop hij bijna direct kalmeert.

Geheel anders is de volgende casus: nu lijkt er geen alcohol in het spel, de gedragsproblemen doen zich voor in open zee nadat het GW-fregat de dag ervoor uit Funchal is vertrokken.

Via de scheepsomroep wordt de officier-arts met spoed naar het kabelgat ontboden, er is haast bij zo wordt gepraaid: 'safe guard, niet voor oefening'. In de whalegang in het voorschip treft de officier-arts een groepje nauten aan met de schipper als hoogste in rang. Door hem laat hij zich informeren; wat blijkt: achter in het kabelgat staat een matroos die zich 'vreemd' gedraagt, de schipper vond dat hij vaker afwezig was in het contact na vertrek, altijd wel een wat stille jongen, maar dit! Bij toenadering reageert hij boos en dreigend, hij loopt onrustig heen en weer en weigert om mee te gaan naar de ziekenboeg. Tijd om het medisch dossier te raadplegen en informatie op te diepen over een eventuele psychiatrische voorgeschiedenis word je niet gegund en is ook niet per se nodig. Een eerste observatie over de schouder van de schipper leert dat de matroos van de operationele dienst nautische dienst extreem onrustig is. Hij is afwisselend in zichzelf gekeerd, prevelt onverstaanbaar voor zich uit, is dan weer angstig aan het snikken/snotteren om daarna ►



een dreigende houding aan te nemen. Alsof hij zich ergens tegen moet verdedigen. Wanneer hij schreeuwt is hij moeilijk te volgen, iets met zijn vriendin, dat hij geen 'homo' is, de naam van een collega valt, maar de samenhang is ver te zoeken. Zou er iets in de relatie met zijn vriendin hebben gespeeld, is hij gepest of is hij in een opwindingsstoestand geraakt door een conflict met een collega of, heeft het toch te maken met intoxicatie/onttrekking door gebruik van alcohol, een middel en/of door een andere ervaring aan de wal? Het bewustzijn is zo te zien helder en de motoriek niet gestoord maar op voorzichtige vragen wat er aan de hand is komt geen zinnig antwoord, hij lijkt niemand te vertrouwen en laat niemand dichterbij komen. Ook na indirecte communicatie, door met de schipper in gesprek te gaan over de ontstane situatie, voegt de matroos niet in. Hij lijkt wel even te luisteren maar een adequate reactie blijft uit, hij herpakt zich op geen enkele manier. Vastgesteld mag worden dat de matroos verward is, in een opwindingsstoestand verkeert en vermoedelijk psychotisch, in ieder geval niet wilsbekwaam. Bovendien neemt de dreiging toe nu hij een bijl uit een stelling heeft gepakt. Veiligheid boven alles: de officier-arts adviseert de schipper om de onderofficier van politie, een sergeant-majoor der mariniers, erbij te roepen. Heel veel tijd kan nu immers niet meer verloren gaan met het leggen van contact en afwachten tot hij zich heeft herpakt. Het komt nu op doorpakken aan.

Denk bij gedragsproblemen altijd aan (combinaties van) 'intoxicatie' en/of 'onttrekking' van alcohol, en intoxicatie door het gebruik van amfetamine, cannabis, cocaïne en/of overige middelen. Bij ernstige acute gedragsproblemen, zonder psychiatrische voorgeschiedenis en zonder aanwijzingen voor een intoxicatie/onttrekkingssyndroom door gebruik van alcohol en/of middelen veroorzaakt, altijd ook de mogelijkheid van een neurocognitieve stoornis (DSM-5; pag. 409) mede in overweging nemen door een schedeltrauma, een intracranieel proces, een infectie of een vergiftiging. Bij een 'delirium' (DSM-5 pag. 422) treedt een stoornis van het bewustzijn op met verminderde tenaciteit en vigiliteit, cognitieve disfunctie, desoriëntatie en/of (visuele) hallucinaties; het klinische beeld kan in de loop van de dag fluctueren. In verband met de onderliggende lichamelijke aandoening moet de betrokkene met een delirium acuut in het (veld)hospitaal worden opgenomen en somatisch bewaakt.

Een opwindingsstoestand door alcohol en of middelen kan met impulsief gewelddadig gedrag samengaan. Daar kan 'paranoia' bij optreden, ziekelijke achterdocht met de overtuiging te worden achtervolgd of belaagd, daarvoor te moeten vluchten of zich (heftig) te moeten verweren. Ook bij de niet door alcohol en/of middelen geïnduceerde psychotische stoornis is de betrokkene vaak angstig, het verhaal niet goed te volgen, onsamenhangend, of gebaseerd op achterdocht en/of, soms, grootheid (compensatoir na krenking). Het (klinisch waarneembare) gedrag kan 'bizar', oninvoelbaar, aandoen. Een manische episode in het kader van een bipolaire stoornis kan met psychotische kenmerken (grootheidswanen) gepaard gaan. Een (hypo)manische episode kan optreden tijdens een behandeling met antidepressiva of na het staken ervan (zie praktijkscenario V).

### Overige maatregelen

Voeg in en werk veilig, stap voor stap (bedenk dat bij een opwindingsstoestand de medisch-psychiatrische interventies zich meestal afspelen buiten de ziekenboeg).

Indien mogelijk: kijk vooraf in het EPD van de betrokken militair: is er sprake van een voorgeschiedenis bij de (M)GGZ, familiale belasting, van medicijngebruik?

Pak de noodkoffer.

Vraag ter plekke wie de leiding heeft of overleg met de hoogste in rang. Laat je op de hoogte brengen over wat er is voorgevallen. Probeer dus zoveel mogelijk informatie in te winnen over de

toedracht en observeer de patiënt. De officier-arts moet veilig kunnen werken om tot een diagnose en behandeling te komen. Laat niemand weglopen.

Probeer ondertussen tot een (voorlopige) diagnose te komen. Is het bewustzijn helder? Reageert de patiënt op direct aanspreken, of op indirecte communicatie ('over de betrokkene praten'). Probeer kalmte uit te stralen en begin altijd met een benadering vanuit de deur/tent/hut-opening. Bewaar het respect maar grijp uiteindelijk doortastend - 'met de rechte rug' - in bij een acute noodsituatie waarbij wordt voldaan aan de criteria van onmiddellijk dreigend gevaar voor de betrokkene zelf en/of voor anderen.

Wanneer het niet lukt om vanuit de deuropening contact te leggen en afspraken te kunnen maken, dan de hoogste in rang vragen om zes man ter assistentie en beveiliging van zowel de arts als de patiënt. Prepareer buiten beeld van de 'verwarde persoon' de injectiespuit ('5/50' of *Lorazepam 4 mg*) en neem orale ingrijpmedicatie in doordrukstrip mee (haloperidol 5 mg en promethazine 25 mg of 5/50 capsules, *lorazepam 2,5 mg*) voor het geval dat het toch nog van onderhandelen komt. Het benaderen van de betrokken militair in staat van opwinding met een overmacht kan ertoe leiden dat de persoon in kwestie zich 'gewonnen geeft'. Vooraf instructie geven aan de 'assistenten': wapen afnemen (desnoods uitschakelen; de onderofficier van politie waakt mede over de veiligheid en beschikt over een handvuurwapen en handboeien); zes man, voor elk ledemaat één, één voor het hoofd en een zesde om de broek naar beneden te trekken. Op afgesproken signaal van de arts: doorpakken, fixeren betrokkene, naar de grond werken en toedienen ingrijpmedicatie. Eventueel boeien achter de rug wanneer de agitatie hoog blijft.

'Je bent in de war en je hebt medicatie nodig; je krijgt een injectie, kom: nu meewerken'. Formuleer beknopt, herhaal zo nodig dezelfde uitspraak rustig maar beslist ('kapotte grammfoonplaat strategie'), eventueel stem krachtiger verheffen zonder te gaan schreeuwen of neerbuigende uitspraken te doen. Niet ingaan op oninvoelbare en onsamenhangende verhalen of 'dronkenmanspraak' maar handelend optreden.

Bij minder ernstige agitatie of ontremming, wanneer er nog enige reflectie op het eigen gedrag bestaat en onderhandelen mogelijk: betrokkene kalm benaderen, hand reiken, naar de pols vragen: "Mag ik jouw pols opnemen?" Maar altijd op je hoede blijven en de assistenten niet al te snel laten vertrekken. Betrokkene laten kiezen tussen oraal en parenteraal: pillen (in de ene hand) of een spuit (in de andere hand).

## Toediening ingrijp-/spoedmedicatie

### Algemeen

#### *Parenterale toediening*



**Afb. 7: Het medicijn kan zowel oraal als parenteraal worden gegeven.** Bron: [www.pexels.com](http://www.pexels.com)

Broek naar beneden, buitenste bovenste kwadrant van de musculus gluteus maximus, loodrecht, intramusculair niet intravasaal (eerst aspireren, niet in een bloedvat injecteren; bij zuclopentixolacetaat risico van olie-embolie). Of in de buiten-bovenkant van de bovenarm, in de musculus deltoideus of de boven-buitenkant van het bovenbeen, in de musculus lateralis, en als het echt niet anders kan door de kleding heen. Niet desinfecteren. Orale toediening heeft de voorkeur bij voldoende coöperatie.

Parenteraal (i.m.) werkt sneller (na 10-20 minuten) dan oraal (maximale plasmaspiegel na 2-6 uur).

### *Titreren*

Dosering aanpassen aan het psychiatrische toestandsbeeld; niet zelden is éénmalige (parenterale) toediening genoeg voor de patiënt om zichzelf te herpakken. Het kan voorkomen dat de opwindingsstoestand verdwijnt, zelfs al direct na het geven van de injectie en nog voor het middel de bloed-hersenbarrière heeft gepasseerd. Haloperidol/promethazine eventueel na 30-60 minuten herhalen tot de agitatie voldoende is afgenomen; cave dystonie (EPS).

### *Acute dystonie*

Spierspasmen van hoofd en hals (oculogyre crisis, kaakklem, laryngospasme, torticollis, spasmen van ledematen of romp, optredend tussen 8 en 96 uur na toediening van antipsychotica als haloperidol en zuclopentixolacetaat. Behandeling: toedienen biperideen 5 mg intramusculair (of biperideen oraal, 2 mg, 2 tot 3 keer daags, zo nodig).

### *Bewaken vitale functies*

Na parenterale toediening van ingrijpmedicatie kunnen (zelden) complicaties optreden: hartritme-stoornissen, hypotensie, extrapiramidale bijwerkingen (acute dystonie) en ademhalingsdepressie. Waak voor verstikking na aspiratie van braaksel bij overmatige sedatie, vooral in combinatie met alcoholmisbruik. Bewaak de betrokken militair dan in stabiele zijligging. Na toediening van de medicatie wordt de betrokkene opgenomen in de ziekenzaal en worden polsfrequentie, bloeddruk, temperatuur en ademhalingsfrequentie elke 1-2 uur gecontroleerd, tot de betrokkene weer voldoende is hersteld. Het alcohol(onthoudings)delier wordt behandeld met diazepam (3 dd 10-20 mg, eventueel i.m.) of oxazepam (3-6 dd. 50 mg); titreren van het beeld op geleide van de pols, tensie en temperatuur en mate van sedatie. Pas op voor 'oversedatie' en niet verzuimen om vlot, op geleide van het klinische beeld, de benzodiazepinen in drie dagen weer af te bouwen naar nul.

### **Specifiek**

Haloperidol 5 mg/promethazine 50 mg (of 2,5/25) intramusculair, in één spuit bij ernstige gedragsproblemen met veel agressie; bij onvoldoende reductie van angst en agitatie herhalen na 30-60 minuten. Bij militairen van het negroïde ras treden sneller extrapiramidale bijwerkingen op, reden om met 2,5/25 te beginnen of juist *voor olanzapine velotab 10 mg smelttabletten* te kiezen, eenmalig 10-20 mg (maximaal gebruikelijke dagdosering 20 mg dd). Haloperidol 5 (of 2,5 mg) en promethazine 50 (of 25 mg) oraal bij minder ernstige opwindingsstoestand wanneer onderhandeling en keuze mogelijk zijn: een injectie of pillen, waar kies je voor? Maar dan moet je wel promethazine in tabletvorm aan kunnen bieden. De (militaire) apotheek kan ook 5/50 capsules bereiden op aanvraag. Indien extra anxiolyse/sedatie nodig is, dan toevoegen van diazepam 10 mg, oxazepam 50 mg (5 tabletten van 10 mg of 1 tablet van 50 mg) of *lorazepam 2,5 mg* in één gift oraal; bij onvoldoende reductie van angst en agitatie herhalen na 30-60 minuten. Waandenkbeelden bij een psychose kunnen langer (dagen/weken) aanhouden en pas verbleken bij voortgezet gebruik, terwijl de agitatie al veel eerder is afgenomen.

Diazepam 10 mg intramusculair, als alternatief voor haloperidol bij alcohol gerelateerde angst en agitatie en ter verlichting van extrapiramidale bijwerkingen van haloperidol en zuclopentixolacetaat wanneer biperideen onvoldoende effect heeft; in het laatste geval kan de toediening van diazepam 10 mg ook per os. Bij paranoia en verdenking op cocaïnegebruik, dan sederen met diazepam of bij voorkeur *lorazepam*.

Zuclopentixolacetaat (Cisordinol-Acutard®) 50 tot 100 mg intramusculair, bij voorkeur na overleg met de dienstdoende psychiater, wanneer herhaalde toediening van haloperidol nodig is gebleken of onvoldoende reductie van angst en agitatie is bereikt en er geen acute dystonie is opgetreden. In het geval van dystonie: combineren met biperideen (5 mg) parenteraal of 2 mg tabletten oraal.

Biperideen 5 mg intramusculair, bij acute dystonie.



## PRAKTIJKSCENARIO III

### Overige maatregelen, begeleiding en transportmedicatie bij medische evacuatie/repatriëring al of niet gevolgd door opname

#### Inleiding

De matroos uit het praktijkscenario II, de 'verwarde persoon' in het kabelgat, wordt uiteindelijk met overmacht naar de grond gewerkt en op de buik gefixeerd. Dat is tegelijkertijd het moment dat hij zich overgeeft waarop de werkbreek een stukje naar beneden kan worden getrokken zodat de officier-arts een injectie ('5/50') kan toedienen in het buitenste bovenste kwadrant van de musculus gluteus maximus. De WGBO regelt dat de officier-arts mag ingrijpen als de gezondheid van de betrokkene ernstig in gevaar is maar niet in staat is om toestemming te geven voor een behandeling.

In de ziekenboeg valt de matroos in een diepe slaap, de 'ziekenpa' bewaakt zijn vitale functies. De volgende dag geeft de betrokken matroos aan zich weinig meer te kunnen herinneren van de opwindingsstoestand. Hij is dan nog licht gesedeerd, weinig spraakzaam en maakt een aangeslagen wat gedesoriënteerde en gedissocieerde (afwezige), angstige indruk. Uit een gesprek met de vlootaalmoezenier komt naar voren dat zijn ouders 'in scheiding liggen', dat hij tijdens de laatste meerrol op post herhaaldelijk is uitgemaakt voor 'homo', dat er geldzorgen spelen en dat hij al nachten lang geen oog heeft dicht gedaan. De officier-arts heeft geen aanwijzingen voor verslavingsproblematiek gevonden en acht suïcidaliteit uitgesloten. Ondertussen heeft hij wel het EPD kunnen raadplegen. Daarin wordt verwezen naar een psychologisch onderzoek bij de MGGZ van twee jaar terug. Bij de betrokken matroos is toen een gemiddelde intelligentie vastgesteld met een licht disharmonisch profiel (performaal een hogere score dan verbaal) en een iets tragere verwerkingssnelheid. Een persoonlijkheidsstoornis kon niet worden vastgesteld maar in de samenvatting worden wel genoemd: (seksuele) identiteitsproblematiek bij een matroos operationele dienst nautische dienst met een kwetsbare ego-structuur. En dat bij een familiale belasting (moeder is bekend met een psychotische stoornis). De stapeling van negatieve life events heeft tot een 'psychotische decompensatie' geleid.

Waar de matroos met de alcoholintoxicatie na een nachtje observatie in de ziekenboeg en na overleg met de chef d'équipage, de eerste officier en de commandant weer kan worden ontslagen, met een alcoholverbod wel te verstaan, hebben we hier te maken met een ander verhaal. De kans op recidive is verhoogd, bovendien is de matroos nog onvoldoende hersteld van de interventie. De officier-arts beschikt in dit geval over voldoende informatie om repatriëring te adviseren met aansluitend opname op de afdeling psychiatrie in het Centraal Militair Hospitaal (CMH). Hij informeert het Hoofd Geneeskundige Dienst Zeemacht (HGDZ). Met de militair psychiater heeft hij afspraken gemaakt over transportmedicatie, begeleiding en opvang in Nederland, beoordeling bij aankomst en vervoer naar het CMH. De patiënt blijft opgenomen in de ziekenboeg, hij gaat ►

akkoord met toediening van Cisordinol-Acutard® (zuclopentixolacetaat 50 mg) parenteraal, mede met het oog op de aanstaande repatriatie. Omdat de matroos zelf geen contact wil opnemen met zijn ouders, doet de officier-arts (of de geestelijk verzorger) dit voor hem. Na repatriëring wordt de patiënt in de rol van de Sociaal Medische Dienst geplaatst. Coördinatie van de ingezette hulpverlening met huisbezoeken door begeleidingsofficieren, eventueel geestelijk verzorgers en bedrijfsmaatschappelijk werkers is belangrijk om te voorkomen dat patiënt en familie 'onder de voet worden gelopen' (overdaad schaadt en wekt valse verwachtingen).

## Overige maatregelen

### Vooraf aan opname ter plaatse

Wanneer opname volgt op de 'psychiatric/psychotrauma ward' in het regionale (veld)hospitaal (van een NATO-partner of een bevriende natie) dan eerst overleggen met de aan de afdeling verbonden psychiater over eventuele wijze van vervoer, transportmedicatie, begeleiding en veiligheidsmaatregelen onderweg.

In landen met een niet-westerse standaard van zorg: geen psychiatrische opname.

Voor een neurocognitieve stoornis (OPS, inclusief onthoudingsdelier) bestaat een somatische opname-indicatie (met de psychiater in medebehandeling voor de gedragsproblemen). Overleg met de somatisch specialist (internist/neuroloog)!

### Vooraf aan repatriëring

Welke keuzemogelijkheden liggen voor? Een gespatieerde repatriëring geniet psychologisch gezien de voorkeur voor de betrokken matroos maar wat wil de commandant? Afvliegen naar de wal wanneer het schip nog dicht onder de kust vaart of aan boord houden tot de eerstvolgende haven? Wat wil de betrokkene zelf? Sowieso vooraf afstemmen met de dienstdoende militair psychiater of de psychiater uit de MGGZ-regio waar de betrokkene eerder onder behandeling heeft gestaan. Samen afspraken maken over medicatiebeleid, begeleiding, veiligheidsmaatregelen tijdens het transport tot aan het rendez-vous en afspraken maken over plaats en tijdstip.

Bij voorkeur is het de patiënt zelf die vanaf de operationele eenheid, vanuit het uitzendgebied, contact legt met de familie en zijn thuiskomst aankondigt. De officier-arts informeert van zijn kant de familie over de geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt en ziet erop toe dat ook de familie aanwezig kan zijn bij het rendez-vous met de medewerker van de MGGZ op de luchthaven of bij het regiokantoor, respectievelijk het CMH. De familie kan een belangrijke rol spelen als 'co-therapeut' bij het uitstippelen van het vervolgbeleid. Het streven zal er meestal op gericht zijn om, als het even kan, de patiënt na beoordeling met zijn familie naar huis te laten gaan en het contact ambulante voor te zetten.

## Begeleiding onderweg

Afhankelijk van de ernst van de te verwachten gedragsproblematiek onderweg en de te verwachten (gebrekkige) coöperatie van de patiënt: kiezen voor twee begeleiders, zodat één van hen permanente 'hand-in-hand begeleiding' kan verzorgen en de ander zich met de afhandeling van alle overige activiteiten die met het transport samenhangen, bezig kan houden. Indien nodig een (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige in laten vliegen, een psycholoog of een psychiater (overkwam mijzelf toen ik in 1995 heen en weer vloog naar Curaçao om na een interventie met het hoofd van de ziekenboeg de zoon van een op de Marinebasis Parera geplaatste militair die bekend was met de diagnose schizofrenie naar Nederland te begeleiden).

## Transportmedicatie

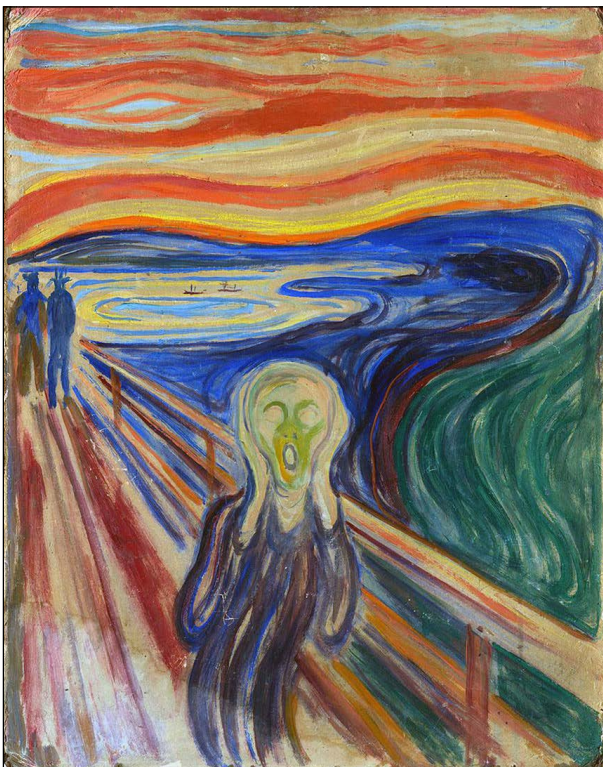
Afhankelijk van het psychiatrische toestandbeeld en in overleg met de dienstdoende militair

psychiater een keuze maken uit de beschikbare psychofarmaca, promethazine en biperideen om de in het veld of aan boord gestarte behandeling (scenario's I en II) voort te zetten. Wees voorbereid op recidief opwindingstoestanden en houdt de geprepareerde spuiten gebruiksklaar in de noodkoffer om direct toe te kunnen dienen.

### Aankomst in Nederland

Wanneer bij aankomst op Nederlandse bodem blijkt dat de patiënt, door de psychiatrische stoornis, niet of niet volledig in staat is om in vrijheid zijn wil te bepalen en er sprake is van gevaar (voor de patiënt zelf en/of zijn omgeving) dan wordt op de luchthaven, bij de marechausseebrigade, in het regiokantoor van de MGGZ de (dienstdoende) psychiater van de civiele 24 uren GGZ-crisisdienst in consult geroepen. In het CMH volstaat de dienstdoende psychiater van het ziekenhuis. De onafhankelijke psychiater beoordeelt de invloed van de psychiatrische stoornis op de oordeelsvorming en wilsbekwaamheid van de patiënt. Wanneer sprake is van 'dreigend ernstig nadeel' kan een crisismaatregel worden aangevraagd. Voor het gevaarcriterium van 'ernstig dreigend nadeel' komen in aanmerking:

- levensgevaar;
- ernstig lichamelijk letsel;
- ernstige psychische schade;
- ernstige materiële schade;
- ernstige immateriële schade;
- ernstig financiële schade;
- ernstige verwaarlozing;
- acute maatschappelijke teloorgang;
- ernstig verstoorde ontwikkeling;
- bedreiging van de veiligheid van betrokkene al dan niet doordat hij onder invloed van een ander geraakt;
- oproepen van agressie door hinderlijke gedrag;
- algemene veiligheid van personen of goederen is in gevaar.



Afb. 8: The Scream, Edvard Munch 1910.

Bron: [Wikipedia](#), publiek domein.

kan zoeken met het meldpunt psychische hulp van de GGD, over 'verwarde personen'.

De rol van de psychiater bij een crisisopname is geregeld in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz). Deze wet vervangt vanaf 1 januari 2020 de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz). Verplichte zorg moet gelden als uiterste middel en pas dan wanneer er geen mogelijkheden meer zijn voor vrijwillige zorg en dient dus zo lang mogelijk te worden uitgesteld. De maatregel moet bovendien doelmatig zijn, proportioneel en voldoen aan het subsidiariteitsbeginsel, dat wil zeggen dat er geen minder ingrijpend alternatief voorhanden is. De nieuwe wet is bedoeld om meer patiënt- en familievriendelijk te zijn, de rechtspositie van de psychiatrische patiënt beter te beschermen en hem of haar en de naast betrokkenen meer inspraak te geven in de behandeling door zijn of haar voorkeuren aan te geven op een zorgkaart. Samen met de zorgverantwoordelijke wordt een zorgplan opgesteld. Met de Wvvggz is ambulant verplichte zorg mogelijk, niet slechts zoals voorheen door opname in een 'accommodatie'. Ook nieuw is dat elke burger contact

Met een door de rechter afgegeven 'zorgmachtiging' zal de officier-arts waarschijnlijk helemaal nooit te maken krijgen. Mogelijk wel een enkele keer met het afgeven van een crisismaatregel die uiteindelijk, op voorspraak van de onafhankelijke - niet bij de behandeling betrokken - psychiater, door de burgemeester moet worden bekrachtigd. Deze noodprocedure geldt alleen op Nederlandse bodem en wordt afgegeven in de gemeente waar de beoordeling plaatsvindt. De crisismaatregel duurt drie dagen, maar kan door een rechter worden verlengd tot maximaal drie weken. Dit beslist de rechter tijdens een zitting. Tijdens die zitting kan de patiënt, ondersteund door een aan hem toegewezen advocaat, zijn verhaal doen. Tot 1 januari, toen de Wbopz nog van kracht was, stond deze maatregel bekend als een inbewaringstelling (IBS) en de zorgmachtiging die voor drie of zes maanden geldt als een rechterlijke machtiging (RM).



## PRAKTIJKSCENARIO IV

### Inleiding verslaving, attitude, anamnese en (minimale) interventies bij een stoornis in het gebruik van alcohol en/of middelen

#### Inleiding

##### Algemeen

Bij Defensie heeft alcohol een belangrijke rituele functie ('Dutch courage') en een collectieve 'ventiefunctie' (stoom afblazen na een calamiteit of een ernstoperatie bijvoorbeeld); alcohol bevordert de gemeenschapszin. In een bedrijfscultuur die welwillend staat tegenover het gebruik van alcohol zullen ook de minder voor verslaving gevoelige leden van de gemeenschap uiteindelijk, door 'peer group pressure', meer risico lopen op de ontwikkeling van een stoornis. De meeste militairen gebruiken echter geïntegreerd (sociaal), het operationele functioneren of het leven thuis en de gezondheid worden niet in gevaar gebracht.

Het officiële alcoholbeleid is gericht op bedrijfsveiligheid en op matiging. Toch treden incidenteel excessen op. Waarbij dient opgemerkt dat niet alleen de daders maar ook de slachtoffers ('stappen in het buitenland') vaker onder invloed verkeren. Tijdens uitzending geldt een alcoholverbod maar dit verbod is (nog) niet van kracht in de opwerkfase, gedurende de transitie (aan boord) van en naar het missiegebied, of in de afwikkelingsfase na een uitzending. Voor middelengebruik geldt onder alle omstandigheden een zerotolerancebeleid, hetgeen niet wil zeggen dat er niet wordt gebruikt in het veld of aan boord. 'Compulsory drug testing' wordt bij de Amerikaanse krijgsmacht ingezet als instrument waaraan niemand ontsnapt. Ook de collega-psychiater niet tijdens een werkbezoek aan het Bethesda Naval Hospital in Washington in 1998.

Het vaststellen van middelengebruik tijdens een consult kan ertoe leiden dat de officier-arts voor een ethisch dilemma wordt gesteld: melden of behandelen en verwijzen. Wanneer een hulpvraag wordt geformuleerd en de betrokken militair zijn gedrag wil veranderen, dan hoeft de keuze niet ingewikkeld te zijn: plaatsing in de rol van de SMD en doorverwijzen naar de MGGZ. Met dien verstande dat behandeling geen uitzondering impliceert op het zerotolerancebeleid. Dat jij als je onder behandeling staat en aan de poort wordt gecontroleerd en er wordt een halve XTC-pil in de bagage aangetroffen, dat je dan toch zonder pardon ontslag krijgt aangezegd.



Afb. 9: Cannabisplant. Bron: Pixabay.

Bij een patiënt met een voorgeschiedenis van 'middelgerelateerde en verslavingsstoornissen' is het risico op terugval na thuiskomst groter. In de regel gaat het om 'co-addictie': het gelijktijdig misbruiken of afhankelijk zijn van twee of meer middelen, bijvoorbeeld alcohol en nicotine (meestal). In veel mindere mate: cannabis, cocaïne, amfetamine, XTC of het samengaan van alcohol met een gokstoornis. Herkenbare psychosociale stressbronnen, thuis of op het

werk kunnen ertoe leiden dat voor de 'ontwikkeling van verslaving' kwetsbare militairen een stoornis ontwikkelen. Verslaving wordt in het vervolg als containerbegrip gebruikt voor de diverse vormen van 'middelgerelateerde en verslavingsstoornissen', 'polymiddelen misbruik/afhankelijkheid' of co-addictie en pathologisch gokken. Nicotine, cocaïne en heroïne, de top drie van meest verslavende stoffen, kunnen tot een gevoel van instant beloning leiden. Bij de verslavingsziekte kan de zucht door stress of cues zo hoog oplopen dat betrokkenen bereid zijn om 'door roeien en ruiten te gaan' en alles in het werk stellen om aan alcohol of het gewenste middel te komen. Ook al is het uiteindelijke effect lang niet meer zo belonend als waarnaar werd verlangd en zijn de gevolgen desastreus.

Verslaving wordt gekenmerkt door: preoccupatie met hernieuwd gebruik, zucht naar alcohol of het middel ('craving'), controleverlies en de fysiologische parameters: tolerantie (steeds meer nodig voor hetzelfde effect) en onthoudingsverschijnselen (voor alcohol: verhoogde pols en bloeddruk, transpireren) bij staken van het gebruik. De klinische overeenkomsten tussen verslaving aan psychoactieve stoffen en een gokverslaving (aan meestal fruitautomaten) zijn groot, omdat dezelfde neurobiologische netwerken eraan ten grondslag liggen.

Schokkende ervaringen, niet alleen tijdens uitzendingen maar ook door toedoen van bedrijfsongevallen, brengen een verhoogd risico met zich mee op een acute stressstoornis, 'PTSS' en (terugval in) verslaving. Bij veteranen met 'complexe PTSS' komt vaak comorbiditeit voor: naast (chronische) PTSS en een persoonlijkheidsverandering gekenmerkt door waakzaamheid, wantrouwen en woede wordt vaker een angststoornis, depressie, SOLK en/of verslaving gediagnosticeerd. Op het comorbide gebruik van alcohol en/of middelen is bij PTSS de 'zelfmedicatiehypothese' van toepassing. Vaak, voor het gebruik een geheel eigen leven kan gaan leiden als 'verslavingsziekte', worden alcohol en cannabis als 'medicijn' ingezet, om te verdoven, te vergeten, tijdelijk pijnlijke intrusies uit te wissen. Waarom meestal alcohol? Omdat alcohol legaal is, makkelijk en goedkoop verkrijgbaar en snel effect sorteert.

De militair met een ernstige alcoholstoornis lijdt aan een 'chronisch intermitterende ziekte': tijdens uitzendingen staat hij noodgedwongen droog en na thuiskomst valt hij terug.

De DSM-5 maakt geen onderscheid meer tussen misbruik en afhankelijkheid waarbij afhankelijkheid de meer ernstige vorm van verslaving is. Misbruik of afhankelijkheid wordt nooit spontaan gemeld en de motivatie om te veranderen komt vaak, wanneer de stoornis al jaren bestaat, van buiten (werkvloer/thuisfront). Daarom dient een verslavingsanamnese altijd



integraal onderdeel uit te maken van de (aanvullende) anamnese die volgt op de klachtengerichte speciële anamnese. Omdat ziektebesef veelal ontbreekt en je als officier-arts een zo goed mogelijk beeld wil krijgen van gebruik en gedrag is hetero-anamnestic informatie vanuit het systeem (werkvloer/thuisfront) meer dan wenselijk om de classificatie volgens DSM-5 rond te kunnen krijgen. Dat systeem kan erg waardevol blijken te zijn als ‘monitor’ en co-therapeut bij de (minimale) interventies en (ambulante) behandeling om terugval te voorkomen. Bij voorkeur bereik je consensus over het rapporteren van uitglijders of terugval door de monitor. Als het echt niet lukt met de partner thuis, je streeft tenslotte in eerste instantie naar samenwerking, dan kan door tussenkomst van het SMO een militaire meerdere voor die rol worden uitgenodigd. Voor de ‘oren en ogen’ op de werkvloer.

### **Indirecte, diagnosegerichte informatie**

Nog voor er één vraag is gesteld over verslaving kunnen er al de nodige aanwijzingen in die richting bestaan. Verslaving kan tot een grote diversiteit aan klachten leiden en schuilgaan achter een keur aan psychische klachten, somatische stoornissen en sociaal-emotionele problemen:

1. Psychische klachten zoals cognitieve disfunctie, stemmings- en angststoornissen, verwardheid (delirium/psychose) en/of gedragsproblemen.
2. Somatische klachten zoals gastritis, pancreatitis, hepatitis, gevolgen van ongelukjes (‘snee in de neus’), schedeltraumata, neuropathie en ataxie.
3. Sociaal-emotionele klachten zoals die zijn te herkennen aan (maandagochtend) absenteïsme (‘blauwe maandag’), ’s ochtends vroeg niet op het spreekuur verschijnen, disfunctioneren, schulden maken, conflicten thuis en/of op het werk, vechtpartijen en contacten met justitie waaronder overtredingen van de wegverkeerswet.

Tijdens een psychiatrisch onderzoek wordt altijd ook gevraagd naar eerdere contacten met zowel de GGZ als de verslavingszorg, alsmede naar familiale belasting. Adoptieonderzoek heeft uitgewezen dat het risico op verslaving in sterke mate toeneemt wanneer één of beide ouders een (alcohol)verslaving hebben. Familiair optreden ondersteunt de diagnostiek en het te volgen beleid.

### **Attitude**

Door het medische model toe te passen kan een moraliserende houding plaats maken voor een op klinische diagnostiek en (behandel)interventies gerichte houding.

De patiënt met een alcoholintoxicatie kan veel irritatie oproepen in het contact. De behandeling van een ‘alcoholist’ die steeds terugvalt kan tot machteloosheid van de zijde van de behandelend arts leiden. Door de bijkomende gedragsproblemen (gewelddelicten onder invloed, rijden onder invloed, slachtoffers maken) mag hij of zij ook nog eens rekenen op de afkeuring van de gemeenschap en strafrechtelijke vervolging. Negatieve tegenoverdrachtsgevoelens kunnen dan gemakkelijk optreden met als gevolg een veroordeling van de patiënt: ‘bad habits are not diseases’. Waardoor: onvolledige diagnostiek en uitblijvende behandeling of verwijzing. De motivatie om te veranderen en abtinent te blijven of gecontroleerd te gaan drinken/gebruiken doorloopt tijdens een behandeling diverse stadia en kan uiteindelijk meer intrinsiek worden maar is nooit een constante factor.

De zucht naar alcohol of het middel (‘craving’) is niet altijd doorslaggevend voor terugval. Moderne inzichten bevestigen het beeld van (ernstige) verslaving als hersenziekte: vermoedelijk draagt de door ‘cues’ geïnduceerde activiteit van het ventrale striatum (de nucleus accumbens, het ‘reward circuitry’/beloningsgebied in het brein) bij tot ‘drug seeking behavior’ en terugval. Alsof er een ‘wisselstoring’ is opgetreden in het brein van de verslaafde en er alleen motivatie kan worden opgebracht voor gedrag dat drangmatig is gericht op (de eerstvolgende gelegenheid van) gebruik. Dit laatste impliceert een ernstige verarming van het sociale bestaan. De klassieke verslaafde raakt alles kwijt: zijn gezondheid, zijn gezin en zijn werk. Het is dus niet verstandig om een al te hard oordeel te vellen over terugval. Geen enkele verslaafde wil verslaafd zijn! Bovendien wordt op die

manier het gevoel van falen bij de patiënt versterkt en neemt de kans toe dat (terugval in) gebruik wordt ontkend of de patiënt niet op zijn volgende afspraak verschijnt. Het is verstandiger om de terugval aan een nadere analyse te onderwerpen, het 'systeem' erbij te betrekken en terug te vallen op motiverende gespreksvoering en technieken uit de cognitieve gedragstherapie.

In de Engelstalige literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen een 'relapse' (een volledige terugval in het oude gedragspatroon) en een 'lapse' (een 'misstap' of een 'uitglijder'). In het eerste geval kan een ambulante 'detox' of een 'detoxopname' het gedragspatroon doorbreken terwijl in het laatste geval de behandeling ambulant kan worden voortgezet, zonder 'detox'. Palliatieve zorg treft tenslotte het lot van die verslaafden die 'ongeneeslijk' ziek blijken te zijn. Na een plaatsing bij de SMD en (meerdere) opnames in gespecialiseerde verslavingsklinieken verlaten zij via een MGO de dienst. Civiël is de behandeling dan niet langer gericht op abstinentie maar op 'harm reduction'.

## Verslavingsanamnese

### Alcohol

Dat alcoholisme wel de ziekte van de ontkenning wordt genoemd en onderzoek van de patiënt per definitie tot onbetrouwbare uitkomsten leidt, heeft onder andere te maken met het ontbreken van ziektebesef. Maar misschien wel net zo vaak door de manier waarop de verslavingsanamnese wordt afgenomen. Informeren naar het aantal eenheden (in elk - normaal gevuld - bier/wijn/ borrelglas zit ongeveer 10 gram alcohol) en/of het aantal euro's dat per week of tijdens een 'binge' wordt uitgegeven) dient pas op het laatst te gebeuren. Wanneer de verslavingsanamnese zorgvuldig, met aandacht voor de juiste attitude en bejegening is afgenomen, dan kan het zomaar gebeuren dat de patiënt zich niet veroordeeld voelt en veilig genoeg om (globaal) de juiste informatie aan te leveren en eerder bereid om het systeem erbij te betrekken.

Na te hebben geïnformeerd naar lichamelijke gezondheid en gebruik van medicatie wordt aanvullend gevraagd naar het gebruik van alcohol: 'Gebruikt u wel eens alcohol?'

Wanneer bevestigend wordt geantwoord, vervolgt de officier-arts met een vraag over 'de functie van het gebruik': alleen sociaal, bij gelegenheden en ter ontspanning of als 'zelfmedicatie' in relatie tot de klachten die in de speciële anamnese zijn benoemd: 'Heeft u gemerkt dat uw stemming verbetert na alcoholgebruik of, dat u (tijdelijk) minder angstig bent of beter (in) kunt slapen, dat het helpt tegen intrusies of nare herinneringen?'

De anamnese wordt voortgezet met het afnemen van de 'CAGE-test'.

#### **CAGE-test**

CAGE is een acroniem voor:

*Cut down*: 'Heeft u wel eens een periode helemaal niet gedronken (geen druppel aangeraakt)?'

*Annoyed*: De patiënt raakt geïrriteerd door de gestelde vragen over het alcoholgebruik, of: 'Heeft iemand u wel eens kritisch aangesproken over (commentaar gehad op) uw alcoholgebruik?'

*Guilt*: 'Heeft u zich wel eens schuldig gevoeld over uw gedrag tijdens alcoholgebruik (van horen zeggen bijvoorbeeld wanneer achteraf sprake bleek van een 'black out')?'

*Eye-opener*: 'Heeft u 's morgens vroeg al een hersteldrank nodig om u zelf weer onder controle te krijgen/ter bestrijding van de onthoudingsverschijnselen?'

Wanneer de CAGE-test negatief is kan de alcoholanamnese worden afgesloten en hoeven geen aanvullende vragen te worden gesteld. Wel informeren naar overige middelengebruik en pathologisch gokken. Wanneer de CAGE-test op één of meer punten positief is dan volgen, om een nog beter beeld te krijgen van de ernst en omvang van het verslavingsprobleem, een eerste en een tweede aanvullende alcoholanamnese. Pas in laatste instantie informeren naar het aantal eenheden per dag/week!

### Eerste aanvullende alcoholanamnese

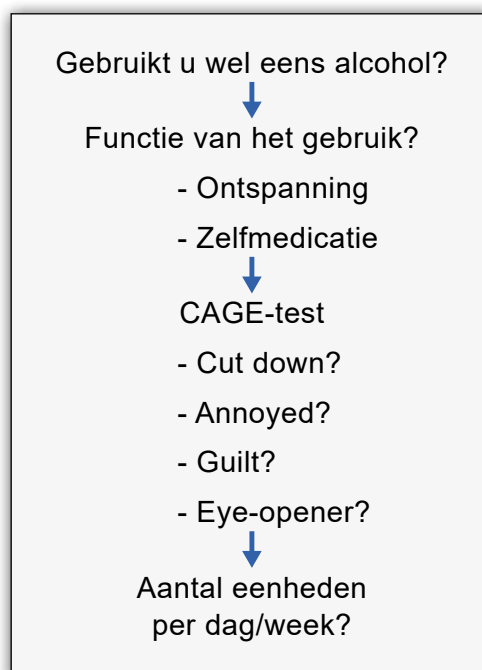
- Familiaire belasting: 'Komt verslaving voor in de familie?'
- Tolerantie: 'Kunt u veel meer alcohol verdragen zonder dronken te worden dan een tijdje terug?'  
Naar onthoudingsverschijnselen is al geïnformeerd bij de CAGE-test. Uiteraard wijzen tolerantie en onthoudingsverschijnselen op de ernstiger alcoholstoornis. De DSM-5 onderscheidt de actuele ernst in licht, matig en ernstig (zes of meer symptomen).
- Controleverlies: Niet kunnen stoppen na één glas: 'Eén is te veel en tien te weinig'.
- Black-outs: Het zich de volgende dag niet meer kunnen herinneren van het eigen (grensoverschrijdende) gedrag al of niet met agressieve impulsdoorbraken tijdens alcoholmisbruik.

### Tweede aanvullende alcoholanamnese, informeren naar:

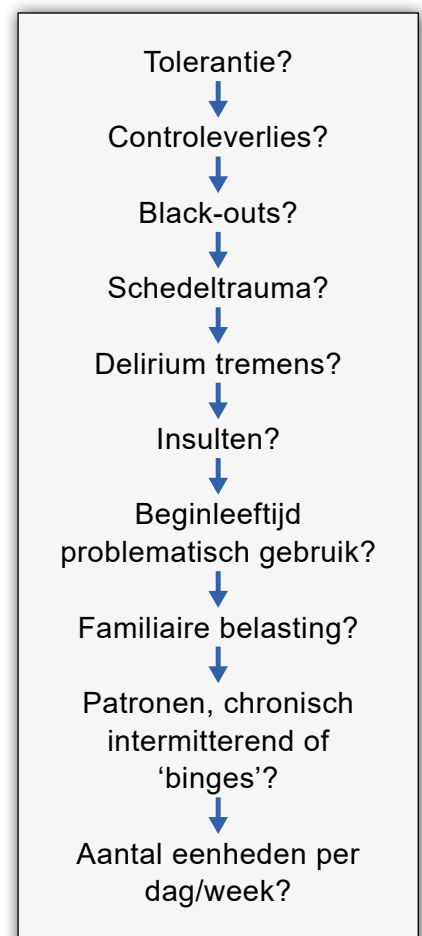
- Schedeltraumata ('snee in de neus'): anderszins leidend tot neurologische en cognitieve schade.
- Delirium tremens: onthoudingsdelier, met hallucinaties ('beestjes') en wanen, klassiek 24 tot 48 uur na stoppen bij ernstig misbruik/afhankelijkheid van alcohol; kan ook optreden bij intoxicatie.
- Epileptisch insult: onthoudingsinsult, klassiek na wegvallen inhiberende werking van alcohol.
- Beginleeftijd en eerste positieve ervaring met alcohol (hoe vroeger en hoe positiever over de ervaring wordt gesproken, hoe hardnekkiger de stoornis).
- Leeftijd van begin problematisch gebruik (twee types worden onderscheiden):
  1. jeugdig begin en antisociale persoonlijkheidskenmerken;
  2. begin op middelbare leeftijd en angstige, conflict-vermijdende persoonlijkheidskenmerken.
- Drinkpatronen: chronisch intermitterend, met remissies (abstinentie/gecontroleerd gebruik) en exacerbaties (terugval)? 'Binge drinking' ('kwartaaldrinken': periodiek drinken met volledig verlies van controle over de alcoholinname tot lichamelijke complicaties, uitputting en eindigen in de goot aan toe), met alcoholvrije intervallen. Probeer per 'binge' de antecedenten te achterhalen, de duur in dagen, het aantal eenheden (flessen) en de lengte van de alcoholvrije intervallen.
- Voor beide drinkpatronen kan het verhelderend zijn, zowel voor de patiënt als de arts, om het patroon onder te brengen in een grafiek ('life chart') en het misbruik/terugval gedrag bijvoorbeeld te koppelen aan inadequate coping bij psychosociale stress, het ervaren van herbelevingen, het tegen het lijf lopen van vroegere drinkbroers en ga zo maar door op zoek naar mogelijke 'cues'.

### Aantal eenheden per week

- De gezondheidsraad adviseert in het meest recente voedingsadvies uit 2015 om geen alcohol te drinken, in ieder geval niet meer dan één glas per dag, voor 2015 gold:
- Mannen: tot maximaal 21 E per week (3 glazen à 10 gram alcohol per glas per dag) toegestaan; boven 50 E per week: ernstige stoornis.
  - Vrouwen: tot maximaal 14 E per week (2 glazen per dag) toegestaan; boven 35 E per week: ernstige stoornis.
  - Om tolerantie te voorkomen: 2 dagen per week niet gebruiken.



Stroomdiagram 1: Anamnese alcohol.



Stroomdiagram 2: Aanvullende anamnese alcohol bij positieve CAGE.

## Overige middelen en pathologisch gokken

### Inleiding

Naast alcohol, dat gezien de (neuro)toxische eigenschappen tot de 'harddrugs' zou moeten worden gerekend, zijn er de 'overige legale en illegale roes- en genotsmiddelen' met een directe werking op het centrale zenuwstelsel. Om tot een beter begrip van het (overige) middelenmisbruik te komen is net als bij een alcoholstoornis kennis nodig van de uitwerking van de diverse psychoactieve stoffen op receptorniveau. Dat benzodiazepinen selectief de remmende werking van de neurotransmitter GABA versterken en dat alcohol ook op dit voornaamste inhiberende systeem van het brein aangrijpt (met parallelle effecten op de monoaminen: noradrenaline, serotonine en dopamine) is minder interessant dan dat de motivatie verdwijnt voor datgene wat normaal gesproken aanzet tot doelgericht gedrag. Successen op het werk, in de sport of in de liefde doen op een gezonde manier de dopamineconcentratie in de nucleus accumbens toenemen.

Amfetaminen brengen, door een verhoging van de extracellulaire concentraties van noradrenaline, dopamine en serotonine, een stemmingsverbetering en extra energie met zich mee, maken alerter en doen het zelfvertrouwen toenemen. Deze eigenschappen hebben onder andere geleid tot toepassing onder operationele militaire omstandigheden, mede om oververmoeidheid tegen te gaan. In het moderne uitgaansleven is de combinatie van alcohol en een lijntje cocaïne of een bommetje (speed) niet langer ongewoon, om langer door te kunnen drinken of om na een avond doorzakken weer op post te verschijnen. Cocaïne werkt net als methylfenidaat (Ritalin®) op de dopaminetransporter in de synaptische spleet maar dan vele malen sterker. De kans op misbruik van methylfenidaat door te sparen, het vervolgens te vermalen en te snuiven om euforie, een rush op te wekken, is bij een goede indicatiestelling (praktijkscenario V) gering.

In de dagelijkse praktijk is het wel voorgekomen dat (kortdurend) benzodiazepinen als tranquilizer worden voorgeschreven om vage klachten van overspanning te behandelen terwijl de patiënt ze als 'eye-opener' slikt en er zijn of haar (alcohol) ontwenningverschijnselen mee bestrijdt. Nu dokters erg terughoudend zijn geworden bij het voorschrijven van benzo's kan voor een bestelling vrij eenvoudig worden uitgeweken naar Marktplaats.

### Anamnese overige middelen en gokken

De beoordeling van verslaving vindt plaats op 'gedragsniveau'. Probeer de al of niet centrale plaats die het middel heeft ingenomen te bepalen en informeer naar de wijze van gebruik (slikken, snuiven, roken of spuiten). Is er sprake van sociaal, geïntegreerd gebruik (een blowtje met vrienden in het weekend of een XTC-pil als partydrug tijdens het stappen, een lijntje cocaïne om het seksuele genot te versterken)? Neemt het middelengebruik het karakter aan van zelfmedicatie of zijn er ernstige gedragsproblemen met schadelijke gevolgen op de verschillende levensterreinen?

Vraag tenslotte naar het aantal grammen per keer/dag/week en neem het kostenaspect van verslaving mee bij de beoordeling van de ernst van de stoornis. Onderscheid van elkaar de volgende roes- en genotsmiddelen:

- psycholeptica: 'downers' als benzodiazepinen, alcohol, opiaten;
- psychoanaleptica: 'uppers' als amfetaminen, XTC (MDMA: methyleendioxyamfetamine), cocaïne, nicotine;
- psychodysleptica: 'hallucinogenen' als cannabis, paddo's, LSD.

En vergeet niet te informeren naar koffie- en nicotinegebruik (liters koffie, aantal sigaretten per dag) en naar pathologisch gokken (aard van de verslaving, meestal fruitautomaten; aantal euro's per keer/week/maand); vaker komt co-addictie voor van gokken en alcohol. Nicotine heeft anders dan vaak gedacht stimulerende, anxiogene effecten.

Nieuw is de aandacht voor psychedelische middelen als lyserginezuur-diethylamide (LSD) en paddo's (psylocybine) bij de behandeling van PTSS. LSD is overigens eerder toegepast in de jaren

tachtig door de hoogleraar psychiatrie Jan Bastiaans bij de behandeling van overlevenden uit de concentratiekampen. Volgens psychiater prof. dr. Eric Vermetten vermindert de 'love drug' MDMA 'de angst en weerstand om in het trauma te duiken; de stof vermindert angst en laat veel oxytocine en serotonine in de hersenen vrijkomen. Dat leidt tot liefdevolle emoties en zelfacceptatie'. In een acht uur durende sessie wordt het proces van blootstelling (exposure) aan het oorspronkelijke trauma begeleid door speciaal voor de MDMA-geassisteerde psychotherapie opgeleide psychologen en psychiaters. Bij Centrum'45 start een pilot met acht veteranen<sup>9</sup>.

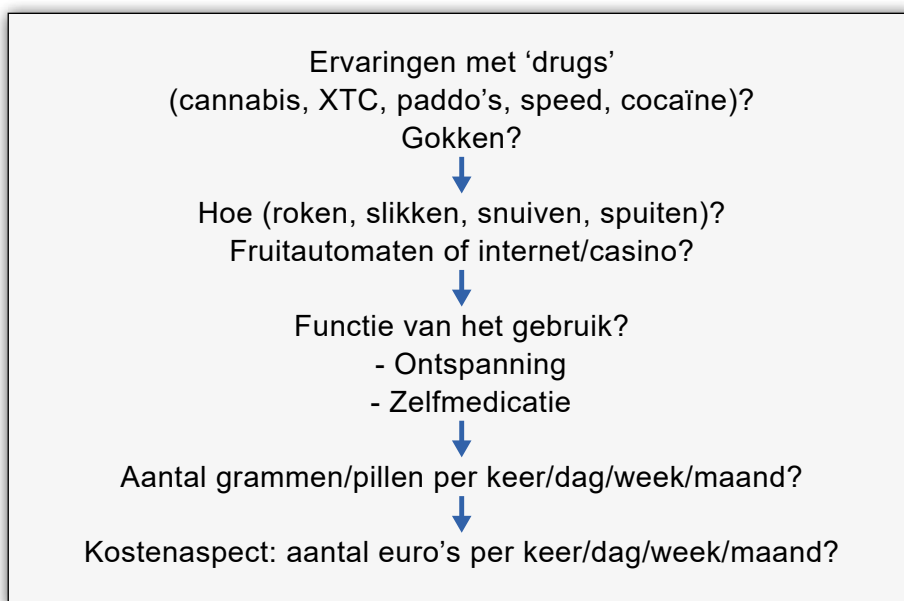
### Lichamelijk onderzoek en laboratoriumwaarden

Het lichamelijk onderzoek levert in het algemeen geen betrouwbare gegevens op ter ondersteuning van de diagnose. Een alcoholfoetor wijst niet per se op misbruik, een vergrote lever en gynaecomastie worden pas in de verder gevorderde stadia aangetroffen. Toch kan van het lichamelijk onderzoek een krachtig signaal uitgaan, net als van laboratoriumonderzoek dat evenmin voldoende sensitief en specifiek is. Daarom hebben, in afwachting van meer valide parameters, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek vooral betekenis als minimale interventies. Omdat de patiënt nadrukkelijk wordt gewezen op de schadelijke effecten van alcohol op de (lichamelijke) gezondheid. Overigens geven de diverse bevindingen (hetero-anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek) bij elkaar opgeteld wel degelijk een nog betere indicatie aan van de ernst van de stoornis.

Bij de 'alcoholscreening' worden bepaald: MCV, Gamma GT, ASAT/ALAT, HDL-cholesterol en CDT, alle waarden kunnen zijn verhoogd. Carbohydraat Deficiënt Transferrine (CDT), een afwijkende

vorm van het ijzertransporteiwit transferrine, geeft een beeld van het alcoholgebruik in de voorafgaande weken. Een bloedalcoholconcentratie (BAC) van meer dan 1,5 promille zonder tekenen van intoxicatie tijdens een marechaussee/politiecontrole wijst op tolerantie en op wat voorheen bekend stond als alcoholafhankelijkheid.

Met de afsluiting van de anamnese, het lichamelijk onderzoek en het laboratoriumonderzoek is de diagnostische fase voorbij.



Stroomdiagram 3: Anamnese overige middelen en gokken.

## Interventies

### Inleiding

Een primaire (alcohol)verslaving leent zich goed voor interventies door de officier-arts; bij geconstateerde comorbiditeit volgt in het algemeen verwijzing naar de MGGZ. Het risico om de (comorbide) stemmings- of angst en slaapstoornis te behandelen met een SSRI of een benzodiazepine en blind te zijn voor het aandeel van de alcoholstoornis is niet denkbeeldig. Door het afnemen van een goede verslavingsanamnese kan dit risico worden voorkomen. Indien haalbaar wordt het systeem van de patiënt van meet af aan betrokken bij de behandeling (partner, vriend/buddy/collega/meerdere), voor aanvullende informatie over het verslavingsgedrag en, om als monitor buiten de spreekkamer te dienen. De partner thuis ziet erop toe dat er geen drank is in huis en de militaire meerdere kan toezien op naleving van het alcoholverbod op de werkvloer.

Enig ziektebesef en enige motivatie om te veranderen zijn voorwaarden om verslavingsgedrag te kunnen beïnvloeden. Motivatie vormt echter geen continuüm. Op het spreekuur kan de patiënt zeer gemotiveerd overkomen om nog diezelfde avond terug te vallen. Reken terugval niet al te zwaar aan. Bij verslaving gaat het immers om een chronisch intermitterende stoornis met exacerbaties en remissies (al of niet in een gereguleerde setting en onder toezicht, bijvoorbeeld tijdens een opname). Door terugval te veroordelen, door openlijk te twijfelen aan de juistheid van de ingebrachte informatie, wordt het wantrouwen van twee kanten gevoed en de samenwerkingsrelatie ondermijnd. Het is niet doelmatig om een individuele ambulante behandeling te beginnen zonder het systeem erbij te betrekken. Zonder systeem moet het advies al snel opname luiden. Met het gevaar dat na ontslag uit de verslavingskliniek de patiënt snel in zijn oude gedragspatroon vervalt. Omdat er in de thuissituatie niets is veranderd.

Je hebt de partner nodig, ook bij intrinsieke motivatie, om een heteroanamnese af te kunnen nemen. Dat kan een meer betrouwbaar beeld opleveren. Maar ook omdat je op zoek bent naar een co-therapeut die het verslavingsgedrag en de afspraken die zijn gemaakt: gecontroleerd gebruik of abstinentie, buiten de spreekkamer kan monitoren. Voor het aangaan van een verslavingsbehandeling kan de metafoor van de voorbereiding op een bergbeklimming worden ingezet. Zo'n beklimming ga je niet alleen aan, dat doe je in teamverband en goed voorbereid. Met de partner erbij benadruk je nog eens dat niet hij of zij een probleem heeft maar dat 'jullie' een probleem hebben! Co-dependentie staat voor de rol die de partner speelt bij het onderhouden van de verslaving. Lukt het niet om de patiënt te motiveren voor een (systeem)behandeling of een (detox)opname dan rest het geven van gezondheidsvoorlichting: dat er een relatie bestaat tussen de ervaren klachten en het gebruik van alcohol en dus gedragsverandering nodig is.

De patiënt wordt uitgenodigd voor een vervolgspraak, bij niet verschijnen volgt terugkoppeling in het SMO en bereikt de informatie langs die weg de werkvloer. Waarop in overleg de (externe) dwang kan worden opgevoerd.

De (intrinsieke) motivatie om te veranderen wordt wel onderverdeeld in stadia. In het premotivationale stadium is er geen ziektebesef: de patiënt legt geen verband tussen de gepresenteerde klachten/gedragsproblemen en zijn of haar gebruik. Bij externe motivatie (de patiënt is gestuurd door partner, collega of militaire meerdere) kan het gebruik worden gebagatelliseerd. De informatie die je nodig hebt voor een diagnose komt in dat geval meestal uit het zijterrein, uit het systeem waar de patiënt deel van uitmaakt.



Afb. 10: De behandeling van verslaving vergt teamwork.

Bron: Pixabay.

'De behandeling van verslaving vergt teamwork en vraagt om een goede voorbereiding'.

*Motiverende gespreksvoering* is ontwikkeld in de verslavingszorg. De patiënt wordt uitgenodigd tot verandering door zelfonderzoek. De officier-arts begint met het tonen van interesse en het stellen van *open vragen* die ruimte creëren en beginnen met 'wat' (maakt dat je zou willen veranderen?) en 'hoe' (zou je dat aan kunnen pakken, of: wat maakt dat zo moeilijk?). *Reflectief luisteren* houdt in dat je een uitspraak doet, een 'educated guess', die bij benadering het achterliggende gevoel van de

ander valideert: 'Een leven zonder alcohol kan jij je nu echt niet voorstellen!' of 'Je wilt ermee aan de slag!'. Vervolgens *bevestig en bekrachtig* je het gedrag en zelfvertrouwen van de patiënt door te benoemen wat er al is bereikt, bijvoorbeeld met de eerste (voorzichtige) stappen die zijn gezet richting ziekenboeg: 'Je zag er tegenop maar hier zit je dan toch maar mooi!'

Met een beknopte *samenvatting* van het gesprek probeert de officier-arts in de richting van een veranderdoel te bewegen. Wanneer ziektebesef en veranderbewegingen uitblijven, laat de officier-arts de deur van zijn spreekkamer op 'een kier staan'. Het is aan de patiënt om een vervolgspraak te maken.

Daar gaan we weer, als er één boodschap in dit scenario over verslaving zit die belangrijk genoeg is om te onthouden dan is het wel die van de 'niet-veroordelende, onderzoekende houding'. Het is deze houding van de officier-arts, naast een zekere deskundigheid, die de uitkomst van de interventie bepaalt. De patiënt de les lezen en wijzen op zijn 'bad habits' werkt niet, zeker niet in het huidige tijdsgewricht en ook niet bij Defensie. Let wel: anders dan civiel kan de officier-arts meer dwingend optreden. Verslaving conflicteert tenslotte met bedrijfsveiligheid en operationele inzetbaarheid. Bovendien geldt ten aanzien van de overige middelen een zerotolerancebeleid. Externe motivatie en monitoring kunnen ertoe bijdragen dat de oorspronkelijke doelstelling, verandering van gedrag, wordt behaald.

Tegelijk is er tijdens de spreekuurcontacten aandacht voor eventuele conflicten in de partnerrelatie of op de werkvloer, waaronder disfunctioneren. Psychosociale stressbronnen (tegenslag, teleurstelling, verlies) verhogen het risico op terugval. Bij disfunctioneren is er sowieso informatie beschikbaar vanuit het SMO. Plaatsing in de rol van de SMD is dan haast onvermijdelijk. Ontoereikende coping strategieën en psychiatrische comorbiditeit zullen uiteraard eerder tot een verwijzing naar de militaire GGZ leiden. Een goede afstemming met de militair psycholoog/psychiater over het vervolgtraject is onmisbaar.

Verandering van 'life style' in een cultuur die permissief staat tegenover alcoholgebruik, is geen eenvoudige opgave. Terwijl je kunt afspreken om thuis alle drank te verwijderen is het voorkomen van 'cue exposure' op de werkvloer of na vastwerken onder vredesomstandigheden nauwelijks denkbaar.

### **Abstinentie of gecontroleerd gebruik**

Geen hogere wiskunde: wel of geen controleverlies ervaren. Alleen in het laatste geval is gecontroleerd gebruik een optie. Abstinentie, 'geen druppel', het advies kan ongeloofwaardig en streng overkomen. Voor menig verslaafde is een toekomstig leven zonder alcohol of middel ondenkbaar. Ziektebesef, het Anonieme Alcoholisten (AA)-gebod kunnen accepteren een 'droge alcoholist' te zijn, kan zich ontwikkelen in de loop van een behandeling, door vallen en opstaan. Maar is geen garantie, zeker niet bij de ernstiger vormen van verslavingsziekte.

Na vier weken wordt het vervolgbeleid vastgesteld, het overeengekomen gecontroleerde gebruik gedetailleerd vastgelegd, bijvoorbeeld: uitsluitend vrijdag en zaterdag, niet voor 17 uur en maximaal 3-5 consumpties of alleen bij feestjes: maximaal 3-6 consumpties, maximaal 1-2 keer per maand). Afspraken die tijdens de vervolgcontacten met de officier-arts/psycholoog/psychiater en de monitor zorgvuldig in kaart worden gebracht. Wanneer drie maanden aan geen enkel criterium voor de alcoholstoornis is voldaan, dan wordt in de DSM-5 van een vroege remissie gesproken. En van een langdurige remissie wanneer die periode één jaar of langer bedraagt.

### **Vier weken abstinentie/clean**

Die abstinentie periode van vier weken biedt jou als officier-arts of hulpverlener in de GGZ ook de gelegenheid om te bezien hoe het zit met het ziektebesef en de motivatie om te veranderen. Buiten de spreekkamer speelt de benoemde monitor daarbij een steunende en controlerende rol. Meestal is de wil om te veranderen geen zuiver interne aangelegenheid. Intern bestaat altijd ambivalentie, het verlies van alcohol of het gedroomde middel als dierbaar maatje betekent dat er grote offers moeten worden gebracht. Verandering van gedrag kan (tijdelijk) optreden uit angst het vertrouwen van de ander te verliezen of je baan kwijt te raken. Impliciet en expliciet is er bijna altijd een zekere mate van externe dwang nodig. De AA bieden een zelfhulpprogramma dat is gebaseerd

op het 12-stappenmodel. Wat verderop in de behandeling, als het op de preventie van terugval aankomt, kan de AA veel steun bieden, juist ook op die momenten dat de trek toeslaat. Niet iedereen echter kan zich vinden in de filosofie dat je als verslaafde machteloos staat tegenover alcohol (stap 1) en dat er een hogere macht (of steun vanuit de groep) nodig is om jouw verslaving de baas te worden. Meestal vindt detoxificatie van alcohol ambulantly plaats en zijn benzodiazepinen om de onthoudingsverschijnselen tegen te gaan niet nodig. Voor een klinische detoxificatie wordt gekozen bij het ontbreken van een steunsysteem.

Na detoxificatie, in het algemeen knapt de patiënt lichamelijk en geestelijk zienderogen op, vindt met de monitor, evaluatie plaats zoals eerder aangegeven: twee en vier weken na aanvang. De classificatie volgens DSM-5 dient mogelijk te worden bijgesteld. Meestal verbetert de stemming maar soms verslechtert deze en treedt een depressieve stoornis of een angststoornis aan het licht. Wanneer alcohol gebruikt wordt, bijvoorbeeld ter bestrijding van een sociale fobie (geen contact met anderen aan durven gaan), dan is de diagnose vaak al voor de interventie gesteld en derhalve geen verrassing.

Van de psychoanaleptica zijn geen lichamelijke onthoudingsverschijnselen bekend, een detoxfase is derhalve niet nodig. Bij abstinentie van analeptica waarop de zelfmedicatiehypothese van toepassing is kan een depressie aan het licht treden of volwassen ADHD.

Van het psychodyslepticum cannabis met hoge concentraties tetrahydrocannabinol (THC) worden naast psychologische (prikkelbaarheid, nervositeit, insomnia) ook lichamelijke onthoudingsverschijnselen (buikpijn, beverigheid, koorts, hoofdpijn) tijdens abstinentie gerapporteerd. Zie het cannabisonttrekkingssyndroom (DSM-5; pag. 364).

‘Stepped care’ is een begrip dat uit de verslavingszorg komt. Ook bij de ernstiger vormen van verslaving worden eerst ambulante strategieën gevolgd om pas in tweede instantie over te gaan tot deeltijdbehandeling of klinische opname. Alleen bij somatische of psychiatrische complicaties (acute pancreatitis, epileptische insulden, acute encephalopathie, delirium, respectievelijk ernstige gedragsproblemen en suïcidaliteit, voorgeschiedenis van ernstige terugval) bestaat de indicatie voor een spoedopname. Op de afdeling interne of psychiatrie van het CMH of voor een somatische of psychiatrische opname in de regio.

Ook bij de KM kan het voorkomen dat de officier-arts een heel enkele keer op die oudere (onder) officier stuit die de dramatische gevolgen ondervindt van een jarenlange bestaande ernstige alcoholstoornis. Zich onttrekend aan medische behandeling en in ‘bescherming genomen’ door zijn collega’s op de kazerne kan zich dan een ziekte als die van Wernicke-Korsakow ontwikkelen. Parenterale toediening van hoge doses thiamine (vitamine B1) is dan levensreddend. Partners kunnen, in het klein, de verslaving in stand houden, uit angst of uit medelijden, maar ‘co-dependentie’ kan ook in een wat groter verband optreden zoals in het voorbeeld van de boordslaper op een kazerne in een permissieve cultuur.

### **(Minimale) interventies**

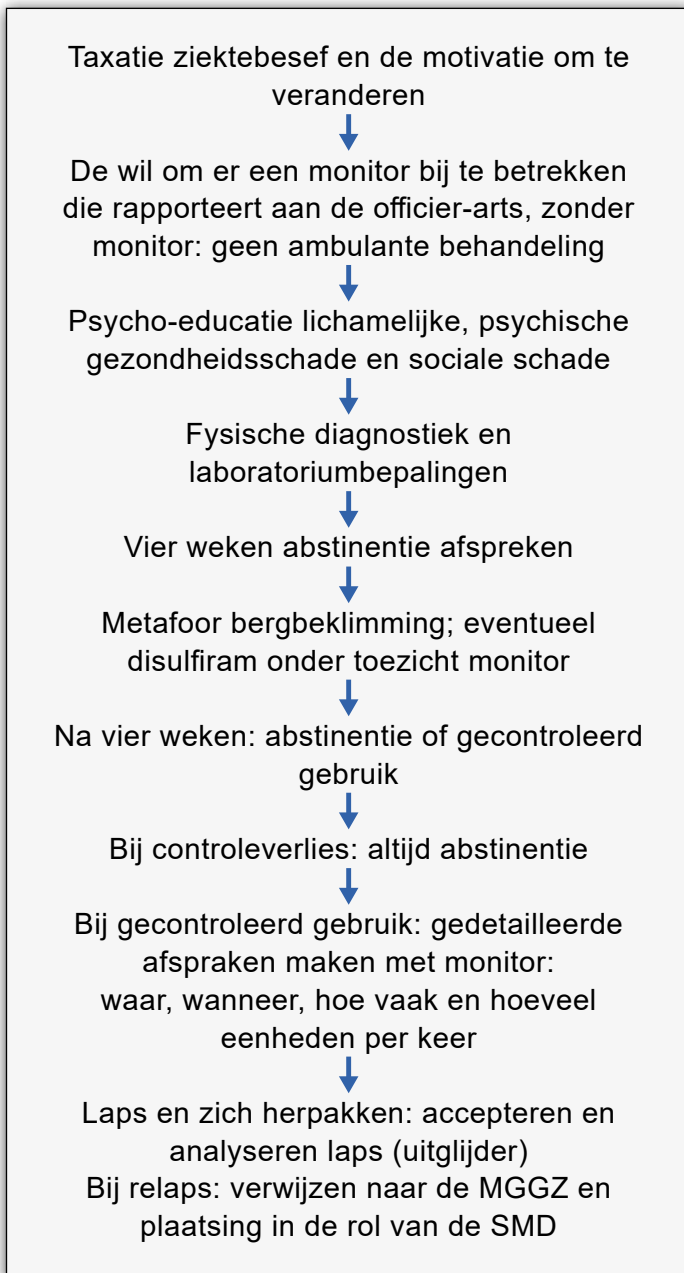
Gezondheidsvoorlichting door de officier-arts kan als minimale interventie bijdragen tot verandering in verslavingsgedrag. Uitleg geven over de verslavingsziekte (‘iceberg ahead’; als je niet van koers verandert, dan!) en ziektebesef aankweken: dat er een relatie bestaat tussen de gerapporteerde klachten en gebruik van alcohol en/of middelen. Met de patiënt en de monitor afspreken dat, als het om alcohol gaat, een abstinentieperiode van vier weken nodig is met een vervolgspraak halverwege, na de eerste twee weken droog staan. De metafoer van de bergbeklimming wordt van stal gehaald en niet vergeten: ‘jullie hebben een probleem, behandeling van verslaving vraagt om teamwork’. Wanneer het een primaire alcoholstoornis betreft en de patiënt lichamelijk en psychisch opknapt dan volgt na vier weken een nieuw ijkpunt. Vasthouden aan abstinentie, ‘droog staan’, ‘geen druppel’ of ‘gecontroleerd gebruik’. Voorwaarde voor gecontroleerd gebruik is het hebben



van controle (na 1-3 glazen kunnen stoppen), anders is het dwingende advies om abstinente te blijven onvermijdelijk.

Bij een stoornis in het gebruik van middelen is er maar één keuze mogelijk: abstinente, clean zijn, niet gebruiken. Het zero-tolerance beleid vormt hierbij een belangrijke 'stok achter de deur'; samen afspreken om at random urinecontroles (UC's) te houden kan helpen om vol te houden op momenten van 'zwakte' door meer blootstelling aan cues en toename van de craving.

De psychosociale begeleiding van de patiënt wordt gedurende een jaar vervolgd. Aanvankelijk om de drie tot vier weken patiënt en monitor terug laten komen op het spreekuur en vanaf drie maanden na de interventie om de acht tot twaalf weken. Na de eerste drie maanden neemt het terugvalrisico in de loop van het eerste jaar geleidelijk verder af, zonder ooit helemaal te verdwijnen. Bij de AA loop je na vijf jaar abstinente nog steeds te boek als een 'droge alcoholist'. Het lichamenteel onderzoek en het laboratoriumonderzoek worden na drie, zes en twaalf maanden herhaald.



**Stroomdiagram 4: (Minimale) systeeminterventies bij verslaving: alcohol.**



**Stroomdiagram 5: (Minimale) systeeminterventies bij verslaving: overige middelen en gokken.**

### Terugvalpreventie

De inspanningen vanuit de verslavingszorg en de (M)GGZ zijn, naast de systeembenadering die wordt geboden met aandacht voor co-dependente, gericht op herkenning van risico-situaties en omgaan met 'cue exposure', verandering van 'life style' (vrijtijdsbesteding zonder alcohol en/of middelen), sociale vaardigheidstraining, individuele/relatie cognitieve gedragstherapie en bij PTSS en 'zelfmedicatie': op traumaverwerking gerichte behandeling en farmacotherapie.

Dual diagnosis treatment (DDT) staat voor het meenemen van de verslaving in de behandeling van de (comorbide) psychiatrische stoornis door de (M)GGZ en niet op voorhand doorverwijzen naar

de verslavingszorg. Pas als de verslaving dominant op de voorgrond blijft staan en de co-morbide psychiatrische stoornis ondergeschikt is dan volgt verwijzing naar de verslavingszorg.

Als 'stok achter de deur', om vol te houden in periodes van trek ('craving'), maar ook om een meer betrouwbaar beeld te krijgen van het verloop van de stoornis en uitglijdert op te sporen kunnen at random controles (adem/urine/bloed) worden opgelegd. Op de website [Jellinek.nl](http://Jellinek.nl) kan je terugvinden hoe lang alcohol en/of middelen aantoonbaar zijn in de urine na gebruik:

- alcohol: 2 tot 5 dagen;
- cannabis: tot 5 dagen bij incidenteel gebruik, tot 30 dagen bij intensief gebruik;
- cocaïne: 2 tot 5 dagen bij incidenteel gebruik;
- speed: 1 tot 4 dagen;
- XTC/MDMA: 1 tot 3 dagen;
- heroïne: 2 tot 5 dagen.

Disulfiram kan worden ingezet als hulpmiddel bij een intensieve sociaalpsychiatrische behandeling. Toediening onder toezicht van de monitor (2 of 3 keer per week 400 mg) kan de eerste drie maanden de motivatie versterken om abtinent te blijven. 'Disulfiram beïnvloedt het normale stofwisselingsproces van alcohol door remming van het enzym aldehyde-dehydrogenase. De hierdoor verhoogde aceetaldehydeconcentratie in het bloed veroorzaakt onaangename lichamelijke reacties zoals een rood gelaat, bonzende hoofdpijn, misselijkheid, braken en tachycardie' (website [Farmacotherapeutische Kompas](http://FarmacotherapeutischeKompas.nl)). Ook van antitrekmiddelen als nalmefeen dat het opioïde systeem moduleert, mag je alleen maar wat verwachten als voorschrijven ervan deel uitmaakt van een goed opgezet relapse preventieprogramma. Nalmefeen roept geen aversieve reactie op en kan ook incidenteel worden voorgeschreven, bijvoorbeeld wanneer de patiënt met een minder ernstige stoornis verplicht naar een receptie moet en niet wil/kan bedanken voor ieder dienblad dat voorbijkomt. Met nalmefeen lukt het dan om het aantal consumpties beperkt te houden. Antidepressiva kunnen geïndiceerd zijn bij een (comorbide) depressieve/angststoornis die na de abtinentieperiode klinisch manifest wordt en psychostimulantia als methylfenidaat en dexamfetamine bij een comorbide volwassen ADHD.

Zelfhulpgroepen (van de website [Jellinek.nl](http://Jellinek.nl)):

'De 12 stappen-zelfhulpgroepen spelen een onmisbare rol in je leven in herstel. Een zelfhulpgroep bestaat uit lotgenoten die allemaal leven in herstel. Ze wisselen ervaringen uit en ondersteunen elkaar in het herstel. De groep wordt begeleid door lotgenoten; er is dus geen professionele begeleiding. De groepen zitten door heel Nederland en in het buitenland. Deelname is gratis en anoniem. Tijdens de behandeling bezoek je drie keer per week een zelfhulpgroep, zodat je hier snel vertrouwd mee raakt. De zelfhulpgroepen geven je een nieuw netwerk in je eigen woonomgeving. Hier begint je echte herstel. De groep geeft je de steun en de kracht om te herstellen van je verslaving.

In de zelfhulpgroepen kun je iemand vragen je sponsor te worden. Een sponsor is een herstellende verslaafde die al verder in het 12-stappenprogramma is dan jij. Bij hem of haar kun je terecht met problemen die misschien te persoonlijk zijn om met de groep te delen. Nog belangrijker is dat een sponsor je helpt met het doorlopen van de 12 stappen.

Er zijn verschillende zelfhulpgroepen. Voor verslaafde mensen, maar ook voor de directe omgeving van verslaafde mensen zoals ouders, partners, familieleden en vrienden. Bekende voorbeelden van 12-stappenzelfhulpgroepen zijn de [AA](http://AA.nl) (Alcoholics Anonymous) en Anonieme Verslaafden (Narcotics Anonymous [[NA](http://NA.nl)]), Cocaine Anonymous ([CA](http://CA.nl)), Anonieme Gokkers (Gamblers Anonymous [[GA](http://GA.nl)]), Marijuana Anonymous ([MA](http://MA.nl)), Anonieme Overeters (Overeaters Anonymous [[OA](http://OA.nl)]) en [Anonieme Dokters](http://AnoniemeDokters.nl)'.

Wanneer de doelstelling abtinentie of gecontroleerd drinken niet wordt gehaald dan is de behandelinspanning niet per se vergeefs. Een uitglijder kan worden ervaren als 'helemaal weer

van voren af aan moeten beginnen'. Bij een terugval in het oude gebruik zal dat gevoel van falen zich nog sterker laten gelden. De houding van de behandelaar, die hoopvol blijft ten aanzien van verandering op de langere termijn, kan op zulke momenten van doorslaggevend belang zijn. Hij brengt ook deskundigheid in. In de eerste plaats zo deelt hij of zij mee dat de behandeling van een chronisch intermitterende stoornis het optreden van uitglijders en terugval impliceert. In de tweede plaats kan bij nadere beschouwing blijken dat een langere duur van de remissie en een minder ernstige terugval tijdens een exacerbatie of een kortere duur ervan wel degelijk als positieve veranderingen zijn te bestempelen.

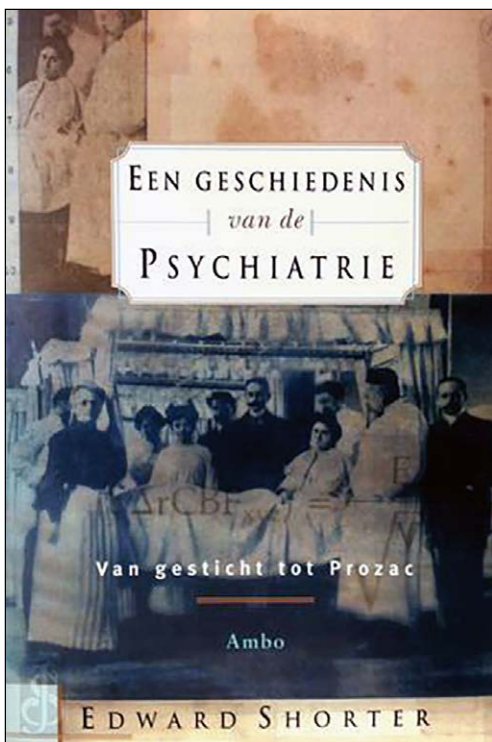
In de praktijk is het geen uitzondering dat informatie over de terugval niet van de patiënt komt maar van een andere bron: de familie bijvoorbeeld, de werkgever, een kennis of de internist/ neuroloog/chirurg/dermatoloog. Voel je niet gepasseerd en neem opnieuw een niet-veroordelende onderzoekende houding aan, analyseer de terugval (risico-situatie, psychosociale stressbron) en maak een vervolgspraak. Daarentegen zullen chroniciteit en/of frequente terugval zonder enige vooruitgang te boeken uiteindelijk wel tot een MGO leiden met daarna ontslag en overdracht aan de civiele verslavingszorg.



## PRAKTIJKSCENARIO V

### Onderhoudsbehandeling psychofarmaca: reactievermogen, optimale dosering en interacties

#### Inleiding



Afb. 11: Boekomslag 'Een geschiedenis van de Psychiatrie' door Edward Shorter.

In 'Een geschiedenis van de Psychiatrie' ('Van gesticht tot Prozac') beschrijft Edward Shorter hoe met de komst van het geneesmiddel chloorpromazine het toneel in psychiatrische inrichtingen compleet veranderde: 'dwangbuizen, psychohydraulische pakkingen en lawaai behoorden tot het verleden'<sup>10</sup>. Na de ontdekking van het eerste werkzame antipsychoticum in 1952, volgden lithium als middel tegen manie, en in 1958 imipramine, het eerste geregistreerde antidepressivum. Met de komst van effectieve psychofarmaca en later in de jaren 80 beeldvormende technieken (CT-scan, MRI-scan) ontwikkelde de biologische psychiatrie zich tot een wetenschappelijke methode die erin 'is geslaagd oorzaken en behandelmethoden te ontdekken voor psychiatrische ziekten'. Tot de komst van Prozac® in 1987 was Valium® het 'meest geslaagde medicament uit de geschiedenis van de farmaceutische industrie'. Alleen: Valium is verslavend. Anders dan Valium is Prozac niet verslavend en anders dan de tricyclische antidepressiva als imipramine en amitriptyline heeft het middel minder bijwerkingen en is het relatief veilig bij overdoseringen. Het 'succesverhaal' is bekend, alleen al in Nederland zouden meer dan één miljoen

mensen (moderne) antidepressiva gebruiken. Maar daar zitten ook patiënten bij die het recept maar één keer inleveren. Structureel, zo is berekend, gebruiken ongeveer 150.000 Nederlanders langdurig antidepressiva voor de behandeling van hun depressie<sup>11</sup>. Cijfers van de website van het Trimbosinstituut laten zien dat in Nederland iets minder dan 1 op de 5 volwassenen van 18-64 jaar ooit in het leven te maken krijgt met een depressie. Elk jaar geldt dat voor ongeveer 5% van de volwassenen. Vrouwen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar hebben de grootste kans op een depressie. Onder de mannen komen weer vaker overmatige (meer dan 21 glazen per week) en zware drinkers (minstens één keer per week 6 glazen) voor. Daar komt bij dat tweemaal zoveel mannen overlijden door suïcide dan vrouwen (113 Zelfmoordpreventie)<sup>12</sup>.

Niettegenstaande de geboekte biologische vooruitgang zijn volgens de huidige richtlijnen psychologische, op cognities en gedrag gerichte, behandelinterventies aangewezen als eerste keus. Met uitzondering van de psychotische en bipolaire stoornissen. Het klinkt zo aantrekkelijk: door te sleutelen aan neurotransmitters, receptoren te blokkeren of te stimuleren, aan te grijpen op transporteiwitten in de synaptische spleet, om zo, op die manier, psychiatrische stoornissen te behandelen. Maar er komt veel meer bij kijken. Neurale netwerken zijn ook langs andere wegen te beïnvloeden onder andere door op een goede manier contact te leggen. Daarom zijn een onderzoekende houding en bejegening zo belangrijk, een houding die is gericht op samenwerking en openstaat voor feedback. Ook bij het uitschrijven van een recept.

In het NMGT van januari 2019 verscheen een studie naar de prevalentie van psychotrope medicatie onder militairen in Nederland tussen 2003 en 2012; cijfers zijn ontleend aan de database van de militaire apotheek van het CMH<sup>13</sup>. Het militaire bedrijf wordt in dit artikel in verband gebracht met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis zoals PTSS, depressie, gegeneraliseerde angststoornis en de paniekstoornis. Dat er ook een beschermende werking van het bedrijf uit kan gaan wordt niet genoemd. Deelname aan missies kan weliswaar tot (psychische) gezondheidsschade leiden maar is veel vaker een verrijkende ervaring waarop veteranen positief terugkijken<sup>14</sup>). De auteurs beschrijven een toename in het voorschrijven van stimulantia voor de behandeling van ADHD, een toename in het voorschrijven van antidepressiva voor de behandeling van stemmings- en angststoornissen, terwijl de voorschriften voor anti-epileptica, benzodiazepinen, antipsychotica en lithium op hetzelfde niveau zijn gebleven. De toename wordt o.a. in verband gebracht met een bredere acceptatie van de behandeling van mentale stoornissen met psychotrope medicatie. Psychofarmaca die civiel zijn verstrekt, op 10 procent geschat, zijn buiten beschouwing gelaten. Dat percentage zou best hoger uit kunnen vallen. De gang naar de civiele GGZ wordt door de militair met psychische problemen mogelijk vaker bewandeld uit schaamte en uit angst voor de loopbaan. Er rust een stigma op psychiatrische stoornissen. Te vaak worden die ervaren als een persoonlijk falen en mislukken hoort niet thuis in de 'can do'-prestatiecultuur van het bedrijf. Een behandeling met psychofarmaca is overigens lang niet altijd eerste keus, niet bij depressie en niet bij angststoornissen.

Voor de behandeling van angst, depressie, psychotrauma- en stressgerelateerde stoornissen zijn multidisciplinaire richtlijnen opgesteld. De meest voorkomende comorbide stoornissen bij depressie zijn angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en aan alcohol- en middelengebruik gebonden stoornissen<sup>15</sup>. Een depressieve stemming kan na een paar weken of maanden opklaren maar heeft een frequent recidiefrisico. Burn-out kan voor een depressie worden aangezien, opgebrand zijn onderscheidt zich door het hoge arbeidsethos van de betrokkene, het moegestreden zijn door perfectionisme en het uitblijven van resultaat en erkenning op de werkvloer. Het toestandsbeeld wordt gekenmerkt door cognitieve disfunctie, mentale en fysieke uitputting.

Met farmacotherapie wordt pas begonnen als het effect van niet-medicamenteuze interventies uitblijft. Bij de lichtere vormen van angst/depressie, bij recidiverende angst/depressies geniet psychotherapie de voorkeur, gericht op: gedragsactivatie, het tegengaan van vermijding (bij de

paniekstoornis met agorafobie bijvoorbeeld), en op cognities en imaginaire exposure (zich in de verbeelding blootstellen aan de beangstigende situatie, in aanwezigheid van de therapeut). Bij cognitieve gedragstherapie (CGT) staat de relatie tussen zelfdevaluerende cognities als 'ik ben niets waard' of cognities als 'het is nooit goed genoeg/never good enough' en emoties centraal. In de praktijk bestaan vaak combinaties van behandeling, beter bekend als 'pillen en praten'. Bij burn-out wordt ook lichaamsgerichte therapie (psychomotore therapie (PMT)) ingezet; timemanagement en doseren van activiteiten zijn dan kernthema's in de behandeling.

### **'Pillen en praten', introductie psychofarmaca**

Na overleg tussen de psycholoog en de psychiater, in samenspraak met de patiënt ('shared decision making'), kan een behandeling met antidepressiva worden ingesteld. Deze middelen kunnen effectief zijn bij de behandeling van angst-, stemmings- en dwangstoornissen. Het basisprincipe van de meeste antidepressiva berust op het remmen van de heropname van serotonine, noradrenaline en dopamine. De meest bekende groepen zijn: de klassieke, tricyclische, antidepressiva (TCA's) en de moderne selectieve serotonine heropnameremmers ('reuptake inhibitors'): de SSRI's.

Een onderhoudsbehandeling wordt pas overwogen bij zeer ernstige klachten, bij evidente familiale belasting of nadat er, na het staken van de medicatie, één of meerdere (ernstige) recidieven zijn opgetreden. Wanneer na 3-6 maanden medicatiegebruik is gebleken dat het psychomotor reactievermogen intact is en de dosering 'optimaal' (belangrijke mate van symptoomreductie of zelfs remissie van de stoornis, geen of geringe bijwerkingen en herstel van de nachtrust) dan kunnen de operationele beperkingen worden opgeheven. Bij voorschrijven van hetzelfde antidepressivum met dito resultaat na een recidief van de stoornis kan de termijn, vrij van operationele inzet, korter zijn (6-12 weken). Uiteraard zijn de voorgestelde termijnen enigszins arbitrair, de motivatie van de betrokkene en het functioneren op de werkvloer zijn eerder doorslaggevend dan de overtuiging van de voorschrijvende officier-arts/militair psychiater. Soms worden door de specialist combinaties van antidepressiva voorgeschreven, lange tijd was de combinatie van venlafaxine met mirtazapine gebruikelijk, nu wordt de combinatie met het Noradrenergic Dopaminergic Reuptake Inhibitor (NDRI) bupropion (heropnameremmer van noradrenaline en dopamine) wel toegepast. Bij therapieresistentie van de depressie kan augmentatie met een (modern) antipsychoticum worden overwogen, of lithium worden toegevoegd aan een TCA.

Bij de behandeling van psychotraumaspectrumstoornissen (waaronder PTSS) worden geregeld psychofarmaca voorgeschreven, onder andere moderne antidepressiva. Prof. dr. Eric Vermetten noemt in het tijdschrift 'de psychiater' van mei 2020 de SSRI's sertraline en paroxetine als enige geregistreerde medicijnen voor PTSS. Ook wijst hij op off-labelgebruik van andere psychofarmaca bij PTSS die hij niet met name noemt<sup>16</sup>. Voor bijkomende slaapstoornissen maar ook voor de bijkomende agressie kunnen atypische antipsychotica zoals quetiapine en olanzapine worden ingezet. In de praktijk komt vaak comorbiditeit voor met stoornissen waarvoor wel evidence bestaat van een behandeling met psychofarmaca. Op traumaverwerking gerichte psychotherapie is altijd eerste keus, bijvoorbeeld Eye Movement Desensitisation and Reprocessing therapy (EMDR), Narrative Exposure Therapy (NET) of Brief Eclectic Psychotherapy (BEP). Ook voor nachtelijke herbelevingen zijn psychofarmaca nooit eerste keus maar psychotherapie wel: 'Imaginary Rescripting Therapy' (IRT, 'rescripting' staat voor het cognitief/emotioneel herschrijven van de droom/herbeleving in een face-to-facecontact met de therapeut). In hetzelfde tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) 'de psychiater' van mei 2020 verscheen ook een artikel over Multi-modular Motion-assisted Memory Desensitization and Reconsolidation (3MDR), een innovatieve traumabehandeling die onder andere door prof. dr. Eric Vermetten is ontwikkeld waarbij virtual reality exposure en bewegingsafhankelijk leren worden gecombineerd. De patiënt met PTSS staat op een loopband, kijkt naar zelfgekozen traumagerelateerde beelden die op een scherm worden geprojecteerd, luistert naar zelfgekozen muziek en is tegelijkertijd bezig met een taak die afleidt van het trauma<sup>17</sup>.

Met de 'ontdekking' eind vorige eeuw dat niet ieder kind over zijn of haar ADHD heen groeit en ADHD tot in de volwassenheid kan persisteren, heeft methylfenidaat een vaste plaats verworven in de militair-psychiatrische receptuur. Comorbiditeit van ADHD met de 'top 3' van angst, depressie en verslaving komt vaker voor. De behandeling kan dan mede gericht zijn op de comorbide stoornis. De behandeling met het stimulantium methylfenidaat of dexamfetamine beoogt een verbetering van aandacht en concentratie, alsmede afname van de impulsiviteit. Anders gezegd versterken stimulantia de frontale functie van het brein. De prefrontale cortex speelt een belangrijke rol bij het inhiberen (afremmen) van het limbische systeem, het emotionele (zoogdier) brein. Combinatiebehandelingen met een modern antidepressivum zijn mogelijk. Methylfenidaat is operationeel alleen denkbaar wanneer dit wordt voorgeschreven als langwerkend preparaat, bijvoorbeeld Concerta®. De kortwerkende preparaten worden tot 4 keer daags ingenomen en kunnen bij uitwerking na 2-4 uur tot 'rebound' van klachten en versterking van de onderliggende problematiek leiden. Het NDRI bupropion wordt wel als tweede keusmiddel ingezet bij de behandeling van ADHD en geniet de voorkeur bij een comorbide depressieve stoornis.

Stemmingsstabilisatoren zoals lithium en valproïnezuur, geïndiceerd voor de behandeling van bipolaire stoornissen worden weinig voorgeschreven bij operationeel dienende militairen. Lithium is in Nederland eerste keus, ook vanwege de preventieve werking. De smalle therapeutische breedte van lithium, de noodzaak van spiegelbepalingen, controles van de elektrolyten, nier- en schildklierfunctie (minimaal 2-4 keer per jaar), het risico op lithiumintoxicatie maken operationele inzet ingewikkeld. Maar niet uitgesloten!

Een 23-jarige matroos operationele dienst nautische dienst doet een ernstige suïcidepoging door na een avondje stappen in Kopenhagen vanaf de steiger in ijskoud water te springen en weg te zwemmen. Twee maten die hadden opgemerkt dat hij uit de groep was weggelopen duiken achter hem aan. Hij besluit om te keren omdat ze anders allemaal zouden verdrinken, zoals een van de achtervolgers hem toeschreeuwde. Uiteindelijk belandt hij op de afdeling psychiatrie van het academisch ziekenhuis. Daar treft hij, zo weet hij zich te herinneren, een aardige zuster die contact opneemt met zijn moeder dat het wel goed komt; collega's van de Zuiderkruis komen op bezoek en zijn hevig aangedaan. De volgende dag wordt hij onder begeleiding van twee hulpverleners van de afdeling GGZ van de SMD die vanuit Nederland zijn ingevlogen, gerepatriëerd. Hij wordt nadien behandeld met een antidepressivum maar ontwikkelt daarbij hypomane episodes. Ten slotte wordt de diagnose bipolaire stoornis gesteld en stabiliseert hij op lithium. Acht jaar later, tijdens een inzet van SPRINTKM aan boord van Hr.Ms. Amsterdam die terugkeert van een vier maanden durende ernstoperatie in het kader van 'Enduring Freedom', blijkt hij bevorderd tot bootsman. Medicatie ongewijzigd!

*Opgetekend met persoonlijke toestemming, zie ook scenario 7.*

De nadelige gevolgen van de TCA's (meer sedatie, anticholinerge bijwerkingen: droge mond, wazig zien, glaucoom, obstipatie en orthostatische hypotensie) en de stemmingsstabilisatoren voor het psychomotor reactievermogen verhinderen in het algemeen operationele inzet.

Het 'derde generatie' antipsychoticum aripiprazol, een dopamine D2-receptorantagonist en -agonist, heeft een gunstiger bijwerkingenprofiel. Behandeling is zeker het overwegen waard bij een geschikte en gemotiveerde kandidaat die in zijn of haar loopbaan een bipolaire stoornis ontwikkelt, tenminste wanneer het middel een profylactische werking heeft.

Ten slotte: polyfarmacie van meer dan twee verschillende psychofarmaca kan als een absolute contra-indicatie voor operationele inzetbaarheid worden beschouwd.



Afb.12: Kadekke apotheek te Lombok of Atjeh omstreeks 1898-1902.

Bron: Beeldbank NIMH, objectnummer 2158\_043632.

Bij de Amerikaanse strijdkrachten bijvoorbeeld bepaalt de commandant, die inzage heeft in de medische dossiers, of de militair die is ingesteld op psychofarmaca al of niet (beperkt) inzetbaar is.

In het hoofdstuk over de optimale dosering wordt meer uitgebreid stilgestaan bij de 'moderne antidepressiva' en methylfenidaat waar inmiddels ruime operationele ervaring mee is opgedaan. Bijwerkingen of recidivering van de oorspronkelijke stoornis kunnen aanleiding zijn tot bijstelling van de dosering of opschalen van de medicatie. Vertrouwd zijn met ontrekkingsverschijnselen die op kunnen treden bij plotseling staken, is eveneens van operationeel belang omdat de militair onverwacht van zijn medicatievoorraad kan zijn afgesneden.

### Indicatie psychofarmaca en psychomotor reactievermogen

Wanneer het om verkeersdeelname gaat hanteert de overheid, Overheid.nl Wettenbank, voor het gebruik van geneesmiddelen drie categorieën: [Regeling eisen geschiktheid 2000](#)

- Categorie 0: geen of verwaarloosbare invloed.
- Categorie I: weinig negatieve invloed op de rijvaardigheid vergelijkbaar met een bloed alcoholconcentratie van  $< 0,5$  g/l ( $< 0,5$  promille).
- Categorie II: matig negatieve invloed op de rijvaardigheid, vergelijkbaar met een bloedalcohol concentratie van  $0,5-0,8$  g/l ( $0,5-0,8$  promille).
- Categorie III: ernstig negatieve invloed op de rijvaardigheid, vergelijkbaar met een bloedalcoholconcentratie van  $> 0,8$  g/l ( $>0,8$  promille).

Na het nemen van één glas alcohol, één eenheid van 10 gram alcohol, leidt dit bij een vrouw tot een promillage van 0,5. Bij een man zijn daar twee eenheden voor nodig. De lever doet er anderhalf uur over om 10 gram alcohol te verwerken. Om een indicatie te geven van het aantal eenheden dat nodig is om een bepaald promillage te bereiken (info: [alcoholcalculator](#)):

- 0,5-1,5 promille: 2-5 eenheden voor een vrouw, 3-7 voor een man. Je bent aangeschoten.
- 1,5-2,5 promille: 6-9 eenheden voor een vrouw, 8-14 voor een man. Je bent dronken.
- 3-4 promille: 10-13 eenheden voor een vrouw, 15-19 voor een man. Ernstige coördinatieproblemen.
- 5 promille: acuut levensgevaar.

Op de overheidswebsite [Rijveiligmetmedicijnen.nl](#) kan per middel worden uitgezocht welke categorie is vastgesteld.

Operationele inzetbaarheid wordt niet alleen in de spreekkamer getaxeerd maar vooral op de werkvloer. Het functioneren van de militair hoort doorslaggevend te zijn en niet het bezoek aan de psychiater, de psycholoog en/of het gebruik van één of hooguit twee psychofarmaca, uiteraard mits aan de operationele voorwaarden ten aanzien van het reactievermogen en de nachtrust is voldaan. Uiteraard geniet het de voorkeur om militairen zonder medicatie uit te zenden.

## Indicatiegebied insomnia

Een klassiek hypnoticum als het inslaapmiddel temazepam (Cat. III-I, bij incidenteel gebruik 8 uur na inname niet autorijden) en het doorslaapmiddel nitrazepam 5 mg (Cat. III-I, bij incidenteel gebruik 10 uur na inname niet autorijden), het Noradrenergic Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA) mirtazapine (Cat. III-I, 13 uur na inname niet autorijden) of quetiapine (Cat. II, eerste paar dagen niet autorijden), beide middelen off label gebruik. Het hormoonpreparaat melatonine wordt aanbevolen bij 'verlate slaafase' (patroon van laat inslapen en laat wakker worden).

## Indicatiegebied stemming (unipolaire depressie) en angststoornissen (paniek, fobie, dwang)

De 'moderne antidepressiva' die vanwege hun effectiviteit bij de behandeling van angststoornissen (waaronder de gegeneraliseerde angststoornis en de paniekstoornis) ook 'moderne anxiolytica' mogen worden genoemd.

- Selective Serotonergic Reuptake Inhibitors (SSRI's) zoals escitalopram (Cat. I) en sertraline (Cat. I) zijn eerste keus.
- Serotonergic Noradrenergic Reuptake Inhibitor (SNRI's): venlafaxine (Cat. I) en duloxetine (Cat. II) zijn tweede keus.
- NaSSA: mirtazapine (Cat. III-I), in lage doseringen (7,5 mg) gebruikt als slaapmiddel (bij incidenteel gebruik 13 uur na inname niet autorijden), in hogere dosering (30-45 mg) als Antidepressivum (bij chronisch gebruik verstrekt het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) alleen onder strikte voorwaarden een rijbewijs).
- Noradrenergic Dopaminergic Reuptake Inhibitor (NDRI): bupropion (Cat. II).
- De 'ouderwetse antidepressiva' of tricyclische antidepressiva (TCA's): nortryptiline (Cat. II), clomipramine (Cat. II) en amitriptyline (Cat. III-I).
- Clonazepam (Cat. II) is een krachtig werkend benzodiazepine dat off-label wel wordt gebruikt bij angststoornissen en de depersonalisatiestoornis, wanneer het effect van SSRI's uitblijft.
- Vortioxetine (Brintellix<sup>®</sup>) is een nieuw multimodaal antidepressivum dat gericht is op de bij depressie belangrijke neurotransmitters: serotonine, noradrenaline en dopamine, en heeft een gunstig bijwerkingenprofiel. De brochure klinkt veelbelovend: seksuele disfunctie op placeboniveau bij doseringen van 5-15 mg, geen slaapproblemen, gewichtsneutraal, geen significant effect op het QTc-interval en naast stemmingsverbetering ook vooruitgang van de cognitieve prestaties. Bovendien kent het middel geen onttrekkingsverschijnselen en hoeft het niet te worden afgebouwd.

## Indicatiegebied volwassen AD(H)D

Psychostimulantia: methylfenidaat (Cat. I), dexamfetamine (Cat. II); voor operationele inzet geniet Concerta<sup>®</sup> (Cat. I) met vertraagde afgifte van methylfenidaat de voorkeur, inname slechts 1 of 2 keer per dag.

## Indicatiegebied bipolaire stoornis

Stemmingsstabilisatoren: lithium (Cat. II); tweede keus: het anti-epilepticum valproïnezuur (Cat. II), moderne of tweede generatie antipsychotica als olanzapine (Cat. II), quetiapine (Cat. II) en het 'derde generatie antipsychoticum' aripiprazol (Cat. II). Derde generatie genoemd omdat aripiprazol niet alleen de dopamine D2-receptor blokkeert maar ook deels stimuleert (partieel antagonisme).

## Indicatiegebied psychose

De klassieke antipsychotica (overwegend dopamine D2-receptorblokkade) zoals haloperidol (Cat. II) en zuclopentixol (Cat. II).

De moderne ('atypische') antipsychotica zoals olanzapine (Cat. II), quetiapine (Cat. II) en risperidone (Cat. II), atypisch genoemd omdat er naast dopamine D2-receptorblokkade ook blokkade optreedt van onder andere serotonerge, adrenerge en histaminerge receptoren, waardoor minder extrapiramidale bijwerkingen.



### **Indicatiegebied acute dystonie door medicatie**

Het parasymphaticolyticum en antiparkinsonmiddel biperideen (Cat. II), oraal of parenteraal, indien nodig langzaam intraveneus toe te dienen.

### **Indicatiegebied (alcohol)verslaving**

Aversieve middelen: disulfiram (Cat. II; onder toezicht verstrekken).

Anti-cravingmedicatie: nalmefeen (moduleert het opiaatsysteem).

### **Contra-indicaties voor operationele inzet**

De contra-indicaties hangen samen met de onderliggende stoornis en bijkomende gedragsproblemen maar ook met de gevolgen van de ingezette farmacotherapie voor het psychomotor reactievermogen.

### **Relatieve contra-indicaties**

Behandeling met sedativa/hypnotica/anxiolytica, categorie III-middelen als diazepam, temazepam en oxazepam (benzodiazepinen; indicatiegebied: slaap- en angststoornissen). Vanwege de nadelige effecten op het reactievermogen en de ontwikkeling van tolerantie: hooguit intermitterend-variabel gebruik toegestaan, slechts bij objectieve psychosociale stress en dan maximaal drie weken, bijvoorbeeld om de dag innemen, of vier dagen wel en drie dagen niet.

### **Absolute contra-indicaties**

Het CBR houdt aan: zes maanden rijongeschikt na het klinisch herstel van een psychotische episode. De onderliggende stoornis en niet de behandeling met medicatie is hierbij doorslaggevend. Tijdens uitzending worden haloperidol en zuclopentixolacetaat uitsluitend als ingrijp- en transportmedicatie bij repatriëring gebruikt (Scenario's II en III).

Psychotrope stoffen waaronder psychofarmaca (maar ook ethanol en cannabis) worden al snel in verband gebracht met nadelige effecten op het reactievermogen en dus op de bedrijfsveiligheid. Methyfenidaat vormt, wanneer de medicatie goed wordt verdragen, in dit opzicht een uitzondering. De uitkomsten van onderzoek in het laboratorium naar reactietijd en rijvaardigheid kunnen lang niet altijd worden gegeneraliseerd naar het dagelijkse maritiem-militaire bedrijf. Bovendien kan bij voortgezet gebruik tolerantie optreden voor de eventuele nadelige gevolgen die bij aanvang van de behandeling optreden. Om maar niet te spreken over de mogelijke consequenties voor het reactievermogen van een onbehandelde angst- en/of stemmingsstoornis.

Psychofarmaca worden door de apotheek voorzien van een gele sticker waarmee wordt gewaarschuwd voor de nadelige gevolgen op de rijvaardigheid. Van drie veel voorgeschreven moderne antidepressiva als escitalopram, sertraline en venlafaxine is aangetoond dat zij in de normale doseringen geacht worden veilig te zijn, met dien verstande dat de waakzaamheid tijdens monotone taakopdrachten (wachtlopen versus patrouille lopen; lege snelweg - de 'polderkolder' - versus stadsverkeer) mogelijk vermindert door afname van de arousal. Deze zelfde afname draagt bij aan het (actuele) stress-reducerende effect bij PTSS; de minder heftige reactie op stress kan bijdragen aan doelgericht handelen ('combat-behavior') bij calamiteiten. Om een paar voorbeelden te noemen uit de eigen praktijk bij de SMD: een matroos die werd behandeld met een SSRI kreeg een lintje voor zijn inzet na een grote kettingbotsing waarbij hij het overzicht wist te behouden en mensenlevens redde. De sergeant-majoor die zonder life line overboord sloeg tijdens de oversteek in een zeilboot van Engeland naar Nederland, bij onverwacht slecht weer, maar het hoofd koel wist te houden. En de matroos die haar auto veilig naar de kant wist te manoeuvreren toen zij op de middenstrook van een driebaansweg reed en een man voor haar auto sprong en op de motorkap belandde. 'Combat behavior' mede door afname van de arousal?

Bij elk recept, ook bij het voorschrijven van niet-psychofarmaca, dient niet alleen rekening te worden gehouden met interactie (zie onder Interacties) maar ook met de effecten op het psychomotor reactievermogen. Van bètablokkers is bijvoorbeeld bekend dat deze tot depressieve klachten en dus tot psychomotorische retardatie kunnen leiden.

## Optimale dosering

### Moderne antidepressiva

Tijdens de voorlichting bij het voorschrijven van SSRI's wordt uitgebreid aandacht besteed aan het belang van leefregels en het benadrukken van 'rust, reinheid en regelmaat', het belang van een goede nachtrust en een helder hoofd overdag. Dat het wel 3-6 weken kan duren voor het gewenste effect optreedt en dat vanaf de eerste inname bijwerkingen op kunnen treden: misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, gewichtstoename en soms een (tijdelijke) verergering van de (psychische) klachten waarvoor het SSRI wordt voorgeschreven. Moderne antidepressiva met weinig of geen sedatie kunnen 's ochtends worden ingenomen, om misselijkheid te voorkomen na het ontbijt. De betrokken militair kan tenslotte zelf uitzoeken wat het meest gunstige tijdstip is. Van SSRI's is bekend dat ze de nachtrust kunnen verstoren en tot een levendige bizarre droomwereld kunnen leiden, dan dus niet voor het slapen innemen. Mirtazapine (Cat. III) dat een gunstige uitwerking op de slaapduur, met verkorting van de slaaplatentie, kan hebben, wordt juist voor het naar bed gaan ingenomen. De individuele reactie is altijd doorslaggevend, hetgeen ertoe kan leiden dat de medicatie uiteindelijk op een ander tijdstip wordt ingenomen. Als maar wordt voldaan aan de minimum vereisten van het heldere hoofd overdag en een goede nachtrust, vigiliteit en tenaciteit.

Het voorbeeld van de bootsman die al twintig jaar stabiel is ingesteld op lithium geeft aan dat operationeel functioneren ondanks alle mitsen en maren mogelijk is, zelfs wanneer gedurende langere tijd gevechtswacht moet worden gelopen. Aan boord van hetzelfde schip stond ook een sergeant-majoor van de technische dienst op de bemanningslijst (BL), hij was al meer dan een jaar ingesteld op 10 mg van het SSRI paroxetine. Hij bemerkte afname van werkplezier en terugkeer van een sombere stemming. Een kleine aanpassing van de dosering van 10 naar 15 mg paroxetine per dag deed de stemming binnen een paar dagen verbeteren.

### Resumé veel voorkomende bijwerkingen van SSRI's op de korte termijn

Griepachtige verschijnselen, droge mond, obstipatie/diarree, slaperigheid, geeuwen, hoofdpijn, misselijkheid, duizeligheid, veel transpireren en een lichte verergering van de oorspronkelijke klachten, seksuele disfunctie.

Bijwerkingen in het begin vallen trouwens vaak erg mee wanneer de dosis wordt opgebouwd volgens het principe 'start low, go slow'. Begin bij het voorschrijven van escitalopram met 5 mg, verdubbel de dosering bij uitblijven van bijwerkingen na 3-7 dagen, zoek naar de optimale dosering en bestel de patiënt sowieso na twee weken terug. Het is niet altijd eenvoudig om de bijwerkingen te onderscheiden van (rest)verschijnselen van de oorspronkelijke stoornis. Andere hinderlijke bijwerkingen zoals seksuele disfunctie, gewichtstoename en vergeetachtigheid kunnen ook een reden zijn om te stoppen. Voor de viriele militair is de seksuele disfunctie vaak een reden om te staken; het komt wel voor dat een depressie wordt vastgesteld, terwijl het seksueel functioneren het enige is waaraan nog lol en zelfwaardering wordt ontleend.

Blijf actief vragen naar bijwerkingen, ga er niet automatisch van uit dat de therapietrouw 100% is. Vraag bij elk vervolcontact of de medicatie nog volgens voorschrift wordt ingenomen.

Hypomanie komt zelden voor als bijwerking maar vraagt wel om snel ingrijpen:

crash stoppen met antidepressiva en toezien op herstel van de nachtrust met hoge doseringen oxazepam (50-100 mg voor het slapen gaan) of olanzapine velotab 10-20 mg, eventueel '5/50' (haloperidol 5 mg/promethazine 50 mg) kan nodig zijn.

Is het gedrag niet corrigeerbaar en lukt het niet om te onderhandelen, omdat ziektebesef ontbreekt: de betreffende militair voelt zich juist energiek en voert allerlei (oneigenlijke) redenen aan voor zijn dysfore stemming en vermeende gelijk, dan uitwijken naar de Scenario's II (ingrijpmedicatie) en III (psy-repat).

Bij de behandeling van een depressieve stoornis dient altijd navraag te worden gedaan naar eerdere hypomane episodes, manisch-depressiviteit en suicidaliteit. Of dat in de familie voorkomt? Bij familiale belasting is het sowieso beter om door te verwijzen naar de MGGZ.

Een positieve reactie op een antidepressivum bij een eerstegraads familielid kan meewegen bij het bepalen van de keuze. Neem altijd ook een beknopte cardiovasculaire familieanamnese af, psychofarmaca kunnen leiden tot een verlenging van het QTc-interval en derhalve ritmestoornissen. Bij een belaste (familie)anamnese met ritmestoornissen of plotselinge hartdood: eerst een elektrocardiogram aanvragen. Wanneer een depressieve stoornis vergezeld gaat van lichamelijke klachten en de medicatie goed aanslaat dan kunnen deze verdwijnen bij voortgezet gebruik. Het NSRI duloxetine wordt ook ingezet in het kader van pijnbestrijding, net als het TCA amitriptyline.

De behandeling van depressie en suicidaliteit dient volgens het crisisscenario (Scenario VII) te verlopen en ligt uiteindelijk in de handen van de specialist. Berucht is versterking van de suïcidale ideatie bij aanvang van de behandeling met het SSRI paroxetine en het NSRI venlafaxine bij jongeren onder de 18 jaar.

### **Optimale dosering**

De optimale dosering is die dosering waarbij het beoogde effect wordt behaald, aan de eerdergenoemde minimumvereisten voor het psychomotor reactievermogen is voldaan en de bijwerkingen acceptabel zijn of minimaal. Aanwijzingen dat de medicatie aanslaat zijn: betere nachtrust, minder piekeren of angstig zijn. In de praktijk worden de eerste positieve veranderingen vaak al binnen drie weken opgemerkt. Als binnen 3-6 weken geen enkele merkbare verandering is opgetreden kan je switchen naar een ander SSRI, een SNRI, eventueel augmentatie toepassen met mirtazapine of bupropion of een atypisch antipsychoticum. Daarna richting TCA en tenslotte lithiumadditie en elektroconvulsietherapie (ECT) maar dan bevinden wij ons al lang ver buiten de scope van operationele inzet.

Voor escitalopram is de optimale dosering gelegen tussen de 5 en 20 mg. 'Start low go slow', de optimale dosering kan naar boven worden bijgesteld, met tabletten van 5 mg, bij sertraline met stappen van 25 mg tot een maximale dosering van 200 mg. Die bijstelling naar boven doe je bij een (dreigende) exacerbatie van de oorspronkelijke stoornis. Door een nog aanwezige te grote kwetsbaarheid voor angst en depressie, in combinatie met tekortschietende copingstijlen bij psychosociale stress bijvoorbeeld. Deze strategie vloeit voort uit de 'kwetsbaarheid-stress' hypothese.

### **SSRI-discontinueringssyndroom**

Van de ene op de andere dag stoppen kan leiden tot 'onttrekkingsverschijnselen' die vergelijkbaar zijn met de klachten bij aanvang van de behandeling: een griepachtig beeld met angst, prikkelbaarheid, duizeligheid, hoofdpijn en 'elektrische schokjes'. Venlafaxine met een halfwaardetijd van 6 uur heeft een naam op dit gebied. Switchen naar fluoxetine (Prozac®) met een halfwaardetijd van 4-6 dagen is een optie. Fluoxetine hoeft niet te worden afgebouwd. Voor een aantal moderne antidepressiva zijn taperingstrips beschikbaar waarmee een voorzichtige afbouw kan worden gerealiseerd. Een enkele keer treedt, na het stoppen, een (passagère) hypomane reactie op en kan de patiënt zich onverwacht veel beter voelen en heeft anders dan gebruikelijk veel minder nachtrust nodig.

## Onderhoudsbehandeling

De multidisciplinaire richtlijn adviseert om na een eerste depressie de behandeling gedurende 6-12 maanden aan te houden en na een eerste recidief 1-2 jaar. Langdurig, soms levenslang, voortzetten van de behandeling wordt geadviseerd na 3 of meer recidieven. Niet ongebruikelijk is dat patiënten, ondanks een voorgeschiedenis en familiale belasting, toch een keer willen stoppen. Los van de eerdergenoemde bijwerkingen zoals toename lichaamsgewicht en seksuele disfunctie kan emotionele afvlakking: toegenomen onverschilligheid en niet meer goed kunnen voelen (geen tranen bij een overlijden, geen hartelijke lach bij een goeie grap), een reden zijn om te willen staken.

## Tricyclische antidepressiva en lithium

Omdat de effecten niet selectief serotonerg zijn, kunnen andere bijwerkingen optreden. De anticholinerge werking kan leiden tot (visuele) accommodatiestoornissen, verhoogde oogboldruk, een droge mond, obstipatie, urineretentie en cognitieve disfunctie. Door antinoradrenerge effecten kan orthostatische hypotensie optreden en antihistaminerge effecten kunnen tot hypnosedatie leiden. In tegenstelling tot de SSRI's die relatief veilig zijn bij overdosering kunnen TCA's door de kinidine-achtige effecten op het hart tot aritmieën leiden en een opname op de intensive care. Vanwege de sterke serotonerge werking wordt clomipramine in de militaire praktijk incidenteel voorgeschreven bij angststoornissen die niet reageren op de moderne middelen. Nortryptiline heeft een activerend profiel en geniet daarom de voorkeur boven amitryptiline dat tot de sterkst sederende antidepressiva mag worden gerekend en derhalve niet verenigbaar met operationele inzet.

Lithium is het eerstekeusmiddel voor de (preventieve) behandeling van bipolaire stoornissen. Gebruik van lithium is meestal niet verenigbaar met operationele inzet. De indicatiestelling en monitoring geschiedt uiteraard door de psychiater. Als zout kan lithium dorst, polydipsie en polyurie veroorzaken. Op de langere termijn treden vaak gewichtstoename, tremoren, vermoeidheid en lichte cognitieve disfunctie op: achteruitgang van aandacht, concentratie, (werk)geheugen en reactievermogen. Bij lithiumintoxicatie door overdosering of uitdroging ontstaat een beeld met braken, diarree, veel zweten. Ook door een zoutarm dieet en het gelijktijdig gebruik van diuretica kan een te hoge spiegel ontstaan met als gevolg: braken, articulatie- en coördinatieproblemen, duizeligheid en bewustzijnsveranderingen tot coma aan toe. Wanneer de patiënt goed is ingesteld, moeten de lithiumspiegels 3 tot 6-maandelijks worden gecontroleerd (bepaling dalspiegel, 12 uur na laatste inname); halfjaarlijks worden tevens de schildklier- en nierfuncties bepaald (lithium kan tot hypothyreoïdie leiden en een gestoorde nierfunctie; lithium wordt uitgescheiden door de nieren).

## TDM

Therapeutic drug monitoring (TDM), routinematige bepalingen van de bloedspiegel van de meeste antidepressiva is mogelijk. Er is afgesproken om naar de dalspiegel te kijken, deze dient 12 uur na de laatste inname te worden bepaald. Ook al behandel je patiënten en geen bloedspiegels, de spiegel geeft wel een belangrijke indicatie: of het middel überhaupt wordt gebruikt, of er bij een hoge spiegel sprake is van trage en bij lage spiegels van een snelle metabolisering. Lage spiegels bieden ruimte om onder zorgvuldige klinische monitoring op te titreren. Tegelijkertijd luidt het adagium: wanneer het klinische resultaat goed is: niet verhogen, ook al is de bloedspiegel aan de lage kant. Bij de TCA's en lithium luisteren de bloedspiegels wel nauw; te hoge spiegels kunnen tot hartritmestoornissen leiden, bij overdoseringen tevens de belangrijkste reden voor een opname op de intensive care.

## ECG

Zonder cardiovasculaire risicofactoren is het niet nodig om een ECG te laten bepalen. Bij familiale belasting (plotselinge hartdood) of wanneer de patiënt bekend is met een verlengd QTc-interval en 'torsades de pointes' (ventriculaire tachycardie) dan wel ECG-monitoring vóór de start met

antidepressiva (citalopram, escitalopram, sertraline, TCA's) en na het bereiken van de beoogde dosering. Bij twijfel overleggen met de cardioloog.

### **Metabole screening**

Jaarlijkse screening op het metabool syndroom (lichaamsgewicht, bloeddruk, nuchtere glucose, lipidspectrum) is tegenwoordig routine. Hyponatriëmie komt vrijwel uitsluitend bij ouderen voor.

### **Serotoninesyndroom**

Het *serotoninesyndroom* kan optreden bij een behandeling met (meerdere) serotonerg werkende middelen of door een overdosering, komt zelden voor maar is potentieel levensbedreigend en moet derhalve worden herkend. Wanneer je bijvoorbeeld tegelijkertijd een opiaatreceptoragonist als tramadol voorschrijft bestaat het risico van serotonerge overstimulatie.

Het klinisch beeld wordt gekenmerkt door: verwardheid, tremoren, een verhoogde spiertonus en rigiditeit, hyperreflexie, verminderde coördinatie, convulsies, coma en autonome instabiliteit met verhoogde lichaamstemperatuur.

Het *maligne neurolepticasyndroom* is eveneens potentieel levensbedreigend, gaat ook gepaard met rigiditeit, hyperthermie, autonome disregulatie en bewustzijnsveranderingen. Is een zeldzame complicatie bij het gebruik van dopamineantagonisten (antipsychotica).

### **Methylfenidaat**

In farmacologische zin lijkt methylfenidaat op de amfetaminen, het heeft een stimulerende werking op het centrale zenuwstelsel (door remming van de heropname van dopamine en noradrenaline). Concerta® is het stimulantium met vertraagde afgifte van methylfenidaat en hoeft slechts één of twee keer per dag te worden ingenomen. Het loco-preparaat daarentegen vier keer daags, omdat de werkingsduur slechts 3-4 uur bedraagt. Individuele variaties om tot de optimale dosering te geraken, komen veel voor, qua frequentie (van 2-6 maar meestal vier keer per dag) en dosering per gift (van 5-20 mg per inname). Als bijwerkingen kunnen hartkloppingen voorkomen en verminderde eetlust, hoofdpijn en verhoogde bloeddruk. Daarom zijn periodieke controles van de polsfrequentie, bloeddruk en het gewicht aangewezen. Wanneer het effect van methylfenidaat na 3-4 uur is uitgewerkt kan een als zeer onprettig ervaren 'rebound' optreden met versterkte fysieke en mentale onrust. Dat kan een reden zijn om op dexamfetamine over te stappen, het stimulantium waarbij de 'rebound' minder ontregelend kan zijn, in doseringen van vier keer daags 5-10 mg. Met lisdexamfetamine, de prodrug van dexamfetamine, is een middel op de markt gekomen dat net als bij Concerta® ook dosering één keer daags mogelijk maakt.

Bij het voorschrijven van stimulantia bestaat nogal eens de vrees dat er misbruik van wordt gemaakt, pillen zijn te verhandelen, net als benzo's en hebben 'zwarte-marktwaarde'. Het misbruik is er dan op gericht om een roes te kunnen ervaren door de pillen te vermalen en in grotere hoeveelheid te snuiven. In het laatste geval komen de recepten niet uit, zijn de pillen te vaak 'kwijt' en moet er steeds worden bijbesteld. Dus altijd goed informeren naar het juiste gebruik, de innamefrequentie, 'rebound' en het gewenste effect: beter mentaal functioneren door verhoging van de aandacht en concentratie en vermindering van de impulsiviteit. Bespreek altijd de mogelijkheid van misbruik en verslaving. Het kan voorkomen dat de trek in illegale amfetaminen (speed) wordt versterkt. In de dagelijkse praktijk komt misbruik bij een goede indicatiestelling overigens zelden voor!

Uiteindelijk leidt zorgvuldige klinische monitoring van zowel de klachten(reductie) als de bijwerkingen ertoe om samen met de patiënt de optimale dosering vast te stellen.

### **Interacties**

Bij het voorschrijven van psychofarmaca en het vaststellen van de optimale dosering moet rekening worden gehouden, niet alleen met de snelheid van eliminatie maar ook met de

mogelijkheid van interactie met andere (psycho)farmaca en ethanol. Interactie kan ertoe leiden dat de hoeveelheid van het geneesmiddel bij de receptoren afneemt of toeneemt. SSRI's zijn krachtige remmers van de verschillende cytochroom P450 (CYP450)-enzymen. Roken geeft juist inductie van het enzym CYP1A2. De verschillen in capaciteit van de CYP450-enzymen kunnen door genetische polymorfismen behoorlijk verschillen van persoon tot persoon. Gelijktijdig gebruik van SSRI's met andere geneesmiddelen kan leiden tot verhoogde bloedspiegels van deze middelen. Door genotypering vooraf zou de juiste dosering van het antidepressivum sneller kunnen worden bepaald. Maar zorgvuldige klinische monitoring van de 'optimale dosering' voldoet meestal in de dagelijkse praktijk. De '[Cytochrome P450 Drug Interaction Table](#)' geeft een bijgewerkt overzicht van voor de praktijk belangrijke klinische interacties met stoffen die substraat zijn voor de diverse enzymsubfamilies<sup>18</sup>.



## **Houding, bejegening, diagnostiek en stappenplan bij Somatisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten (SOLK)**

### **Inleiding**

'To know all, to love all and to heal all', een uitspraak die is ontleend aan mijn eindreferaat voor de opleiding tot psychiater in 1994 met als thema: de verhouding tussen de psychiatrie en de verslavingszorg. Dat je elke diagnose kunt stellen, op iedereen gesteld bent en alles kunt genezen zijn kwaliteiten die tot de narcistische valkuilen van de jonge (officier-)arts mogen worden gerekend. Het is belangrijk zich daarvan bewust te zijn, zeker bij de behandeling van SOLK. Net als bij verslaving liggen machteloosheid en cynisme op de loer bij onbegrepen lichamelijke klachten. Er zijn andere valkuilen voor de jonge officier-arts zoals zich te veel vereenzelvigen met de 'can do'-cultuur bij Defensie, waarin deugden als moed, trouw en eer hogelijk staan aangeschreven en ziektegedrag het risico loopt te worden gemoraliseerd, dat er te gemakkelijk goed of kwaad over wordt gesproken. Bij onbegrepen klachten kan dit leiden tot onzorgvuldig professioneel handelen en afwijzen van de patiënt.

Het Golfoorlogsyndroom, uit eigen land het Cambodja Klachten Complex, staat bekend als containerbegrip voor een complexe verzameling van onbegrepen lichamelijke klachten en psychische problemen. Dit kan tot een (levens)lange strijd om erkenning leiden en een zoektocht naar de ware aard van de klachten. Het verlangen naar erkenning wordt in het medische circuit niet zelden afgedaan als secundaire ziekte winst of renteneurose. De patiënten zelf leggen een verband, respectievelijk met oliebronnen die in de brand staan, meer recentelijke 'burn-pits' of in het geval van Cambodja: malariaprofylaxe (Lariam®).

SOLK kan een chronisch therapieresistent karakter aannemen. Uitgebreid lichamelijk onderzoek en herhaalde verwijzingen naar de diverse medische specialisten hebben niet tot een objectieveerbare stoornis geleid, terwijl de patiënt klachten blijft ervaren. De officier-arts staat, uit machteloosheid, op het punt om de patiënt door te verwijzen naar de psychiater maar de patiënt is van mening dat hij daar niet thuishoort: 'ik ben niet psychisch'.



**Afb. 13: Brandende olieputten buiten Koeweit-stad in de nasleep van Operatie Desert Storm. De putten werden in brand gestoken door Iraakse troepen voordat ze door de coalitie werden verdreven uit de regio.**

Bron: [Wikimedia Commons](#), publiek domein.

hatred' op en doen artsen uit machteloosheid boze en vernederende, kwetsende, soms regelrecht bedreigende uitspraken, zo kreeg een patiënt van zijn internist te horen dat hij nog maar zes maanden had te leven. Soms worden patiënten doorverwezen en onderworpen aan onnodige en belastende lichamelijke onderzoeken zoals endoscopieën.

Natuurlijk gaat het om de daadwerkelijke beperkingen die lichamelijk onbegrepen klachten (pijnklachten/chronische vermoeidheid) met zich meebrengen en waar patiënten last van hebben. Daarnaast speelt vaak angst, angst voor een ernstige onderliggende stoornis (HIV, kanker), een angst die lang niet altijd wordt uitgesproken door de patiënt en waar dus naar moet worden gevraagd. Ook het uitblijven van een duidelijke diagnose en behandeling leidt tot versterking van onzekerheid, moedeloosheid en angst. Oog hebben voor onzichtbare psychodynamische 'lagen' in de arts-patiëntrelatie en hoe (ziekte)gedrag in stand wordt gehouden of zelfs versterkt, kan helpen bij het hanteren van de tegenoverdracht, juist ook bij SOLK. Van psychotrauma is bekend dat trauma's zich verraden door intrusies of 'reenactment', een begrip uit de psychotraumatologie dat staat voor de 'herhalingsdwang' van in gehechtheidsrelaties (vroeg in de ontwikkeling) emotioneel beschadigde militairen<sup>19</sup>. Steeds weer in 'herhaling vallen' en opnieuw emotionele schade oplopen door steeds weer in vergelijkbare belastende situaties terecht te komen. Steeds maar weer met onbegrepen lichamelijke klachten naar de ziekenboeg lopen en steeds maar weer zonder vervolgafspraak en met dezelfde klachten de spreekkamer verlaten. Psychodynamisch gezien kan hetzelfde gevoel worden opgeroepen als dat van 'vroeger'. Tenminste, bij die patiënten bij wie een voorgeschiedenis van gehechtheidstrauma's heeft gespeeld: het gevoel niet serieus te worden genomen, voor 'psychisch' te worden uitgemaakt, buitengesloten te worden/afgewezen, 'alleen op de wereld' te staan. Anders gezegd een bevestiging van het gevoel 'niets waard' te zijn, er 'niet toe doen'. Wat op zijn beurt weer kan leiden tot fysiek ervaren 'zielenpijn' en depressieve klachten of tegenovergesteld: woede. Het is niet ondenkbaar dat gehechtheidstrauma's in de vroege ontwikkeling medeverantwoordelijk zijn voor het chronische karakter bij SOLK. Maar dat is voer voor psychologen, aan psychodynamische hypothesen moet de officier-arts zijn vingers niet branden. Daar is de patiënt in de spreekkamer op de ziekenboeg nog lang niet aan toe. Voor de officier-arts is het belangrijk dat hij zich richt op de fysieke beperkingen door die goed in kaart te brengen en te vervolgen. De officier-arts moet zich ook realiseren dat, wanneer SOLK bij veteranen wordt vastgesteld, de veteraan vaak wantrouwend is, ook en misschien wel juist in relatie tot de officier-arts omdat eerder slechte ervaringen zijn opgedaan tijdens bezoeken aan de ziekenboeg.

Op zo'n moment is het belangrijk om te reflecteren op hetgeen zich in de arts-patiëntrelatie, het interpersoonlijk contact (de overdrachtsrelatie), afspeelt: de patiënt voelt zich niet begrepen, niet erkend en heeft het gevoel niet serieus te worden genomen (negatieve overdrachtsrelatie) en de officier-arts voelt zich machteloos gemaakt en raakt geïrriteerd: 'het zit tussen uw oren' (negatieve tegenoverdrachtsrelatie). Hiermee raakt de behandelrelatie ernstig verstoord. Een enkele keer treedt 'countertransference

Het vraagt om extra zorgvuldigheid in het contact, bewaken van de professionele houding en dus enigszins behoedzaam manoeuvreren.

Vanuit geheel andere hoek is de voordracht van Stanneke Lunter psychiater en inhoudelijk leidinggevende van Altrecht Psychosomatiek Eikenboom. In haar voordracht van 21-10-2018: 'SOLK, Wat is werkbaar?', terug te vinden op internet<sup>20</sup>, wijst zij op de communicatie tussen het centrale zenuwstelsel en het immuunsysteem (de psycho-neuro-immunologie). Zij veronderstelt uitputting van de stressrespons door langdurige lichamelijke en/of psychische overbelasting met hypocortisolisme, immuunactivatie en verhoogde intracerebrale activiteit van cytokinen tot gevolg. En stelt daarmee dat de klachten 'echt' zijn. Hoopvol is de constatering dat 50 procent van de patiënten met SOLK binnen een jaar spontaan herstelt. Waarmee het belang van houding en bejegening en het volgen van het stappenplan nog maar weer eens wordt onderstreept, om iatrogene schade te voorkomen en het natuurlijke beloop niet te verstoren.

### Anamnese, houding en bejegening

De patiënt komt binnen met 'excessieve gedachten, gevoelens of gedragingen samenhangend met lichamelijk (pijn)klachten' en ervaart een hoge mate van bezorgdheid die disproportioneel kan worden genoemd (DSM-5; pag. 267). De diagnose SOLK wordt meestal met de nodige 'doctors delay' gesteld. Het dossier van de patiënt groeit in de loop van de tijd aan. Omdat de 'naam' die de patiënt heeft opgebouwd, mede door dat omvangrijke en 'hopeloos stemmende' dossier, vaak al aan zijn komst voorafgaat ('daar heb je hem of haar weer') kan de 'schrik' er bij de officier-arts al vroeg inzitten. Nog voor de eerste stap in de spreekkamer is gezet.

Sluit rustig aan bij de, soms dwingende, somatische preoccupatie van de patiënt, stel deze niet ter discussie, verbind er geen psychologische conclusies aan en wees niet bevreesd voor wat vroeger 'somatische fixatie' heette. Inventariseer de klachten zorgvuldig en breng ze in kaart om deze te kunnen monitoren. Heb ondertussen oog voor de bezorgdheid (angst) die bestaat voor de aard van de hardnekkige en invaliderende maar onbegrepen klachten en de gevolgen voor de (militaire) loopbaan bijvoorbeeld. Informeren naar de angst voor een onderliggende ziekte als HIV/AIDS of een kwaadaardige aandoening kan hierin verduidelikend werken. Bij militairen kan het angstige vermoeden bestaan dat de klachten samenhangen met de verplichte vaccinaties en (malaria) profylaxe voor een ernstoperatie. Van 'belle indifference' wordt gesproken wanneer de presentatie van de klachten min of meer blijmoedig aandoet en niet in overeenstemming is met de ernst ervan. De onderzoekende officier-arts kan hierdoor makkelijk op het verkeerde been worden gezet, dat de klachten wel mee zullen vallen. Het advies luidt in het voorkomende geval om vooral te *luisteren* en bij wijze van spreken de ogen te sluiten om de plank maar niet mis te slaan en de klachten te bagatelliseren. Een comorbide psychiatrische (angst, depressieve, verslaving) stoornis wordt aan de hand van de DSM-5 gesteld (Scenario I).

Om een meer compleet beeld van de stoornis te krijgen is het noodzakelijk om de partner/familie bij het contact te betrekken. Door een heteroanamnese af te nemen kan duidelijk worden of de klachten bijvoorbeeld zijn opgetreden in aansluiting op een ernstoperatie. Tevens vindt 'systeemtaxatie' plaats: hoe reageert de partner/familie op de klachten; zijn er verwijten ten aanzien van de geboden zorg of bestaat er (veel) angst voor een ernstig onderliggend lijden?

Ter illustratie:

31-jarige korporaal, 'best man' tijdens de Eerste Maritieme Militaire Vorming (EMMV), in het bezit van diverse functioneringsgratificaties, ervaart lichamelijke en geestelijke vermoeidheid alsmede een verstoring van het slaap-waakpatroon, geheugenklachten, aandacht en concentratiestoornissen. Hij legt een verband met de vaccinaties die hij als militair voor uitzending naar Irak verplicht moest ondergaan. Nog voor vertrek maakt de betrokken militair daarnaast een virusinfectie door waarvan achteraf wordt vastgesteld dat het om de ziekte van Pfeiffer ging. ►



Ondanks zijn slechte lichamelijke en psychische conditie wordt hij toch uitgezonden. De 'can do'-mentaliteit van Defensie, en de 'niet lullen maar poetsen' mentaliteit van de man zelf zijn hier mede debet aan. De korporaal gaat door op karakter, de werkdruk ervaart hij als onwaarschijnlijk hoog, een week na aankomst komen 17 Italianen om het leven tijdens een aanslag in een aangrenzende regio. Tijdens het vervolg van de missie takelt hij verder af om na terugkeer volledig mentaal en fysiek af te breken, hij is niet langer geschikt om te functioneren. Hij stuit op onbegrip van medische zijde en voor hij bij de psychiater beland, heeft zich reeds een ware strijd om erkenning en bevestiging van een somatische diagnose ontwikkeld die wordt uitgevochten door middel van procedures en hoorzittingen. Tijdens een systeemtaxatie wordt duidelijk hoe intens de familie meeleeft en de mogelijkheid van een fatale afloop niet uitsluit. Zo slecht is de korporaal eraan toe, geen schijn van de man die hij voor de uitzending was. De vasthoudendheid van de betrokken korporaal en zijn gedrevenheid om 'tot het gaatje' te gaan, dezelfde kwaliteiten die hem tot een voortreffelijke militair maakten, breken hem nu op. Door zijn cognitieve beperkingen, de gebrekkige stand van de wetenschap en de (tegenstrijdige) informatie die je op internet kan aantreffen. Hij verdraagt onvolledigheid slecht en kan zich niet vinden in differentiële diagnostiek en concepten als SOLK en gaat zelf op onderzoek uit zonder ooit een sluitend antwoord te vinden.

<i>Hoofdclassificatie DSM-5:</i>	Somatische-symptoomstoornis
<i>V-code:</i>	Voorgeschiedenis van militaire uitzending
<i>Bijkomende classificaties:</i>	Ongespecificeerde Neurocognitieve stoornis Circadianeritme-slaap-waakstoornis Theatrale en obsessief compulsieve persoonlijkheidskenmerken
<i>Somatische diagnose:</i>	Chronische vermoeidheid
<i>Functioneren:</i>	Global Assessment of Functioning (GAF)-score begin 45 GAF-score hoogste 50

Om de arts-patiëntrelatie werkbaar te houden dient de officier-arts de aanwijzingen volgens het stappenplan nauwlettend te volgen, te waken voor narcistische valkuilen, de hulpvraag concreet af te stemmen op het hulpaanbod en geen toezeggingen te doen die vervolgens niet worden nagekomen. Daarmee blijft de officier-arts niet alleen uit de machteloosheidsinteractie maar ook worden onnodige verwijzingen naar somatisch specialisten en vruchteloos laboratoriumonderzoek voorkomen. Terwijl tegelijkertijd de kans afneemt dat bijkomende stoornissen en lichamelijke ziektes over het hoofd worden gezien. Wanneer de patiënt zich serieus genomen voelt en erkend in de beleving dat zijn klachten lichamelijk van aard zijn, dan treedt evenmin 'shopping' op (van de ene arts naar de andere) of 'drop out' en zich teleurgesteld/verbitterd afwenden van de medische zorg om zijn of haar heil te zoeken in de alternatieve sector.

### Het vervolg, stap voor stap

Bedenk dat het advies om het stappenplan bij SOLK te volgen vaak van de MGGZ uitgaat. Hetgeen inhoudt dat de verwijzing al heeft plaatsgevonden en de classificatie volgens DSM-5 is gesteld. Tegen de verwachtingen in komt het advies om de lichamelijke klachten door middel van een gestandaardiseerd onderzoek vast te leggen en in de tijd te vervolgen van de psychiater. Desnoods (schrik niet terug voor enige overdrijving!) levenslang. Het stappenplan komt tegemoet aan het natuurlijke verlangen om serieus te worden genomen. Het probleem wordt weliswaar niet opgelost maar wel gekaderd. De erkenning voor het lijden van de patiënt die uit deze strategische benadering spreekt leidt ertoe dat er geen strijd zal volgen om maar te worden gehoord. Wanneer het stappenplan strikt wordt gevolgd dan is het denkbaar dat op termijn, bij voldoende erkenning, de klachten uitdoven of in ieder geval minder ontwrichtend zijn. Omdat, hypothetisch, tegemoet wordt gekomen aan die andere laag in de dynamiek, die van het angstig/onrijpe kind dat bescherming zoekt, gehoord wil worden en zich veilig wil voelen. Empathie tonen door het stappenplan te volgen.

- Stap 1: Leg de klachten zoveel mogelijk objectief vast door een zorgvuldig, klassiek, lichamelijk onderzoek te doen. Adequate fysische diagnostiek levert geen aanwijzingen op voor een bestaande somatische aandoening. Verricht steeds dezelfde handelingen, bij voorkeur enigszins plechtig. Straal ernst en kalmte uit, vermijdt grapjes en/of het uitspreken van twijfels over de bevindingen bij het onderzoek.
- Stap 2: Besluit elk lichamelijk onderzoek met de mededeling dat de onbegrepen klachten weliswaar (grote) beperkingen met zich meebrengen maar (vooralsnog) niet zijn terug te voeren op een bekende lichamelijke aandoening. 'Wat ik in ieder geval voor u kan doen is de klachten goed vastleggen en in de tijd vervolgen; komt u over 6 weken terug.'
- Stap 3: Vervolg de lichamelijke klachten door zelf een nieuwe afspraak vast te leggen, aanvankelijk om de 6 weken, later om de 3-6 maanden. Bij tussentijdse presentatie van dezelfde klachten wordt verwezen naar de vaste afspraak volgens het stappenplan. Een belangrijk bijkomend voordeel van de vaste afspraken is de tijdige herkenning van bijkomende somatische aandoeningen die anders op het conto van de chronische klachten kunnen worden geschreven en dus over het hoofd gezien.
- Stap 4: Wees terughoudend met betrekking tot doorverwijzing naar medisch specialisten. Informeer de specialist vooraf over de somatische preoccupatie, wel met het verzoek de klachten serieus te nemen. Vermijd onnodige belastende invasieve onderzoeken tenzij er een nadrukkelijke indicatie voor bestaat. Vraag de specialist om de patiënt na het beantwoorden van de concrete hulpvraag direct weer terug te verwijzen.

Comorbiditeit met depressie, angst en verslaving kan voorkomen evenals 'aangroei van problemen' op alle belangrijke levenssterreinen: sociaal, in privérelaties en op het werk; qua gezondheid: lichamelijk en geestelijk. Niet zelden volgt plaatsing SMD waar door de MGGZ de indicatie voor een cognitieve gedragstherapie wordt gesteld of een behandeling met moderne antidepressiva of atypische antipsychotica. De MGGZ ziet er mede op toe dat de somatische controleafspraken doorgang vinden, in het bijzonder ook bij wisseling van de officier-arts. Wanneer SOLK leidt tot disfunctioneren op de werkvloer volgt een MGO en mogelijk ontslag en overdracht naar een civiele GGZ. Maar door al in een vroeg stadium, in de ziekenboeg en dan nog ruim voor de MGGZ in beeld komt volgens de principes van het stappenplan te werken, kan het beloop mogelijk worden omgebogen, zodat militairen met SOLK zoals de gedreven korporaal behouden blijven voor de organisatie.



## PRAKTIJKSCENARIO VII

### Houding, bejegening, anamnese, diagnostiek en overige maatregelen bij suïcidaal gedrag

#### Inleiding

In de periode van 1994 tot 2007 is één keer een beroep gedaan op de toenmalige afdeling GGZ van de SMD voor psychosociale bijstand na een geslaagde suïcide. Geen voorpret, geen kanaalkoorts aan boord van het fregat dat na een missie onder de kust van Zuid-Engeland voer en de volgende dag Den Helder binnen zou lopen. Een jonge matroos, van wie achteraf bekend werd dat hij forse schulden had door grote verliezen bij het gokken, heeft zich tijdens de transit

vanuit de West opgehangen. Wanneer zich zo'n aangrijpende en tegelijkertijd verontrustende gebeurtenis voordoet is het verstandig om een deskundige van buiten te consulteren en als het tot de mogelijkheden behoort, in te laten vliegen. Suïcide kan tot uiteenlopende emoties leiden, variërend van compassie tot afkeuring en veroordeling. Waardoor het niet altijd tot een rationeel juiste afweging van keuzes komt. Ook als het zelfdoding betreft hoort de afwikkeling plechtig en respectvol te zijn, naar de nabestaanden toe en naar de bemanning.

De Commandant der Zeemacht Nederland (CZM) wordt op de hoogte gebracht en door tussenkomst van de HGDZ de afdeling GGZ. Een officier-psycholoog wordt afgevaardigd namens SPRINTKM. Voorafgaande aan zijn vertrek uit Nederland wordt tijdens het bieden van telefonische consultatie aan de commandant summiere voorlichting verschafft over de werkwijze van SPRINT en enige informatie ingewonnen bij de officier-arts over de overleden matroos: leeftijd, afscheidsbrief, risicotaxatie aan de suïcide vooraf gegaan (eerder suïcidale uitspraken gedaan?), was het een impulsieve daad, van welk dienstvak, wie was zijn buddy, waar, hoe, door wie werd hij aangetroffen, zijn er reanimatiepogingen ondernomen door het ziekenboegpersoneel, is de familie op de hoogte, globale reacties vanuit zijn slaapverblijf/het cafetaria?

Embarkeren van de psycholoog volgt vanuit Portsmouth waar het fregat voor anker is gegaan. Aan boord opgevangen door de eerste officier haast de psycholoog zich naar de kajuit. Er rest hem immers weinig tijd voor de geplande vermoedelijke tijd van aankomst (VTA). De commandant wordt verzocht om zo snel mogelijk een spoedberaad te beleggen en daarvoor uit te nodigen: de chef d'equipage, de officier-arts, de geestelijk verzorger, alle hoofden en chefs van dienst. De psycholoog stelt zich voor als lid van SPRINTKM en geeft een korte uitleg over de principes van de 'community based' psychosociale opvang na calamiteiten (Scenario I). Principes die zijn ontleend aan de eerste formele inzet van SPRINT in 1998 na een dodelijk ongeval aan boord. Toen werd al snel duidelijk dat veel van het ceremonieel en de rituelen die belangrijk zijn voor verwerking na een calamiteit ingebakken zitten in eeuwenoude marinetradities. De officier-psycholoog hoeft in het algemeen nog maar weinig accenten aan te brengen. Een 'Alle Hens' met een moment stilte en een kleine toespraak c.q. gebed van de geestelijk verzorger, het tonen van 'grief leadership', het samenstellen van een (sober) escorte bij het van boord dragen van het lichaam en het afvaardigen van een vertegenwoordiging naar de uitvaart. De meeste draaiboeken liggen opgeslagen in de hoofden van de oudere (onder)officier.

De psycholoog legt uit dat hij in Den Helder van boord gaat en dan nog op afroep beschikbaar is. Het is de commandant die leiding geeft aan de psychosociale opvang, ook nadat het fregat is teruggekeerd in de thuishaven. En, zo legt hij uit: het zijn de hoofden en chefs van dienst die als 'vaderfiguren' een belangrijke rol spelen bij de opvang. Zij zijn de beste waarnemers en kunnen die mannen en vrouwen 'oormerken' waarvan ze vinden dat hun emotionele reactie op zijn minst vragen oproept. Daar kan de geestelijke verzorger, de officier-arts of de psycholoog (op afroep) dan een gesprek mee voeren om te bezien of er meer nodig is aan psychologische hulpverlening. Het werken volgens 'concentrische principes' en oog hebben voor 'schade op afstand' (thuisfront) betekent dat de aandacht in de post-impactfase vooral is gericht op hen die het meest zijn geconfronteerd met, het diepst zijn geraakt door, de suïcide. Aan boord: de collega's van hetzelfde dienstvak, de mannen uit zijn slaapverblijf en het manschappenverblijf, thuis: zijn relatie, de familie. Tot slot: gepaste aandacht is gewenst 1) voor de kernbemanning die achterblijft (taak geestelijk verzorger?) en 2) de terugkeer na het verlof, dat de commandant, voor het dagelijkse leven aan boord weer wordt opgestart, nog een passend moment kiest om stil te staan bij het tragische verlies van het bemanningslid.

Het komt niet vaak voor, dat een lid van de bemanning/eenheid psychotisch wordt of zichzelf het leven beneemt. Maar als het gebeurt dan is de uitwerking groot op het anderszins georganiseerde en min of meer voorspelbare leven aan boord of in het veld.

Voor het ontwikkelen van suïcidale gedachten ('ideatie') en uiteindelijk suïcidaal gedrag wordt een bijzondere gevoeligheid verondersteld. Grote moeite hebben met het verwerken van

verlieservaringen, snel het gevoel krijgen in die ervaring gevangen te zitten ('entrapment') en geen andere uitweg zien. Een familiale erfelijke belasting is denkbaar<sup>21</sup>. Onder jongvolwassenen (20-40 jaar) in de algemene populatie is suïcide doodsoorzaak nummer 1!

Het leven lachte hem toe: een leuke vriendin, een huis, nieuwe auto, zijn bevordering tot kwartiermeester zat er aan te komen, het leven zou een feest moeten zijn. De matroos operationele dienst nautische dienst die een ernstige suïcidepoging deed door halverwege november in het ijskoude water van de Sont te springen begreep zichzelf niet meer. 'Toen ik mijn poging deed was ik wanhopig, ik zag geen perspectief meer, had geen hoop dat het ooit nog anders zou worden. Ik brak letterlijk compleet af. Zelfmoordgedachten had ik al langer, ik kon het tot dat moment steeds wegduwen. Maar deze keer niet meer. Voorbereid was 't niet, ik brak gewoon af. Ik liep er al te lang mee rond denk ik achteraf. Geen idee wat een depressie inhield.' Zijn gedragsverandering was overigens wel opgemerkt door zijn moeder en een maat die hem op een gegeven moment tegen de wand drukte: 'Wat is er aan de hand met jou!?' 'Ik trok me graag terug in mijn hut of in bed, zonderde mij af en qua werk kwam er minder uit mijn handen, ik stond nog wel achter de bar maar niet meer met plezier.' Voor vertrek wilde zijn moeder dat hij naar de ziekenboeg zou gaan maar dat was iets voor 'watjes', het zou vanzelf wel overgaan, doorgaan op 'karakter'.

*De latere bootsman brengt niet alleen verslag uit van zijn TS (tentamen suïcidii), hij heeft ook een persoonlijke boodschap: 'Je mag me vragen wat je nodig hebt. Dat is geen probleem. Het is confronterend, maar voor een goed doel. Ook vind ik het mooi om hieraan mee te werken, we werken samen aan iets goeds. Het kan er wellicht voor zorgen dat iemand anders hulp krijgt en dat signalen tijdig opgepakt worden. Meer openheid over het hebben van een psychische kwetsbaarheid kan veel ellende voorkomen. Tegenwoordig werk ik als ervaringsdeskundig begeleider voor GGZ-NHN en is het mijn doel om bij te dragen aan het herstel van onze cliënten. Dit doe ik onder andere op basis van gelijkwaardigheid en door mijn ervaring in te zetten, wanneer ik denk dat de ander hier iets aan heeft. Er valt goed te leven met een diagnose wanneer je acceptatie vindt en er mee om leert gaan. Carrière maken en een fijn leven hebben is gewoon mogelijk.'*

## Houding en bejegening

Vat suïcidale uitlatingen (suïcidale ideatie: uitspraken doen over suïcide; 'als ik morgen niet wakker word is het ook goed') of suïcidale gebaren (suïcidale gestes: zichzelf beschadigen door te snijden of pillen te slikken) altijd op als alarmsignalen. Neem de tijd, neem een onderzoekende houding aan en neem de patiënt serieus door de gedachten/uitspraken over suïcide zorgvuldig, op een niet veroordelende manier uit te vragen.

De officier-arts dient zich altijd, maar in het bijzonder bij psychiatrische alarmsignalen als suïcidaliteit, bewust te zijn van zogenaamde 'tegenoverdrachtsgevoelens': wat roept de patiënt op? Gevoelens van onmacht, angst, irritatie en boosheid of juist medelijden en reddersfantasieën? Zowel positieve als negatieve tegenoverdrachtsgevoelens kunnen de objectieve waarneming verstoren waardoor anamnese en diagnostiek onvolledig blijven en de verkeerde (nood) maatregelen worden getroffen. De samenwerkingsrelatie met de officier-arts kan ernstig verstoord geraken wanneer de patiënt zich niet serieus genomen voelt en onheus bejegend. De klachten bagatelliseren, uit angst ('van praten erover wordt het erger') of uit gebrek aan kennis of ervaring onvoldoende doorvragen, kan het risico op suïcide juist doen toenemen.

## Anamnese en diagnostiek

Benader suïcidaal gedrag in eerste instantie als een aparte aandoening, richt je verkennende vragen uitsluitend daarop (ontleend aan de 'training voor professionals van 113 Zelfmoordpreventie')<sup>22</sup>.

- Hoe lang bestaan de gedachten aan zelfmoord (zelfdoding of suïcide)?
- Is er iets ernstigs gebeurd? Informeer naar recente levensgebeurtenissen?
- Hoe vaak denkt je aan zelfmoord?
- Hoe intens denk je aan zelfmoord, gaat het om vluchtige gedachten, aan niets anders meer kunnen denken ('entrapment') of vervult de gedachte je met angst als een nachtmerrie?
- Denk je dat jij of jouw omgeving beter af is zonder jou?
- Loop je ergens voor weg?
- Welke gedachten spelen nog meer in je hoofd, heb je haast om je plannen uit te voeren?
- Heb jij er een voorstelling bij, hoe dat is als je er niet meer bent?

Probeer uit te vinden of de suïcidaliteit het gevolg is van inadequate coping in relatie tot een (relatie)conflict of een andere psychosociale stressbron (thuis, aan boord of in het veld). Bij conflicten kan onderliggend veel woede bestaan die uit onmacht tot (dreigend) auto- of heterodestructief gedrag kan leiden. De woede kan afnemen door de 'target' te achterhalen en een voorstel te doen om tot een gesprek en bemiddeling te komen. Financiële, carrière en of relatieproblemen die de psychologische vaardigheden van de militair overstijgen kunnen er ook toe leiden dat hij of zij zich terugtrekt en 'gevangen raakt in die negatieve ervaring, geen uitweg meer ziet'. Wanneer sterke schuld en/of schaamtegevoelens nauwelijks of niet te corrigeren (waanachtig) zijn dan is er mogelijk sprake van een bijkomende depressie met stemmingscongruente psychotische kenmerken. Bij de paniekstoornis speelt juist angst vóór de dood en tegelijkertijd angst om de controle over zichzelf te verliezen. Inadequate coping door veel alcohol te gebruiken, om maar niet na te hoeven denken en te kunnen vergeten, kan tot een opwindingstoestand en 'impulsieve (para)suïcide' leiden. Informeer altijd naar een psychiatrische voorgeschiedenis en familiale belasting voor depressie, suïcidaliteit, angst en/of verslaving. Kijk in het EPD.

113 Zelfmoordpreventie heeft een selectie opgesteld van stress- en kwetsbaarheidsfactoren:

- eerdere suïcidepogingen en of zelfdestructief gedrag;
- stemmingsstoornis (depressie, bipolaire stoornis);
- psychotische stoornis;
- persoonlijkheidsstoornis;
- angststoornis, eetstoornis;
- eerdere psychiatrische behandeling;
- psychotraumatische ervaringen, door geweld, seksueel misbruik;
- eerdere crisissituaties met ervaren wanhoop en uitzichtloosheid;
- suïcide in de familie.

## Medicatie

Is de patiënt reeds ingesteld op somatische (depressogene) medicatie of psychofarmaca? Wijzigingen in de (dosering van) medicatie kunnen van invloed zijn op de stemming (Scenario V). In het algemeen luidt het advies om terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie, met name benzodiazepinen (diazepam, oxazepam, temazepam, *lorazepam*), omdat deze anxiolytisch werken en angst preventief kan werken, suïcide kan voorkomen. Een suïcidale crisis is in het algemeen niet het juiste moment om ambulante te starten met het voorschrijven van psychofarmaca.

Ingrijpmedicatie toepassen bij alcoholintoxicatie en/of opwindingstoestand (Scenario II).

## Overige maatregelen, veiligheidsplan

In het veld of aan boord zal de commandant altijd het belang van de eenheid laten prevaleren boven dat van de individuele militair. Afhankelijk van de operationele omstandigheden en taakstelling zal inzet van hulpverleners van buiten voor de psychosociale opvang na suïcide wel of niet tot de mogelijkheden behoren. Telefonische consultatie aanvragen daarentegen is altijd mogelijk, daar geen gebruik van maken kan als een ernstige omissie worden aangerekend.

Bij het constateren van suïcidale uitlatingen of suïcidaal gedrag aan boord of in het veld zal er na inschatting van de ernst van de psychiatrische stoornis en het suïciderisico-overleg plaatsvinden in het SMO. De noodzaak van een psy-repat zal aan de orde komen. In de wetenschap dat repatriëring en dus een nieuwe teleurstellende ervaring opdoen, slecht uitpakt voor het 'self esteem' van de militair in kwestie en het suïciderisico eerder kan toenemen dan afnemen. Uiteindelijk beslist de commandant.

Het opstellen van een veiligheidsplan doet het risico op suïcide volgens 113Online voor driekwart afnemen maar dan moet de mentale toestand van de patiënt zich daar wel voor lenen: hij of zij moet wilsbekwaam zijn ten aanzien van het voorgelegde plan en dus niet geïntoxiceerd, ernstig verward, impulsief en of ernstig angstig/depressief want dan zijn andere noodmaatregelen van toepassing. Het veiligheidsplan behelst een 'back-up' van contactpersonen die je kan raadplegen en maatregelen die je kan treffen wanneer het minder goed met je gaat. Stichting 113 Zelfmoordpreventie heeft een 'back-up' app en een 'vraag maar' app die je gratis kunt downloaden.

Bij psychose, angst, depressie en suïcidaliteit: 24/7 toezicht houden door 'oog-in-oog' of 'hand-in-hand-begeleiding'; opname op de ziekenzaal of in het FDS, eventueel met een extra mannetje voor de deur of bij het bed. In het uiterste geval 5-puntsfixatie en voorbereiden op repatriëring (Scenario III). Bij woede (in relatie tot herkenbare stress-veroorzakende factoren) en suïcidaliteit: herbeoordeling van de mentale toestand na systeeminterventie ('mediation' in het veld of aan boord/telefonisch contact met thuisfront; inschakelen bedrijfsmaatschappelijk werk/geestelijk verzorger) en dan beslissen of repatriëring noodzakelijk is.

Bij alcoholintoxicatie: opname op ziekenzaal (Scenario II), herbeoordeling na uitslapen roes in stabiele zijligging; cave: aspiratie.

De kans is groot dat na repatriëring en aansluitend plaatsing in de rol van de SMD de betrokken militair uit beeld raakt bij de eenheid. De MGGZ zal de behandeling overnemen en vormgeven, in samenwerking met maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers en begeleidingsofficieren. Door huisbezoeken af te leggen en de familie erbij te betrekken ontstaat meer oog voor de context: welke situatie wacht de militair thuis, hoe zit het met de sociale steun daar? Als regel wordt ervoor gekozen, tenminste als de militair niet ongeschikt wordt bevonden, de re-integratie op een andere werkplek te laten plaatsvinden dan op de plek waar hij of zij is 'omgevallen'. Collegiale steun is belangrijk en instemming van de leiding. Een commandant zal altijd kiezen voor bedrijfsveiligheid en het belang van de eenheid.

Sociale steun thuis en op het werk worden gezien als belangrijke beschermende factoren bij het voorkomen van suïcide.

### **Protocol GGZ NHN na geslaagde suïcide**

Bij de GGZ NHN is een 'suïcideprotocol' van kracht waarin gedetailleerd alle te volgen stappen worden beschreven. Het is de zorgverantwoordelijke die na een geslaagde suïcide telefonisch contact zoekt met de huisarts van de overledene en overlegt hoe contact te leggen met de nabestaanden. Hij is degene die de familie bezoekt, hen informeert, de condoleances overbrengt, ondersteuning, zorg en vervolggesprekken aanbiedt. De leidinggevende voert een gesprek met de aanwezige medewerkers en stelt vast of er behoefte is aan ondersteuning en verdere opvang en wie nog meer op de hoogte moeten worden gesteld. De leidinggevende informeert de directie en de geneesheer-directeur die tot melding bij de inspectie kan overgaan. De leidinggevende organiseert uiterlijk binnen een week na de zelfdoding een overleg met alle betrokken medewerkers, met als doel: emotionele opvang en verwerking.

Na iedere suïcide, of suïcidepogingen met ernstig schadelijk gevolg, van een bij GGZ NHN ingeschreven cliënt vindt een reconstructiebijeenkomst plaats. Het doel van de deze bijeenkomst is

een grondige evaluatie van de hulpverlening en het opsporen van eventuele lacunes in handelen van hulpverleners of organisatie dan wel lacunes in de ketenzorg met andere niet-GGZ-partijen. Het motto van de reconstructie is: wat kunnen we ervan leren? Onderdeel van de reconstructie is een suïcideverslag en een reconstructiebijeenkomst die uiterlijk vijf weken na de suïcide plaatsvindt. Hiervoor worden uitgenodigd: zij die (eerder) waren betrokken bij de behandeling, de huisarts en de nabestaanden. De manager (of de directeur) zit de reconstructiebijeenkomst voor. Is familie aanwezig dan zal eerst naar hun beleving worden gevraagd, gevolgd door een toelichting van de zijde van de betrokken professionals. Tijdens het tweede deel van de bijeenkomst, waar de familie niet meer bij is, zal onder andere het verslag worden doorlopen en zo nodig bijgesteld. Tot zo ver en beknopt weergegeven het 'suïcideprotocol' van de GGZ NHN.

## *SUSTENTO INFORTUNATOS*



Bron: Ministerie van Defensie.

### SUMMARY

## **CONTRIBUTION TO MARITIME MILITARY MENTAL HEALTH SERVICES IN SEVEN SCENARIOS**

The domain of maritime military psychiatry is brought back to seven scenarios in which basic practice is leading accompanied by theory. Embedded in the 'can do' culture of the Royal Netherlands Navy the lieutenant surgeon needs to maintain a professional attitude under very different (non) operational circumstances and know how to deal with both military moral and (counter) transference reactions treating individual patients. He or she should always take into account: 'context', both private and in the military working place environment. It is good to know that a thorough (hetero) anamnesis can be very useful in making the right classification according to DSM-5. And the lieutenant surgeon shouldn't be surprised when important information concerning the patient's mental health comes from somebody else than him or herself. First do no harm, after Hippocrates: whatever you do, which intervention you choose, be aware of iatrogenic damage. All seven scenarios derive from daily practice, only few of them take place outside the doctor's office and all seven are meant to recognize behavioral problems and mental suffering in an earlier stage.

Not by moralizing or judging but by changing once perspective and making a proper diagnosis. Changing once perspective may help to reduce doctor's delay, the harm it brings to both patient and its private/workplace environment and will no doubt prevent legal claims in the long term. In PTSD, acknowledgement is known to have a beneficial effect and strengthen compliance, leading the way to treatment. Not medication but preferably psychotherapy. Obviously maritime military psychiatry stretches far beyond PTSD alone.

In Scenario 1 short clinical vignettes are added to DSM-5 classification bringing mental disorders closer to the lieutenant surgeon in charge. Being familiar with the concept of 'community-based interventions' can be very helpful in advising the commanding officer when disaster has struck down on board or in the field, how to organize psychosocial aid and get back on track (Addendum Scenario 1). What to do in case of psychiatric emergency when one of the crew or unit turns psychotic. Scenario 2 makes sure that the lieutenant surgeon has enough knowledge and skills how to intervene and if necessary how to administer psychotropic drugs. Which steps need to be taken when psychiatric repatriation is needed. Scenario 3 helps him or her to take the necessary precautions and inform the important others, in the line of (medical) command, mental health care professionals, the chaplain, social work and family. Scenario 4 is dedicated to 'addiction': diagnosing and (minimal) interventions. Scenario 5 has its focus, in the case of maintenance treatment with psychotropic medication, on psychomotor reaction skills, optimum dosage and drug-interaction. Do not forget that referral for psychotherapy might be a better option than prescribing pills. Scenario 6 is all about stepped care in 'somatic symptom disorders' mainly to prevent counter transference issues and Scenario 7 is dedicated to 'suicidal behavior', how to explore suicidal ideation, asses major depression and manage to maintain a professional attitude and take professional action.

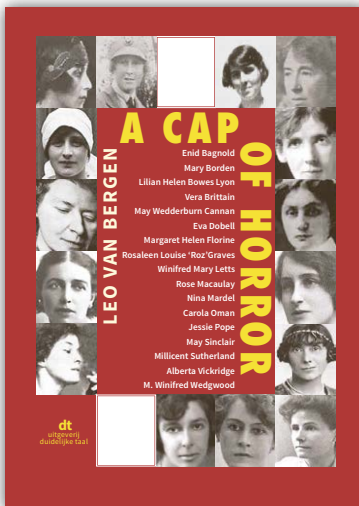
#### Literatuur:

1. **Fukuyama F.**: Identity: Contemporary Identity Politics and the Struggle for Recognition. ISBN 9781781259801. Published 4 October 2018.
2. **Janssen D.G.A., Vermetten H.G.J.M., Egberts A.C.G., Heerdink E.R.**: Prevalence of Psychotropic Medication Use Among Dutch Military Personnel Between 2003 and 2012 and Its Comparison to the Dutch General Population. *Nederl Mil Geneesk T* 2019 (72) 4-9.
3. **Wilson Timothy**: Strangers to ourselves. Discovering the adaptive unconscious. ISBN 9780674013827. Published 15 May 2004.
4. **Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W.**: Mentaliseren in de klinische praktijk. Amsterdam: Nieuwezijds b.v. ISBN 978 90 5712 277 4, 2008.
5. **Shephard Ben**: A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Harvard University Press, ISBN-13: 9780674011199, ISBN-10: 0674011198, 2003.
6. **De Wit J.P.**: Het Special Psychosocial Rapid Intervention Team van de Koninklijke Marine (SPRINTKM) in 3 afleveringen. Aflevering 1: Achtergronden. *Nederl Mil Geneesk T* 2011;64(5):104-113.
7. **De Wit J.P.**: Het Special Psychosocial Rapid Intervention Team van de Koninklijke Marine (SPRINTKM) in 3 afleveringen. Aflevering 2: Axioma's en procedures. *Nederl Mil Geneesk T* 2012;65(1);5-14.
8. **De Wit J.P.**: Het Special Psychosocial Rapid Intervention Team van de Koninklijke Marine (SPRINTKM) in 3 afleveringen. Aflevering 3: De missies. *Nederl Mil Geneesk T* 2012;65(2):52-62.
9. NRC: 18 juni 2018; Een 'love drug' om van je oorlogstrauma af te komen.
10. **Shorter Edward, Tinke Davids (vertaling)**: Een geschiedenis van de Psychiatrie. Van gesticht tot Prozac. Uitgever Ambo 1998, ISBN:9789026314940.
11. **Valkenberg Sebastien, Boudry Maarten, Vink Jaffe, Visscher Marco, Boersma Hidde**: Geld maakt wél gelukkig. *NRC.nl* 19 juni 2020.
12. 113 Zelfmoordpreventie: Aantal zelfdodingen in Nederland naar geslacht. *Cijfers zelfdoding Nederland 2018*.
13. **Knotnerus-Janssen D.G.A., Vermetten H.G.J.M., Egberts A.C.G., Heerdink E.R.**: Prevalentie van psychofarmacagebruik door Nederlandse militairen tussen 2003 en 2012 en een vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking. *Nederl Mil Geneesk T* 2019;72(1):4-9.
14. Checkpoint, magazine voor veteranen, maart 2019.
15. **Schene Aart, Sabbe Bernard, Spinhoven Philip, Ruhé Eric (redactie)**: Handboek depressieve stoornissen. Uitgeverij De Tijdstroom 2016, ISBN 9789058983039.
16. **Van Megchelen Pieter**: Laatste redmiddel bij depressie, PTSS en verslaving? *De psychiater* 2020;27(3):8-10.
17. **Heemskerck Raymon**: Met virtual reality de confrontatie met trauma's aangaan. *De psychiater* 2020; 27(3):22-23.
18. **Flockhart D.A.**: Drug Interactions: Cytochrome P450 Drug Interaction Table. Indiana University School of Medicine (2007). <http://medicine.iupui.edu/flockhart/table.htm>
19. **Bateman Anthony W., Fonagy Peter**: Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Amer Psychiatric Assn Pub. 2019, ISBN 978-1-61537-140-2.
20. **Lunter Stanneke**: SOLK Wat is werkbaar? Kring Bedrijfsgezondheidszorg Amsterdam e.o. Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg 01-10-2018. <https://nvab-online.nl/sites/default/files/kringen/2018-10-01%20Bedrijfs-%20en%20verzekeringsartsen%20Amsterdam%20e.o.%20011018.pdf>
21. **Schene Aart, Sabbe Bernard, Spinhoven Philip, Ruhe Eric**: Handboek Depressieve stoornissen. Uitgeverij De Tijdstroom 2016, ISBN 9789058983039.
22. Training voor professionals van 113 Zelfmoordpreventie. <https://www.113.nl/academy>



# Een Kap van Afschuw / A Cap of Horror

Eerste-Wereldoorlogpoëzie van verpleegsters en verzorgsters



Vertaling: Leo van Bergen

Uitgever: dt (duidelijke taal) Nijmegen

Vormgeving: Jac Splinter

Illustraties: Irma Jansen

Paperback, geïllustreerd, 2 x 96 p.

Prijs: € 19,95 exclusief verzendkosten

ISBN: 978-90-830450-1-6

Van dr. Leo van Bergen, medisch historicus en voor het NMGT geen onbekende, is een tweetalige poëziebundel in boekvorm verschenen onder de titel 'A Cap of Horror' en de Nederlandse titel 'Een Kap van Afschuw', met daarin opgenomen poëzie van verpleegsters en verzorgsters werkzaam in de hospitalen gedurende de Eerste Wereldoorlog. In één helft van het boek zijn de oorspronkelijke in het Engels geschreven gedichten opgenomen, terwijl de andere helft de vertaling bevat. In totaal bevat de bundel veertig gedichten en een sonnettencyclus die zijn geschreven door zeventien Engelstalige verpleegsters/verzorgsters over hun ervaringen in de hospitalen gedurende deze oorlog. Het waren vrouwen die in de verzorging gingen werken aan het front vanuit mededogen, nationalisme, avonturen en liefde of liefdesverdriet.

In deze aangrijpende gedichten, die thematisch zijn ingedeeld, laten zij hun licht schijnen over de verschrikkelijke en meedogenloze strijd, het lijden, de gruwelijkheden, het brute geweld en vreselijke verminkingen van de vaak nog jonge militairen. Na deze vier oorlogsjaren, was het voor zowel het verplegend als verzorgend personeel en niet te vergeten de militairen, nog niet voorbij, de ergste nog onbekende pandemie, ten onrechte aangeduid als de 'Spaanse griep' sloeg toen toe. Wereldwijd eiste deze pandemie nog eens miljoenen slachtoffers. Al deze verschrikkingen eisten hun tol zowel bij het militair personeel alsook onder de verpleegsters/verzorgsters. Velen werden gekweld door een psychisch trauma.

Ook nu zitten we midden in een pandemie, COVID-19 waarover eveneens nog veel onbekend is en waarvoor de bestrijdingsmiddelen niet of in onvoldoende mate voorradig zijn. Ook nu moeten psychische trauma's niet worden uitgesloten.

Het voorwoord in het boek van Margo van Mol, intensivereverpleegkundige en psycholoog in het Erasmus MC, en van Sophie de Schaepdrijver, hoogleraar Moderne Europese Geschiedenis aan de Pennsylvania State University, alsmede de inleiding van de auteur schetsen al vooraf een goed beeld van deze poëzie. Bij de biografie zijn de foto's opgenomen van deze verpleegsters/verzorgsters zodat de lezer zich eveneens een beeld kan vormen van de vrouw achter het gedicht. Het is een verzameling poëzie die zich niet leent, zoals bij een boek, zomaar achter elkaar te lezen. Men moet elk gedicht de tijd geven om in zich op te nemen alvorens men verder leest. Al deze verschrikkingen kunnen de lezer niet onberoerd laten, het raakt je.

Deze met een twintigtal prachtige tekeningen verlevendigde bundel, geschreven door toen nog jonge vrouwen die gegrepen werden door de verschrikkingen, kan ik iedereen ten stelligste aanraden.

A. Sondejker

Bestellen via [uitgeverijduidelijketaal.nl](http://uitgeverijduidelijketaal.nl)



# Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 11, november 2020

## COVID-19

### Voordracht eenmalige bonus zorgmedewerkers

Elk defensieonderdeel heeft aan de Hoofddirectie Personeel (HDP) een voordracht gedaan voor medewerkers die in aanmerking komen voor de eenmalige bonus van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van € 1.000 voor zorgprofessionals die tussen 1 maart en 1 september zijn ingezet in de strijd tegen COVID-19. Het gaat om burgers tot en met schaal 13 en militairen tot en met de rang van luitenant-kolonel/kapitein-luitenant-ter-zee.

Er worden nog twee controles uitgevoerd. Het Dienstencentrum Human Resources voert een inkomenstoets (€ 73.000, 2x modaal) uit volgens de voorwaarden die het ministerie van VWS aan de regeling stelt en de HDP controleert op het functionele kader van de bonus. Nadere informatie wordt deze maand verwacht.

### Digitale COVID-woordenlijst in zeven talen

Het Bundessprachenamt (het Duitse Bundeswehr Taalinstituut) heeft voor de COVID-crisis een meertalige woordenlijst over corona gepubliceerd. Naast medische termen bevat deze woordenlijst ook technische termen die relevant zijn op het gebied van medische dienstverlening en civiel-militaire samenwerking. De woordenlijst is via [internet](#) te raadplegen.

## Operationele gezondheidszorg

### Online symposium TGTF 'in het heetst van de strijd' terugkijken

Donderdag 29 oktober werd door Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) een online symposium georganiseerd dat draaide om verspreiding van kennis over het voorkomen, herkennen en behandelen van hitteziekte. Iedereen die toen niet in de gelegenheid was om dit symposium live te volgen, kan dit alsnog doen via [internet](#). Het handboek hitteziekte dat aan de orde kwam is via [intranet](#) en [internet](#) te downloaden.

### Annulering 12e Kennis-sharing DGOTC

In verband met de huidige stand van zaken aangaande de COVID-pandemie, en de daaraan gerelateerde beperkingen voor evenementen, gaat de geplande bijeenkomst voor de 12e presentatiemiddag operationele gezondheidszorg van donderdag 21 januari 2021 niet door.

De eerstvolgende presentatiemiddag operationele gezondheidszorg in het kader van 'Kennis-sharing' staat gepland op donderdag 17 juni 2021.

De onderwerpen voor deze presentatiemiddag volgen medio maart. Reacties kunnen per mail naar [DGOTC.KC@mindef.nl](mailto:DGOTC.KC@mindef.nl) worden verzonden.

## Reorganisatie

### Definitief reorganisatieplan (DRP) Formatie-uitbreiding DGOTC vastgesteld

De commandant DGO heeft het [definitief reorganisatieplan](#) Formatie-uitbreiding bij het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) vastgesteld. De totale meer behoefte voor het DGOTC bedraagt 19 VTE. Deze uitbreiding is noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de klantvraag en om de kwaliteit van de dienstverlening te kunnen garanderen.

## Personele mededelingen

### Luitenant-kolonel-arts Zimmermann is benoemd tot hoogleraar Militaire Geneeskunde in de Verenigde Staten

Militair sportarts luitenant-kolonel Zimmermann mag zich sinds september 2020 Adjunct-Professor Militaire Geneeskunde noemen aan de Uniformed Services University of the Health Sciences (USUHS), een

gerenommeerde Amerikaanse militaire universiteit in de buurt van Washington D.C.

Een bijzondere aanstelling voor een Nederlandse arts die naar eigen zeggen simpele oplossingen zoekt voor een groot probleem binnen de defensieorganisaties wereldwijd: sportblessures in de benen (knie, onderbeen, achilles). Zimmermann is gespecialiseerd in onderbeenklachten die met name worden veroorzaakt door hardlopen en marsen. USUHS leidt zorgverleners op voor de krijgsmacht en andere geüniformeerde beroepen, zoals de politie en douane. Na een traject van universitair docent, naar universitair hoofddocent, levert Zimmermann nu als hoogleraar een bijdrage aan het onderwijs en onderzoek in de militaire (sport)geneeskunde. Het interview naar aanleiding van deze benoeming is te lezen in het novembern timer van het [NMGT](#).

## Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

### EGB en DGI kennisdag POH's: 'Leefstijl en Gezondheid'

Op donderdag 5 november organiseerde het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB) in samenwerking met DGI een kennisdag voor de praktijkondersteuners huisarts (POH)-somatiek, POH-Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en fysiotherapeuten met als thema 'Leefstijl en Gezondheid'. Vanwege de coronamaatregelen vond de dag online plaats en kon op een hoge opkomst van ongeveer 40 deelnemers rekenen. De dag werd geopend door de commandant EGB, kapitein ter zee-arts Dinkelberg. Hierop volgde een presentatie van dr. Hanneke Molema (TNO / Lifestyle4Health) over wetenschappelijk bewijs over het inzetten van leefstijl in de curatieve zorg (leefstijlgeneeskunde). Daarna gaf Meijke van Herwijnen (Visiom / Institute for Positive Health) een interactieve workshop over positieve gezondheid, waarbij deelnemers handvatten kregen om het concept in te zetten in hun eigen praktijk. Ondanks het gemis van een gezellig samenzijn, was het een geslaagde en interessante online kennisdag.

### DGI-nieuwsbrief

Eind juli is de zesde DGI-nieuwsbrief verschenen. In deze nieuwsbrief leest u de berichten die ook in het e-bulletin staan én meer. De volledige [nieuwsbrief](#) is op de intranetsite van DGI gepubliceerd. Ontvangt u de DGI-nieuwsbrief nog niet, meld u dan aan door te mailen naar [DGI@mindef.nl](mailto:DGI@mindef.nl).

### Update 'Defensie Rookvrij'

Het project 'Defensie rookvrij' is in de zomerperiode gestart, met als kick-off een groepstraining bij de Afdeling Techniek van het Materieellogistiek Commando Land (MatlogCo). Er waren zeven bijeenkomsten, de derde was de stopdag met rituele verbranding van de laatste sigaret in een vuurkorf. De trainingen werden gegeven volgens de door Momentum Training & Coaching ontwikkelde methode 'Voel je vrij!' Inmiddels is de training beëindigd en een groot succes gebleken: alle deelnemers zijn nog steeds gestopt. Daarnaast hebben 35 deelnemers meegedaan aan de online 'Voel je vrij!' trainingen en aan drie live motivatiebijeenkomsten gehouden op diverse locaties; hiervan is iedereen ook nog steeds gestopt. Verder is een groot aantal leefstijlcoaches inmiddels opgeleid tot gekwalificeerd en erkend Stoppen Met Roken (SMR) coach en zullen zij rokers begeleiden bij het stoppen. Ook gaan zij presentaties en groepstrainingen verzorgen volgens dezelfde 'Voel je vrij!' methode. Het boek 'Nederland stopt met roken' van longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker, dat op aanvraag wordt verstuurd ter ondersteuning bij het stoppen met roken, ontvangt positieve reacties.

De online trainingen passen goed in de huidige tijd waar thuiswerken nog steeds de norm is. Steeds meer collega's zijn zich bewust van het belang van een gezonde leefstijl en steeds meer rokers willen graag van hun verslaving af. Daarom biedt DGI ook in november en december een aantal online trainingen aan. De training duurt ongeveer twee uur per bijeenkomst en na de training wordt een groepsapp aangemaakt met de trainer, zodat de deelnemers steun hebben van een professional maar ook aan elkaar. Ook de andere leefstijlcoaches worden opgeleid en zullen de coaching en training gaan aanbieden op hun locatie. Stoppen met roken blijft dus een belangrijk agendapunt van DGI! Kijk op [intranet](#) voor meer informatie of mail naar [DGI@mindef.nl](mailto:DGI@mindef.nl).

### Workshops tijdens quarantaineperiode Huis ter Heide

Sinds september bieden de DGI-leefstijlcoaches militairen die voorafgaand aan hun inzet op het Wallaart Sacrékamp in Huis ter Heide in quarantaine verblijven de mogelijkheid om diverse workshops te volgen. De korte interactieve workshops behandelen verschillende leefstijlonderwerpen, waaronder slaap, voeding en

ademhaling. Ook onderwerpen als talent, creatiever omgaan met je tijd en de kracht van het gevoel komen aan bod. Daarnaast kunnen deelnemers een workshop 'Animal flow' en pilates bijwonen. De workshops worden goed ontvangen: deelnemers vinden het leuk en doen enthousiast mee.

### **Zingeving en werkplezier: nieuwe kortingsacties**

DGI heeft interessante nieuwe kortingen weten te bedingen bij Stella fietsen, Pearle en Eye Wish opticiens. Daarnaast is de actie van M line waarbij Defensiemedewerkers 30% korting krijgen op M line hoofdkussens en matrassen verlengd van 31 december 2020 tot 30 juni 2021. Kijk voor de details en meer kortingen op de intranetsite [Zingeving en Werkplezier](#).

### **DGI Vitaliteitsspel**

Met trots presenteert DGI het Vitaliteitsspel! In dit spel, waarvan de spelregels sterk doen denken aan Triviant, doet u spelenderwijs kennis op over alle DGI-domeinen. En als u het met collega's speelt, werkt u ook nog eens aan teambuilding en werkplezier.

DGI heeft de bordspellen verdeeld onder de contactpersonen van de Week van de werkstress en de leefstijlcoaches, maar heeft ook een aantal exemplaren beschikbaar om uit te lenen aan teams en eenheden in het kader van een teambuilding, gezondheidsdag of een andere themadag. Heeft u interesse? Mail naar [DGI@mindef.nl](mailto:DGI@mindef.nl).

### **Project Passende Voeding 11 Luchtmobiele Brigade (11 LMB)**

DGI is betrokken bij het project 'Passende Voeding' van Paresto en 11 LMB. Met dit project, geïnitieerd door fieldlab manager 11 LMB Arno Heg, wil brigade-generaal Smits meer aandacht voor gezonde en vooral passende voeding voor zijn manschappen. Het project heeft drie invalshoeken: de eetomgeving op Groot Heidekamp (inrichting en assortiment), voedingsonderwijs voor de Algemene Militaire Opleiding Luchtmobiel (AMOL)-leerlingen en het ontwikkelen van competenties van Paresto-personeel om de leerlingen mogelijk te ondersteunen een gezonde keuze te maken. In september zijn de opleidingen van de luchtmobiele militairen weer opgestart, de zogenoemde AMOL-periode. Vanuit de brigade krijgt deze nieuwe lichter vier lessen voedingsonderwijs door korporaal 11 LMB en diëtist Martin van Egmond. Dit onderwijs is specifiek ontwikkeld voor de AMOL-leerlingen, waarvan de opleiding zich kenmerkt door een hoog inspanningsniveau. Kern van de lessen is de '3xR': 3 belangrijke stappen die de militair neemt bij voedingsinname, namelijk Rehydrate (vocht), Refuel (koolhydraten) en Repair (eiwitten). Om het effect van de lessen op de leerlingen te evalueren zal er een voor- en nameting worden gedaan waarin de kennis, houding en bewustwording ten opzichte van gezonde voeding worden uitgevraagd.

### **Pilot met lichtbrillen bij 640 Squadron op Vliegbasis Volkel**

TGTF en DGI starten binnenkort met een pilot bij 640 Squadron in Volkel. In de pilot worden 30 lichtbrillen van het merk Propeaq getest op bruikbaarheid. Een lichtbril bevat led-technologie waarmee actief licht met bepaalde golflengten (niet hinderlijk) op het netvlies van de drager valt. Het effect is dat hiermee de aanmaak van hormonen die voor 'slaap en wakker' zorgen beïnvloed kunnen worden. Dit kan mensen die in de nachtelijke uren moeten werken helpen de nacht door te komen dan wel 's ochtends makkelijker in slaap te komen. De proef wordt begeleid door de CLSK-leefstijlcoaches.

### **Trainingen Coping Flexibiliteit**

Op 1 oktober was de laatste (online) bijeenkomst van de training 'Coping flexibiliteit', dit was de tweede intervisiebijeenkomst. De praktijkgerichte training gaat over omgang met stress en het vergroten van veerkracht als persoon, teamlid en/of leidinggevende. De training is in eerste instantie ontwikkeld door TNO, vanuit het onderzoeksprogramma 'vergroten mentale veerkracht'. Het is al in diverse vormen gebruikt op de Koninklijke Militaire School (KMS), op het DGOTC voor de algemeen militair verpleegkundigen en in de vaktechnische opleiding officieren geneeskundige dienst. Vanuit DGI en bureau vorming CLAS is het programma vervolgens opgepakt en aangepast om verder te benutten binnen de krijgsmacht. Het programma bestaat uit twee modules en twee intervisiemomenten. Op 1 oktober zou tevens met de deelnemers en vertegenwoordigers van de defensieonderdelen een fysieke evaluatie en blik op de implementatie plaatsvinden. Door de strengere COVID-maatregelen zal dit moment worden verplaatst naar een later tijdstip.

## 27 november E-mailvrije werkdag

Heb jij soms ook het gevoel dat jouw inbox overstroomt? Dat is niet zo gek! Zeker nu veel mensen noodgedwongen thuiswerken in verband met de coronamaatregelen en live-gesprekken lastig zijn om te voeren. Defensiemedewerkers ontvangen gemiddeld tussen de 5 en 9 miljoen e-mails per maand en sturen er tussen de 7 en 10 miljoen. De grote hoeveelheden e-mail dragen dan ook bij aan werkdruk en -stress binnen de organisatie. Om hierop de aandacht te vestigen en zo mogelijk de werkdruk van jezelf en je collega's te verminderen, wordt op vrijdag 27 november een defensiebrede e-mailvrije werkdag georganiseerd. Op deze dag vraagt Defensie aandacht voor een bewust en efficiënt gebruik van e-mail. Kijk voor handige tools en artikelen die jou kunnen helpen met het bewuster en efficiënter gebruik van outlook op de [site](#) van DGI.

## Bedrijfsgezondheidszorg

### Beroepsziekten in cijfers 2020

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) presenteert elk jaar in het rapport 'Beroepsziekten in Cijfers' een overzicht van het aantal en de aard van geregistreerde beroepsziekten en de verdeling binnen sectoren en beroepen in Nederland. Beroepsziekten zijn ziekten die arbodiensten en bedrijfsartsen verplicht melden bij het NCvB. Net als vorig jaar waren psychische aandoeningen de meest gemelde beroepsziekten. Een nieuwe beroepsziekte dit jaar is covid-19. U kunt het rapport van het NCvB van [internet](#) downloaden.

## Kwaliteit van zorg

### Verkenning toekomstbestendigheid Wet BIG

Het systeem rond de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) functioneert over het algemeen goed, maar actuele maatschappelijke ontwikkelingen, zoals het werken in team- en netwerkverband en de opkomst van nieuwe technologieën vragen om aanpassingen om de wet toekomstbestendig te maken. In een Kamerbrief geeft minister Van Ark van Medische zorg o.a. aan dat de regels rondom veertien voorbehouden handelingen nu vaak inflexibel, ingewikkeld en onbekend zijn bij zorgverleners, maar ook dat bijv. de eisen rondom bekwaamheden, herregistratie en deskundigheidsbevorderende activiteiten onderzoek vergt. De Kamerbrief is te lezen via [internet](#).

### Nivel onderzoek naar behoefte aan taakherschikking in de gezondheidszorg

Onderzoekers van het Nivel, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, hebben in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een inventariserend onderzoek gedaan naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland.

Taakherschikking kan verschillende doelen hebben, bijvoorbeeld het verbeteren van kwaliteit van zorg, het terugbrengen van kosten of het oplossen van personeelstekorten. Dit betekent dat het niet als een apart of opzichzelfstaand proces moet worden gezien. De effectiviteit van taakherschikking is zeer afhankelijk van de context en hoe het is ingebed in innovatie en organisatieverandering.

Samen met experts uit praktijk en wetenschap zijn de kansen en belemmeringen van taakherschikking in kaart gebracht. Uitgangspunten hierbij zijn de diversiteit aan taakherschikkingsinitiatieven in de gezondheidszorg én de kaders die de wetgeving biedt.

Het onderzoeksrapport is van [internet](#) te downloaden.

## Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

### NMGT, nr. 6 (november 2020)

Het [novemnummer](#) van het NMGT is uit, met hierin o.a. een reactie op het artikel over het gebruik van psychofarmaca in psychotherapie uit het septemnummer en een artikel over loopscholing als therapie. Een overzicht van alle verschenen nummers vanaf 2004 is via [intranet](#) te vinden.

De nieuwsbrief (e-bulletin) van en voor de militaire gezondheidszorg is een maandelijks uitgave van de Staf Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO).

Reacties of onderwerpen kunt u mailen naar [p.burema@mindef.nl](mailto:p.burema@mindef.nl)

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#) en op de [startpagina](#) Gezondheidszorg Defensie:

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247 of per e-mail: [p.burema@mindef.nl](mailto:p.burema@mindef.nl)



# Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 12, december 2020

## Operationele gezondheidszorg

### Medische protocollen prehospitaal en handelingenschema's

Het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) publiceert jaarlijks in januari een nieuwe versie van het Handboek medische protocollen prehospitaal met daarin alle wijzigingen en updates. Omdat op dit moment hard gewerkt wordt aan de omzetting van de traumaprotocollen volgens de Tactical Combat Casualty Care (TCCC)-richtlijnen is besloten om in januari 2021 nog geen nieuwe versie van het handboek uit te geven. De consequenties van het omzetten van de traumaprotocollen reiken verder dan alleen het Handboek medische protocollen prehospitaal, want er moeten ook aanpassingen gedaan worden in de verschillende uitrustingen en het lesmateriaal. De nieuwe uitgave van het handboek wordt medio 2021 verwacht, waarbij gelijktijdig de vorige versies van de handboeken MHC 8-571, MHC 8-572, MHC 8-573/1 en MHC 8-573/2 worden ingetrokken.

De handelingenschema's (HL-MHC 8-574) worden wel opnieuw uitgebracht in januari 2021. Dit hangt onder meer samen met het uitrollen van de vernieuwde Zelfhulp Kameradenhulp (ZHKH), welke in januari 2021 van start gaat.

### Nieuwsbrief Korps Commandotroepen (KCT)

Het KCT heeft een nieuwsbrief in het leven geroepen om iedere medisch specialist binnen het korps te informeren over noodzakelijke en informatieve zaken die spelen. Denk daarbij aan updates die betrekking hebben op medische richtlijnen die binnen Defensie zijn ingevoerd en opgevolgd dienen te worden, informatieve artikelen, (leerzame) verhalen of anekdotes uit het veld of een betoog en een prikbord met notes. Ook voor relaties buiten het KCT is het mogelijk om deze kwartaalnieuwsbrief die in januari, april, juli en oktober verschijnt te ontvangen.

Aanmelden kan via de redactie van de nieuwsbrief: [redactie.IGMED.KCT@mindef.nl](mailto:redactie.IGMED.KCT@mindef.nl)

### Generaal Roméo Dallaire benoemd tot Cleveringahoogleraar aan de Universiteit van Leiden

Generaal Roméo Dallaire die in 1994 de VN-vredesmissie in Rwanda leidde is op 26 november benoemd tot Cleveringahoogleraar aan de Universiteit van Leiden. Hij werd door LUMC-hoogleraar Eric Vermetten voorgedragen voor de Cleveringaleerstoel, omdat de boodschap van generaal Dallaire erg goed past in het gedachtegoed van deze leerstoel. In zijn Cleveringa-oratie vertelt de Canadese generaal b.d. openhartig over zijn gruwelijke ervaringen en het trauma dat hij daaraan overhield. In 1997 was hij een van de eerste hoge bevelhebbers die openlijk aangaf dat hij aan een posttraumatische stressstoornis lijdt. Dit heeft enorm bijgedragen aan de erkenning en acceptatie van de impact van oorlogstrauma's.

De Cleveringaleerstoel is ingesteld door de Universiteit Leiden ter herinnering aan hoogleraar Rudolph Pabus Cleveringa en zijn moedige optreden in november 1940 tijdens de Duitse bezetting (1940-1945), en ter herdenking van de bevrijding in 1945.

Het interview dat voorafgaand aan de oratie met generaal Dallaire is gehouden, is op [internet](#) te lezen.

## MGZ 2020

### Terugkoppeling van de MT50 op dinsdag 8 december

Dinsdag 8 december werd de MT50-sessie voor de Militaire Gezondheidszorg (MGZ) gehouden. De MT50 bestaat uit stafartsen, brigade-artsen, commandanten van de DGO-bedrijven, operationele commandanten van de operationeel geneeskundige eenheden, afdelingshoofden van de staf DGO, vertegenwoordigers vanuit vakgroepen medisch specialisten en andere sleutelfunctionarissen binnen de MGZ. Commandeur-arts Remco Blom vindt het belangrijk dat deze groep mensen elkaar periodiek ontmoet. Door de COVID-19-maatregelen was een fysieke bijeenkomst uiteraard niet mogelijk, daarom werd vanuit huis online via MS-teams deelgenomen. De bijeenkomst werd geleid door de dagvoorzitter; drs. Folkert Joustra.

Via de chatfunctie konden de deelnemers vragen stellen en commentaar leveren. De organisatie en deelnemers kijken terug op een geslaagde dag.

### *Besproken onderwerpen/doelstellingen*

Onderwerpen die in de MT50 werden besproken zijn; een terugblik op de inzet, aansturing en advisering over COVID-19, de voortgang van de complexe besluitvorming rondom de governance van de MGZ, het programma Kwalificatieketen individuele Personele Gereedheid (KiPG) van de Directie Aansturen Operationele Gereedheid (DAOG) dat de sleutel is tot het effectief beheer van kwalificaties van al het defensiepersoneel. Tijdens de MT50 heeft commandeur-arts Blom nog eens aangegeven dat het van groot belang is dat iedereen zich hiervoor inzet om grote stappen te zetten. Dit is niet alleen van belang voor de compliance op civiele zorgwetgeving of het verkrijgen of behouden van een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. Het is van belang omdat goed gekwalificeerd personeel nodig is om goede zorg te leveren aan (gewonde) militairen. Verder werd ingegaan op de stappen die gezet worden om de ambitie te realiseren waarin binnen de MGZ een meer gemeenschappelijk personeelsbeleid vorm krijgt. In het hiervoor opgerichte strategisch personeelsoverleg militaire gezondheidszorg worden gezamenlijke belangen genoemd en voorstellen uitgewerkt om de verschillende regelgeving, die van toepassing is op militair zorgpersoneel, te harmoniseren.

### *Gemeenschappelijk functioneel domein / Strategische Kaart*

De transitie naar een gemeenschappelijk functioneel domein, waarin we op een effectieve manier bijdragen aan goede zorg voor de krijgsmacht en compliant zijn op reguliere wetgeving vordert gestaag en is niet eenvoudig. Eén van de doelstellingen van de MT50 was om als collega's onder elkaar uit te wisselen wat dat in de praktijk betekent. Er waren collega's bereid gevonden vanuit hun actuele ervaring de groep op een openhartige manier mee te nemen in hoe zij de in gang gezette ontwikkelingen in de MGZ ervaren. Zij konden met hun relevante, in sommige gevallen operationele MGZ-ervaring verhalen over de dagelijkse gebeurtenissen, kansen, belemmeringen en uitdagingen die ze op hun pad vinden. Als leiders in hun domein gaan ze voor in de keuzes die moeten worden gemaakt. Op de onderwerpen ketens en processen, medische informatievoorziening (IV), materieellogistiek en personeelslogistiek deelden kolonel-vliegerarts Eric Onnouw, drs. Stan Aldenhoven, kolonel Peter Meijer en kapitein-luitenant ter zee-arts Ernst-Paul van Etten hun ervaringen. Zij staan op het ogenblik als leidinggevende middenin de ontwikkelingen die zich in de MGZ afspelen. Duidelijk werd hoe je soms moet kiezen, voorbereidingen niet altijd meteen tot resultaat leiden en hoe ook structurele veranderingen vorm krijgen. De groep was het eens dat het organiseren van samenhang tussen de initiatieven, acties en ontwikkelingen van belang is. Dat was tegelijkertijd de brug naar de presentatie van de Strategische Kaart MGZ. Commandeur-arts Blom liet zien, mede op basis van het besprokene, hoe de Strategische Kaart de besproken trends en ontwikkelingen in zich draagt. Dat maakt de Strategische Kaart als het richtinggevend en leidend document in de komende jaren voor de MGZ. Het document is in de afgelopen maanden tot stand gekomen in een intensief traject met de operationele lijn, de Hoofddirectie Personeel/cluster gezondheidszorg en de DGO. U kunt de strategische kaart terugvinden op het [Documentatieportaal MGZ](#).

### *Documentatieportaal MGZ*

Een laatste belangrijke doelstelling was de presentatie van het [Documentatieportaal MGZ](#). De wens en noodzaak om de risico's te mitigeren die samenhangen met de verspreid opgeslagen relevante documentatie (intranet, samenwerkingsruimtes enz.) is door MGZ 2020 opgepakt. In het project is vastgelegd dat dit een terechte zorg is, en dat het van belang is om naar structurele verbetering te streven in het MGZ-informatiedomein. Als eerste tijdelijke stap is het Documentatieportaal MGZ opgezet. Hierin kunnen militaire zorgverleners op een eenduidige manier, sneller de juiste actuele informatie vinden. Op basis van de onderzoeksresultaten is het de bedoeling begin volgend jaar te starten met het organiseren van een professionele, meer geautomatiseerde en structurele oplossing voor het informatiedomein.

## **Vergoedingen/verzekeringsvoorwaarden**

### **Nieuwe uitvoeringsorganisatie zorgverzekering militairen**

Het huidige contract dat de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) met Univé heeft loopt af op 1 januari 2022. Daarom is de uitvoering van de ziektekostenverzekering SZVK opnieuw aanbesteed.

De uitkomst van deze aanbesteding is dat RMA-DSW Zorgverzekeraar de nieuwe uitvoerder van de ziektekostenverzekering voor militairen wordt. Het contract hiervoor is woensdag 9 december ondertekend. Het komend jaar worden voorbereidingen getroffen voor de overgang naar een uitvoeringsorganisatie. Voor militairen verandert in die periode niets. De afspraken blijven vanaf 1 januari 2022 gelijk voor militairen. Bekijk voor meer informatie de [veelgestelde vragen](#) op intranet.

## COVID-19

### COVID-19-updates MILMED COE

Het NATO Centre of Excellence for Military Medicine (NATO MILMED COE) geeft iedere dinsdag en vrijdag een COVID-update uit. De updates zijn via [internet](#) te downloaden.

## Wet- en regelgeving

### Afspraken over afstemming interdepartementale gezondheidszorgwetgeving

Bij de totstandkoming van gezondheidszorgwetgeving bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt op enig moment input of instemming van Defensie gevraagd. Deze verzoeken kunnen op verschillende manieren en in verschillende fases bij Defensie binnenkomen. Het is belangrijk dat de input die Defensie geeft op wetgeving van departementen, op een gecoördineerde manier tot stand komt. De afstemming over deze interdepartementale gezondheidszorgwetgeving verloopt daarom altijd via de coördinatoren wetgevingstrajecten gezondheidszorg<sup>1</sup>.

Mogelijk kunt u door hen benaderd worden voor input betreffende wetgeving. Mocht u andersom zelf input willen leveren, of benaderd worden door een departement betreffende de totstandkoming van gezondheidszorgwetgeving, neem dan altijd eerst contact op met de coördinatoren wetgevingstrajecten gezondheidszorg. Wilt u meer weten over de verschillende fases van afstemming bij ontwikkeling van wetgeving en de specifieke procedures hieromtrent: kijk dan voor dit overzicht op [intranet](#).

<sup>1</sup> Contactgegevens coördinatoren wetgevingstrajecten gezondheidszorg:

HDP CL GZHDSK: (Renske Wentzel MSc, [hr.wentzel@mindef.nl](mailto:hr.wentzel@mindef.nl) / 06-83258185) of  
DGO/RMG (mr. Margriet Martin [m.martin02@mindef.nl](mailto:m.martin02@mindef.nl) / 06-83299886).

## Geestelijke gezondheidszorg

### Moral injury: De psychische impact van moreel-kritische situaties tijdens en na uitzendingen.

Zoals een granaatscherf een vleeswond kan veroorzaken en een levensbedreigende gebeurtenis de stressregulatie kan verstoren, zo kan het zien, begaan of ondergaan van handelingen die de eigen morele overtuiging geweld aan doen leiden tot morele verwonding (ook wel *moral injury* genoemd). Tine Molendijk promoveerde in 2020 met het proefschrift *Soldiers in conflict: moral injury, political practices and public perceptions* aan de Radboud Universiteit Nijmegen. In een artikel in de Militaire Spectator (Jaargang 189, nr. 11, 2020) wordt het fenomeen morele verwonding en de rol van de politieke praktijken en publieke percepties aan de hand van kwalitatief onderzoek onder 80 Nederlandse (oud-)militairen besproken. Het artikel is te downloaden via [internet](#).

## Webinar Verslaving MGGZ

Op 3 december organiseerde de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) een webinar over verslaving voor de MGGZ en het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB). Ook vanuit andere DGO-bedrijven bleek belangstelling voor dit relevante thema. We zien helaas slechts het topje van de ijsberg van verslaving. Kolonel Schat (adjunct-directeur Zorg MGGZ) introduceerde de deelnemers in het programma van de MGGZ en nam hen onder andere mee in het belang van aandacht voor dit onderwerp.

Drs. Rebecca Bogaers publiceerde recent een artikel over barrières die militairen ervaren om zorg te zoeken als er sprake is van psychische klachten en/ of verslaving. Gelukkig noemt ze ook faciliterende, drempelverlagende factoren: een militaire context voor GGZ-zorg, kennis van waar zorg te krijgen is, korte wachttijden en het wegnemen van stigma door onder andere zorgprofessionals en het verlagen van drempels. Laten we drempels verlagen waar dat kan, zodat we zorg kunnen bieden waar nodig.

De MGGZ heeft een uitgebreid behandelaanbod voor verslavingsgebonden hulpvragen en biedt zowel poliklinische als klinische behandeling, die ze in het webinar nader toelichten.

Verder werd door de ogen van een verslavingsarts, ervaringsdeskundige, trainer gespreksvoering én



diverse MGGZ-behandelaren gekeken naar verslaving en de behandeling. Verslavingsarts David Herdes liet zien hoe sterk het beloningssysteem ontregeld raakt bij verslaving en hoe dit het 'rationele' verstand overneemt. Ervaringsdeskundige Adrie Sluimer vertelde zijn verhaal over zijn eigen verslavingsgeschiedenis en vooral ook zijn herstel. Hij benadrukte het belang van bewustwording van zijn eigen regie en aan een niet-oordelende houding van de behandelaar. Tot slot toonde trainer Hans Aalders het belang van de motivatie van de patiënt in de technieken van motiverende gespreksvoering. Zoek naar het belang en de motivatie van patiënt om zijn/haar middelenmisbruik te veranderen: daarmee ontstaat verandertaal. Infomeren waar nodig, actief durven uitvragen van middelengebruik én een niet-oordelende houding waarbij we naast de patiënt staan en kijken waar de motivatie zit: essentieel om meer dan alleen het topje van de ijsberg boven water te krijgen.

Voor degenen die zich hebben ingeschreven is het webinar tot een jaar na dato terug te kijken. Mocht u de inschrijving en het webinar gemist hebben, maar deze toch graag willen terugzien, dan is dat ook nog mogelijk tot 7 januari 2021 via [directiesecretariaat.mggz@mindef.nl](mailto:directiesecretariaat.mggz@mindef.nl) onder vermelding van uw BIG-nummer en beroepsvereniging als u aanspraak wil maken op accreditatie. U heeft dan tot 21 januari 2021 de tijd om het webinar te bekijken en aansluitend de afsluitende toets te maken.

Accreditatie is verleend door de volgende beroepsverenigingen: ABAN, FGzPt, Kwaliteitsregister V&V en Register Zorgprofessionals, Verpleegkundig Specialisten Register, Register Vaktherapie en NVRG.

## **Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)**

### **Kalender 2021 – Duurzaam Gezond Inzetbaar**

Deze week is door DGI de Kalender 2021 – Duurzaam Gezond Inzetbaar gepubliceerd. De kalender bevat informatie over verschillende DGI-gerelateerde thema's, tips voor een gezonde leefstijl en linkjes naar (defensie-)instanties die daarbij kunnen ondersteunen. De vier DGI-domeinen zijn verspreid over de vier kwartalen. Zo leest u in Variatie Februari en Less Meat Maart meer over het belang van gezonde en gevarieerde voeding en het minderen van vlees eten. In kwartaal twee staat bewegen centraal met Actief April en Mindfull Juni. In het derde kwartaal leest u meer over slaapkwaliteit en -kwantiteit in de maanden Sleepy July en AugustusZzz. Het laatste kwartaal focust zich op mentale kracht met de maanden No(stress)vember en Balans december. Daarnaast zijn een viertal thema's in de kalender opgenomen die de DGI-domeinen overstijgend zijn: Dry January, Leefstijl Mei, Groei in September en STOPtober. De kalender heeft als doel om op een leuke manier het gezondheidsbewustzijn van defensiemedewerkers omtrent verschillende DGI-gerelateerde thema's te vergroten gedurende het jaar, de kennis omtrent gezondheidsbevorderende factoren te vergroten en gezondheidsrisico's te reduceren. De kalender is online te vinden via de [DGI-intranetsite](#). Wilt u graag een fysiek exemplaar op uw werklocatie of heeft u vragen over/suggesties voor de kalender? Stuur dan een e-mail naar [DGI@mindef.nl](mailto:DGI@mindef.nl).

### **Week van de Werkstress naar Werkplezier 2020**

Van maandag 16 tot en met vrijdag 20 november heeft de Week van de Werkstress naar Werkplezier voor het tweede jaar plaatsgevonden bij Defensie. Vanwege de aangescherpte COVID-19-maatregelen vond de week overwegend online plaats met een divers aanbod aan webinars en workshops. In totaal zijn ruim 200 activiteiten georganiseerd en hebben zo'n 2.500 defensiemedewerkers hieraan deelgenomen. Alle deelnemers zijn gevraagd een evaluatievragenlijst in te vullen, waarmee we van deze week in 2021 wederom een succes hopen te maken.

### **Duurzame inzetbaarheid onderdeel van inzet nieuwe arbeidsvoorwaarden Defensie**

In de zogenoemde [inzetbrief](#) 2021 heeft de staatssecretaris benoemd welke elementen wat Defensie betreft in een nieuw arbeidsvoorwaardenakkoord zouden moeten komen. Naast dat de staatssecretaris graag een loonbod wil doen dat de waardering uitspreekt richting het personeel, vraagt zij ook speciale aandacht voor levensfasen (balans werk-privé) en een gezonde en duurzame inzetbaarheid van het personeel.

### **Voor één dag geen e-mail**

Om het overmatige e-mailgebruik onder de aandacht te brengen en zo mogelijk werkstress en werkdruk te verminderen werd op vrijdag 27 november voor het eerst de defensiebrede E-mailvrije Werkdag (EVWD) georganiseerd. Op deze dag is aandacht gevraagd voor een bewust en efficiënt gebruik van e-mail, door

met z'n allen zo min mogelijk (en liefst helemaal geen) gebruik te maken van dit communicatiemiddel. Hiervoor zijn verschillende hulpmiddelen ontwikkeld die jou en je collega's kunnen helpen beter om te gaan met Outlook. Denk hierbij aan een e-mailwijzer, vuistregels, en een checklist voor leidinggevenden. Uiteindelijk draaide deze dag om het creëren van bewustwording en het openen van het gesprek binnen de verschillende afdelingen over het gebruik van e-mail. En velen van jullie hebben dat gedaan! Heb jij deze dag (en de hulpmiddelen) nou gemist? Neem dan gerust een kijkje op de [intranetpagina](#) van de E-mailvrije Werkdag om je zo goed mogelijk voor te bereiden op de EVWD van 2021!

## Bedrijven DGO

### DTD met positief advies voorgedragen voor certificering

Donderdag 10 december is de externe audit van de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) afgerond. Gedurende drie dagen heeft de externe certificerende instelling (TÜV) getoetst of de DTD voldoet aan de HKZ-norm Mondzorg uit 2019. De audit is succesvol verlopen en de DTD zal met een positief advies worden voorgedragen voor certificering. Over circa zes weken zal de officiële uitreiking van het certificaat aan de commandant DTD plaatsvinden.

Met inachtneming van de geldende RIVM-maatregelen hebben drie externe auditors de Staf DTD, vijf tandheelkundige locaties in Nederland, de tandheelkundige praktijk op Curaçao (via MS Teams), een Mobiele Tandarts Praktijk (MTP) en de scheepspraktijk aan boord van Zr.Ms. Karel Doorman geaudit. Hierbij zijn medewerkers geïnterviewd en processen bestudeerd. De auditors hebben geconcludeerd dat de organisatie hard heeft gewerkt aan de opbouw van een eigen kwaliteitsmanagementsysteem (KMS). Dit is voortvarend opgepakt en heeft, mede door het aanstellen van aandachtsfunctionarissen per regio, geleid tot een geïmplementeerd systeem. Geconcludeerd kan worden dat de basis staat met een uniforme werkwijze en een gezamenlijk(e) verantwoordelijkheid(sgevoel). Kwaliteit is een continu proces waar altijd aandacht voor moet zijn. De DTD is voornemens deze stijgende lijn dan ook te blijven voortzetten.

### DGOTC is één van de drie finalisten voor de FUTUR-PROOF AWARD 2021

Het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) is één van de drie finalisten voor de FUTUR-PROOF-AWARD 2021. De eenheid werd geselecteerd uit zeven nominaties. De stichting FUTUR reikt jaarlijks een prijs uit aan een overheidsorganisatie die zich het meest inzet voor verjonging en vernieuwing in de publieke sector. Ze wil daarmee het imago van de overheid als werkgever verbeteren. Enkele criteria: Creëert de organisatie een collectief gevoel van trots? Komt ze met spannende of interessante oplossingen? Draagt de organisatie bij aan een positief imago voor de ambtenaar? In het filmpje dat het DGOTC inzond, komen deze aspecten duidelijk naar voren. Maar ook hoe bij het opleiden van jonge militairen voor medische taken traditie en vernieuwing samenkomen. De commandant DGOTC kolonel Jeroen Hulst is vanzelfsprekend trots: *“Onze collega's laten op een fantastische manier zien waar ons DGOTC voor staat en voor gaat. En dat ze dit als betekenisvol ervaren en trots zijn op hun werk.”* Of DGOTC de award in de wacht sleept, wordt op 21 januari bekendgemaakt.

### DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

In de DOSCO-serie 'Onze vakmensen' staat deze maand Sabine centraal, zij is Praktijkondersteuner Huisarts somatiek (POH-s) bij het Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf. In die functie is ze de linkerhand van de huisarts en samen zijn ze verantwoordelijk voor de chronische zorg binnen de gezondheidscentra. Chronisch zieke patiënten hebben soms veel vragen en verhalen waar ze mee zitten. De controle bij de huisarts is daar vaak te kort voor. Een POH-s heeft meer tijd om verder te kijken en door te vragen of bijvoorbeeld de thuissituatie wel stabiel is of te vragen of iemand wel gelukkig is in zijn werk. Als iemand thuis en op het werk stress ervaart is het bijvoorbeeld niet gek als de bloeddruk verhoogd is. Sabine begeleidt en coacht militairen met een chronische aandoening in hun leefstijl. Je kan bij haar bijvoorbeeld ook terecht om te stoppen met roken. Lees het hele interview met Sabine op [intranet](#).

### Online-uitzending over samenwerking tussen Defensie en relatieziekenhuis MST terugkijken

Dinsdag 8 december werd door het Medisch Spectrum Twente (MST), één van de relatieziekenhuizen, een digitale publieksacademie georganiseerd waarin [de samenwerking tussen het ziekenhuis en Defensie](#) centraal stond. De digitale uitzending genaamd 'Van levensbelang' was opgezet met behulp van het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR). Tijdens de publieksacademie sprak collega

majoor Hasebos namens het IDR. Naast hem kwamen nog een aantal collega's van Defensie, die ook werkzaam zijn in het MST, aan het woord. Zij legden kijkers onder andere uit wat een relatieziekenhuis inhoudt, waarom de samenwerking tussen Defensie en het ziekenhuis van belang is, welke zorg ze verlenen tijdens missies en hoe zij de kennis en ervaring vanuit Defensie inzetten in het ziekenhuis tijdens de coronacrisis. Benieuwd naar de uitzending? Kijk deze dan terug via [internet](#).

### **Interview met hoofd gezondheidscentrum Vliegbasis Volkel**

Luitenant-kolonel-vliegerarts Martijn Ruigewaard, hoofd gezondheidscentrum van Vliegbasis Volkel vertelt in het novembern timer van de Vliegende Hollander voor de rubriek 'Wie zijn onze luchtmachtbazen' wat hem bezighoudt, waar hij energie van krijgt en hoe hij zijn vrije tijd vult. Ruigewaard wil graag aan jonge operationele dokters laten zien hoe leuk werken op een gezondheidscentrum kan zijn, omdat hij het jammer vindt dat er vanuit deze groep maar zo weinig doorstromen naar het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB). Het interview is te lezen via [internet](#).

### **Innovatie in de zorg**

#### **Pico Monitor winnaar Defensie Innovatie Competitie 2020**

De Pico Monitor van Embedded Acoustics is gekozen tot winnaar van de Defensie Innovatie Competitie 2020. Dit jaar was het thema van de competitie 'Smart Medics'. Het bedrijf uit Delft kreeg bij de uitreiking een contract ter waarde van € 200.000 om het idee verder uit te werken. Dat gebeurt in samenwerking met de Defensie Gezondheidszorg Organisatie.

De Pico Monitor is een health tracker, die uit een polsband en een oordop bestaat. De polsband registreert vitale functies zoals hartslag, ECG, bloeddruk, zuurstofsaturatie en lichaamstemperatuur, terwijl via de oordop direct feedback aan de drager wordt gegeven. Commandanten kunnen daardoor tijdens operationele inzet direct de fitheid van alle militairen beoordelen en bijvoorbeeld waarschuwen als de lichaamstemperatuur te hoog oploopt. Ook kan de Pico Monitor worden ingezet om vitale functies van gewonden bij te houden. Lees het volledige nieuwsbericht op [intranet](#).

### **Wetenschappelijk onderzoek**

#### **Onderzoek naar het effect van een opwerkprogramma bij School Luchtmobiel**

Leerlingen die onvoldoende fit worden geacht bij aanvang van de algemene militaire opleiding Luchtmobiel hebben een verhoogd risico op blessures en uitval uit de opleiding. Om dit risico te laten verminderen heeft kapitein Iris Dijkma in samenwerking met onder andere medewerkers van de Lichamelijke Oefening/Sport (LO/S) organisatie een opwerkprogramma ontworpen en onderzocht op effectiviteit. Conclusie van het onderzoek: het opwerkprogramma bleek effectief in het verbeteren van het uithoudingsvermogen van de leerlingen, maar het risico op uitval bleef alsnog hoog in deze populatie. Het artikel is full-tekst beschikbaar via [internet](#).

#### **Strategische Kennis- en Innovatieagenda 2021-2025**

Eind november is de Strategische Kennis- en Innovatieagenda (SKIA) 2021-2025 verschenen. Met de SKIA biedt Defensie ook haar kennis- en innovatiepartners inzicht in de kennis- en innovatievragen van de krijgsmacht. Samenwerking is essentieel om de krijgsmacht in de toekomst van moderne middelen en diensten te kunnen voorzien. Deze SKIA omvat vier speerpunten:

- onderzoek naar nieuwe technologieën;
- innoveren borgen in werkomgeving, cultuur en bedrijfsvoering;
- samenwerking met kennis- en innovatiepartners versterken;
- samenwerking in eigen kennis- en innovatieketen versterken.

De SKIA is terug te vinden via het [publicatieportaal](#) Defensie.

#### **NATO Portaal militair medische tijdschriften**

Major Poprádi-Fazekas en Lieutenant Szénási van het NATO Centre of Excellence for Military Medicine (NATO MILMED COE) hebben een onlinecatalogus van militair medische tijdschriften opgezet. Via deze catalogus zijn veel artikelen full-text beschikbaar. Tijdschriften die via dit portaal ontsloten worden zijn bijv. Wehrmedizinische Monatsschrift, BMJ Military Health en Journal of the Royal Naval Medical Service. Neem een kijkje op het portaal via [internet](#).

## Onderscheidingen

### Uitreiking Officierskruis/Jeneverkruis



In een andere setting dan normaal heeft commandeur-arts Remco Blom maandag 7 december aan een aantal officieren van de DGO tijdens de wekelijkse 'Zeepkistsessie' de Officierskruizen/ Jeneverkruizen uitgereikt. Een groot deel van staf DGO kon dit volgen via MS-teams. Het Officierskruis dat ook wel het Jeneverkruis wordt genoemd omdat dit over het algemeen gepaard gaat met een borrel is een eervolle onderscheiding voor militairen die minstens 15 jaar in dienst zijn bij Defensie. Het Officierskruis werd op 19 november 1844 in het leven geroepen door Koning Willem II. Sindsdien wordt het op zijn geboorte-dag (6 december) uitgereikt. Omdat 6 december dit jaar op een zondag viel vond de

uitreiking een dag later plaats. Kapitein-luitenant ter zee-apotheker Koning-Jansen kreeg het Officierskruis voor het eerst, zij is 15 jaar in dienst. De anderen kregen een cijferwisseling, voor luitenant-kolonel-arts Lalbiharie en majoor Korbee was dat van 15 naar 20, kapitein ter zee-arts Dinkelberg en kolonel Meijer van 20 naar 25 en luitenant-kolonel-arts Joosten en kolonel Van der Wal van 25 naar 30. Voor de overige 32 officieren van de DGO wordt de uitreiking van het Officierskruis of cijferwisseling decentraal georganiseerd door de commandanten van de betreffende DGO-bedrijven. Commandeur-arts Blom ontving zelf een cijferwisseling van 35 naar 40. Dit werd door de commandant DOSCO aan hem uitgereikt

### Hoogste NATO-onderscheiding voor kolonel-vliegerarts Gerald Rots



Uit handen van de secretaris-generaal van de NATO, H.E. Jens Stoltenberg en Air Chief Marshal Sir Stuart Peach (Chairman military committee) ontving kolonel-vliegerarts Rots op 10 december jl. de NATO Meritorious Service medal. Deze hoogste NATO-onderscheiding ontving hij voor het op uitstekende wijze uitvoeren van taken als Liaison Officer bij de Committee of Chiefs of Military Medical Services in NATO (COMEDS) en als hoofd medische sectie in de Logistics & Resources Division, International Military Staff (IMS) en als Medical Advisor of NATO Headquarters (International Staff [IS] en IMS). Vanuit deze functies heeft kolonel-vliegerarts Rots actief bijgedragen aan diverse werkgroepen, comités en de Standardization Boards. Kolonel-vliegerarts Rots werd in het bijzonder geprezen om zijn bijdrage aan de COVID-19 Task Force in NATO, waar hij onvermoeibaar, professioneel en efficiënt werkt aan noodzakelijke procedures.

## Rapporten/Jaarverslagen

### Toezichtjaarplan 2021 Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG)

Op basis van de SG aanwijzing A/948 stellen toezichthouders vóór 1 oktober een toezichtjaarplan op voor het komende jaar. Eén van de uitgangspunten voor het toezichtjaarplan van de IMG) is dat zoveel als mogelijk aansluiting wordt gezocht bij algemene aandachtspunten van de civiele Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en andere relevante externe toezichthouders zoals de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit en de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming, maar dan wel met weging van de specifieke kenmerken van de militaire gezondheidszorg. Eén van de speerpunten die de IMG als prioriteit 1 heeft aangemerkt voor 2021 is de kwaliteit van de MGZ tijdens de COVID-19-crisis. Het [toezichtjaarplan 2021](#) is te downloaden vanaf de intranetsite van de IMG.

### IGJ Werkplan 2021

Het [werkplan van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(IGJ\)](#) vormt de basis voor de afspraken die de minister voor Medische Zorg met de IGJ maakt voor het toezicht in het komende jaar en het is een uitwerking van het meerjarenbeleidsplan 2020-2023 van de inspectie. Maar het werkplan is ook bedoeld

voor het veld en burgers, zodat zij weten wat ze naast het reguliere toezicht in 2021 van de inspectie kunnen verwachten van onderwerpen die extra aandacht zullen krijgen. Naast COVID-19 zijn die extra onderwerpen o.a. aandacht voor infectiepreventie, medische technologie en farmaceutische producten en de beschikbaarheid van zorg- en hulpverleners in de veranderende arbeidsmarkt. Door het effect van COVID-19 op de uitvoering van regulier toezicht, zijn activiteiten die voor 2020 gepland stonden doorgeschoven naar 2021.

### **Speciale uitgave Volksgezondheid Toekomst Verkenning 'Verder kijken dan corona'**

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) maakt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) al meer dan 25 jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). In de VTV worden de belangrijkste toekomstige ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid en zorg in kaart gebracht. Er wordt niet alleen naar ziekte en sterfte gekeken maar juist ook naar andere belangrijke aspecten van gezondheid. Naast leefstijl en gedrag kijkt de VTV ook naar milieu/leefomgeving, arbeid en andere sociaal-economische factoren die van invloed zijn op de gezondheid.

De VTV verschijnt normaal gesproken eens in de vier jaar. Op 27 november 2020 is een speciale editie van de VTV verschenen, getiteld: 'Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze gezondheid'.

Deze digitale editie is via [internet](#) in te zien.

### **Staat van Zoönosen 2019**

In opdracht van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit maakt het RIVM elk jaar een overzicht van de belangrijkste zoönosen en geeft daarin aan hoe vaak ze in Nederland voorkomen. Zoönosen zijn infectieziekten die van dier op mens kunnen worden overgedragen.

De Staat van Zoönosen start in hoofdstuk 2 ('Trends') met de trends en ontwikkelingen van de meldingsplichtige zoönosen voor het jaar 2019. In hoofdstuk 3 ('Uitgelicht') wordt er dieper ingegaan op een aantal ontwikkelingen rondom uitbraken en onderzoek. Hoofdstuk 4 ('Thema') heeft als onderwerp dit jaar 'Internationale samenwerking op het gebied van zoönosen'. In dit themahoofdstuk wordt ingegaan op de rol van internationale organisaties die betrokken zijn bij de beheersing van zoönosen. Daarnaast wordt er een aantal samenwerkingsverbanden uitgelicht. Achter elk hoofdstuk is een referentielijst opgenomen voor meer informatie over het betreffende onderwerp. Het rapport is te downloaden via [internet](#).

### **Loopbaanmogelijkheden**

#### **Loopbaanbegeleiding voor burgerpersoneel**



Het is een rare tijd, een tijd waarin je wellicht meer tijd hebt om na te denken of je wel echt op je plek zit. Misschien zijn er nog dromen of ambities die je waar wilt maken?

Ook op afstand kan een loopbaanbegeleider je helpen, begeleiden en adviseren naar de volgende stap in je loopbaan.

Neem een kijkje op de SharePoint site [Loopbaanbegeleiding burgerpersoneel DOSCO](#) en meld je direct aan voor een oriënterend gesprek. Dit kan telefonisch of via MS teams. Team Loopbaanbegeleiding wenst iedereen fijne feestdagen en staat ook in 2021 weer voor je klaar.

De nieuwsbrief (e-bulletin) van en voor de militaire gezondheidszorg is een maandelijkse uitgave van de Staf Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO).

Reacties of onderwerpen kunt u mailen naar [p.burema@mindef.nl](mailto:p.burema@mindef.nl)

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#) en op de [startpagina](#) Gezondheidszorg Defensie:

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247 of per e-mail: [p.burema@mindef.nl](mailto:p.burema@mindef.nl)

# **De Nierstichting wil nierpatiënten hun **leven teruggeven.****

Help mee. Doneer op [nierstichting.nl](http://nierstichting.nl) voor meer succesvolle transplantaties.



Klik voor meer informatie over elke nascholing of opleiding op de titel.

Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon (030) 8100500, e-mail [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

### Lobbyen en netwerken

Hoe krijg je jouw onderwerp op de (politieke) agenda? In deze tijd werken ook beleidsambtenaren veel thuis. Wie niet voor het coronadossier actief is, heeft juist nu wellicht tijd om zich in jouw dossiers te verdiepen. Daarom kan jouw lobby-aanpak juist nu extra succesvol zijn. Ontdek hoe je je netwerk optimaal inzet en hoe je met lobbyen invloed uitoefent op de agenda's van relevante partijen. Aan de hand van een persoonlijk lobby-doel ontwerp je een plan.

Voor wie: *professionals in de public en occupational health*

Datum: 25 januari en 8 februari 2021, online

### Persoonlijk leiderschap: zo neem je de leiding!

Eigenlijk is persoonlijk leiderschap niets anders dan goed weten wie je bent, wat je wil en hoe je dit gaat realiseren. Om goed te kunnen presteren, communiceren en samenwerken op de werkvloer zijn proactiviteit en positiviteit essentieel. Leer je eigen meerwaarde inzien en effectief inzetten, zodat je meer gedaan krijgt in je werk.

Voor wie: *sociaal geneeskundigen, huisartsen, verpleegkundigen en gezondheidsprofessionals*

Datum: 27 januari 2021, online

### De nieuwe NVAB-richtlijn Conflicten in de werksituatie

Als (aspirant-)bedrijfsarts krijg je te maken met de richtlijn Arbeidsconflicten. Leer in 2 dagen over de verschillen met de STECR-werkwijzer uit 2014 en wat de rol van de bedrijfsarts is bij arbeidsconflicten.

Voor wie: *bedrijfsartsen*

Datum: 2 februari en 30 maart 2021, Utrecht

### Geneesmiddelen, rijvaardigheid en werk

Leer welke geneesmiddelen het reactievermogen kunnen beïnvloeden. En hoe. Welke inschatting van risico's kun je maken ten aanzien van het werk, rijvaardigheid en diverse juridische aspecten? Welke interventiemogelijkheden heb je?

Voor wie: *bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, huisartsen en medisch adviseurs*

Datum: 9 februari 2021, Zwolle

### Stoppen met roken: tabaksverslaving

Stoppen met roken is de belangrijkste bijdrage die rokers aan hun gezondheid kunnen leveren. Je speelt als professional een essentiële rol in het bespreekbaar maken van rookgedrag en het begeleiden bij stoppen. Hoe je dat doet, leer je in deze module.

Voor wie: *praktijkondersteuners, (long)verpleegkundigen, doktersassistenten, huisartsen, bedrijfsartsen, longartsen en andere professionals in de zorg die begeleiden bij stoppen met roken*

Datum: 10 februari 2021, online

### Culturele diversiteit in de gezondheidszorg

Het is prettig als je weet welke culturele factoren een rol spelen in de beleving van ziekte en gezondheid. Leer hoe je tijdens jouw consult optimaal rekening houdt met verschillende culturen.

Voor wie: *sociaal geneeskundigen, huisartsen, arbeidsdeskundigen, bedrijfspsychologen, verpleegkundigen en bedrijfsmaatschappelijk werkers*

Datum: 11 februari en 11 maart 2021, Utrecht

### Je werkdruk de baas!

Je maakt kennis met timemanagement, leert hoe je prioriteiten stelt en hoe je die moet bewaken. Je ontdekt welke factoren je planning verstoren en hoe je dat kunt voorkomen.

Voor wie: *professionals in de public en occupational health*

Datum: 11 februari 2021, online

### Grip op budget

Ben je verantwoordelijk voor het budget van een project, team of afdeling of wil je die verantwoordelijkheid ooit kunnen dragen? We voeren je graag in in de kernbegrippen en kernvragen van financieel management op een wijze die voor 'non-financiële' begripelijk en hanteerbaar is.

Voor wie: *professionals in de public en occupational health*

Datum: 3, 10 en 17 maart 2021, Utrecht

### Voorbereiding en vervolg op kwaliteitsvisitatie / EIF (nieuw)

Visitatie voor bedrijfsartsen en Evaluatie Individueel Functioneren voor verzekeringsartsen zijn een verplicht onderdeel van de herregistratie. Hierdoor krijg je inzicht in je sterke en minder sterke punten van je professioneel functioneren. Het primaire doel is om op een structurele en transparante wijze de kwaliteit van werken te bevorderen.

Voor wie: *geregistreerde bedrijfsartsen en verzekeringsartsen*

Datum: 3 maart 2021, Utrecht en online

### Autisme en werk

Er is steeds meer bekend over autisme spectrumstoornissen (ASS). Na deze module ben je op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek, belastbaarheid en behandeling

Voor wie: *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en andere professionals*

Datum: 4 maart 2021, Utrecht

### Mantelzorg en werk

Een op de acht werknemers combineert werk met mantelzorgtaken. 40% van hen voelt zich zwaarbelast of overbelast. Leer hoe je een werkende mantelzorger kunt adviseren en begeleiden in het vinden van balans tussen werk en mantelzorgtaken. En leer hoe je uitval, hoog ziekteverzuim en verminderde productiviteit zo veel mogelijk kunt voorkomen. Hoe adviseer je de organisatie om de transitie te maken naar een mantelzorgvriendelijke organisatie?

Voor wie: *bedrijfsartsen, arboverpleegkundigen, POB'ers en casemanagers taakdelegatie*

Datum: 8 maart 2021 (9.30-12.30 uur), Utrecht

### Rouw en werk

Stelt de confrontatie met verlies en rouw jou als professional voor een lastige opgave? Naast het omgaan met je eigen kwetsbaarheid moet je als professional op gepaste wijze aandacht geven aan de vragen, zorgen en soms verminderde inzetbaarheid van cliënten. Leer hoe je daar als professional hiermee omgaat. En hoe je deze cliënten begeleidt.

Voor wie: *bedrijfs- en verzekeringsartsen en arboverpleegkundigen*

Datum: 8 maart 2021 (13.30-16.30 uur), Utrecht

### Goedgekeurd! Basistraining voor de keuringsarts

Goed keuren is een vak apart. Keur je iemand voor een rijbewijs (groot of klein), een vaarbewijs of vliegbrevet of voor de functie machinist op trein of tram? Ken je de basisprincipes? Wat zijn de fijne kneepjes van het vak en hoe pas je ze toe? Module in samenwerking met Yellow Factory BV.

Voor wie: *artsen die zich willen onderscheiden als keuringsarts in de transportsector: bijv. sociaal geneeskundigen, huis-, bedrijfs- en verzekeringsartsen en medisch adviseurs*

Datum: 10, 17 en 24 maart 2021 (16.00-21.00 uur), Utrecht

### Schrijfvaardigheid en argumentatie

Schrijven is voor veel professionals in de publieke gezondheidszorg een belangrijk onderdeel van het werk. Om de inhoud van een tekst goed voor het voetlicht te krijgen, is toegankelijk en doeltreffend schrijven cruciaal. Leer hoe je overtuigende (beleids)teksten schrijft. Bijvoorbeeld adviezen, publicaties, notities, artikelen en visiedocumenten.

Voor wie: *sociaal geneeskundigen, gezondheidswetenschappers en andere professionals in de public & occupational health*

Datum: 10 en 24 maart en 14 april 2021, online

### Voorjaarschool arbeid en gezondheid

Intensieve scholing waarin je in 2 dagen (met één kort avondprogramma) optimaal 12 uur accreditatie verwerft. In een stimulerende ambiance volg je een gevarieerd programma over actuele zaken in de arbeids- en verzekeringsgeneeskunde

Voor wie: *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en medisch adviseurs*

Datum: 11 en 12 maart 2021, Otterlo

### Diabetes en werk

Diabetes is een veelvoorkomende chronische ziekte die grote invloed heeft op de belastbaarheid. Ontdek de mogelijkheden om mensen met diabetes optimaal aan het werk te krijgen en te houden.

Voor wie: *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en medisch adviseurs*

Datum: 19 maart 2021, Utrecht

## Aanmelden voor abonnement NMGT

Reeds in 2013 is door de Directie Communicatie (DCO) besloten het geautomatiseerde tijdschriften administratiesysteem (GETAS) uit te faseren. Sindsdien is er voor het GETAS geen exploitatiegeld meer opgenomen in de begroting. Het daadwerkelijk uitzetten van het GETAS is per 1 februari 2017 geëffectueerd. Vanaf deze datum zijn er vanuit Defensie geen adresgegevens meer verstrekt. Dit betreft ook een deel van het abonneebestand van het NMGT, t.w. het beroeps- en actief reservepersoneel van de militair geneeskundige dienst. Dit personeel wordt in het abonneebestand aangeduid met de letter 'G' gevolgd door het vroeger gebruikte militair registratienummer. Door het door Defensie niet meer verstrekken van de adresgegevens, worden de mutaties in dit bestand door de redactie van het NMGT niet meer gezien en derhalve ook niet meer verwerkt.

### Instromend personeel

Om het nieuw instromend personeel dat behoort tot de hiervoor genoemde categorieën in de gelegenheid te stellen zich te abonneren op het digitale NMGT, mag ik de abonnees verzoeken dit nieuwe personeel te wijzen op het bestaan van ons tijdschrift. Zij kunnen zich dan eveneens abonneren door een e-mail te sturen naar de secretaris op e-mailaccount [nmgt@mindef.nl](mailto:nmgt@mindef.nl), met vermelding van uw NAW-gegevens en het e-mailadres waarop u het tijdschrift wenst te ontvangen o.v.v. 'aanmelden abonnement NMGT'. Uiteraard zijn aan dit abonnement geen kosten verbonden.

### Uitstromend personeel

Wanneer u als militair of burgermedewerker binnenkort de dienst verlaat dan kunt u het abonnement op het digitale NMGT kosteloos voortzetten. U hoeft dan alleen maar uw naam, adres, woonplaats en e-mailadres door te geven aan de secretaris van het tijdschrift.

E-mailadres: [a.sondeijker.01@mindef.nl](mailto:a.sondeijker.01@mindef.nl) of [a.sondeijker@kpnmail.nl](mailto:a.sondeijker@kpnmail.nl)

*De secretaris NMGT A. Sondeijker*

wat  
**al**z...

je niet meer weet wat  
je net gelezen hebt?

1 op de 3 vrouwen krijgt dementie.  
Geef nu voor meer onderzoek,  
zodat dementie niet jouw toekomst wordt.  
**stopdementie.nu**

Scan de  
code en  
doneer  
gemakkelijk  
online!



**a**  
alzheimer  
nederland

**NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT**

**MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE**

**E-mail: [nmgt@mindef.nl](mailto:nmgt@mindef.nl)**