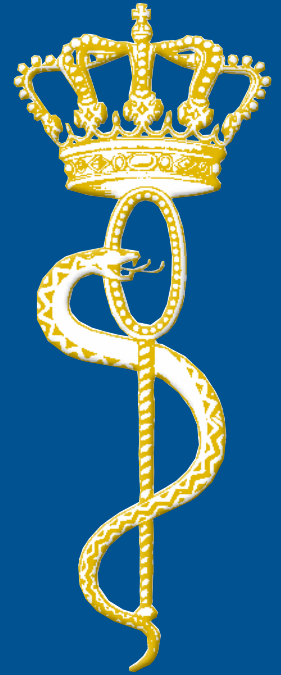


NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
75e JAARGANG
JANUARI 2022 - 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

Dr. 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 b.d.

Prof. dr. W.O. Zimmermann

luitenant-kolonel-arts

ADMINISTRATIE

majoor b.d. **A. Sondeijker**

secretaris NMGT

Postbus 90701, 2509 LS 's-Gravenhage

Telefoon 0165-300145

E-mailadres:

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,
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 veelevoudigd
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



Van de redactie:

Voorwoord	3
Aanmelden voor abonnement NMGT	29

Van de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie:

Nieuwsbrief DGO, november 2021	32
Nieuwsbrief DGO, december 2021	37

Oorspronkelijke artikelen:

Het gebruik van psychofarmaca bij de krijgsmacht: voorschrijfpatronen en behandeling na trauma door <i>majoor-apotheker dr. D.G.A. Knotnerus-Janssen</i>	4
--	---

'Niets is onmogelijk voor hen die willen' Militair Revalidatie Centrum Aardenburg, 1946-2021 door <i>E.M. Miedema MA</i>	12
--	----

Medische zorg tijdens een belegering: Maastricht 1748 door <i>drs. J. Notermans</i>	23
--	----

Boekbesprekingen:

Bevrijd Het concentratiekampsyndroom en de LSD-behandeling van Jan Bastiaans door <i>dr. L. van Bergen</i>	30
--	----

Mededelingen:

Bij- en nascholing Netherlands School of Public and Occupational Health	11,41
---	-------

CONTENTS

VOLUME 75 – JANUARY 2022 – ISSUE 1



From the editor:

Foreword	3
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review	29

From the Commander Defence Health Care Organisation:

Newsletter Defence Health Care Organisation, November 2021	32
Newsletter Defence Health Care Organisation, December 2021	37

Original contributions:

Psychotropic medication use in the Armed Forces: prescription patterns and treatment after trauma by <i>Major pharmacist D.G.A. Knotnerus-Janssen PhD</i>	4
---	---

'Nothing is impossible for those who are willing' The Military Rehabilitation Centre Aardenburg, 1946-2021 by <i>E.M. Miedema MA</i>	12
--	----

Medical care during a siege: Maastricht 1748 by <i>J. Notermans MD</i>	23
---	----

Book reviews:

Liberated The concentration camp syndrome and the LSD treatment of Jan Bastiaans by <i>L. van Bergen PhD</i>	30
--	----

Announcements:

The Netherlands School of Public and Occupational Health	11,41
--	-------

VOORPAGINA

Op 28 september 2021 promoveerde majoor-apotheker dr. D.G.A. Knotnerus-Janssen
aan de Universiteit van Utrecht op het onderwerp psychofarmacagebruik bij de
krijgsmacht.

Foto: D.G.A. Knotnerus-Janssen.



Voorwoord

Op uw scherm staat de eerste aflevering van ons digitale tijdschrift van 2022, jaargang 75. De laatste keer dat ik COVID-19 voorzichtig heb aangesneden was in de aflevering van september 2021 (74-5). De hoop was erop gevestigd dit onderwerp te kunnen loslaten, maar helaas is dit nog steeds niet mogelijk. Weliswaar is het deltavirus langzaam verdrongen, maar de nieuwe variant, het omikronvirus, heeft nu ruimschoots terrein gewonnen, is zeer besmettelijk maar veroorzaakt gelukkig zoals het er nu uitziet, minder ziekenhuisopnames. Ondanks alle beperkende maatregelen hoop ik dat u toch fijne en gezellige feestdagen hebt gehad met al uw dierbaren.

Dan nu naar de inhoud van deze eerste aflevering.

Van majoor-apotheker dr. D.G.A. Knotnerus-Janssen, die haar proefschrift met de titel 'Psychotropic medication use in the Armed Forces; prescription patterns and treatment after trauma' op 28 september 2021 heeft verdedigd, geeft in haar bijdrage een samenvatting van de inhoud van haar proefschrift weer. Door de inzet van de Nederlandse krijgsmacht wereldwijd lopen de militairen risico's geconfronteerd te worden met traumatische gebeurtenissen, die zich vaak later openbaren in het ontwikkelen van allerlei psychische problemen. In haar proefschrift pleit zij voor verder onderzoek naar psychofarmaca bij de behandeling van deze aandoeningen.

Mevrouw E.M. Miedema, militair en politiek historicus en onderzoeker en redacteur bij het Militair Revalidatie Centrum (MRC) Aardenhout te Doorn besteedt in haar bijdrage, dat is afgeleid van haar boek dat in december 2021 is verschenen onder de titel 'Samen op eigen kracht', ruim aandacht aan het 75-jarig jubileum van het MRC.

Aan dit boek heeft zij het laatste anderhalf jaar gewerkt en wordt uitgegeven als een coproductie van het MRC en het Nederlands Instituut voor Militaire Historie (NIMH).

Drs. J. Notermans belicht in zijn historisch artikel uitvoerig de noodzakelijke medische voorbereidingen en de organisatie van de geneeskundige zorg tijdens het beleg van Maastricht van 15 april tot 10 mei 1748. Een belangrijk aspect in de voorbereiding is het kiezen van de geschikte locaties voor de extra benodigde hospitalen en is er bij de organisatie vooral gekeken naar het aanleggen van de nodige voorraden voedsel, drank en medicamenten.

Ten slotte een bijdrage van dr. L. van Bergen. Op 27 januari e.k. wordt het boek van zijn hand met de titel 'Bevrijd – Het concentratiekampsyndroom en de LSD-behandeling van Jan Bastiaans' op verzoek van prof. dr. H.G.J.M. Vermetten, die per 1 december 2021 de krijgsmacht met FLO heeft verlaten, gepresenteerd bij het Veteraneninstituut te Doorn.

Dit boek besteedt ruim aandacht aan het KZ-syndroom en de behandeling van lijdens aan dit syndroom door prof. dr. Jan Bastiaans (1917-1997), hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit Leiden met bijvoorbeeld het psychedelicum LSD. Ook prof. dr. Vermetten is geïnteresseerd in het gebruik (of niet natuurlijk, zoals dr. Van Bergen opmerkt) van MDMA, de werkzame stof van XTC, bij het behandelen van patiënten met psychische problemen zoals PTSS.

Ik wens u veel leesplezier,

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

Het gebruik van psychofarmaca bij de krijgsmacht: voorschrijfpatronen en behandeling na trauma

Samenvatting

door majoor-apotheker dr. D.G.A. Knotnerus-Janssen

Ziekenhuisapotheker in opleiding.
Artikel ontvangen december 2021.

Op 28 september 2021 promoveerde majoor-apotheker dr. Debbie Knotnerus-Janssen op het onderwerp psychofarmacagebruik bij de krijgsmacht. In deze Nederlandse samenvatting worden de belangrijkste bevindingen besproken. Het volledige proefschrift is te vinden op de website van de Universiteit van Utrecht: <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/406620>

Introductie

De Nederlandse krijgsmacht bestaat voornamelijk uit jonge, fitte en mentaal sterke militairen. Voordat een militair een aanstelling krijgt bij de krijgsmacht moet deze voldoen aan strenge fysieke en psychische eisen waarvoor de kandidaat wordt gekeurd. Vervolgens begint de militair aan zijn training en opleidingen en de verdere militaire carrière waar uitzendingen een onderdeel van uitmaken (Fig. 1). Nederland kent een dienstplicht, maar de opkomstplicht werd in 1994 opgeschort; er kwam een beroepsleger. De kracht van het beroepsleger wordt voortdurend op de proef gesteld tijdens missies zoals naar Irak en Afghanistan. Militairen lopen daarmee een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problemen, vanwege de blootstelling aan gevechtsgelateerde potentiële traumatische gebeurtenissen¹⁻³. Tijdens de missie in Afghanistan bijvoorbeeld, werden militairen blootgesteld aan vijandelijk vuur, menselijk leed, collega's die gewond raakten of gedood werden, en andere potentieel traumatische gebeurtenissen⁴. Deze gebeurtenissen kunnen bij sommigen direct of ook later sporen achterlaten en zich manifesteren in de ontwikkeling van psychische problemen zoals aanpassingsstoornissen, depressieve klachten, verslavingsproblemen, angststoornissen en posttraumatische stressstoornis (PTSS)⁵⁻⁸.

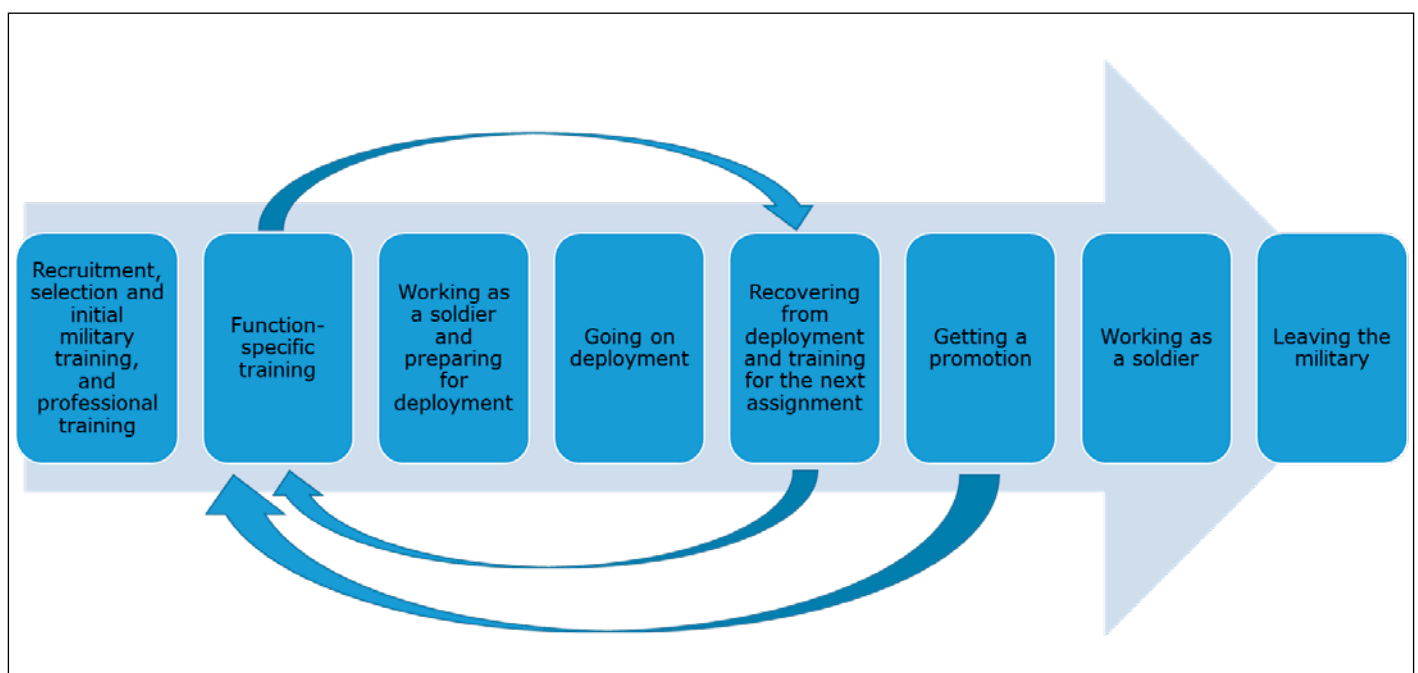


Fig. 1: Vereenvoudigde weergave van een militaire carrière.

De behandeling van de meeste van deze aandoeningen bestaat uit psychotherapie en het gebruik van psychofarmaca (bijvoorbeeld benzodiazepines, antidepressiva, antipsychotica, anti-epileptica en psychostimulantia)⁹⁻¹¹. Alle Nederlandse militairen worden veelal zonder wachttijd behandeld binnen het verplichte militaire gezondheidszorgsysteem. Hieronder vallen de eerstelijns- en tweedelijnszorg, maar ook de psychiatrie. Dit betekent onder andere dat alle binnen dit systeem verstrekte medicatie wordt geregistreerd in de militaire apotheek. Vanwege dit unieke gegeven is het mogelijk om onderzoek te doen naar psychofarmacagebruik bij Nederlandse militairen.

De belangrijkste doelen in het proefschrift

1. Het evalueren van patronen van psychofarmacagebruik binnen de Nederlandse krijgsmacht.
2. Het evalueren van de behandeling met psychofarmaca na (aan uitzending gerelateerd) trauma bij Nederlandse veteranen.
3. Een apart onderzoek is verricht om de behandeling met psychofarmaca te evalueren bij patiënten die opgenomen zijn geweest op de intensive care (IC).

Voor verschillende onderzoeken in dit proefschrift wordt gebruik gemaakt van de informatie uit de militaire apotheek (zie *hoofdstuk 2.1, 2.2, 2.3, 3.1 en deels 3.2 van het proefschrift*), voor de onderzoeken die zijn uitgevoerd en weergegeven in de *hoofdstukken 3.2 en 3.3* wordt gebruik gemaakt van gedetailleerde informatie van veteranen die wordt verzameld bij behandelaren of bij de veteranen zelf. Voor het onderzoek opgenomen in *hoofdstuk 3.4* wordt gebruik gemaakt van civiele data. De relatie tussen de onderzoeksperiode van de verschillende onderzoeken en de militaire carrière is weergegeven in Fig. 2. In *hoofdstuk 3.4* wordt de periode van opname op de IC in de militaire carrière geplaatst onder de uitzending. De IC-opname wordt in dit onderzoek beschouwd als een potentieel traumatische gebeurtenis bij niet-militairen.

Voor alle onderzoeken is toestemming verleend door de functionaris gegevensbescherming volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

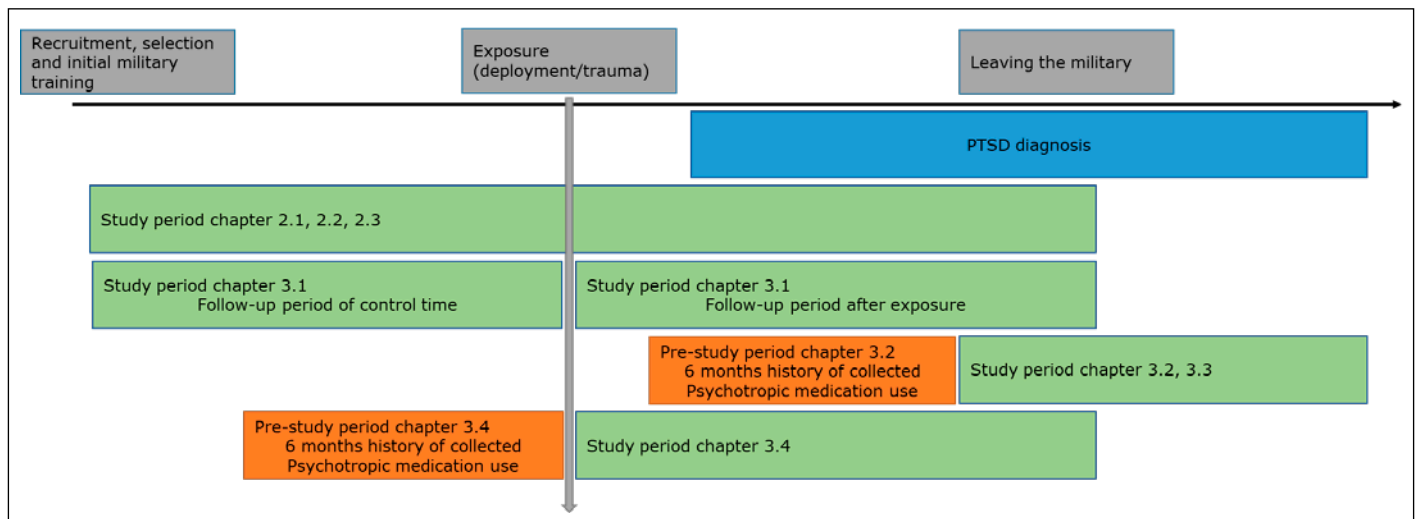


Fig. 2: Onderzoeksperiode van de verschillende onderzoeken in het proefschrift afgezet tegen de militaire carrière.

Patronen van psychofarmacagebruik bij de krijgsmacht

In *hoofdstuk 2.1* is de prevalentie van psychofarmacagebruik binnen de Nederlandse krijgsmacht vergeleken met de prevalentie van psychofarmacagebruik bij de rest van de Nederlandse bevolking. De jaarprevalentie van psychofarmacagebruik door Nederlandse militairen steeg met 55%, van 1,64% in 2003 tot 2,54% in 2012. Antidepressiva werden het vaakst gebruikt door militairen, en het gebruik van antidepressiva en ADHD-medicatie was het meest toegenomen gedurende de onderzoeksperiode (Fig. 3). Wanneer deze jaarprevalentie onder militairen werd vergeleken met die van de rest van de Nederlandse bevolking, kregen militairen veel minder psychofarmaca verstrekt. Dit gold voor bijna alle onderzochte psychofarmaca (antidepressiva, anti-epileptica, antipsychotica, en benzodiazepinen, maar niet voor ADHD-medicatie).

De conclusie is dat Nederlandse militairen significant minder psychofarmaca gebruikten dan de Nederlandse bevolking, maar dat het aantal verstrekkingen over een periode van 10 jaar sterk was toegenomen.

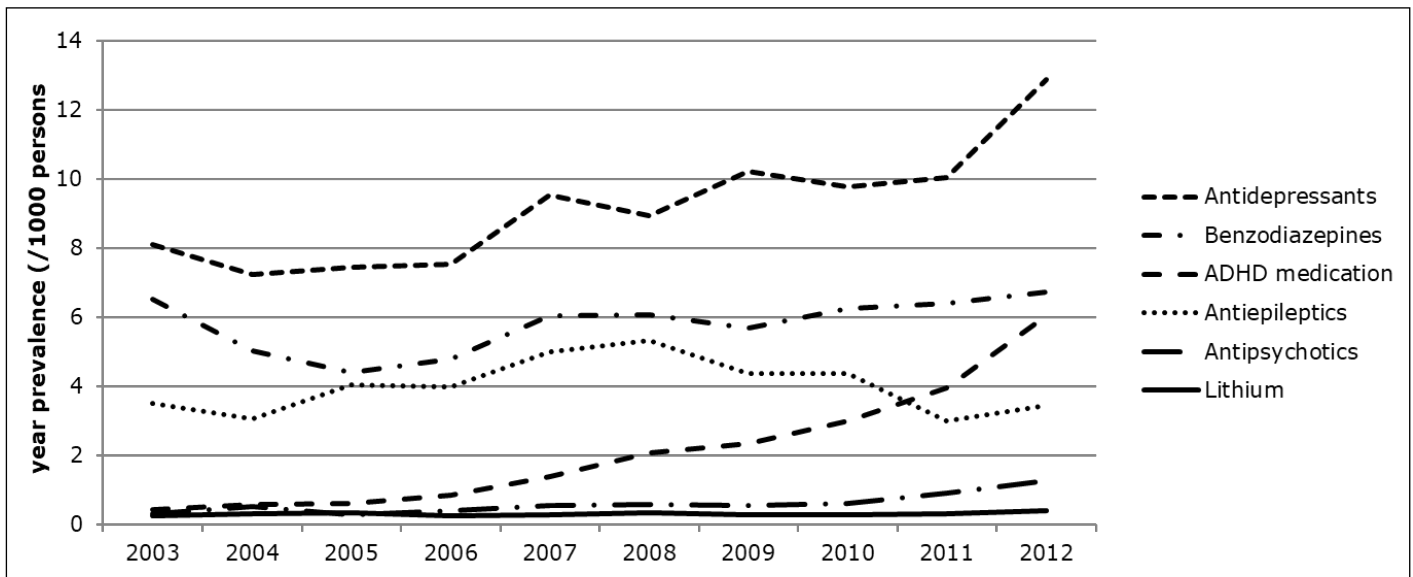
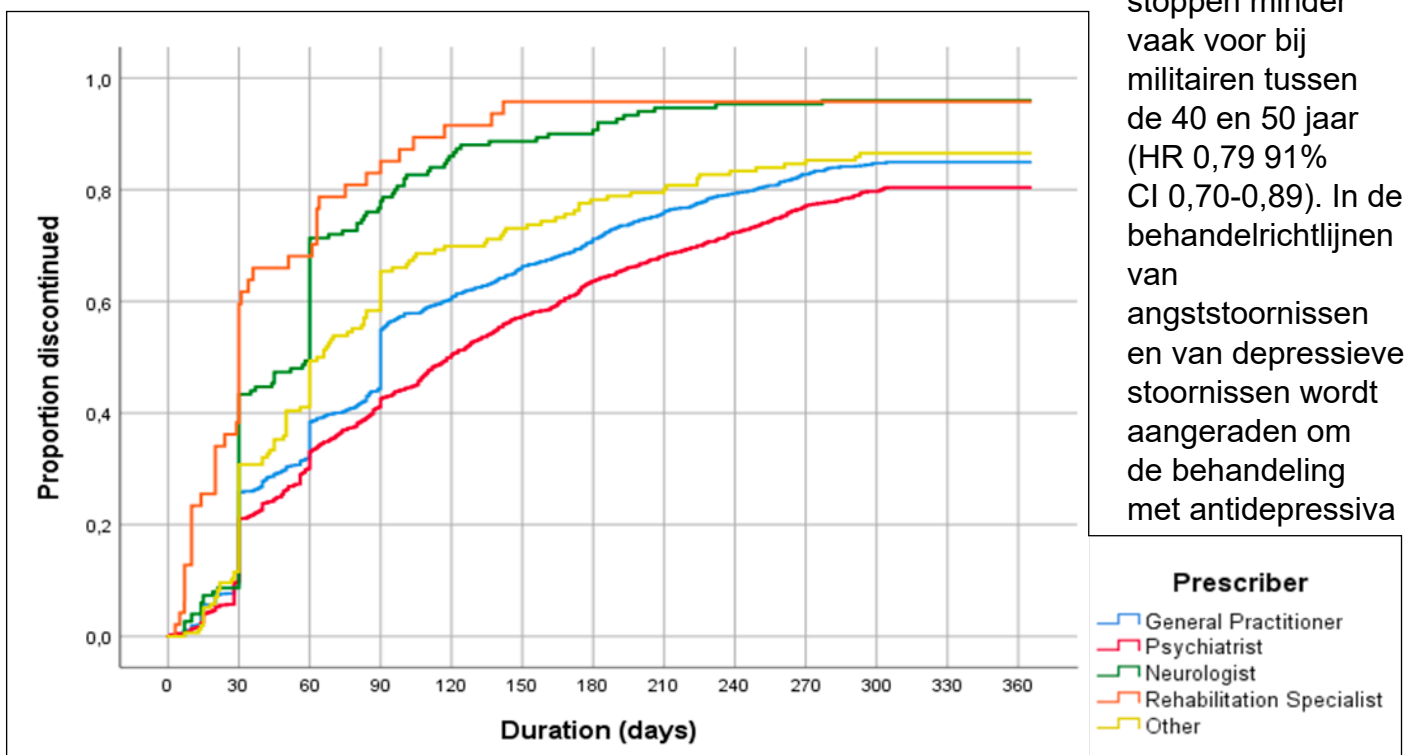


Fig. 3: Jaarprevalentie van verschillende psychofarmaca van 2003-2012 voor Nederlandse militairen.

In hoofdstuk 2.2 is geëvalueerd hoe snel militairen stopten met het gebruik van antidepressiva. Het onderzoek richtte zich op de eerste 12 maanden na de start van het gebruik en de verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op het stoppen werden meegenomen in de analyses.

Ongeveer een kwart (25,9%) van de 2.479 geïnccludeerde militairen die startten met antidepressiva was na een maand gestopt met het gebruik van antidepressiva; na 3 en 6 maanden steeg dit aantal tot respectievelijk 52,7% en 70,3%. Vroegtijdig stoppen kwam vaker voor bij militairen die hun eerste recept kregen van een neuroloog of revalidatiespecialist (HR 1,85 95% CI 1,55-2,21; HR 2,66 95% CI 1,97-3,58) dan bij militairen met een eerste recept van een huisarts (Fig. 4). Bovendien kwam vroegtijdig stoppen minder vaak voor bij militairen die serotonineheropname-remmers en andere antidepressiva kregen (HR 0,57 95% CI 0,51-0,60; HR 0,63 95% CI 0,55-0,73) dan bij militairen die tricyclische antidepressiva kregen voorgeschreven. Ook kwam vroegtijdig



stoppen minder vaak voor bij militairen tussen de 40 en 50 jaar (HR 0,79 91% CI 0,70-0,89). In de behandelrichtlijnen van angststoornissen en van depressieve stoornissen wordt aangeraden om de behandeling met antidepressiva

Fig. 4: Proportie stoppers van antidepressiva voor verschillende voorschrijvers.

minimaal 6 maanden na het verdwijnen van de klachten voort te zetten. Vroegtijdig stoppen van de behandeling met antidepressiva verhoogt het risico op onvoldoende behandelresultaten en terugval in de loop van de tijd. De conclusie is dat meer onderzoek nodig is naar bijvoorbeeld de oorzaken van vroegtijdig stoppen, zodat deze kunnen worden aangepakt.

In *hoofdstuk 2.3* is de prevalentie geëvalueerd van het gebruik van medicatie voor erectiestoornissen (ES) van militairen binnen de Nederlandse krijgsmacht en de relatie tot leeftijd en psychofarmacagebruik. Het aantal gebruikers van ES-medicatie is tussen 2003 en 2012 verhonderdvoudigd van 0,09 naar 9,29 per 1.000 per jaar. ES-medicatie werd vaker gebruikt door mannen boven de 40 jaar dan onder de 40 jaar: 2,4% in 2012 t.o.v. 0,2% in 2003 (OR [2003-2012, aangepast voor kalenderjaar] 15,6 95% CI 13,5-17,9). Militairen die tevens psychofarmaca gebruikten, gebruikten ook vaker ES-medicatie: 3,8% in 2012 t.o.v. 0,9% in 2003 (OR [2003-2012, aangepast voor kalenderjaar] 3,13 95% CI 2,66-3,57). Uit dit onderzoek bleek tussen 2003 en 2012 een sterke toename van het aantal gebruikers van ES-medicatie bij mannelijke Nederlandse militairen. Het gebruik van ES-medicatie was hoger bij degenen die ouder waren dan 40 jaar en die psychofarmaca gebruikten.

De behandeling met psychofarmaca na (aan uitzending gerelateerd) trauma

In *hoofdstuk 3.1* is de relatie geëvalueerd tussen blootstelling aan militaire inzet en de incidentie van psychofarmacagebruik bij Nederlandse militairen. Alle Nederlandse militairen die tussen 2002 en 2018 minimaal één keer zijn ingezet tijdens een uitzending, zijn bestudeerd. In totaal werden 44.731 militairen geïnccludeerd, waarvan 32.299 militairen vóór 2002 geen uitzendervaring hadden. Er werd een stijging gezien in de incidentie van psychofarmacagebruik na de laatste uitzending van 12,6 per 1.000 persoonsjaren, vergeleken met 4,1 per 1.000 persoonsjaren voorafgaand aan de eerste uitzending (incidentieratio 3,07 95% CI 2,79-3,40) (Fig. 5). De stijging was het grootst voor antipsychotica, deze steeg van 0,14 tot 1,06 per 1.000 persoonsjaren (incidentieratio 7,31 95% CI 4,52-12,56). De incidentie na uitzending was het hoogst voor het gebruik van antidepressiva (6,28). De cumulatieve incidentie van psychofarmacagebruik na uitzending was hoger bij vrouwen dan bij mannen (HR 1,91 95% CI 1,69-2,15). In vergelijking tot de officieren hadden ook soldaten, korporaals en onderofficieren een hoger risico op het starten van psychofarmaca (HR 1,71 95% CI 1,43-2,04; HR 1,71 95% CI 1,47-2,00 en HR 1,39 95% CI 1,25-1,55 respectievelijk). Tot slot werd ook gezien dat militairen die meerdere uitzendingen hadden gedaan vaker startten met psychofarmacagebruik dan militairen die één keer op uitzending waren geweest (HR 1,26 95% CI 1,16-1,38). Over het algemeen is het gebruik van psychofarmaca bij Nederlandse militairen verdrievoudigd na uitzending.

	Pre-deployment			Post-deployment			Incidence rate ratio
	N	Person-time (in years)	IR (per 1000 person-years)	N	Person-time (in years)	IR (per 1000 person-years)	IRR (95% CI)
Antiepileptic drugs	53	124485	0.43	192	206109	0.93	2.19 (1.61-3.02)
Antipsychotics	18	124584	0.14	218	206509	1.06	7.31 (4.52-12.56)
Benzodiazepines	203	123900	1.64	1156	202829	5.70	3.48 (2.99-4.06)
Antidepressants	217	123798	1.75	1268	201810	6.28	3.58 (3.10-4.16)
Psychostimulants	75	124331	0.60	592	205210	2.89	4.78 (3.76-6.17)
Any psychotropic medication	479	116729	4.10	2486	197060	12.62	3.07 (2.79-3.40)

Fig. 5: Incidentie van psychofarmacagebruik van Nederlandse militairen voorafgaand aan hun eerste uitzending en na hun laatste uitzending.

In *hoofdstuk 3.2* is onderzocht welke psychofarmaca werden voorgeschreven aan veteranen met PTSS. De relatie tussen de behandeling met psychofarmaca en de verandering van symptomen van PTSS werd onderzocht. Alle deelnemers kregen psychotherapie (traumagericht en niet-traumagericht). In totaal werden 45 militaire veteranen ondervraagd, van wie 20 veteranen (44%) een aanvullende farmacologische behandeling kregen. Antidepressiva werden het vaakst voorgeschreven (n=14), gevolgd door benzodiazepinen (n=7) en antipsychotica (n=5). Bij 35% van de veteranen die aanvullende medicatie kregen voorgeschreven, werd een verbetering gezien van de PTSS-symptomen, vergeleken met 28% van de veteranen die geen psychofarmaca hadden gekregen (Fig. 6). De psychofarmaca hadden een positief, maar bescheiden effect op het behandelresultaat bij veteranen met PTSS boven psychotherapie alleen.

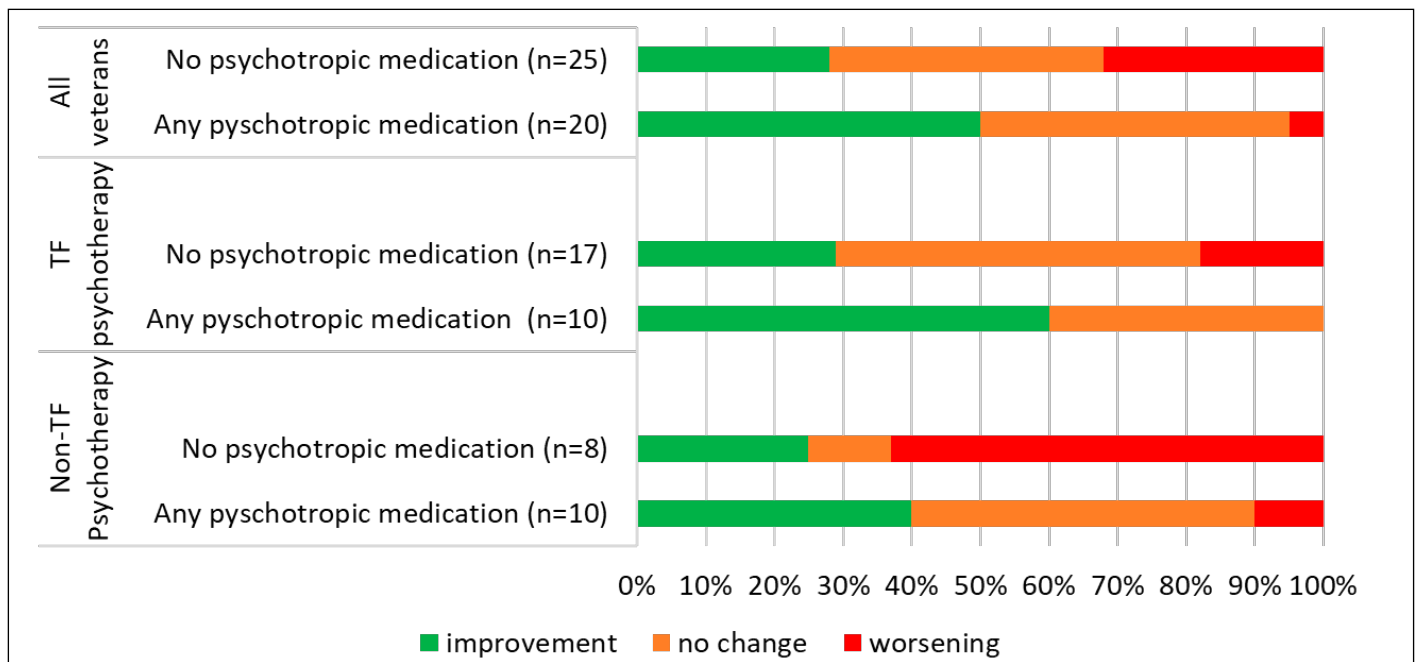


Fig. 6: Verbetering of verslechtering van PTSS-symptomen voor veteranen met of zonder traumagerichte psychotherapie, en met of zonder psychofarmaca.

Patiënten en zorgverleners zijn steeds op zoek naar nieuwe behandelmogelijkheden. Daarom is er een focusgroepdiscussie georganiseerd onder militaire veteranen met chronische PTSS die behandeld werden met medicinale cannabis (n=7). De opzet was meer te weten te komen over de mening van patiënten en hun ervaringen met medicinale cannabis (*hoofdstuk 3.3*).

Vijf overkoepelende thema's kwamen ter sprake. De eerste vier thema's hadden betrekking op de verschillende fasen van medicinaal cannabisgebruik (overweging om te starten, starten, gebruiken en stoppen). Het vijfde thema had betrekking op een aantal algemene aspecten van medicinaal cannabisgebruik (Fig. 7). Stigma bleek een belangrijke rol te spelen bij de overweging om te starten. Patiënten gebruikten medicinale cannabis om hun symptomen te beheersen maar zij hadden niet de behoefte om 'high te worden'. Ze rapporteerden verschillende therapeutische effecten, waaronder een betere slaapkwaliteit. De resultaten uit dit onderzoek zijn relevant voor het ontwerp van toekomstige klinische onderzoeken naar het gebruik van medicinale cannabis voor de behandeling van PTSS.

In het laatste onderzoek (*hoofdstuk 3.4*) is bestudeerd in hoeverre patiënten met psychische problemen na opname op een IC met psychofarmaca starten en het gebruik ervan voortzetten. De IC-opname kan gezien worden als een potentieel traumatische gebeurtenis. De patiënten die een IC-opname overleven kunnen daarom met dezelfde type klachten te maken krijgen als militairen die op uitzending zijn geweest. Van de 1.328 voormalige IC-patiënten had 24,3% (n=323) psychische problemen ontwikkeld (angst, depressie en/of PTSS). Van deze groep gebruikte 29,7% (n=96) psychofarmaca een jaar na ontslag van de IC tegenover 10,6% (n=107) van de patiënten zonder deze problemen (OR 3,17 95% CI 2,29-4,38). Ze hadden verder 4,3 (95% CI 2,62-7,16)

CONSIDERATION	INITIATION	USAGE	DISCONTINUATION
Experiences with previous treatment <ul style="list-style-type: none"> Dissatisfaction with previous medication Side effects of previous medication Opinion on medical cannabis <ul style="list-style-type: none"> Drugs vs medicine Opinion of partner and family Influence of background Influence of labeling Concerns about medical cannabis use <ul style="list-style-type: none"> Losing alertness Potential abuse 	<ul style="list-style-type: none"> Initiator: self or other Hesitance 	Administration <ul style="list-style-type: none"> Differences in cannabis strains Difficulties finding the right dose Symptom reduction vs getting high Sublingual use vs inhalation Therapeutic effects <ul style="list-style-type: none"> Improved sleep and nightmares Reduced anger and irritability Effects on comorbidities Reduction in other medications Effects of patient's use on partner <ul style="list-style-type: none"> Improved sleep quality partner Overall satisfaction partner Adverse effects <ul style="list-style-type: none"> Increased emotionality Disorientation 	<ul style="list-style-type: none"> Lack or disappearance of effects Rebound effect when stopping
GENERAL ASPECTS			
Availability <ul style="list-style-type: none"> Sources of cannabis Lack of reimbursement 	Use-related restrictions <ul style="list-style-type: none"> Driving Traveling abroad 	Need for information <ul style="list-style-type: none"> Cannabis needs to be studied more Treatment needs to be individualized 	Comparison to other medications <ul style="list-style-type: none"> Cannabis vs other medications Plants vs chemicals

Fig. 7: Geïdentificeerde thema's en subthema's; de pijl geeft de stappen aan bij het gebruik van medicinale cannabis.

keer meer kans om psychotrope medicatie te starten (18,7% versus 4,8%) na opname op de IC. Vergelijkbare patronen zijn waargenomen bij verschillende groepen van psychotrope middelen: antidepressiva, antipsychotica en benzodiazepinen (Fig. 8). Geconcludeerd werd dat voormalige IC-patiënten met psychische problemen bijna drie keer meer kans hebben om psychofarmaca te gebruiken en te starten dan voormalige IC-patiënten zonder deze problemen. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of psychische problemen goed worden gediagnosticeerd en behandeld bij voormalige IC-patiënten. Dit is zeker relevant met de grote populatie patiënten die na COVID-19 langdurig opgenomen zijn geweest op de IC.

All users ^c	All patients (n=1328)	Patients with mental health problems (n=323)	Patients without mental health problems (n=1005)	OR (95% CI) ^a Crude	OR (95% CI) Adjusted ^b
Antidepressants	113 (8.5%)	50 (15.5%)	63 (6.3%)	2.74 (1.85-4.07)	2.41 (1.60-3.62)
Antipsychotics	17 (1.3%)	10 (3.1%)	7 (0.7%)	4.56 (1.72-12.07)	3.46 (1.22-9.79)
Benzodiazepines	118 (8.9%)	63 (19.5%)	55 (5.5%)	4.19 (2.84-6.16)	3.76 (2.51-5.61)
Any psychotropic medication	203 (15.3%)	96 (29.7%)	107 (10.6%)	3.54 (2.60-4.85)	3.17 (2.29-4.38)
Initiators only^d	All initiators (n=979)	Patients with mental health problems (n=209)	Patients without mental health problems (n=770)	OR (95% CI) ^a Crude	OR (95% CI) Adjusted ^b
Antidepressants	38 (3.9%)	19 (9.1%)	19 (2.5%)	3.95 (2.05-7.61)	3.62 (1.81-7.23)
Antipsychotics	3 (0.3%)	2 (1.0%)	1 (0.1%)	7.43 (0.67-82.34)	6.18 (0.48-78.88)
Benzodiazepines	45 (4.6%)	26 (12.4%)	19 (2.5%)	5.62 (3.04-10.37)	5.16 (2.74-9.72)
Any psychotropic medication	76 (7.8%)	39 (18.7%)	37 (4.8%)	4.55 (2.81-7.43)	4.33 (2.62-7.16)

Fig. 8: De relatie tussen psychische problemen en het gebruik van psychofarmaca een jaar na ontslag van de IC.

Discussie

In de algemene beschouwing (*hoofdstuk 4*) wordt eerst het psychofarmacagebruik besproken in de context van de Nederlandse krijgsmacht. Daarna wordt ingegaan op de mogelijkheden en uitdagingen van farmaco-epidemiologisch onderzoek binnen de krijgsmacht. Tot slot worden implicaties voor de klinische praktijk en voor verder onderzoek gepresenteerd.

Hoewel de prevalentie en incidentie van psychofarmacagebruik bij de krijgsmacht laag is vergeleken met de algemene Nederlandse bevolking, neemt het gebruik toe. De militaire populatie, die de kern van dit proefschrift vormt, heeft een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problemen na uitzending. Het gebruik van psychofarmaca kan een belangrijke rol spelen bij de behandeling van deze psychische problemen.

Er zijn meerdere barrières te vinden die een rol kunnen spelen bij de lage prevalentiecijfers die zijn gevonden in dit proefschrift. Het is soms moeilijk om aan uitzending gerelateerde psychische problemen te diagnosticeren. Daarnaast ontbreken goede beschikbare behandelingsopties voor deze aan uitzending gerelateerde problemen, zoals PTSS. Ook de behandeling zelf kan problemen opleveren omdat de militair vaak niet op de behandellocatie aanwezig is. Bovendien

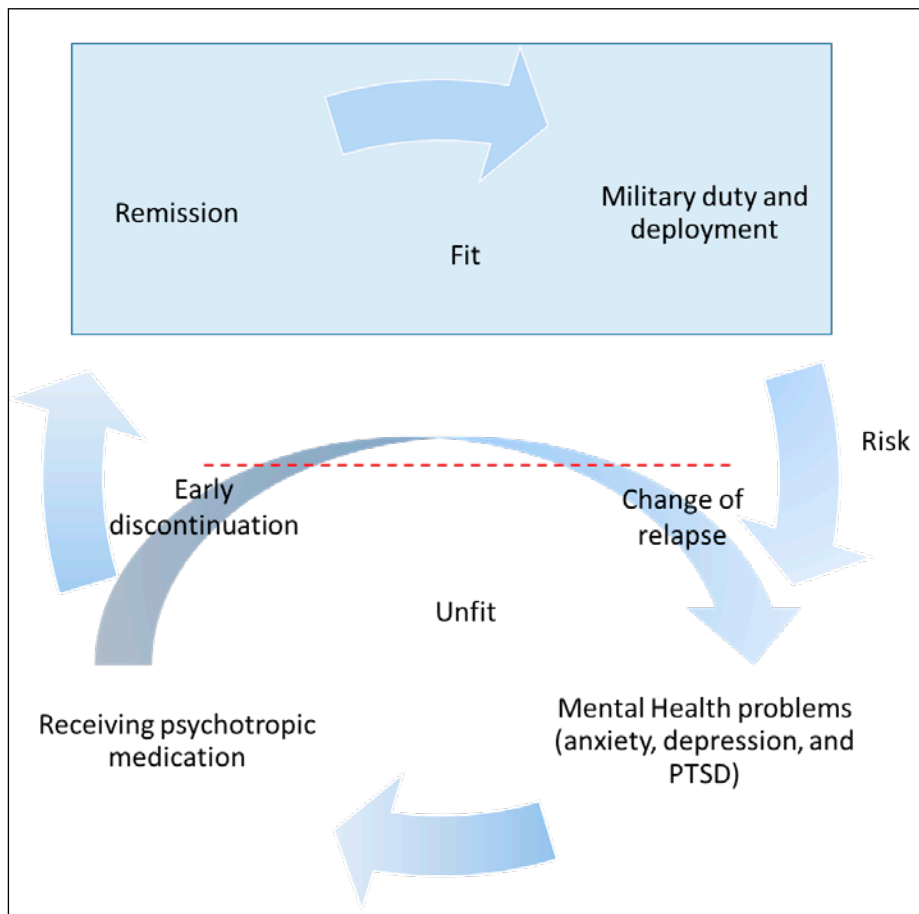


Fig. 9: Het dilemma van psychofarmacagebruik bij de krijgsmacht.

hangt stigma, over psychische problemen en medicijngebruik binnen de krijgsmacht, op een negatieve manier samen met de militairen bij het zoeken naar hulp en het starten of voortzetten van farmacologische behandelingen. Ten slotte is er sprake van een paradox waarbij militaire inzet leidt tot een verhoogd risico op psychische problemen die behandeld moeten worden. Zowel de problemen als de behandeling kunnen ertoe leiden dat de militair (tijdelijk) ongeschikt is voor uitzending (Fig. 9). Zowel de barrières rond diagnose en behandeling, als het stigma, als de paradox kunnen factoren zijn die bijdragen aan de lage prevalentiecijfers in het gebruik van psychofarmaca.

In dit proefschrift wordt gepleit voor verder onderzoek naar psychofarmacagebruik in de behandeling van militairen met psychische problemen. In eerste instantie moeten de toekomstige onderzoeken antwoord geven op de vraag hoe de omgeving waarin militairen werken en leven, maar dus ook hoe ze worden behandeld voor hun psychische klachten op een duurzame manier kan worden verbeterd. Daarnaast moeten de toekomstige onderzoeken gericht zijn op het verbeteren van de geestelijke gezondheid van deze militairen wanneer ze patiënt worden. Wanneer deze beide onderzoeksgebieden goed op de agenda staan draagt dat bij aan het paraat houden van de krijgsmacht met militairen die geschikt zijn voor inzet.

SUMMARY

PSYCHOTROPIC MEDICATION USE IN THE ARMED FORCES: PRESCRIPTION PATTERNS AND TREATMENT AFTER TRAUMA

The full text PhD-thesis is available [online](#).

Literatuur:

1. Lyk-Jensen S.V., Weatherall C.D., Jepsen P.W.: The effect of military deployment on mental health. *Econ Hum Biol.* 2016;23:193-208.
2. Forbes D., O'Donnell M., Brand R.M., Korn S., Creamer M., McFarlane A.C. et al.: The long-term mental health impact of peacekeeping: prevalence and predictors of psychiatric disorder. *Br J Psychiatry Open* [Internet]. 2016;2(1):32-7. Available from: <http://bjpo.rcpsych.org/lookup/doi/10.1192/bjpo.bp.115.001321>
3. Vermetten E., Olf M.: Psychotraumatology in the Netherlands. *Eur J Psychotraumatol.* 2013;4:1-9.
4. Reijnen A., Rademaker A.R., Vermetten E., Geuze E.: Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to Afghanistan: A 2-year longitudinal analysis. *Eur Psychiatry.* 2015;30(2):341-6.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington V.A.: Author; 2013.
6. Taal E.L.M., Vermetten E., Van Schaik D.A.J.F., Leenstra T.: Do soldiers seek more mental health care after deployment? Analysis of mental health consultations in the Netherlands Armed Forces following deployment to Afghanistan. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Mar 7];5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4138709&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Van der Wal S.J., Gorter R., Reijnen A., Geuze E., Vermetten E.: Cohort profile: the Prospective Research In Stress-Related Military Operations (PRISMO) study in the Dutch Armed Forces. *Br Med J Open.* 2019;(9e):1-10.
8. Eekhout I., Reijnen A., Vermetten E., Geuze E.: Post-traumatic stress symptoms 5 years after military deployment to Afghanistan: an observational cohort study. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(1):58-64.
9. The Dutch College of General Practitioners: Summary map depression, in review 2012 [Internet]. [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie>
10. The Dutch College of General Practitioners: Summary map fear, in review 2012 [Internet]. [cited 2021 May 1]. Available from: <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/angst>
11. Department of Veterans Affairs, Department of Defense: VA / DOD Clinical Practice Guideline For The Management of Posttraumatic Stress Disorder And Acute Stress Disorder. Washington, D.C.: Dept. of Veterans Affairs, Dept. of Defense.; 2017. 1-200 p.

MEDEDELING



Netherlands School of Public & Occupational Health



Klik voor meer informatie over elke nascholing of opleiding op de titel.
Inlichtingen: www.nspoh.nl, telefoon (030) 8100500, e-mail info@nspoh.nl

Basisopleiding Stoppen met roken coach

Deze opleiding bestaat uit twee losse eendaagse modules: Tabaksverslaving en Motiveren kun je leren. Met de basisopleiding op zak kun je jezelf inschrijven in het kwaliteitsregister voor de Stoppen met roken coach bij KABIZ zodat je makkelijk gevonden wordt als coach.

Voor wie: *praktijkondersteuners, (long)verpleegkundigen, doktersassistenten, huisartsen en longartsen en andere zorgprofessionals die begeleiden bij stoppen met roken. En professionals die willen starten als Stoppen met roken coach*

Datum: 7 februari en 14 maart 2022, Utrecht

Stoppen met roken: tabaksverslaving

Stoppen met roken is belangrijk. Maar het is ook heel erg moeilijk. Professionele hulp is altijd nuttig en meestal nodig. Leer wat mensen motiveert tot een gedragsverandering. En wat jouw rol als professional is in dit proces.

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

Datum: 7 februari 2022, online

Slaap en werk

Slaap- en slaapproblemen hebben grote invloed op de werkprestaties en belastbaarheid van werknemers. Wil je je inzicht vergroten op het gebied van slaap en werk? Wil je ontdekken welke behandelingen mogelijk zijn? Doe dan deze module.

Voor wie: *bedrijfsartsen en verzekeringsartsen*

Datum: 23 februari 2022, Utrecht

Stress als bondgenoot (nieuw)

Stress- en burn-out zijn beroepsziekte nummer één. Daarom wordt steeds meer gedaan aan stressreductie en preventie. Maar is het echt zo slecht om stress te hebben? Stress kan soms ook heel nuttig zijn. Wil jij leren hoe je stress juist vóór je kunt laten werken zonder de nadelige gezondheidseffecten? Geef je dan op voor deze training!

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

Datum: 8 maart 2022, online

Stoppen met roken: motiveren kun je leren

Training, vervolg op *Stoppen met roken: tabaksverslaving*, waarin je uitgebreid oefent met communicatieve vaardigheden. De focus ligt op communicatie volgens de "motiverende gespreksvoering".

Voor wie: *praktijkondersteuners, (long)verpleegkundigen, doktersassistenten, huisartsen en andere zorgprofessionals die begeleiden bij stoppen met roken*

Datum: 14 maart 2022, 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: 15 maart 2022 (9.30-12.30 uur), 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 & occupational health*

Datum: 16 en 23 maart (9.30-12.30 uur) 2022, online

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 & occupational health*

Datum: 23 maart en 6 april 2022, Utrecht

‘Niets is onmogelijk voor hen die willen’

Militair Revalidatie Centrum Aardenburg, 1946-2021

door Elsa Miedema MA

De auteur is militair en politiek historicus en onderzoeker. In 2019 rondde ze cum laude haar Master Geschiedenis af aan de Universiteit Leiden en sindsdien heeft ze verschillende historische onderzoeksprojecten uitgevoerd, waaronder het schrijven van een boek over de geschiedenis van het MRC Aardenburg, getiteld *Samen op eigen kracht*. Dit boek is een coproductie van het MRC en het Nederlands Instituut voor Militaire Historie (NIMH) en verscheen in december 2021, in het kader van het 75-jarige jubileum van het revalidatiecentrum. Dit artikel is een afgeleide van het boek. Artikel ontvangen december 2021.

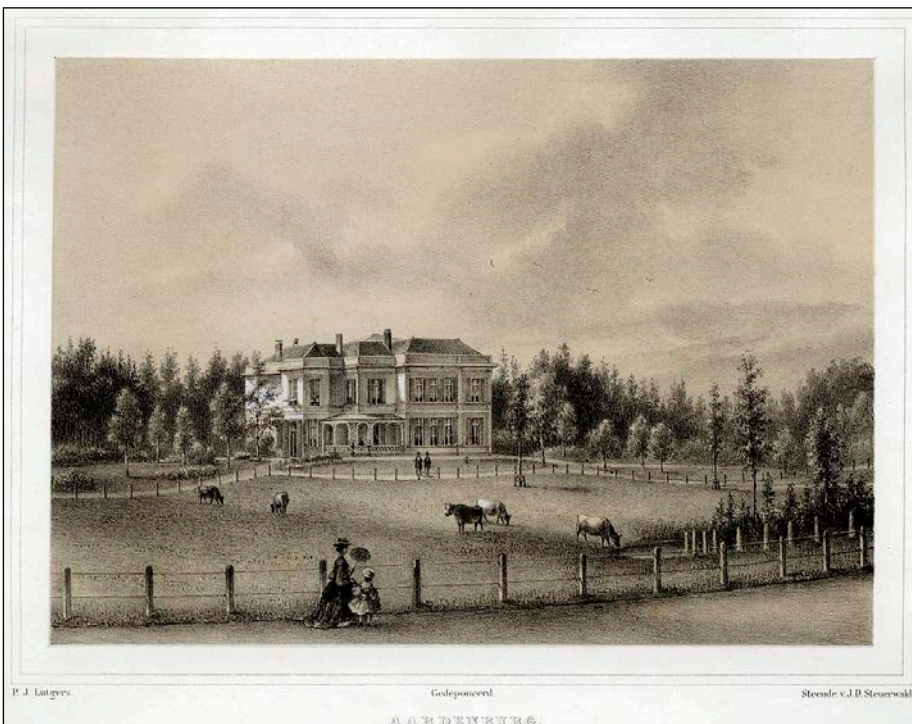
Samenvatting

Het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg (MRC) in Doorn is het enige militaire revalidatiecentrum in Nederland, maar niet het eerste. Tijdens de bevrijdingsstrijd van 1944-1945 was op initiatief van de Stoottroepen het eerste militaire ‘herstellingsoord’ geopend in Oisterwijk. Vlak na de oorlog nam villa Aardenburg in Doorn deze taak over. Toen dit tweede Nederlandse militaire herstellingsoord in 1946 zijn deuren opende, hadden de dienstdoende artsen en therapeuten nog weinig kennis van revalidatiegeneeskunde. Steunend op de kennis van artsen uit Groot-Brittannië, die tijdens de Eerste Wereldoorlog hiermee al de nodige ervaring hadden opgedaan, en vastbesloten de grote toestroom aan revalidanten een plaats in de maatschappij te bezorgen, ontwikkelde het herstellingsoord zich langzaam maar zeker tot modern revalidatiecentrum. Hoewel de weg daarheen hobbelig bleek en discussies over fusies en zelfs opheffing niet zelden werden gevoerd, bestaat het MRC anno 2021 75 jaar.

Inleiding

Wat heeft de rijke Amsterdamse handelsfamilie Van Eeghen te maken met het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg in Doorn? Hoewel een connectie tussen deze twee niet logisch lijkt, is beider geschiedenis met elkaar verbonden. Landgoed Aardenburg, waar het MRC op is gevestigd, was

namelijk lange tijd eigendom van de Van Eeghens. In 1860 had de Amsterdamse koopman Jan van Eeghen (1816-1865) een braakliggend perceel tussen Huis Doorn en Kasteel Moersbergen gekocht, waarna hij opdracht had gegeven om een crème gepleisterde villa te bouwen en een romantische tuin aan te leggen. De familie Van Eeghen was in de zeventiende eeuw uit wat nu Vlaanderen heet gevlucht vanwege hun protestantse geloof. In het Zeeuwse stadje Aardenburg streken zij neer om daar de kost te verdienen in de lakenhandel. Omstreeks 1655 vertrok Jacob van Eeghen (1631-1697), een verre



Afb. 1: Huize Aardenburg in de negentiende eeuw.

Bron: Regionaal Archief Zuid-Utrecht.

voorvader van Jan, naar Amsterdam, waar hij en zijn nazaten een succesvol handelshuis en een bank oprichtten en tot de rijkste families in de Hollandse hoofdstad gingen behoren. Toen Jan van Eeghen het landgoed in Doorn kocht en liet inrichten gaf hij het de naam 'Aardenburg', als eerbetoon aan zijn familiegeschiedenis. De familie gebruikte villa Aardenburg en het naar de nieuwste tuinmode ingerichte landgoed tot aan de Tweede Wereldoorlog als weekendhuis^{1,2}.

Na de oorlog stond de villa leeg en besloot het ministerie van Defensie het te huren, waarna het locatie werd voor een nieuw op te richten militair herstellingsoord. Dit artikel schetst kort de voorgeschiedenis van de militaire revalidatiezorg, waarna de beginjaren van het MRC worden belicht. Waarom en hoe begon de geschiedenis van het MRC en zijn er parallellen te trekken tussen het verleden en het heden?

Korte voorgeschiedenis militaire revalidatiezorg

Oorlog is van alle tijden, maar goede revalidatiezorg was lange tijd geen vanzelfsprekendheid. Tot en met de zeventiende eeuw ontfermden in Europa vooral liefdadigheidsorganisaties en religieuze instellingen zich over militaire slachtoffers. De Franse koning Lodewijk XIV bracht hier voor het eerst verandering in toen hij in 1671 het *Hôtel National des Invalides* oprichtte in Parijs. Dit was een rusthuis, bedoeld voor gewond geraakte en hulpbehoevende militairen. In 1682 volgde de Britse koning Charles II dit voorbeeld en opende het *Royal Hospital* voor 'those broken by age or war'. Tien jaar later, in 1692 kwam daar bovendien het *Royal Hospital for Seamen* in Greenwich bij. Deze tehuizen hadden echter nog niks met revalidatie te maken en waren enkel bedoeld voor de opvang van hulpbehoevende veteranen^{3,4}.



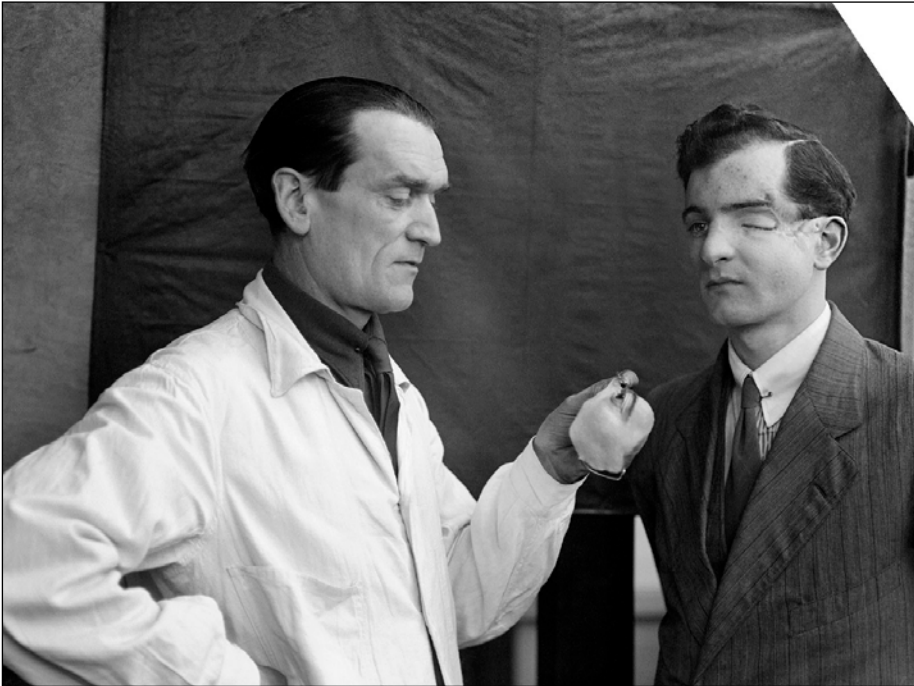
Afb. 2: Militair Herstellingsoord Milligen, eind negentiende eeuw.

Bron: Nationaal Militair Museum.

Reserve welkom waren in Milligen. In de nacht van 13 op 14 juni 1908 brak een brand uit die het gebouw tot op de grond verwoestte. Er volgde geen wederopbouw van het herstellingsoord. Waarschijnlijk waren de beperkte financiële middelen gedurende deze jaren bij de krijgsmacht hiervan de oorzaak⁵⁻⁷.

Eerste Wereldoorlog

Aangezien Nederland neutraal was tijdens de Eerste Wereldoorlog, had de regering niet, zoals omringende landen, te kampen met de grote aantallen gewonde militairen. De Grote Oorlog, zoals deze al snel te boek kwam te staan, week in veel opzichten af van voorgaande conflicten. Innovaties op militair-technisch en -tactisch vlak volgden elkaar gedurende de oorlogsjaren snel op. Zo werden tussen 1914-1918 voor het eerst vliegtuigen en tanks ingezet en maakten infanteristen gebruik van nieuwe strijdmiddelen zoals de mitrailleur, de handgranaat, de mortier en gas.



Afb. 3: Captain Francis Derwent Wood meet een patiënt een gezichtsprothese aan in het 3rd London General Hospital tijdens de Eerste Wereldoorlog.

Bron: [Wikimedia Commons](#).

terugkeer naar het front geen sprake kon zijn. Circa 40.000 Britse militairen ondergingen één of meerdere amputaties. Dit gaf een impuls aan de verdere ontwikkeling van de orthopedie en de plastische chirurgie. De Duitse prothesemaker Otto Bock speelde hier een grote rol in. Zijn uitvinding van de zogenaamde 'Jupa-knie', die zowel stabiel als meer mobiel was dan de daarvoor gebruikte kniesystemen, vergrootte het draagcomfort van beenprothesen aanzienlijk. De firma Ottobock is tegenwoordig leverancier van prothesen aan MRC Aardenburg^{9,10}.

Tweede Wereldoorlog en bevrijding

Nadat Duitse troepen op 10 mei 1940 Nederland binnenvielen kwam het thema militaire nazorg ook in Nederland nadrukkelijker op de agenda te staan. Tijdens de meidagen raakten ongeveer 8.000 Nederlandse militairen gewond. Van hen hielden meer dan 850 een blijvende beperking aan hun verwonding over. Gedurende de oorlog die hierop volgde zette het Nederlandse



Afb. 4: Begin juli 1940 arriveerden de eerste patiënten bij Huize Kareol.

Bron: Spaarnestad.

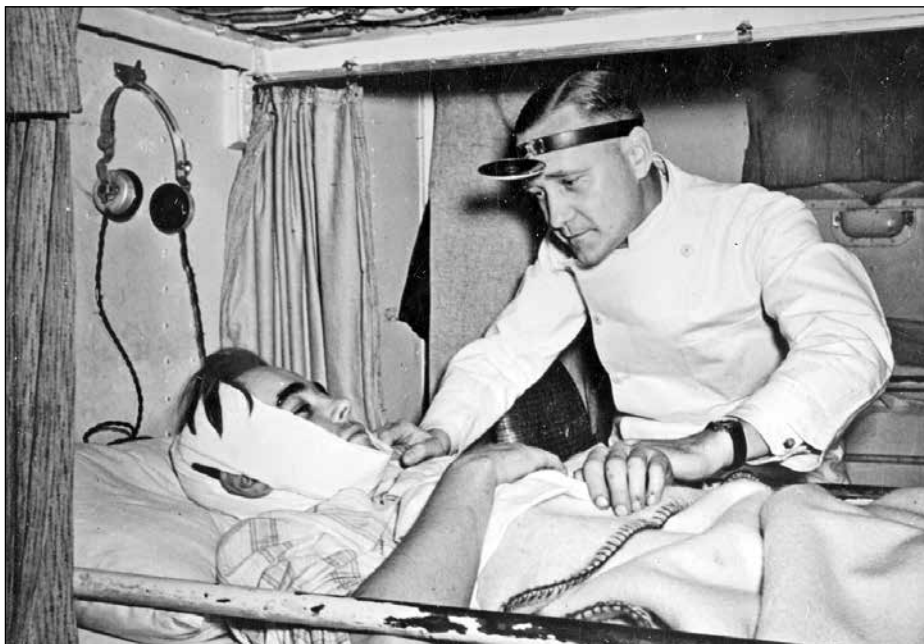
Als gevolg hiervan raakte een zeer groot aantal militairen gewond (19 miljoen van de 60 miljoen gemobiliseerde strijdkrachten), die door ontwikkelingen in de gezondheidszorg in leven bleven. Uitgebreidere nazorg was noodzakelijk, niet in de laatste plaats om deze militairen weer zo snel mogelijk in te kunnen zetten aan het front. Dit was het startsein voor professionalisering van de – nog nauwelijks bestaande – militaire revalidatiezorg in Groot-Brittannië, Duitsland en Frankrijk⁸.

De meeste militairen waren zo zwaargewond dat van

Rode Kruis verscheidene herstellingsoorden in werking, zoals huize Kareol in Aerdenhout en huize Zuylenveld in Oud-Zuilen. Deze instellingen waren bedoeld voor de opvang van gewonden uit de Nederlandse militaire hospitalen die nog niet volledig waren hersteld of moesten leren omgaan met hun beperking(en). Dit waren zowel burgers als militairen, hoewel de laatstgenoemden in de meerderheid waren. Tijdens de opvang kregen de revalidanten begeleiding van een arts en verpleegkundigen in herstel oefeningen en

organiseerde de leiding activiteiten om de patiënten van vrijetijdsbesteding te voorzien. Tegen het einde van de oorlog sloten deze herstellingssoorten weer, aangezien de meeste militairen voldoende waren hersteld^{11,12}.

De bevrijdingsstrijd was voor Defensie een drijfveer om zelf een instelling op te richten. Op initiatief van de Stoottroepen, die vanuit bezet gebied de strijd tegen de Duitse overheersing voortzetten, werd in februari 1945 het eerste militaire herstellingsoord van Nederland geopend. In hotel Boschoord aan de Gemullenhoekenweg in Oisterwijk begon de opvang van gewonde militairen uit



Afb. 5: Een gewonde Nederlandse marineman wordt aan boord onderzocht door de officier van gezondheid, 1943. Bron: NIMH.

het kort daarvoor geopende Nederlandse Militaire Hospitaal in Brussel. Al snel dreigde ruimtegebrek, waarna de Nederlandse autoriteiten hun oog lieten vallen op het vlakbij gelegen hotel Bosch en Ven, waar ook een deel van de uit Londen teruggekeerde Nederlandse regering vanaf november 1944 drie maanden onderdak had genoten. Vanaf september 1945 fungeerde Bosch en Ven als herstellingsoord, dat onderdak bood aan negentig man en onder leiding stond van oud-officier van gezondheid van de marine dr. J. Lacroix^{1,13,14}.

Hoe het in Doorn begon

Al snel bleek echter dat één herstellingsoord met negentig bedden niet voldeed aan de eis om alle hulpbehoevende militairen in Nederland te verzorgen. De inspectie van de Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht (IGDKL), die eind 1945 nieuw leven was ingeblazen, ontwikkelde plannen voor de oprichting van meerdere herstellingsoorden boven de rivieren en zelfs in Indonesië, waar vlak na het einde van de Tweede Wereldoorlog in alle hevigheid een nieuwe oorlog van start was gegaan die de onafhankelijkheid van de Nederlandse kolonie moest beletten. Een chef Militaire Herstellingsoorden werd aangesteld, in de persoon van reservemajoor J.B.P.M. de Swart, tevens commandant van Bosch en Ven¹⁵.

Zo kwam het dat majoor De Swart op 16 december 1945 voor het eerst voet op de grond van landgoed Aardenburg zette. Dit was een van de locaties die op papier geschikt leek voor de hiervoor genoemde doeleinden. Na inspectie van de villa schreef de commandant Herstellingsoorden aan de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst: 'Het huis is zeer groot en biedt ruimte voor 100 bedden, is prachtig gelegen en zou als Herstellingsoord ideaal zijn.' Toch bleken er ook wat haken en ogen aan de villa te zitten. Het landhuis had namelijk tijdens de oorlog gediend als onderkomen van de Nederlandse Arbeidsdienst (NAD). Arbeiders van de NAD voerden tijdens de oorlogsjaren door het hele land bouwwerkzaamheden uit voor de *Wehrmacht*. Tijdens de bevrijding huisde een bataljon van de *Queens Own Rifles of Canada* brigade in de villa en aangezien Canadese militairen hun dagen na de bevrijding voornamelijk feestend doorbrachten kwam dit de villa niet bepaald ten goede. De Swart vervolgde: 'De toestand van het huis is (...) zeer slecht, geen waschtafels, centrale verwarming totaal kapot, in één woord uitgeleefd, meubilair is niet aanwezig.' Opknappen was mogelijk, maar dit zou maanden gaan duren¹⁶⁻¹⁸.

De pluspunten bleken overtuigender dan de tekortkomingen. Aardenburg werd het tweede militaire herstellingsoord, naast Bosch en Ven. In maart 1946 gaf de toenmalige minister van Oorlog, Jo Meynen, groen licht voor de huur van het landgoed van de familie Van Eeghen en een opknapbeurt van de villa. De restauratiewerkzaamheden duurden echter langer dan gepland, waardoor de therapeuten en verpleegkundigen gedurende de eerste maanden provisorisch hun beroep moesten uitoefenen. Hoewel de werkzaamheden nog niet waren voltooid ontving het herstellingsoord in september 1946 zijn de eerste patiënten, afkomstig uit militaire hospitalen in Utrecht, Arnhem en Den Haag. In december van datzelfde jaar kwamen de laatste twintig



Afb. 6: De personeelsploeg van het Militair Herstellings- en Oefeningsoord Aardenburg, eind jaren veertig. Bron: MRC.

patiënten uit Bosch en Ven over en sloot de Oisterwijkse instelling. Aardenburg fungeerde nu als centrale revalidatie-instelling, onder de naam Militair Herstellings- en Oefeningsoord. Hoewel het de bedoeling was om 100 patiënten tegelijkertijd te kunnen onderbrengen, moest de capaciteit in de beginperiode worden gereduceerd tot 85. Gedurende de eerste 4 maanden behandelde het herstellingsoord in totaal 130 patiënten¹⁹⁻²¹.



Afb. 7: Officier van gezondheid der tweede klasse J.E. van Gogh past een patiënt een prothese aan, eind jaren veertig.

Bron: Spaarnestad.

Het duurde nog tot het einde van de jaren veertig voordat de bouwwerkzaamheden waren voltooid. Zoals gepland onderging de oude villa een opknapbeurt, maar aangezien al snel bleek dat er niet genoeg ruimte zou zijn voor zowel de huisvesting van de patiënten en het personeel als voor therapieruimte, besloot de leiding van het herstellingsoord tot de bouw van houten barakken. Deze barakken gingen dienstdoen als slaapverblijf voor de patiënten, massage- en therapieruimtes en als onderkomen van de bibliotheek. De uitbreiding vergrootte de opnamecapaciteit van het centrum tot maar liefst 235 bedden. In 1949 stonden daar 124 personeelsleden tegenover, van wie 60% militair was²².

Naar Brits voorbeeld

Als eerste commandant van het centrum werd kapitein H.F. Monkhorst, reserve-officier van het Korps Lucht doelartillerie, aangesteld en officier van gezondheid der tweede klasse J.E. van Gogh nam de functie van revalidatiearts op zich.

Laatstgenoemde gold als pionier op het terrein van de Nederlandse militaire gezondheidszorg. Voor de oorlog was hij heilgymnast-masseur (een vroege versie van een fysiotherapeut) en tijdens de oorlog kreeg hij groot verloop toegewezen om geneeskunde te studeren. Ook werkte hij in de oorlogsjaren als vrijwilliger bij Bosch en Ven. In 1946 legde hij zijn artsexamen met goed gevolg af en besloot de Inspectie van de Geneeskundige Dienst van de landmacht hem in Doorn bij het nieuwe herstellingsoord te plaatsen met de taak de nieuwe instelling naar Brits voorbeeld vorm te geven, en zo geschiedde. Een studiereis naar Groot-Brittannië in de zomer van 1947 legde hiervoor de basis. Ze bezochten verscheidene revalidatie-instellingen en een instrumentmakerij om niet alleen de revalidatiemethoden, maar ook de orthopedische praktijk te bestuderen. Dit resulteerde onder andere in de professionalisering van de arbeidstherapie²³.

Arbeidstherapie

Het is vandaag de dag misschien moeilijk voor te stellen, maar decennialang bestond de revalidatiebehandeling naast de te verwachten heilgymnastiek en massage voor een groot deel uit handarbeid. Er waren legio vormen, waaronder houtbewerking, kleien, mattenvlechten en metaalbewerking, Eén van de manieren om deze therapievorm te verbeteren was door het ontwikkelen van formules, die aansloten bij specifieke bewegingen, met als doel om de therapie effectiever te maken. Zo was bijvoorbeeld de formule voor het maken van een asbak 6P-47E-42S. Daarbij stond de P voor de polsbeweging; werd met de E bedoeld op de flexie-extensie (het aansterken van gebroken of ontwrichte ledematen door middel van buigen en strekken) en had de S betrekking op schouderbeweging²⁴. Metaal- en houtbewerking was tevens effectief voor beenpatiënten. De revalidanten dienden daarbij gebruik te maken van zogenaamde voetraaibanen, die door middel van beenkracht moesten worden aangestuurd.



Afb. 8: Revalidanten van het Militair Herstellings- en Oefeningsoord aan het werk in de houtwerkplaats, eind jaren veertig. Bron: NIMH.

naam 'activiteitentherapie'. Revalidanten verlaten het centrum zelden zonder een zelfgemaakt schaakbord mee naar huis te nemen.

Aanpakken en meedoen

Het is echter een misconceptie om te denken dat de revalidanten hun dagen doorbrachten met handwerken en koffiedrinken. Aardenburg was niet ingericht als een rusthuis. Sterker nog, de leus



Afb. 9: De eerste luitenant H.A.J.H. Bodenstaff (midden) geeft instructies tijdens heilgymnastiek. Bron: NIMH.

‘rust roest!’, die bij het eerste militaire herstellingsoord Bosch en Ven de rode draad in het revalidatieproces vormde, werd ook in Doorn het motto. Patiënten werkten aan de hand van een werkkaart een persoonlijk oefenprogramma af. De dag begon vaak in de massagebarak. Dit was het terrein van de heilgymnast-masseur, een functie die in de beginjaren werd vertolkt door de eerste luitenant H.A.J.H. Bodenstaff. Naast het geven van heilgymnastiek, dat gebruikelijk in een groep gebeurde, gaf Bodenstaff, zoals de naam al doet vermoeden, ook massages.

Revalidanten waren van 09.00 tot 17.00 uur aan het ‘werk’. Een redacteur van *de Volkskrant* schreef in februari 1948: ‘Het gaat alles militairement. Geen beklag, geen medelijden, geen nadrukkelijk tact. Aanpakken, meedoen, je niet laten kisten, uren inspanning om je tanden te poetsen, je broek aan te trekken, de eerste passen te doen en dan maar volhouden²⁵.’

De patiënten bestonden in die beginjaren voornamelijk uit militairen die gewond waren geraakt tijdens de bevrijdingsstrijd in eigen land en Indiëgangers. In de jaren vijftig kwamen daar Koreaveteranen en bovendien burgers bij. In het naoorlogse Nederland was Aardenburg het meest moderne revalidatiecentrum, wat ertoe leidde dat de Rijksverzekeringsbank ook civiele patiënten naar Doorn ging verwijzen. De leiding van het herstellingsoord was er overigens ook blij mee, aangezien al snel bleek dat het aantal militaire oorlogsgewonden in de jaren vijftig geleidelijk afnam en deze uit angst voor bezuinigingen of opheffing de bedden bezet wilde houden. De patiënten konden grofweg in twee groepen worden ingedeeld: zij die na revalidatie weer militair inzetbaar waren en zij die hun hele leven gehandicapt zouden blijven en daarmee, in de woorden van Van Gogh, ‘een bestaan moesten veroveren in het burgerleven’²⁶.

Sport

Een ander kernaspect van het revalidatieproces was sport. Al tijdens de Tweede Wereldoorlog zagen artsen en therapeuten in dat sport niet alleen kon zorgen voor het fysieke herstel, maar dat het ook van groot belang was voor het psychische welzijn van patiënten. Ook hierbij was de Britse praktijk een voorbeeld dat de therapeuten in Doorn met veel overtuiging volgden. In het Engelse plaatsje Stoke Mandeville bevond zich een plaatselijk ziekenhuis met een zogenoemde *Spinal Injuries Unit*, die werd geleid door neuroloog dr. Ludwig Guttmann. Deze uit Duitsland gevluchte arts was in veel opzichten toonaangevend in zijn revalidatietechnieken en zo ook in de inzet van sport. Op 28 juli 1948 – de openingsdag van de Olympische Spelen in Londen – besloot hij een boogschietwedstrijd te organiseren voor zijn dwarslaesiepatiënten. Door het grote succes van de wedstrijd groeide het uit tot een jaarlijks terugkerend evenement met meerdere sportdisciplines dat al snel bekend kwam te staan als de ‘Stoke Mandeville Games’. Guttmann vond het organiseren van de wedstrijden ‘very important. From both the physical and psychological point of view. But the most important is from the point the social reintegration of the paralyzed into society’²⁷.



Afb. 10: Leden van sportclub Aardenburg oefenen met boogschieten. Bron: MRC.

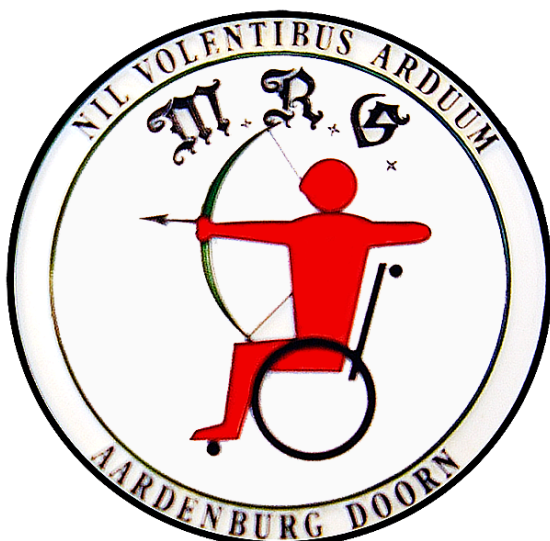
In 1952 kregen de *games* een internationaal karakter toen vier Nederlandse revalidanten aan het evenement deelnamen. Niet alleen zorgde hun aanwezigheid in Groot-Brittannië voor veel publiciteit, het gaf ook een belangrijke impuls aan de motivatie van de deelnemende revalidanten. De sportieve prestaties van de Nederlanders maakten niet veel indruk, maar daar werd niet zwaar aan getild, aangezien ze slechts van secundair belang waren voor de sporters. De reis en de sociale contacten die daaruit voortkwamen bleken vele malen waardevoller. De

Kareoler meldde in een verslag over de Nederlandse deelname dat 'de vriendinnen zo lief [waren], dat een onzer ferme schutters nog steeds zijn hart niet heeft teruggevonden'²⁸.

De Nederlandse deelname bleek een zodanig succes dat het sportevenement zich bleef uitbreiden en in 1960 zelfs plaatsvond in het Olympisch Stadion in Rome, vlak na de Olympische Spelen. Het evenement stond dit jaar officieus bekend als *The Olympics of the Disabled*. Er dongen 400 mannen en vrouwen en 24 landen mee naar medailles op verschillende sportdisciplines. Dit was het begin van de Paralympische Spelen^{1,29}.

Ook in het herstellingsoord in Doorn, dat vanaf 16 augustus 1958 bekend kwam te staan onder de naam Militair Revalidatie Centrum (MRC) Aardenburg, ging sport een centrale rol innemen. De deelname aan de Stoke Mandeville Games resulteerde in de oprichting van Sportclub Aardenburg, waar (oud-)revalidanten verscheidene sporten konden beoefenen zoals netbal, tafeltennis, kogelstoten en boogschieten. Enkele jaren later veranderde de naam in SC Marathon en werd boogschieten de meest beoefende sport³⁰. In lijn met de woorden van Guttman werd de spreuk

'Niets is onmogelijk voor hen die willen' het nieuwe MRC-motto. Vandaag de dag is dit adagium nog steeds leidend op Aardenburg.



Afb. 11: Het oude MRC-logo met de spreuk 'Nil volentibus arduum', oftewel: 'Niets is onmogelijk voor hen die willen'. Bron: MRC.

Decennia later is er niet veel veranderd. Sportclub Marathon bestaat nog steeds en sport neemt nog immer een cruciale rol in bij het MRC. Hoewel de Stoke Mandeville Games niet meer bestaan is er een nieuw internationaal militair sportevenement bijgekomen: de Invictus Games. De Britse prins en Afghanistanveteraan Harry besloot dit sportevenement te organiseren '[to] harness the power of sport to inspire recovery, support rehabilitation and generate a wider understanding and respect for those who serve their country'³¹. Zijn redenering week dus niet veel af van de motivatie die dr. Guttman ruim 65 jaar eerder aanzette tot de organisatie van zijn sportevenement in Stoke Mandeville.



Afb. 12: De Nederlandse ploeg tijdens de openingsceremonie van de Invictus Games in Toronto, 2017. Bron: MCD.

pas. Hoewel de coronacrisis de afgelopen jaren roet in het eten gooide, is dit evenement een terugkerend en groeiend succes. Niet alleen door het succes van de sportieve prestaties, maar het samenzijn als lotgenoten ondersteunt de veteranen in hun herstelproces. Een onverwacht gevolg was bovendien dat participanten ontdekten welke sporten zij leuk vonden en waar hun talent lag. Sommige deelnemers gingen verder in deze sport en namen later zelfs deel aan de Paralympische Spelen of andere internationale sportwedstrijden. Een voorbeeld hiervan is oud-militair korporaal Luuk Veltink, die anno 2021 deel uitmaakt van het para-team van de Nederlandse roeibond³².



Afb. 13: Tegenwoordig maakt het MRC gebruik van virtual reality als revalidatietechniek. Bron: NIMH.

revalidatiecentrum in zowel binnen- als buitenland, geeft aan dat de centrumleiding op de juiste momenten de juiste stappen heeft weten te zetten. Wellicht zelfs aangespoord door fusie- en sluitingsdreiging. Vaststaat dat het centrum in 1993 maar net ontsnapte aan opheffing, wat een directe impuls gaf aan vernieuwing en professionalisering van zowel de infrastructuur als de revalidatiezorg. Met de behandeling van onder andere gewonde Bosnië- en later Afghanistanveteranen kon het MRC deze vernieuwing in de praktijk brengen. Sindsdien is het woord 'sluiting' niet éénmaal meer gevallen.

In de nazomer van 2014 vond de eerste editie van dit evenement plaats. Als centrum van de Nederlandse militaire revalidatie kreeg het MRC een kerntaak in het leveren van een Nederlandse ploeg voor dit internationale evenement. Met behulp van sportcoaches van het NOC*NSF begonnen MRC-sporttherapeuten een jaar voordat het evenement zou plaatsvinden met de selectie van deelnemers. Het in 2013 geopende nieuwe sportcomplex met zwembad op landgoed Aardenburg kwam voor dit doel goed van

Hobbels in de weg

Niet alles ging het MRC voor de wind. Het had maar een haar gescheeld of het MRC had niet meer bestaan en landgoed Aardenburg was voor andere doeleinden ingericht. Tot driemaal toe (in 1946, 1976 en 1992) trachtte Defensie het centrum te laten fuseren met het nabijgelegen civiele revalidatiecentrum De Hoogstraat en eenmaal hing het MRC sluiting boven het hoofd (in 1993). Dat het centrum na 75 jaar nog steeds bestaat en is uitgegroeid tot een toonaangevend

Conclusie

Hoewel de revalidatiegeneeskunde in driekwart eeuw een flinke ontwikkeling heeft doorgemaakt, bleek uit dit artikel dat sommige dingen niet (hoeven te) veranderen wanneer het op effectieve revalidatiezorg aankomt. Sport en handarbeid als revalidatiemethodes zijn hier goede voorbeelden van, hoewel de vorm enigszins is aangepast. Sport is nog altijd een kernelement van de revalidatie in Doorn, terwijl de infrastructuur een grote professionaliseringsslag doormaakte. Waar revalidanten in vroegere tijden enkel in de zomermaanden in een lokaal gemeentebad baantjes konden trekken, verrees met de opening van het nieuwe sportcomplex in 2013 een omvangrijk zwembad op het landgoed. Dit oefenbad vormt een aanvulling op het therapiebad, dat het centrum al vanaf 2003 bezit. Veel oud-revalidanten herinneren zich dit 'warme bad' nog goed. Niet alleen omdat het bad een cruciale rol in hun herstelproces speelde, ook symboliseerde het de veilige sfeer op het centrum, waar de meesten zich gehoord en gesteund voelden. Ook dit lijkt een constante te zijn in de afgelopen 75 jaar. Revalidanten denken vaak met warme gevoelens terug aan hun revalidatieperiode in Doorn, hoewel het vanzelfsprekend geen gemakkelijke periode betrof.



Afb. 14: Revalidanten en personeel in zwembad Woestduin in Doorn, eind jaren veertig. Bron: NIMH.

Voor arbeidstherapie is tevens nog altijd een rol weggelegd in het MRC. Niet meer zo centraal als vroeger, maar activiteitenbegeleiding zit nog altijd voor elke revalidant in het pakket. Al is het maar voor de gezelligheid, die al snel ontstaat tijdens het 'knutselen', zoals veel revalidanten het noemen.

Zo is het MRC al 75 jaar een veilige haven voor militaire en civiele revalidanten. En als het aan de leiding ligt komt daar met gemak nog 75 jaar bij. Om dat te bewerkstelligen hoeven ze alleen maar hun eigen motto op te volgen: niets is onmogelijk voor hen die willen.

SUMMARY

'NOTHING IS IMPOSSIBLE FOR THOSE WHO ARE WILLING' THE MILITARY REHABILITATION CENTRE AARDENBURG, 1946-2021

In September 2021, the Dutch Military Rehabilitation Centre Aardenburg, which is located in the small and wooded town Doorn, celebrated its 75th birthday. The centre was established just after the Second World War, initiated by the Shock troops (Dutch: Stoottroepen), an infantry regiment consisting of former members of the Dutch resistance that fought against the German army during the liberation of the Netherlands in 1944-1945. Rehabilitation was an underdeveloped medical discipline in the Netherlands until then, and the Second World War was the first occasion that caused a serious attempt for large scaled professional military aftercare for those seriously injured by the war. Neighbouring countries such as Germany and Great Britain gained experience in this field during and after the First World War, but since the Netherlands didn't participate in 'the Great War', Dutch physicians had to take example of British practices. Sports turned out to be

a key element in these practices, which led to the participation of Dutch convalescents in many international sports events, starting with the Stoke Mandeville Games in 1952.

70 years later, sport remains a key aspect of the rehabilitation process in Doorn. Many aspects of this process changed throughout the years, but some that are characteristic to Aardenburg's practices persisted. One of them being sports, but the warm and safe atmosphere being another. Many veterans felt at ease and supported during their rehabilitation process and the centre hopes to support many more. For reaching this goal, the staff only has to consider their own slogan: 'nothing is impossible for those who are willing'.

Literatuur:

1. **Hermse H.:** Aardenburg, 35 jaar. Nederl Mil Geneesk T 1982;35(4):98-105.
2. **Van der Meij W.K.N.:** Een specialisme in beweging. Een eeuw revalidatie, vijf decennia VRA. Tynaarlo 2005:100.
3. **Van der Meij W.K.N.:** Revalidatiegeneeskunde in verleden, heden en toekomst. Nederl Mil Geneesk T 1987;40(3):123-131.
4. **Van der Meij W.K.N.:** Revalidatie raakte pas in twintigste eeuw in zwang. Hospitaal Journaal 2 1988;3:3-4.
5. De Tijd: Land- en Zeemacht. 28 augustus 1886.
6. De Telegraaf: Branden. 15 juni 1908.
7. De Nieuwe Courant: Het militair herstellingsoord te Milligen uitgebrand. 15 juni 1908.
8. **Gabriel R.A., Metz K.S.:** A History of Military Medicine. Vol II From the Renaissance through Modern Times. New York 1992:239-240.
9. The Historic England Blog: Home From the War: What Happened to Disabled First World War Veterans. <https://heritagecalling.com/2018/12/14/home-from-the-war-what-happened-to-disabled-first-world-war-veterans/>, 1 december 2021.
10. **Van der Meij W.K.N.:** No Leg to Stand on. Historical Relation between Amputation Surgery and Protheseology. Onuitgegeven proefschrift RUG, Groningen 1995:172-177.
11. **Grüter R.:** Kwesties van leven en dood. Het Nederlandse Rode Kruis in de Tweede Wereldoorlog. Amsterdam 2017;72-73.
12. NL-HANA: Bond voor Nederlandse Militaire Oorlogs- en diensslachtoffers, 2.19.231, inv.nr. 1852. Boekje met betrekking tot het herstellingsoord Kareol.
13. MRC (toekomstig NIMH, 579): Brief commandant H.O. Oosterwijk, eerste luitenant N. Bochman, aan hoofd Generale Dienst K.N.L., luitenant-kolonel Wefers Bettink, 1 oktober 1945 en Inspecteur van den Geneeskundigen Dienst der Koninklijke Landmacht. Sterkte van de onderdeelen, troepen bureaux en instellingen onder bevel van den I.G.D.K.L. op 1 maart en 1 mei 1946.
14. **Blokland A.M.:** Militair Revalidatie Centrum Aardenburg. De geschiedenis van een revalidatiecentrum. Doorn 2006:14.
15. NL-HANA: Archief van de Inspecties van de wapens en dienstvakken van de Koninklijke Landmacht, 2.13.158, inv.nr. 132, Aantekeningen: Het Militair Herstellings- en Oefenoord 'Huize Aardenburg' te Doorn. MRC (toekomstig NIMH, 579): Brief res. majoor J. de Swart aan de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst KL. Het Nieuws, 61-36 (6 mei 1941).
16. De Kaap (3 mei 1941) 2.
17. Informatie via J. van Doorn, oorspronkelijk in: Library and Archives of Canada, RG24-C-3. Volume/box number: 15170, War Diary Headquarters 8 Canadian Infantry Brigade, 16 mei 1945, 22 mei 1945 en 23 mei 1945.
18. MRC (toekomstig NIMH, 579): Inspecteur van den Geneeskundigen Dienst der Koninklijke Landmacht, Sterkte van de onderdeelen, troepen bureaux en instellingen onder bevel van den I.G.D.K.L. op 1 januari 1947 en 1 december 1948;
19. MRC (toekomstig NIMH, 579): Brief minister van Oorlog, J. Meijnen aan de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst KL, 2 maart 1946.
20. **Blokland:** 19,37.
21. MRC (toekomstig NIMH, 579): Jaarverslag 1949.
22. **Van der Meij W.K.N.:** Verslag van het bezoek van de reservekapitein H.F. Monkhorst en de reserveofficier van Gezondheid tweede klasse J.E. van Gogh aan Engeland, juli 1947.
23. De Kareoler: Het Militair Herstellings- en Oefeningsoord'. 1951;11(3):35.
24. De Volkskrant: Invalide militairen vinden nieuwe levensmoed op 'Aardenburg'. Geestelijke ontspanning staat ten achter bij lichamelijke. 24 februari 1948.
25. De Gooi- en Eemlander: Oorlogsinvaliden veroveren zich een volwaardig bestaan. Het revalidatieprobleem brengt vele moeilijkheden met zich mee. 19 januari 1949.
26. Paralympics History: <https://www.paralympic.org/ipc/history> 2 december 2021.
27. De Kareoler: Met pijn en boog naar Engeland. 1952;12(10):126-127.
28. Trouw: Gehandicapten naar 'eigen' Olympiade. 17 september 1960.
29. **Blokland:** 29-30,118-119.
30. Website Invictus Games Foundation: <https://invictusgamesfoundation.org/foundation/story/> 3 december 2021.
31. Interview Luuk Veltink, 5 augustus 2021.



MRC Aardenburg

Medische zorg tijdens een belegering: Maastricht 1748

door drs. Jos Notermans

De auteur is bedrijfs- en forensisch arts niet-praktiserend.
Artikel ontvangen december 2021.

Samenvatting

De vesting Maastricht wordt in april 1748 belegerd door een Frans leger in het kader van de Oostenrijkse Successie-oorlog (1740-1748). Dit artikel beschrijft de medische voorbereidingen op het beleg en de organisatie van de geneeskundige zorg. Ongeveer 540 gewonden en 481 zieken worden tijdens het beleg opgenomen in militaire hospitalen in de vesting. Het garnizoen verlaat de vesting op 10 mei met behoud van krijgseer.



Fig. 1: De belegering van 1748 in een drieliuk van plattegronden, links Maastricht ingesloten door het Franse leger, in het midden de vesting met de aanvalswerken en rechts het aanvalfront aan de noordzijde van de vesting.

Bron: Particuliere collectie.

Republiek der Verenigde Nederlanden dienen garnizoenen te leveren voor de hier gelegen vestingen. Een Frans invasieleger valt het gebied in 1744 binnen en de Fransen weten in de vier jaren die daarop volgen de volledige Zuidelijke Nederlanden te veroveren. Er zijn grote veldslagen met geallieerde legers bij Fontenoy (1745), Rocourt (1746) en Lafelt (1747) en de meeste barrière-vestingen bieden nauwelijks weerstand. Uiteindelijk wordt ook het grondgebied van de Republiek niet ontzien. Bergen op Zoom wordt in 1747 belegerd, stormenderhand ingenomen en volgens het geldende kriegsrecht geplunderd. Het jaar daarop belegert een Franse legermacht onder aanvoering van maarschalk Maurits van Saksen de vesting Maastricht terwijl enkele tientallen kilometers verderop in Aken vredesonderhandelingen worden gevoerd. Het garnizoen waarvan de sterkte wordt ingeschat op tussen de acht- en tienduizend man wordt op 15 april 1748 ingesloten. De aanvalsoperaties beginnen meteen in de daaropvolgende nacht en de vijandelijkheden worden op 3 mei gestaakt nadat het nieuws bekend is geworden dat er in Aken een voorlopige vredesovereenkomst is gesloten. Het garnizoen trekt op 10 mei met alle krijgseer de vesting uit, waarna zij aan de Fransen wordt overgedragen^{1,2}. In dit artikel wordt de wijze besproken waarop de zorg voor zieke en gewonde militairen werd voorbereid en uitgevoerd.

Het historische kader

Als keizer Karel VI (1685-1740) overlijdt, denkt hij dat met de Pragmatieke Sanctie uit 1713 is geregeld dat zijn dochter Maria Theresia (1717-1780) hem kan opvolgen. Zijn dood geeft echter al snel aanleiding tot een reeks conflicten die we kennen als de Oostenrijkse Successie-oorlog (1740-1748). De Zuidelijke of Oostenrijkse Nederlanden vormen vanaf 1744 één van de strijdtoneelen in deze oorlog. In het Barrièretractaat van 1715 is geregeld dat dit gebied, dat grofweg het huidige België omvatte, een militaire barrière voor de Republiek vormt tegen Frankrijk. Oostenrijk en de



Fig. 2: Hobbe baron Van Aylva was tijdens de belegering commandant in de vesting en daarmee ook verantwoordelijk voor de medische zorg. Hij wordt op 5 mei 1748, dus na de wapenstilstand op 3 mei, benoemd tot gouverneur van Maastricht.

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

Medische voorbereidingen op een beleg

Met de mogelijkheid van een belegering van Maastricht wordt al ruim voor 1748 rekening gehouden. Stadscommandant Hobbe baron Van Aylva (1696-1772) stelt in 1746 een memorie op waarin hij 'het noodwendige' voor het hospitaal in geval van een belegering opsomt. Een jaar later komt hij daar nog eens op terug in een tweede memorie gericht aan de Raad van State waarin hij tot de conclusie komt dat medicamenten en andere zaken in voldoende mate in de stad aanwezig zijn. Van Aylva heeft als verantwoording voor zijn handelen tijdens de belegering een lijvige bundel documenten opgesteld of laten opstellen met als titel: 'Recueil des Piece relatives au Siege de 1748'³. Hierin worden correspondentie, orders, verslagen en andere stukken aangetroffen. Er is ook een 'disposition pour l'hopital extraordinaire en cas de siege' alsmede een lijst van zaken die in de hospitalen nodig zijn voor de chirurgijns. Dit specifieke stuk is niet gedateerd of ondertekend, maar de plaats in de bundel, namelijk vóór het eigenlijke verslag van de belegering, doet vermoeden dat het ook vooraf is opgesteld. De auteurs zijn waarschijnlijk medicinae doctor Adrianus Pélerin⁴ en chirurgijn-majoor J.L. Hoffmann geweest. Zij zijn aangesteld bij het vaste militaire hospitaal in het Minderbroedersklooster en van hun hand verschijnt in 1755 een wel ondertekende en vrijwel identieke 'disposition'. Het eerstgenoemde stuk gaat uit van een garnizoen van twaalfduizend man – het aantal

dat Van Aylva zich wenste – en een belegering van dertig dagen. Het is de verwachting dat in dat geval een derde van de militairen ziek zal worden of gewond zal raken. Het stuk uit 1755 gaat uit van een garnizoen van achtduizend man – de realiteit in 1748 – en een beleg van veertig dagen. Dan moet er rekening mee worden gehouden dat al twee derde van het garnizoen zal zijn uitgeschakeld. Die geschatte aantallen zijn volgens de notitie van belang voor het aantal bedden dat men beschikbaar moet hebben.

Een eerste aanbeveling die in het stuk wordt gedaan, is dat het van het grootste belang is tijdig geschikte plaatsen te kiezen om extra hospitalen te vestigen. De enige eis waar die plekken aan moeten voldoen is dat ze niet onder vijandelijk kanonvuur mogen liggen.

Zodra de vijandelijkheden starten, dienen keukens te worden ingericht en moeten bij de hospitaalallocaties voorraden van voedsel, drank en medicamenten worden aangelegd. Het mag de gewonden vooral niet ontbreken aan brood, vers vlees, bier en wijn. Er wordt aanbevolen in een van de hospitalen een of twee zalen te reserveren voor officieren zodat in de andere zalen de aandacht niet van de gewone zieken en gewonden wordt afgeleid.

De chirurgijns die in het garnizoen aanwezig zijn, worden in drie tot vier groepen ingedeeld. Eén van die groepen moet bij toerbeurt dienstdoen in de vestingwerken achter de aanvalfronten. Daar worden in enkele kazematten of op andere veilige plekken hulpposten ingericht waar bedden, verband en draagbaren aanwezig moeten zijn. De andere groepen verrichten werkzaamheden

in de hospitalen. De chirurgijns krijgen de expliciete opdracht iedereen te helpen ongeacht het korps of regiment waartoe hij behoort. Dit heeft te maken met de gemengde samenstelling van het garnizoen en betekent concreet dat een Oostenrijkse of Beierse chirurgijn ook Staatse zieken en gewonden moet helpen en andersom.

Eén *medicinae doctor* en één chirurgijn majoor⁵ krijgen de leiding over alle anderen. Deze twee geven toestemming voor grote operaties en voor de behandeling van ernstig zieken met als doel om soldaten niet bloot te stellen aan ‘des experiences frivoles ou a des operations temeraires’. Hiertoe worden elke dag één of meerdere vaste momenten voor consultatie ingesteld.

's Nachts zijn er in het hospitaal twee chirurgijn-majors met een voldoende aantal chirurgijns om op alles voorbereid te zijn. De notitie doet verder de aanbeveling de chirurgijns in de hospitalen te voeden zodat ze altijd beschikbaar blijven.

Mocht het aantal militaire artsen of chirurgijns onvoldoende zijn, dan kan de stadscommandant medici uit de stad verplichten tegen een vaste dagvergoeding in het militair hospitaal te komen werken.

Voor de verzorging van de patiënten is verder een voldoende aantal ‘infirmiers’ of oppassers nodig, men gaat uit van één oppasser op twaalf gewonden of op twintig zieken. Per zes oppassers moet er bovendien nog een ‘Maitre Infirmier’ zijn die er met name op toe moet zien dat de patiënten goed worden behandeld en de zalen goed schoon worden gehouden. Een hoofdofficier van het garnizoen zal toezicht houden op de hospitalen en verder wordt in elk hospitaal een directeur of een controleur aangesteld voor de dagelijkse gang van zaken en voor de financiën. Niet onbelangrijk is de militaire wacht in het hospitaal, die moet ongeregeligheden voorkomen en met name bij het uitdelen van de voeding aanwezig zijn.

De organisatie in oorlogstijd

Naarmate een belegering meer waarschijnlijk wordt, worden de documenten ook meer concreet. Zo is er een lijst opgesteld met de hospitalen die ‘extraordinair’ moeten worden ingericht.

Het eerste hospitaal dat wordt beschreven is in Wyck, het op de oostelijke Maasoever gelegen stadsdeel. Het wordt niet ondenkbaar geacht dat Wyck, dat alleen via de Maasbrug met Maastricht verbonden is, afgesneden kan raken. Chirurgijn-majoor Mertz uit het Oostenrijkse regiment Arenberg gaat hier de scepter zwaaien. Hij wordt geroemd vanwege ‘sijne gelaudeerde bekwaamhyd’ en gaat daarom ook als *medicinae doctor* functioneren als Wyck daadwerkelijk van Maastricht wordt afgesneden. Hij moet dan wel vooraf proberen zoveel mogelijk gewonden naar de westelijke oever te evacueren. Voor de levering van medicamenten in Wyck wordt een regeling getroffen met apotheker Minkelers.

Een tweede hospitaal wordt voorzien in fort Sint Pieter op de Sint-Pietersberg. Hier bestaat eveneens het risico dat een deel van het garnizoen, ongeveer vierhonderd man, geïsoleerd zal raken. Een niet met name genoemde chirurgijn-majoor, een aide-majoor en drie fraters zullen worden aangewezen om hier de medische zorg te leveren. Geneesmiddelen en alle andere benodigde materialen moeten tijdig uit de stad worden aangevoerd.

Het grote hospitaal is het belangrijkste en zal op de grootste en best gelegen locatie worden ingericht. Tijdens de belegering wordt hiervoor het leegstaande Jezuïetenklooster gekozen. De vaste medische staf van het garnizoenshospitaal, *medicinae doctor Pélerin* en chirurgijn-majoor Hoffmann, krijgen hier de leiding en zullen worden ondersteund door drie chirurgijn-majors, drie aide-majors en zoveel andere chirurgijns als nodig. Hier moet in eerste instantie de hoofdstroom van gewonden worden opgevangen.

Voor officieren zal in de onmiddellijke nabijheid van het groot hospitaal een eigen voorziening komen, bemand door twee chirurgijn-majors en één of twee aide-majors.

Een vijfde hospitaal is voorzien als in het groot hospitaal geen plaats meer is. Het zesde en laatste hospitaal is het bestaande garnizoenshospitaal in het Minderbroedersklooster⁶ dat voor zieken wordt gereserveerd. Dit hospitaal wordt zo lang mogelijk door het normale personeel bediend. De dienst ‘in de Attaques’ wordt ook besproken en alle chirurgijns moeten hier op hun beurt dienstdoen. Hoffmann, Mertz en een zekere Schade worden vrijgesteld omdat zij elk de leiding

over een hospitaal krijgen. In de hulpposten zijn aanwezig bandages, lakens voor kompressen, pluksel, wijn en 'verdere middelen welke in die gevallen noodzakelijkste zijn, alsmeede draagbeddens'. De chirurgijns moeten zelf bij zich hebben 'instrumenten, naders om de vaten t'onderscheppen, gaaren en de nodige dingen om het bloedt te stelpen en het eerste verband te leggen'. Na eerste behandeling worden de gewonden door tamboers of anderen afgevoerd naar het groot hospitaal. In dit document wordt nogmaals benadrukt dat het de bedoeling is dat iedereen zonder onderscheid des persoons of nationaliteit moet worden geholpen.

Het extraordinaire hospitaal in bedrijf

Op 6 april 1748 wordt een lijst opgesteld van de bij de Beierse troepen aanwezige 'Regts Feldscherern' en 'unterfeldscherer'. Dat blijken er respectievelijk 3 en 22 te zijn.

De regimentsveldscheerders worden gelijkgesteld aan chirurgijn-majoor en de anderen aan fraters. In totaal blijken bij de Beierse en Staatse troepen van het garnizoen 10 chirurgijns-majoor, 1 chirurgijn en 41 fraters te zijn. Vergelijkbare lijsten van de Oostenrijkse troepen ontbreken, maar keizerlijke chirurgijns zijn later toch werkzaam in de hospitalen. De opgestelde lijsten zullen ongetwijfeld zijn gebruikt voor het opstellen van wachtlijsten en rouleerschema's.

De Franse legermacht komt vanaf 9 april in de omgeving van de vesting aan en drie dagen later worden alle chirurgijn-majours van de troepen in garnizoen om twee uur 's middags ontboden in het garnizoenshospitaal. Er is helaas niet schriftelijk vastgelegd wat er die middag op de agenda staat, maar we mogen aannemen dat de plannen voor de opvang van gewonden hier zijn besproken. In een garnizoensorder van 13 april wordt vastgelegd dat Pélerin en Hoffmann de leiding krijgen over alle in het garnizoen aanwezige chirurgijns.

PERSONEELSBEZETTING EXTRAORDINAIR HOSPITAAL VAN 16 APRIL TOT 10 MEI 1748																										
GROOT HOSPITAAL	CHIRURGIJN-MAJOOR	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
	AIDE-MAJOOR	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	
	FRATER	4	6	6	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	3	
HOSPITAAL LUTHERSE KERK	CHIRURGIJN-MAJOOR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	AIDE-MAJOOR							1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
	FRATER	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1		
HOSPITAAL JEZUITENKERK	CHIRURGIJN-MAJOOR			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
	AIDE-MAJOOR														2	2	2	2	2	2	2	2	2			
	FRATER														7	7	7	7	7	7	7	7	7	2		
HOSPITAAL VAN DE OFFICIEREN	CHIRURGIJN-MAJOOR														2	2	2	2	2	1	1	1	1			
	AIDE-MAJOOR																									
	FRATER														2	2	2	2	2	2	2	2	1			
HOSPITAAL NICOLAASKERK	CHIRURGIJN-MAJOOR																									
	AIDE-MAJOOR															1	1	1	1	1	1	1	1			
	FRATER															1	1	1	1	1	1	1	1			
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fig. 3: Een overzicht van de aantallen chirurgijns die per dag in de hospitalen werden ingezet.

Bron: Notermans J., Het militaire hospitaal van Maastricht in het midden van de achttiende eeuw, Nijmegen 1984.

Als dan in de nacht van 15 op 16 april de strijd daadwerkelijk losbarst, worden ook de eerste gewonden binnengebracht in het grote hospitaal in het Jezuïetenklooster. Daar is ook het 'theatre' waar grote operaties onder toezicht van Pélerin en Hoffmann worden uitgevoerd.

Een tweede hospitaal wordt op 17 april ingericht in de Lutherse kerk op enkele tientallen meters afstand van het groot hospitaal. Dat tweede hospitaal wordt waarschijnlijk uit voorzorg geopend, want de aantallen gewonden geven daar nog geen aanleiding toe. Een derde hospitaal in de Jezuïetenkerk wordt op 18 april in het leven geroepen, maar ook dan vallen de aantallen nog mee. Het aparte hospitaal voor officieren komt er pas op 28 april, gewonde officieren worden tot die tijd waarschijnlijk in het Sint-Servaasgasthuis verzorgd. De Sint-Nicolaaskerk aan het Onze-Lieve-Vrouweplein wordt de 29e ontruimd en zal het laatste hospitaal zijn dat tijdens de belegering in gebruik wordt genomen.

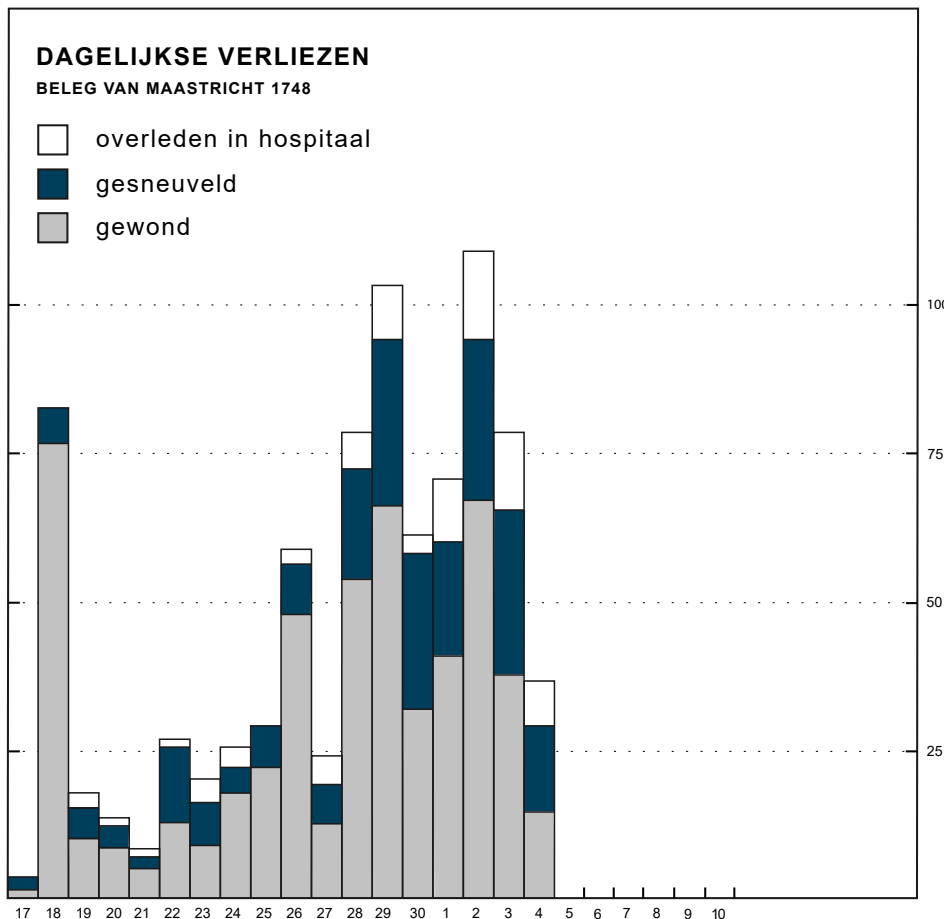


Fig. 4: Een overzicht van de aantallen gesneuvelden en gewonden per dag.

Bron: [Notermans J.](#), Het militaire hospitaal van Maastricht in het midden van de achttiende eeuw, Nijmegen 1984.

In totaal worden er tijdens de belegering ongeveer 540 gewonden binnen gebracht. Hiervan overlijden er 112 voor de uittocht van het garnizoen op 10 mei en 190 gewonden hebben op dat moment het hospitaal al verlaten. Op 10 mei verlaten nog eens 110 gewonden het hospitaal om met hun eigen legeronderdelen te vertrekken en er mag worden verondersteld dat dit lichtgewonden zijn geweest. Bij de gevechtshandelingen zelf komen ongeveer 220 militairen om het leven die het hospitaal dus niet bereiken. Op 10 april 1748 zijn er in het vaste garnizoenshospitaal in het Minderbroedersklooster 170 zieke soldaten opgenomen en vanaf die dag tot 10 mei worden nog eens 481 zieken opgenomen. Bij

de uittocht van het garnizoen blijven 211 zieken achter. De geplande voorzieningen in Wyck en in het fort Sint Pieter komen niet in bedrijf omdat de Franse aanval op een ander vestingfront is gericht.

Instructies voor het personeel

Er is ook het een en ander bekend over de instructies voor het medisch personeel. Zo moet in het groot hospitaal altijd een chirurgijn-majoor van dienst aanwezig zijn samen met een aide-majoor en drie fraters. Zij moeten alle nieuwe gewonden opvangen, verbinden en opnemen. Een tweede chirurgijn-majoor is op afroep beschikbaar en kan worden opgeroepen als er veel gewonden binnenkomen. Bij een uitval of vijandelijke aanval moeten alle chirurgijns zich gereedhouden om zo snel mogelijk hulp te kunnen bieden. De zalen in het hospitaal worden toevertrouwd aan aide-majors en 's nachts is een aide-majoor van dienst die driemaal de ronde langs alle zalen moet maken en speciale aandacht moet geven aan ernstig gewonden. Bij bloedingen of andere complicaties moet hij de chirurgijn-majoor van dienst waarschuwen. Fraters moeten elk half uur een ronde over de zalen lopen en er met name op toezien dat patiënten hun medicijnen correct krijgen toegediend en dat oppassers altijd bouillon of gerstewater beschikbaar hebben.

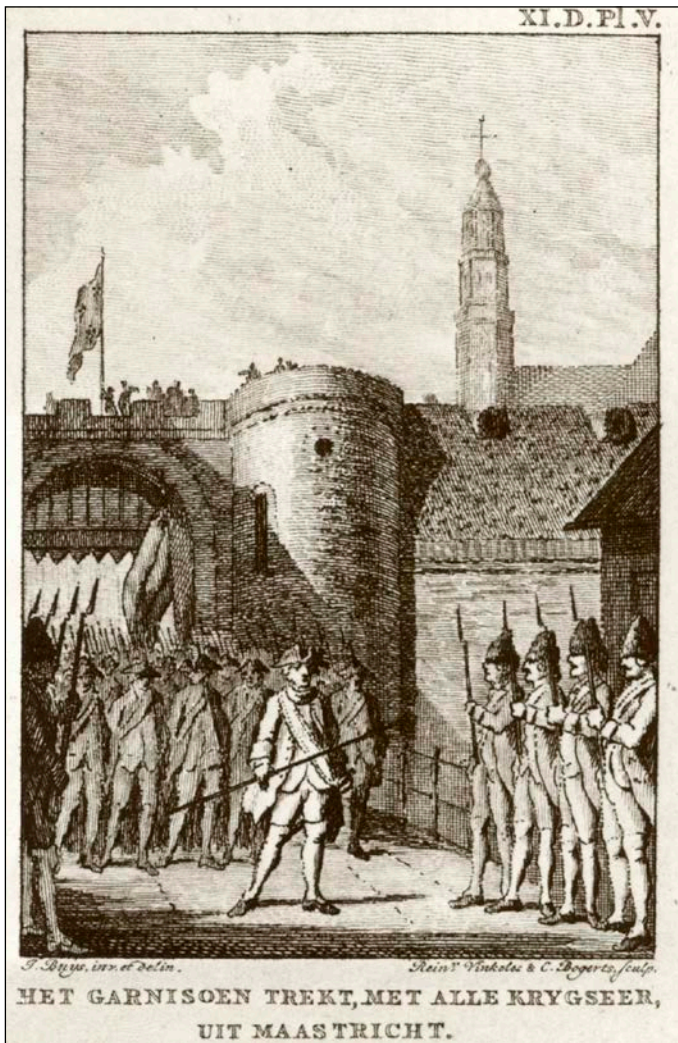


Fig. 5: Op 10 mei 1748 trekt het garnizoen met behoud van krijgseer de stad uit.

Bron: RHCL Tekeningen en prenten LGOG, inventarisnummer 189.

Hoewel het hospitaal in fort Sint Pieter tijdens de belegering niet in gebruik wordt genomen, is het interessant te weten dat er een lijst is opgesteld van zaken die tijdig naar het fort moeten worden gebracht in verband met de medische zorg. Dat zijn om te beginnen dertig bedden met negentig paar lakens, honderd hemden, dertig slaapmutsen, zes draagbaren, honderd potten wijn, twintig potten wijnazijn, dertig potten brandewijn en tien potten lijnolie. Er is een grote tafel nodig, twee fornuizen of kooktoestellen en twee kandelaars. Uiteraard wordt hier ook een voorraad verbandmiddelen aangelegd. Interessant is nog dat de chirurgijns op het fort één pak gewone naalden nodig hebben en vier pakken sterke naalden. Er zijn daarnaast vijftien paar extra beddenlakens aanwezig om kompressen van te maken en twintig paar om te deppen of te veggen.

Over de aard van de verwondingen

Concrete gegevens over de aard van de opgelopen verwondingen zijn schaars. De gegevens die er zijn, betreffen officieren. Het is natuurlijk te betreuren, maar helaas een vaststaand feit dat in de achttiende eeuw weinig aandacht werd besteed aan het lot van de gewone soldaat. De verwondingen moeten uiteraard in verband worden gezien met de tijdens een belegering ingezette wapens. Geschut in de vorm van kanonnen en mortieren wordt door beide partijen ingezet evenals handvuurwapens. Militairen kunnen dus worden geraakt door kanonskogels of fragmenten daarvan en door loden geweerkogels. Bajonetten zijn in deze periode al gemeengoed en moet ervan uit worden gegaan dat bij uitvallen en andere acties waarbij de troepen elkaar van nabij bestrijden, bajonetten en andere slag- en steekwapens zijn gebruikt. Bij de belegering zijn ook diverse ondergrondse mijnen tot ontploffing gebracht hetgeen onder andere tot verbrandingen kan leiden. Concreet zijn in de stukken met betrekking tot deze belegering elf verwondingen beschreven.

Omdat er een tekort aan oppassers is, worden vanaf 17 april tamboers ingezet om hierin te voorzien. Elk legeronderdeel moet vanaf die dag één tamboer naar het groot hospitaal sturen om te ondersteunen bij de gewondenzorg. Tamboers en andere militairen worden ook ingezet voor het vervoer van gewonden vanuit de hulpposten in de vestingwerken naar het groot hospitaal.

Benodigheden voor de chirurgijns

In de bundel documenten van Van Aylva wordt een lijst van zaken gevonden die in het hospitaal op voorraad moeten zijn voor de chirurgijns. Als eerste worden tien tonnen van de beste Franse brandewijn genoemd. Voor de pappen waarmee wonden worden bedekt zijn zestien tonnen wijn, een voorraad wijnazijn en dertig ketels of kommen nodig. Voor de behandeling van brandwonden moet er lijnolie zijn. Aan verbandmiddelen hebben de chirurgijns driehonderd pond pluksel, honderd pond poetskatoen en twaalfduizend stroken stof nodig. Meer specifiek zijn vierhonderd speciale verbanden voor amputaties, tweehonderd voor trepanaties en driehonderd voor fracturen. Verder worden nog opgesomd honderd draagbaren, driehonderd paar beddenlakens, vijfhonderd oude hemden of duizend oude lappen. Daarnaast nog 36 tourniquets.

Het zijn elf gewonde officieren, waardoor deze verwondingen waarschijnlijk niet representatief zijn voor het totaalbeeld. Officieren gedragen zich immers anders dan de gewone soldaat en zullen mogelijk ook andere verwondingen oplopen.

De elf verwondingen betreffen een borstverwonding, een gebroken been, een niet nader omschreven geweerschot, een verbrijzelde rechterarm door een geweerschot, verbranding als gevolg van een ontploffend kruitvat, verbranding opgelopen bij een mijnontploffing, een verbrijzelde schouder, een geweerschot door de arm en een geamputeerde voet. De elfde verwonding betreft een jonge officier die al wandelend op het Vrijthof door een projectiel wordt geraakt en daarbij beide benen verliest.

Conclusie

In de aanloop naar de belegering van Maastricht in 1748 worden er voorbereidingen getroffen voor de gewondenzorg. Tijdens de belegering komt er een medische organisatie tot stand waarin chirurgijns uit alle legeronderdelen in het garnizoen worden ingezet. De beddencapaciteit is enkele malen opgeschaald en het lijkt erop dat de organisatie op haar taak was berekend.

SUMMARY

MEDICAL CARE DURING A SIEGE: MAASTRICHT 1748

The fortified city of Maastricht was besieged in April 1748 by a French army. This was one of the battles in the War of Austrian Succession (1740-1748). This article describes the medical preparations for this siege in the organization of the medical care. About 540 wounded and 481 sick soldiers were admitted to the military hospitals within the fortress. The garrison left the city on May 10th preserving martial honour.

Literatuur en noten:

1. **Kellens M.:** De Oostenrijkse Successie-oorlog 1740-1748 in: Daenen J. e.a., De Slag van Lafelt om Maastricht, Maastricht 1997, 15-33.
2. **Notermans J.:** Krijgskundige aspecten van de belegering in Daenen J. e.a., Thans bonst het grof geschut, de verovering en bezetting van Maastricht in 1748, Maastricht, 2001, 39-71.
3. RHCL 07.E01, Oud Militaire Archieven, inventarisnummer 2.
4. **Hillen H.:** Openbare anatomische lessen van medicinae doctor Adrien Pélerin (1698-1771) in: Van godshuis naar academisch ziekenhuis, Geschiedenis van het Maastricht Universitair Medisch Centrum +, Maastricht 2011, 102-108.
5. Een regimentschirurgijn werd destijds aangeduid als chirurgijn-majo(o)r en een compagnieschirurgijn als chirurgijn of aide-majo(o)r. Daarnaast waren er nog 'fraters' die ondergeschikt waren aan de aide-majoor.
6. **Notermans J.:** De oprichting van het militair hospitaal in Maastricht. Nederl Mil Geneesk T 2021;74(5):224-229.

VAN DE REDACTIE



Aanmelden voor abonnement NMGT

Instromend personeel

Om het nieuw instromend personeel dat behoort tot het beroeps- en actief reservepersoneel van de militair geneeskundige dienst te abonneren op het digitale Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift (NMGT), mag ik de abonnees die het NMGT reeds ontvangen verzoeken dit nieuwe personeel te wijzen op het bestaan van ons tijdschrift. Zij kunnen zich dan eveneens abonneren door zich aan te melden door een e-mail te sturen naar de secretaris via e-mailaccount a.sondeijker@kpnmail.nl (voorkeur) of a.sondeijker.01@mindef.nl met als onderwerp 'aanmelden NMGT' onder vermelding van naam, adres, woonplaats en het e-mailaccount waarnaar het tijdschrift moet worden verzonden. Uiteraard zijn aan dit abonnement geen kosten verbonden.

Uitstromend personeel

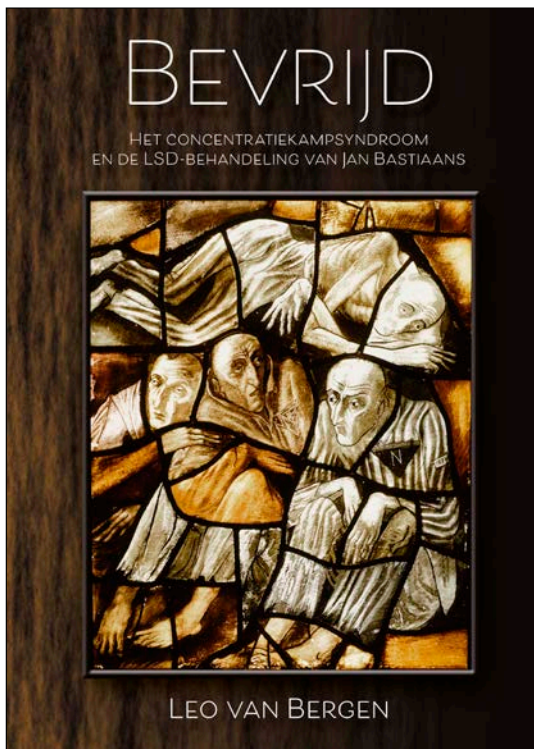
Wanneer u als militair of burgermedewerker binnenkort de dienst verlaat, kunt u het abonnement op het digitale NMGT kosteloos voortzetten. U stuurt dan uw naam, adres, woonplaats en e-mailaccount naar de secretaris, e-mailaccount: a.sondeijker@kpnmail.nl (voorkeur) of a.sondeijker.01@mindef.nl met als onderwerp 'wijziging abonnement NMGT'.

De secretaris NMGT A. Sondeijker



Bevrijd

Het concentratiekampsyndroom en de LSD-behandeling van Jan Bastiaans



Uitgever: Quo Vadis Uitgeverij

Publicatiedatum: 27 januari 2022

Hardcover: 416 pagina's

ISBN-10: 9492435187

ISBN-13: 978-9492435187

Eind januari neemt hoogleraar psychotrauma te Leiden en kolonel-arts Eric Vermetten afscheid van de krijgsmacht. Dan ook zal het boek, *Bevrijd*, worden gepresenteerd, dat ik op verzoek van hem heb geschreven. Het gaat over het KZ-syndroom en de behandeling van lijdens daaraan door de Leidse hoogleraar Jan Bastiaans (1917-1997), onder meer met het psychedelicum LSD. Vermetten zelf is geïnteresseerd in het gebruik (of niet natuurlijk) van MDMA, de werkzame stof van XTC, bij de behandeling van psychische problematiek zoals PTSS. Vandaar.

Het boek wordt uitgegeven door Quo Vadis, te Nijmegen, de uitgeverij die velen nog wel zullen kennen als de voormalige uitgever van *Checkpoint*.

De basis van het boek wordt gevormd door ruim 1100 krantenartikelen in de periode 1954-1987 over oorlogstrauma – destijds het concentratiekamp- of KZ-syndroom genoemd – en de behandeling daarvan, van het protestants-christelijke *Nederlands Dagblad* tot de communistische *De Waarheid*.

Hoewel er vanaf het begin over werd gerapporteerd, vooral door sommige psychiaters die zelf kampoverlevenden waren, duurde het tot in de jaren zestig voor het tot de hele Nederlandse samenleving doordrong dat veel concentratiekampoverlevenden psychische problemen ontwikkelden. In 1957 was dit het onderwerp geweest van de promotie van psychiater Jan Bastiaans, die in 1964 hoogleraar psychiatrie werd aan de Universiteit Leiden. Hij begon oorlogsslachtoffers te behandelen met bijvoorbeeld het psychedelicum LSD. In 1966 werd dit middel verboden, vanwege zijn populariteit in de tegencultuur, maar sommige psychiaters, onder wie Bastiaans, mochten het medisch blijven gebruiken. Hij hoopte te bereiken dat zijn patiënten na hun fysieke bevrijding in 1945 ook psychisch zouden worden bevrijd. Zijn methoden kregen instemming, maar ook kritiek van collega's. In de media echter overheerste goedkeuring. Sommige columnisten daargelaten, verdedigden zij medisch gebruik, ongeacht hun politieke of religieuze signatuur. Bastiaans had gezegd dat hij voorzichtig handelde, patiënten zeiden dat ze baat hadden bij de behandeling. Zij voelden zich echt beter en kwamen in het reïne met hun verleden. Dat was alles wat de media nodig had. De dagen van de *randomised trials* moesten nog komen.

Inclusie en uitdijning zijn typerend voor de geschiedenis van het KZ-syndroom. Het woord 'oorlogsslachtoffer' veranderde in 'oorlogsgetroffene' en daarna zelfs in 'oorlogsbetrokkene'. Bovendien werd de relatie met oorlog opzijgezet. Andere gebeurtenissen, die traumatisch zijn, als traumatisch worden gezien, als traumatisch worden gevoeld, werden opgenomen. Steeds meer groepen werden de diagnose ingetrokken. Waren het eerst concentratiekampoverlevers, later kwamen daar slachtoffers van bijvoorbeeld de Molukse gijzelingen bij of kinderen van NSB'ers. Van steeds meer mensen die helemaal niets met een kamp te maken hadden, werd beweerd dat ze aan een kampsyndroom leden. Bij de overlevenden van de Duitse kampen

voegden zich niet-gearresteerde verzetsstrijders, overlevenden van Japanse interneringskampen, slachtoffers van gijzelaars en tweede generatie kinderen – ook van nationaal-socialisten. Er was zelfs een discussie of vrouwen die een abortus hadden ondergaan een KZ-syndroom konden krijgen, waarmee de diagnose de strijd voor dan wel tegen een liberalere abortuswetgeving werd ingetrokken.

Het verschil tussen slachtoffers (burgers die het geweld over zich heen kregen) en daders (zij die het geweld uitoefenden), het verschil met andere woorden tussen KZ-syndroom en oorlogssyndroom, vervaagde. Veteranen die worstelden met het geweld dat zij hadden toegebracht dan wel gezien, kregen dezelfde diagnose als zij die het geweld hadden moeten ondergaan. Ook de 'daders' werden meer en meer het slachtofferkamp ingetrokken, tot Hitler *himself* aan toe. Vanuit psychiatrisch oogpunt waren ook de daders slachtoffers geworden.

Door deze voortdurende inclusie groeide een eerste schatting midden jaren zestig van enkele duizenden naar 200.000 midden jaren tachtig. De documentaire *Begrijpt u nu waarom ik huil...* (1969), de discussie over een mogelijke vrijlating van de Drie van Breda (1972), de opening van behandelziekenhuis Centrum '45 (1972), de gijzelingsdrama's van Molukse jongeren (1975/1977) en de uitzending van de serie *Holocaust* (1979), resulteerden in uitgebreide media-aandacht voor dit integratieproces en werd er ook een factor van. Maximale schattingen van psychiaters werden eerst als 'ongeveer' en later als 'minimaal' weergegeven.

Een van de veroorzakende factoren die door de media naar voren werden gebracht, was de wens van de psychiaters dat niet langer de oorzaak (het KZ) maar de symptomen leidend werden bij de diagnose. Slachtoffer of dader, kampoverlevende of getuige van een auto-ongeluk: het maakte zoals gezegd niet uit. De term KZ-syndroom verdween. De alles op één lijn brengende, en volgens critici significante verschillen uitgummende, term PTSS was geboren.

De term PTSS werd populair rond dezelfde tijd dat Bastiaans de Universiteit Leiden moest verlaten. Protesten van zijn aanhangers in zowel patiëntengroepen als politiek, en protest van de media, konden daar niets aan veranderen. Met hem verdween zijn methode, inclusief het gebruik van psychedelica. Het werd steeds meer bekritiseerd door andere medici (ook omdat Bastiaans zelf de door hem geziene voordelen ervan niet voldoende had genoteerd). Bovendien paste medisch gebruik niet in het antidrugsbeleid van de overheid. LSD-gebruik werd meer en meer betwist totdat de moderne interesse in het gebruik van MDMA bij de behandeling van PTSS de interesse in Bastiaans' methoden nieuw leven inblies.

Leo van Bergen



OP WEG NAAR EEN

**ROOKVRIJE
GENERATIE**



Hartstichting



LONG
FONDS



KWF

Ontdek hoe de wereld rookvrij
wordt op rookvrij.nl



Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 11, november 2021

Instructies

I-MGA/037 'Inzet en acclimatisering in oefen- en operatiegebieden met extreem warme en koude klimaatomstandigheden'

De richtlijn militaire gezondheidszorg, RMG/037 'Inzet en acclimatisering in oefen- en operatiegebieden met extreem warme en koude klimaatomstandigheden' versie 11 december 2018 is geactualiseerd in samenwerking met de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF), het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) en het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB), en is omgezet naar de Instructie MGA/037 'Inzet bij verhoogd risico op hitteziekte en/of koudeletsel'.

De belangrijkste wijzigingen t.o.v. de vorige versie:

- TGTF is vastgesteld als kennisautoriteit voor hitteziekte.
- Verwijzing naar het Handboek 'Hitteziekte' van TGTF waardoor het gedeelte over preventie en behandeling van hitteziekte niet meer in de instructie zelf is opgenomen.
- Richtlijnen m.b.t. koudeletsels zijn vooralsnog wel overgenomen in deze I-MGA/037.

De [I-MGA/037](#) is met deze veranderingen een tweezijdig document met voor de extreem warme klimaatomstandigheden verwijzingen naar het Handboek Hitteziekte en voor extreem koude klimaatomstandigheden richtlijnen in de instructie zelf. Het voornemen is om ook voor koudeletsels een kennisautoriteit vast te stellen die een vergelijkbaar handboek voor koudeletsels gaat opstellen.

Kleine aanpassing in bijlage I-MGA/040 'Matrix laboratoriumonderzoeken per operationeel niveau'

In de bijlage van de I-MGA/040 'Matrix laboratoriumonderzoeken per operationeel niveau' is op advies van de Maritime Medical Board een kleine aanpassing gedaan in de tabel. Aan boord van een bewegend platform is bezinking (BSE) van 'JA' naar 'JA 2' verschoven.

De gewijzigde bijlage (versie 2.1) is terug te vinden op het [publicatieportaal](#).

I-MGA/043 'Preventieve gezondheidszorg bij operationele inzet en door de Commandant der Strijdkrachten verplichte oefeningen van personeel buiten Nederland'

In het kader van kwaliteitsborging is de RMG/043 'Preventieve gezondheidszorg voor inzet van personeel in missies of oefengebieden buiten Nederland' geactualiseerd en zonder grote wijzigingen omgezet naar de [I-MGA/043](#). Ook de inhoud van de sterk gedateerde DMG/R04 'Advisering in geval van (uitzending) inzetbeperkte militairen' is verwerkt in de I-MGA/043. De RMG/043 en de DMG/R04 zijn daarmee gelijktijdig met de vaststelling van de I-MGA/043 ingetrokken.

De instructie heeft als doel de commandant en de uitgezondene en/of bezoeker enerzijds en de zorgverlener anderzijds richtlijnen te verschaffen om gezondheidsrisico's bij verblijf in operatie- en buitenlandse oefengebieden tijdig te inventariseren en beheersmaatregelen vast te stellen en te zorgen dat de vastgelegde voorgeschreven maatregelen, waaronder ook pre- en post-deployment onderzoek en eventueel noodzakelijke profylaxe, worden uitgevoerd.

Protocol ASG/004 'Operationeel prehospital pijnstillingsprotocol'

Het operationeel prehospital pijnstillingsprotocol ([P-ASG/004](#)) beschrijft op welke wijze pijn bij traumatische verwondingen prehospital bestreden wordt en heeft als doel te komen tot een uniforme wijze van toediening van pijnmedicatie in het prehospital domein binnen de gehele krijgsmacht. Het protocol bouwt voort op het reeds bekende protocol binnen de Nederlandse krijgsmacht en sluit zo mogelijk aan bij de Tactical Combat Casualty Care (TCCC)-guidelines.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige versie zijn:

- Meloxicam 15 mg 1 dd 1 PO vervangen door naproxen 500 mg 2 dd 1 PO;

- Fentanyl 100 mcg IM/IV/IO (herhalen na 30 minuten) of lolly 400 mcg (1x herhalen na 15 minuten);
- Interval dosering esketamine is veranderd;
- Esketamine mag door de NATO Special Operations Combat Medic (NSOCM) in omstandigheden waarin geen intraveneuze of intra-ossale toegang mogelijk is, eenmalig ook intranasaal gegeven worden.

Het protocol is per 1 januari 2022 van kracht en vervangt dan het protocol van 30 oktober 2018 met addenda in 2019 en 2020. Om de implementatie in de transitiefase te vergemakkelijken is ervoor gekozen het pijnstillingsprotocol nu al bekend te stellen, terwijl de ingangsdatum 1 januari volgend jaar is. Waar aan de orde worden via de assortimentsmanager in de (Vraag en Aanbod Management [VAM])-keten de benodigde behoeftestellingsactiviteiten opgestart. Het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum/Kenniscentrum (DGOTC/KC) regelt i.s.m. het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum/ Kennis & Expertise (MGLC/K&E) waar nodig een aanpassing in de uitrustingen (Detaillijst [DL]), de documentatie (Instructiekaart [IK]). Het DGOTC past de prehospitalen protocollen en lesmateriaal aan op basis van dit nieuwe protocol en neemt dit protocol op in het nieuwe Handboek Medische protocollen prehospital.

Opleiding en training

EU Military Medical Operations Introduction Course

De Europese Unie (EU) *Military Medical Operations Introduction Course* is een onlinecursus die bedoeld is om de bestaande kenniskloof tussen de medische gemeenschap en de EU te overbruggen, vanaf het politiek niveau tot aan het militair strategisch niveau, met als rode draad de EU *Common Security and Defence Policy* (CSDP). Deelnemers raken in deze ca. drie uur durende cursus vertrouwd met definities, afkortingen en (plannings)procedures binnen de EU, met daarbij bijzondere aandacht voor de medische bijdrage in het planningsproces. Ook geeft de cursus toegang tot *EU concepts* (doctrine) zoals de *comprehensive EU Health and Medical concept* en voorziet in aanvullende links naar relevante EU-organisaties. De cursus kan via [internet](#) gestart worden. De cursus is te gebruiken zonder registratie, in een eigen tempo, als individu of als onderdeel van een opleiding of voorbereiding op een training. Er wordt geen certificaat afgegeven na afloop van de cursus. Het delen van deze link wordt op prijs gesteld.

Bedrijven DGO

Klantberichten MGLC

Het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC) heeft in oktober en november de volgende klantberichten uitgegeven:

- [Betekenis stickers en labels op medische gebruiksupparatuur](#) (klantbericht 83)
- [Onderhoud bloeddrukmeter](#) (klantbericht 84)
- [Vrijgave First Aid artikelen](#) (klantbericht 85)
- [Leveringen periode tussen kerst en oud & nieuw](#) (klantbericht 86)
- [Wijziging uitrusting AMV/AMA](#) (klantbericht 87)

Jaarverslag Centraal Militair Hospitaal (CMH) 2020

Voor het CMH was 2020 een bijzonder jaar. Enerzijds omdat het jaar begon met het verkrijgen van het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ)/Qualicor Europe-certificaat. Een mooi succes waarvoor iedereen in 2019 hard heeft gewerkt en waar in 2020 mooie stappen werden gemaakt in de doorontwikkeling van de kwaliteit van de zorg en het optimaliseren van de bedrijfsvoering. Anderzijds veranderde het werkveld van de militair met het intreden van de pandemie in het eerste kwartaal van 2020. Er werd meer thuisgewerkt en er waren minder oefeningen en missies. Dat heeft ook invloed gehad op de patiëntenaantallen die in het CMH zijn gezien. De afschaling van de zorg betrof ook het CMH. Tegelijkertijd bood dit het CMH de gelegenheid om in samenwerking met het UMC Utrecht (UMCU), de COVID-19 en andersoortige urgente zorg alsnog zoveel als mogelijk vorm te geven. De samenwerking met het UMCU in de pandemiezorg heeft niet alleen tot een intensievere samenwerking geleid maar heeft ook geleid dat het UMCU is toegetreden tot de IDR-samenwerking met Defensie. Dit is een belangrijke toevoeging aan de samenwerking die dit jaar al dertig jaar bestaat.

In het jaarverslag van het CMH zijn de resultaten en de stappen die in 2020 zijn gezet om de kwaliteit van zorg te behouden en verbeteren na te lezen. Het jaarverslag is gepubliceerd op [internet](#).

Interview met D-CEAG in de Vliegende Hollander

Voor de serie 'Over de grens' in de Vliegende Hollander is kolonel Sylvia Babusch, directeur Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (D-CEAG), geïnterviewd. Kolonel Babusch vindt veiligheid en gezondheid erg belangrijk. Als het om arbeidsrisico's gaat dan zijn veiligheid en gezondheid onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dat bewustzijn en het ernaar handelen in het DNA van iedere defensiemedewerker krijgen, is wat ze iedereen toewenst. Dit is ook de reden dat de functie van D-CEAG op haar voorkeurslijstje stond. Hoewel kolonel Babusch zelf geen expert is op het gebied van veiligheid en gezondheid, zijn de domeinen haar zeker niet vreemd. Wie verwacht dat ze in tijden van corona tekortschiet heeft het mis. Ze leest alle richtlijnen en veel onderzoeksverslagen en waar nodig raadpleegt ze haar mensen of haar netwerk. Het interview is te lezen via [internet](#).

Operationele gezondheidszorg

International Conference on Disaster and Military Medicine (DiMiMed)



Afgelopen 15 en 16 november vond de jaarlijkse *International Conference on Disaster and Military Medicine* (DiMiMed) plaats in Düsseldorf. De gezondheidszorg van de Nederlandse krijgsmacht werd vertegenwoordigd door afgevaardigden van alle krijgsmachtdelen, inclusief verschillende studenten van het Defensy College. De invalshoeken van de lezingen varieerden, maar het thema COVID-19 kwam uitgebreid aan bod. Er is gesproken over ontwikkelingen op het gebied van chemische, biologische, radiologische en nucleaire (CBRN)-middelen, infectieziekten, gezondheidszorg bij rampen en mentale gezondheidszorg. Binnen het laatste thema mentale

gezondheidszorg besprak majoor dr. Debbie Knotnerus-Janssen de resultaten van haar proefschrift in het licht van duurzame inzetbaarheid.

Amerikaans artikel 'Brigade combat team army health system operations'

De ingezette focus op het grootschalig conflict tegen een *near peer* tegenstander heeft ook effect op de geneeskundige ondersteuning in het gevecht. Een Amerikaans artikel toont het belang van een juiste planning van de medische keten op brigadeniveau. Hoewel vier jaar geleden gepubliceerd, bevat het artikel inzichten die zeker bruikbaar zijn. Dit geldt niet alleen voor de geneeskundige adviseurs, maar ook voor de manoeuvre-eenheden die zij ondersteunen. Het artikel kan via [internet](#) worden gedownload.

Nieuwsbrief Kenniscentrum DGOTC (KC DGOTC)

De nieuwsbrief van het Kenniscentrum Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (KC DGOTC) nr. 2/2021 schenkt aandacht aan de ontwikkeling van nieuwe (doctrine)publicaties waaronder een drietal handboeken voor de operationele gezondheidszorg:

- Handboek (HB) Military Health Care (MHC) 8-1/0 Operationeel Gezondheidszorgsysteem
- HB MHC 8-1/1 Operationeel Gezondheidszorgsysteem Landoperaties
- HB MHC 8-7/1 Operationeel Gezondheidszorgsysteem onder CBRN-omstandigheden
- De nieuwe gewondenkaart/Field Medical Card (FMC)

Tot slot is er een korte update over de Tempus ALS patiëntenmonitor en het project Telemedicine vanuit de sectie Techniek Innovatie en Plannen (TIP).

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

De gezondheid en duurzame inzetbaarheid van defensiepersoneel: resultaten van de DGI-module in WERKblik

DGI heeft een [factsheet](#) opgesteld hoe het ervoor staat op het gebied van duurzaam gezond inzetbaar binnen Defensie en wat hieraan bijdraagt. Dit op basis van de antwoorden van 7.072 defensiemedewerkers die de optionele DGI-module in het WERKblik-onderzoek (2018-2021) hebben ingevuld.

Hieruit blijkt dat 28% slaapproblemen ervaart (t.o.v. 20% in de algemene Nederlandse bevolking). Belangrijkste oorzaken hiervan zijn onregelmatige werktijden en de spanningen van overdag niet kunnen loslaten. Ruim de helft, 58% beweegt voldoende (t.o.v. 44% van de Nederlanders), maar 90% zit te

lang onafgebroken. Het aangeboden eten op het werk wordt door sommigen als gezond en anderen als ongezond ervaren: 29% ervaart het als barrière om gezond te eten en 17% als stimulant.

Medewerkers die goed slapen, tevreden zijn met hun voeding, veel bewegen en mentaal krachtig zijn, hebben een hogere mate van duurzame inzetbaarheid: een betere werk-thuisbalans, betere prestaties, minder ziekteverzuim en minder verloopintentie. Hierbij waren slaap en mentale kracht de belangrijkste factoren voor een betere duurzame inzetbaarheid.

Wetenschappelijke publicatie over stigma op psychische problemen bij militairen

Er is een nieuwe publicatie van promovenda Rebecca Bogaers verschenen over het dilemma voor militairen om wel of niet open te zijn over psychische problemen en/of verslaving in de werkomgeving. Zorgen om een 'stempel' te krijgen en vervolgens anders behandeld te gaan worden na openheid vormden een grote belemmering om deze gezondheidsproblemen te bespreken. Leidinggevendenden speelden een cruciale rol in de beslissing, en dus ook indirect in de gezondheid, het welzijn en de duurzame inzetbaarheid van hun militairen. Het (Engelstalige) artikel is gratis te lezen via [internet](#).

Samen sterker in beweging op de Bernhardkazerne



Onder het motto 'Samen sterker in beweging' zijn medewerkers van de Bernhardkazerne in Amersfoort dit jaar in beweging gekomen op initiatief van leefstijlcoach Cynthia Kluitmans. Zij heeft gedurende het jaar diverse beweegchallenges georganiseerd. Het doel hiervan is om een actieve en gezonde leefstijl op te pakken, als team sportief in verbinding te zijn en iedereen mee te laten doen naar zijn/haar vermogen. Deelnemers maken hiervoor gebruik van het *Defense Training and Coaching System* (DTCS) en het *Mywellness* platform van Technogym om de bewogen kilometers te registreren. Zo zijn diverse eenheden al (virtueel) van de kazerne naar D-Day strand Sword Beach in Normandië heen én

weer gefietst, gewandeld en gerend (1200 km in 12 dagen). En op dit moment zijn ruim 50 medewerkers op weg terug van de Mount Everest en hebben gezamenlijk al 10.000 km afgelegd. Naast bewegen zijn er ook sub-challenges om gezondere tussendoortjes te kiezen, vleesconsumptie te verlagen en minder alcohol te drinken. Op de foto twee enthousiaste deelnemers van de Mount Everest challenge: plaatsvervangend commandant Opleidings- en Trainingscommando (P-OTCo) van Dalen en commandant OTCo van Dooren.

Revalidatie

Militair Revalidatie Centrum behandelt Oekraïense militairen

Het Militair Revalidatie Centrum (MRC) behandelt de komende periode drie Oekraïense militairen die in hun eigen land niet de specialistische zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Het gaat om complexe aandoeningen en multitrauma. Zowel de revalidanten als de experts van het MRC hebben hier baat bij. De Oekraïense militairen krijgen de benodigde zorg en de behandelaars kunnen hun specifieke expertise op peil houden. Het aantal Nederlandse revalidanten met complexe aandoeningen is namelijk beperkt. De drie militairen zijn naar Nederland gekomen vanwege een samenwerkingsafspraken tussen de NAVO en Oekraïne. Hun revalidatie leidt niet tot verdringing of wachttijden.

Verpleegkunde en Verzorging

Nieuws vanuit de Verpleegkundige Adviesraad (VAR)

In 2020 heeft de Adviesraad Verpleegkundigen & Verzorgenden (AVV) een doorstart gemaakt. Allereerst is de naam veranderd van AVV naar [Verpleegkundige Adviesraad](#) (VAR) die uiteraard ook de belangen van de verzorgenden binnen Defensie in ogenschouw neemt.

Ondanks dat de COVID-19-pandemie voor alle werkers in de zorg erg ingrijpend is geweest, en dus ook voor de leden van de VAR, hebben ze toch niet stilgezeten!

In het derde kwartaal van 2020 is de instellingsbeschikking van de VAR door de commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie (C-DGO) getekend. Ook heeft de VAR een beleidsplan gepubliceerd

waarin de ambities, organisatiestructuur en doelstellingen van de VAR voor de komende jaren staan beschreven. Zo bestaat de VAR nu uit een dagelijks bestuur (voorzitter, vicevoorzitter en secretaris) en een algemeen bestuur (overige VAR-leden van de diverse defensieonderdelen). Daarnaast werkt de VAR met intermediairs. Zij zijn de 'ogen en oren' van de werkvloer en onderhouden o.a. contacten met onze achterban, de (militair) verpleegkundigen en (militair) verzorgenden. Verder is gewerkt aan het in kaart brengen van een overzicht van stakeholders en belangrijke spelers van de VAR. Binnenkort gaat de VAR afspraken inplannen om met deze stakeholders in contact te komen en het netwerk te vergroten. Ook heeft de VAR regelmatig contact met C-DGO. Zodra de COVID-19-maatregelen het mogelijk maken wil de VAR ook op werkbezoek gaan bij de diverse defensieonderdelen.

Gezien de snelheid van allerlei ontwikkelingen die het beroep en de vak-inhoud van (militair) verpleegkundigen en verzorgenden kunnen raken, zijn er binnen de VAR drie werkgroepen opgericht:

- Werkgroep praktische tewerkstelling (PTW)
- Werkgroep I-MGA/053
- Werkgroep wetswijziging artikel 3 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

Deze werkgroepen houden de ontwikkelingen bij en geven gevraagd en ongevraagd advies.

Door de COVID-19-pandemie is de VAR helaas niet in staat geweest om bij de (militaire) verpleegkundigen en verzorgenden op locatie te komen. Daarom willen ze vanaf begin 2022 gaan beginnen met de organisatie van een verpleegkundig café waarbij ze naar de werkplek toegaan om daar onder het genot van een hapje en een drankje in gesprek te gaan over zaken die op de werkvloer spelen en waar de VAR een bijdrage aan kan leveren.

Mocht u in contact willen komen met de VAR dan kunt u contact opnemen met de vicevoorzitter van de VAR luitenant-kolonel R.P.J. (Rob) Hoogervorst stafofficier verpleegkundige (np) RPJ.Hoogervorst@mindef.nl

COVID-19

Boostervaccinatie voor militairen

Defensie gaat straks zelf de boostervaccinatie zetten voor militairen en volgt daarbij in beginsel de landelijke vaccinatiestrategie. Dat heeft Defensie met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport afgesproken. Op dit moment wordt bekeken wanneer de vaccins voor Defensie beschikbaar komen en hoe de boostervaccinatie kan worden uitgevoerd. Wanneer daar meer over bekend is, krijgen medewerkers aanvullende informatie. Het heeft geen zin om de gezondheidscentra van het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf te benaderen voor een booster als je hier nog niet voor in aanmerking komt.

Het vaccin dat Defensie gaat gebruiken is het Pfizervaccin. Dit kan gecombineerd worden met de andere coronavaccins die eerder gezet zijn.

Het is niet aan te raden om op dit moment zelf een extra vaccinatie buiten Defensie te halen. Het risico bestaat dat je dan je QR-code verliest, omdat het extra vaccin in dit geval mogelijk als eerste prik wordt geregistreerd. Lees voor meer informatie het volledige nieuwsbericht op [intranet](#).

Juridische vragen van artsen over COVID-19

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ontvangt regelmatig juridische vragen van artsen over de COVID-19-vaccinatie. Bijvoorbeeld ben je als je het vaccin toedient aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen, of allergische reactie? Deze en andere vragen worden op de [internetsite](#) van de KNMG beantwoord.

Bonus voor zorgpersoneel Defensie

Bijna 1.000 defensiemedewerkers krijgen een zorgbonus van € 384,71 netto. Het gaat om personeel dat zich tussen 1 oktober 2020 en 15 juni 2021 inzette in de strijd tegen COVID-19. Daaronder vallen overigens niet alleen zorgprofessionals, maar bijvoorbeeld ook militairen die bij vaccinatielocaties en teststraten ondersteunden. Defensie informeert de betreffende medewerkers hierover per brief. Het kabinet keerde vorig jaar ook een zorgbonus uit.

Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

NMGT, nr. 6 (november 2021)

Het laatste nummer van dit jaar van het [NMGT](#) is uit. Met in dit nummer o.a. een artikel over veiligheidscultuur in relatie met kwaliteit van zorg en speedmarsen op militaire laarzen: metingen op het

walk-to-run transitiepunt. Daarnaast doet de hoofdredacteur ook een oproep om kopij aan te leveren. Denk hierbij aan medische items, casuïstiek, nascholingsactiviteiten, ervaringen (uitzendingen/oefeningen), dilemma's enz. Een onderwerp waarvan u wellicht denkt dat het niet zo interessant is, kan voor een ander een eyeopener betekenen. Dus stuur gerust uw artikel/bericht door naar de redactie van het **NMGT**. Alle verschenen nummers van het NMGT, vanaf 2004 tot heden, zijn op [intranet](#) terug te vinden.

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

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

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



Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 12, december 2021

Vergoedingen/verzekeringsvoorwaarden

Nieuwe uitvoerder van de SZVK: DSW-MDK

Per 1 januari 2022 is DSW-MDK (medische diensten Krijgsmacht) de nieuwe uitvoerder voor de ziektekostenverzekering van de Stichting ZiektekostenVerzekering Krijgsmacht (SZVK). U hoeft zelf geen actie te ondernemen, uw ziektekostenverzekering blijft namelijk hetzelfde.

Wat is nieuw?

- Onlinediensten met de MijnSZVK omgeving en SZVK-app
- Klantenservice 088 027 07 00 op werkdagen van 8.00 tot 17.00 uur
- Spoed in het buitenland en voor planbare medisch specialistische zorg in het buitenland 088 027 07 50
De alarmcentrale SOS International is 24 uur per dag bereikbaar
- Verzekerdnummer verandert

MijnSZVK online en als app

Via MijnSZVK en met de SZVK-app kunt u alles eenvoudig zelf regelen. Zo kunt u een declaratie indienen of uw gegevens raadplegen. Maar u kunt hier ook betalingen doen via iDeal of de status van een betaling inzien. Daarnaast heeft u met de app altijd de digitale versie van uw verzekeringspas bij de hand. MijnSZVK en de SZVK-app zijn vanaf 1 januari 2022 te benaderen en te gebruiken. U kunt inloggen op MijnSZVK met uw DigiD. Zo weet u zeker dat u veilig inlogt en u hoeft geen apart account aan te maken.

Heeft u nog vragen?

Bekijk dan de meest gestelde vragen op onze website www.szvk.nl. Staat uw antwoord er niet tussen?

Dan kunt u vanaf 1 januari 2022 contact met ons opnemen via ons nieuwe telefoonnummer 088 027 07 00. Wij helpen u graag verder. U kunt ons bereiken op werkdagen van 08.00 tot 17.00 uur.

Instructies

Rectificatie n.a.v. het bericht over vaststelling van de I-MGA/037

In de vorige nieuwsbrief/e-bulletin werd in het bericht over de vaststelling van de I-MGA/037 vermeld dat er nog geen kennisautoriteit is voor koudeletsels en dat het voornemen bestaat hiervoor ook een kennisautoriteit vast te stellen. Deze tekst was onjuist want ook voor koudeletsels is Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) de kennisautoriteit.

Protocollen

Medische protocollen prehospital

De nieuwe editie van het Handboek Medische protocollen prehospital (HB MHC 8-8) wordt in januari 2022 gepubliceerd. De voorgaande versies HB MHC 8-571 (Algemeen Militair Verpleegkundige [AMV]), versie januari 2020; HB MHC 8-572 (Medic), versie september 2020; HB MHC 8-573/1 (Gewondenhelper [GWHL]), versie februari 2020; HB MHC 8-573/2 (Geneeskundig verzorger [GNKVZG]), versie februari 2020) komen hiermee te vervallen. Het HB MHC 8-8 is vanaf januari terug te vinden op de [samenwerkingsruimte](#) (SWR) van de afdeling Medische en Verpleegkundige Aangelegenheden (MVA) van het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC).


Nieuw is dat alle prehospital traumaprotocollen volledig in overeenstemming zijn met de richtlijnen van de Tactical Combat Casualty Care (TCCC). Verder zijn alle zorgniveaus van GWHL t/m Algemeen Militair Arts (AMA) weergegeven in één protocollenboek. Komend jaar zal ook de rest van het protocollenboek, en dan met name de eerstelijnsprotocollen (Disease and Non-Battle Injury [NBI]), worden herzien.

In 2022 zullen er op het DGOTC themadagen TCCC-NLD volgen. Klik [hier](#) voor meer informatie.

Op [deze SWR](#) vindt u een overzicht met de belangrijkste wijzigingen van het nieuwe versus het oude protocol, per zorgniveau. Lees bij vragen vooral ook de Verantwoording bij het Handboek!

Handelingschema's prehospital

Ook de Handelingschema's (HL MHC 8-574) zijn naar aanleiding van de implementatie van TCCC grondig gereviseerd. Deze Handelingschema's zijn ook vanaf januari op de SWR van de afdeling MVA te vinden. In het document vindt u een [lijst met wijzigingen](#).

Nieuw is dat in de inhoudsopgave door middel van een icoon  duidelijk is gemaakt welke handelingen getoetst moeten worden in het kader van de vaardigheidstoets (concept I-MGA/053B).

Kwaliteitsmanagementsysteem

Geneeskundige & Personele Zorg (Commando Zeestrijdkrachten) gecertificeerd

Alle inspanningen die Geneeskundige & Personele Zorg (GPZ) heeft gedaan in het kader van kwaliteit van zorg, is positief beoordeeld door de certificerende instantie TÜV. De auditoren voelden zich zeer welkom bij GPZ en er zijn open gesprekken gevoerd. De auditoren hebben hiermee een goed beeld gekregen van hoe met elkaar gewerkt wordt. Het viel de auditoren op dat in een goede sfeer wordt samengewerkt, ze noemden dit het 'wij gevoel'. Naast een paar verbeterpunten is slechts één afwijking vastgesteld, nl. het niet kunnen aantonen van bewijsstukken van uitgevoerde scholing. Om dit te verbeteren moet GPZ plannen aanleveren aan de certificerende instantie en dan ontvangen ze het certificaat. Kortom GPZ is geslaagd, maar het 'diploma' volgt iets later.

Klantberichten MGLC

Het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC) heeft in november het volgende klantbericht uitgegeven:

- [Inleveren cilinders](#) (klantbericht 88)

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Podcastserie DBBO: Duurzaam Inzetbaar Bewaken

Medewerkers Wesley en Patrick van de Defensie Bewakings- en Beveiligingsorganisatie (DBBO) hebben een podcastserie 'Duurzaam Inzetbaar Bewaken'. Hierin spreken zij met experts van DGI en DBBO'ers hoe zij hun werk zo fit en vitaal mogelijk kunnen doen. DBBO'ers delen de uitdagingen die de 24/7 diensten met zich meebrengen en DGI-experts op het gebied van slapen, bewegen, voeding en mentale kracht geven concrete tips. Deze podcastserie is een initiatief van luitenant ter zee der 1e klasse logistieke dienst Doenja Zwaan en is intern te vinden via [deze link](#). Ook is de serie via Spotify te beluisteren.

Nieuwe E-learning mentale kracht

Iedereen die bij Defensie werkt kan te maken krijgen met zware fysieke en mentale omstandigheden. Sinds vandaag biedt het leerplatform van de Open Defence Academy (ODA) daarvoor een nieuwe online module aan. Deze module is ontwikkeld door kernexperts van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ), DGI in samenwerking met de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF),

het project Psychologische Capaciteit (PsyCap) en het bureau Gedrag en Ethiek van het Opleidings- en Trainingscentrum Koninklijke Marechaussee (OTC KMar). De e-learning vormt de eerste stap voor het tackelen van problemen met stress, mentale kracht of presteren onder druk. De module is ontwikkeld voor medewerkers, leidinggevenden, militairen en burgers. Zie ook het intranet [nieuwsbericht](#) voor meer informatie over de module. Of neem een kijkje op het leerplatform van de ODA via [internet](#). De module is te vinden onder het domein 'Personeelszorg en -ontwikkeling'.

Netwerkbijeenkomst mentale kracht

Op 15 november heeft de 10e netwerkbijeenkomst mentale kracht plaatsgevonden, ditmaal voor het laatst georganiseerd door kernexpert mentale kracht Fenna Leijten. Fenna werkt namelijk sinds 1 november als senior beleidsadviseur kennis en innovatie onder het Directoraat Generaal Beleid (DGB). De agenda en verschillende presentaties over o.a. het project Uitzendgerelateerde - Militaire Mentale INzetbaarheid (U-MMIND) en van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn op de DGI [intranetpagina](#) te vinden.

Lokettenleidraad IGK

De Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht (IGK) heeft een Lokettenleidraad opgesteld. Defensie heeft meerdere loketten in gebruik, deze leidraad is bedoeld een helpende hand te bieden bij een probleem, (zorg)vraag of klacht. Het geeft een overzicht met welke hulpvraag een defensiemedewerker bij welk loket terecht kan. Ook de leefstijlcoach van DGI is hierin opgenomen. De Lokettenleidraad is te vinden op [intranet](#).

Operationele gezondheidszorg

Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF)

TGTF verbetert de fysieke en mentale inzetbaarheid van militaire eenheden en individuen voor grondgebonden optreden. TGTF levert daarmee een essentiële bijdrage aan de Personele Gereedstelling en heeft daarbij oog voor het voorkomen van gezondheidsverlies, het optimaliseren van de Opleiding en Training (O&T) situatie en het verbeteren van de fysieke veiligheid. TGTF is als zelfstandige Bijzondere Organisatie Eenheid binnen de Directie Personeel en Organisatie van de Koninklijke Landmacht gepositioneerd en werkt met interdisciplinaire samenwerkingen binnen en buiten Defensie. TGTF kent twee kernactiviteiten: het verlenen van tweedelijnszorg en het uitvoeren van kennismanagement. De uitvoering vindt plaats door drie teams. Het Sport Medisch Centrum levert hoogwaardige sportmedische zorg aan individuele militairen bij inspanningsgebonden klachten en geeft daarnaast inzetbaarheidsadvies. Daarnaast verricht zij onderzoek gericht op preventie van klachten en verbetering van militaire zorg. Het kenniscentrum werkt implementatiegedreven en programmagestuurd en levert kennisproductie over de fysieke en mentale inzetbaarheid. Daarnaast heeft het kenniscentrum een specifieke verantwoordelijkheid voor het optreden onder verzwaarde en extreme omstandigheden, daar waar het gaat om voorkomen en behandelen van: hitteziekte, koudeletsel, hoogteziekte en operationele slaapdeprivatie. Het Fieldlab bevordert een optimale opleidings- en trainingsomgeving, waarbij het Fieldlab oog en oor vormt in de verbinding tussen TGTF en de eenheden. Meer informatie kunt u vinden op de [SharePoint site van TGTF](#).

Opleiding en training

Vaker en realistischer trainen met zuurstoftekort

Achter de coulissen van de Nederlandse militaire luchtvaart wordt begin volgend jaar een nieuwe uitvinding in gebruik genomen: een mobiele vliegsimulator met geïntegreerde hypoxietrainer. Vliegers, vliegend medisch personeel, doorgunners en loadmasters kunnen daarmee veel vaker en realistischer een situatie met zuurstoftekort trainen. Een dergelijk scenario kan ontstaan door het wegvallen van de cabinedruk. In commerciële vliegtuigen valt er dan een zuurstofmasker uit het plafond, maar dat is niet het geval in militaire toestellen. Het probleem van zuurstoftekort – ofwel hypoxie – herkennen en adequaat te lijf gaan is dan ook erg belangrijk. Nu traint vliegend personeel elke vijf jaar in de hypobare kamer op het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML) in Soesterberg. Jaarlijks testen en een bijbehorend 'hypoxiepaspoort' zou qua vliegveiligheid idealer zijn", is luitenant-kolonel Ted Meeuwsen, hoofd Operationele Training en Toepassing bij het CML van mening. "Mensen moeten zuurstoftekort persoonlijk ervaren om het te kunnen herkennen", stelt Meeuwsen. De symptomen verschillen namelijk per persoon en kunnen met de jaren variëren.

Ook qua ernst en snelheid waarmee het optreedt. Hij noemt hoofdpijn, misselijkheid, versnelde hartslag, warmte- en koudesensaties, neerslachtigheid of juist een enorm euforisch gevoel. Herhaling van de training is dus noodzakelijk". Met de mobiele hypoxietrainer en simulator in één is dit mogelijk haalbaar. Daarbij vervult het combimodel meerdere wensen. Zo kunnen militairen op de eigen vliegbasis trainen, waardoor onder meer schaarse vliegers operationeel beschikbaar blijven. Bovendien kunnen ze het combineren met bestaande trainingen door de realistische vliegmissies in de simulator. Vaker kunnen trainen zorgt er ook voor dat militairen eerder de test kunnen doorlopen wanneer zij nieuwe uitrustingsstukken ontvangen. Bijvoorbeeld helmen en maskers. Die kunnen van invloed zijn op de verschijnselen bij zuurstoftekort op hoogte. De mobiele hypoxietrainer is een innovatie die bedacht en uitgevoerd is door het CML, het innovatiecentrum van de Defensie Materieel Organisatie (MIND - Military INnovation by Doing), TNO en fabrikant MultiSim BV. (Dit bericht is overgenomen uit [De Vliegende Hollander nr. 11, november 2021](#))

COVID-19

Boostercampagne bij Defensie

Het Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf (EGB) is in de eerste week van december gestart met het geven van boostervaccins aan al het zorgpersoneel van Defensie. Ook de zestigplussers worden nu via de gezondheidscentra opgeroepen.

De operationele eenheden die vanuit hun functie op korte termijn naar het buitenland moeten, is het vaccineren op 6 december jl. van start gegaan. Met een operatieorder heeft de Commandant der Strijdkrachten via de commandanten aangegeven hoe deze vaccinatie gaat verlopen en welke eenheden het betreft. Voor de overige eenheden is er een [sharepoint-pagina](#) beschikbaar waar militairen zich kunnen inschrijven voor een boostervaccinatie. Ze kunnen kiezen uit priklocaties verspreid door het land. Als de inschrijfmogelijkheid op een bepaalde locatie vol is, kunnen militairen zich inschrijven op een andere locatie waar nog wel plek is. Tussen de laatste vaccinatie en de booster moet minimaal zes maanden tijd zitten. Militairen die korter geleden gevaccineerd zijn, kunnen op een later tijdstip zelf een afspraak maken bij het eigen gezondheids-centrum voor de booster. Voor militairen bestaat de mogelijkheid om de periode van zes maanden te verkorten als ze voor een operationele activiteit naar een land moeten waar een booster vereist is en het interval van zes maanden niet mogelijk is. Dit wordt per situatie beoordeeld.

De boostervaccinatie wordt geregistreerd in het militaire medische systeem. Militairen die via mijn.PMGZ al eerder toestemming gaven voor het delen van de informatie met het RIVM hoeven niets te doen. De booster leidt automatisch tot een QR-code.

Vrouwen die zwanger zijn of willen worden, krijgen het advies zich te laten vaccineren met een mRNA-vaccin, zoals Pfizer. Defensie gebruikt Pfizer voor haar boostervaccinatie. Nog niet gevaccineerden kunnen gebruik maken van de intekenpagina als zij zich willen laten vaccineren. Zij moeten ter plekke aan de vaccinatiemedewerker melden dat het hun eerste vaccinatie is, zodat ook de vervolgspraken gepland kunnen worden.

Militairen helpen in strijd tegen COVID-19

Defensie helpt de komende tijd opnieuw bij de strijd tegen het coronavirus. Vanaf woensdag 1 december werden maximaal 60 militairen ingezet in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Zij springen bij in de zorg voor coronapatiënten. De extra handen maken het voor het UMCU mogelijk patiënten met het virus over te nemen. Daarnaast helpt Defensie de GGD vanaf 2 december jl. bij het afnemen van COVID-testen. Het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum heeft de eerste 83 landmachtmilitairen opgeleid tot bemonsteraar en het werken met het administratiesysteem CoronIT. De militairen nemen de komende periode COVID-testen af in zes verschillende regio's van de GGD, verspreid over het hele land. Vanaf 6 december zijn 25 militairen aan de slag gegaan in het VieCuri Medisch Centrum in Venlo en 8 militairen in het Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen. Het gaat om militaire artsen, verpleegkundigen en ondersteunend personeel. Ook gaat een militaire planner helpen bij het Regionaal Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding. Dat gebeurt vanuit het Maastricht Universitair Medisch Centrum.

Parlementaria

Rapport Inspectie Veiligheid Defensie 'Luchtvaartongeval NH-90 Aruba' aangeboden aan de Kamer

Het inspectierapport 'Luchtvaartongeval NH-90 Aruba' van de Inspectie Veiligheid Defensie (IVD) is op 2 december aangeboden aan de Tweede Kamer. Het rapport is opgesteld naar aanleiding van het

verongelukken in zee van een NH-90 maritieme helikopter van het Defensie Helikopter Commando op zondag 19 juli 2020. De IVD komt in haar rapport tot de conclusie dat het niet mogelijk is sluitend vast te stellen wat de oorzaak van dit noodlottige ongeval is geweest. Het volledige rapport is via [deze link](#) te downloaden.

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

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

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

MEDEDELING



Netherlands School of Public & Occupational Health



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

Inlichtingen: www.nspoh.nl, telefoon (030) 8100500, e-mail info@nspoh.nl

Horen en gehoord worden

Slechthorendheid treft duizenden werknemers en het probleem breidt zich snel uit. Dat komt doordat de groep jongeren met een gehoorbeschadiging groeit. Maar ook doordat oudere werknemers te maken krijgen met fysiologische of beroepsgerelateerde slechthorendheid. Heb jij te maken met slechthorenden en wil je leren wat zij kunnen in hun werk? Doe dan deze module.

Voor wie: bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en andere (medische) professionals

Datum: 24 maart 2022, St. Michielsgestel

Refereermiddag oncologie

Werk je als bedrijfsarts, verzekeringsarts of bedrijfsarts consulent oncologie (BACO)? Of ben je in opleiding en heb je speciale interesse in oncologie? Volg dan de laatste ontwikkelingen en resultaten uit wetenschappelijk onderzoek en de oncologische kliniek. Kom dan naar deze refereermiddag.

Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen, bedrijfsartsen consulent oncologie en arboverpleegkundigen

Datum: 29 maart 2022 (13.30-16.30 uur)

Nascholingsdag stoppen met roken: hoe is de begeleiding in 2022? (nieuw)

Begeleid je mensen bij het stoppen met roken? En wil je op de hoogte zijn van de actuele ontwikkelingen hierin? Vind je het leuk wanneer er afwisseling is tussen plenaire sessies en workshops waarin je zelf actief aan de slag gaat? Kom dan naar de jaarlijkse nascholingsdag.

Voor wie: praktijkondersteuners, (long)verpleegkundigen, huisartsen en gezondheidsbevorderaars die mensen begeleiden bij het stoppen met roken

Datum: 31 maart 2022, Utrecht

Actualiteiten medische advisering in het sociaal domein

Verdiep je juridische kennis over (sociaal) medische advisering. Oefen aan de hand van relevante casuïstiek en discussies over actuele jurisprudentie op dit vakgebied. De laatste ontwikkelingen en nieuwste inzichten komen aan bod.

Voor wie: artsen werkzaam als sociaal-medisch adviseur op het terrein van Wmo of Wlz

Datum: 7 april 2022, Utrecht

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: 15 april 2022, Utrecht

Stoppen met roken: hoe help je de kwetsbare roker? (nieuw)

Eén op de negen Nederlanders tussen de 16 en 65 jaar is laaggeletterd. Deze groep mensen heeft vaak beperkte gezondheidsvaardigheden. Wil je leren hoe je tijdens jouw stoppen-met-roken-begeleiding kunt aansluiten bij deze meer kwetsbare rokers? Doe dan deze online module van twee halve dagen.

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

Datum: 19 april en 24 mei 2022 (9:00-13:00 uur), Utrecht

Het recept voor online interactie

Online werken, we ontkomen er niet meer aan. De basale dingen lukken nu waarschijnlijk wel. Maar hoe zit dat met grotere overleggen? Voorlichtingen of onderwijs verzorgen? Hoe houd je dit levendig en effectief? Hoe zorg je voor interactie als iedereen naar een scherm kijkt? In deze module delen wij het recept voor online interactie!

Voor wie: professionals in public & occupational health die willen leren hoe je online meer interactie creëert in bijeenkomsten en/of onderwijs

Datum: 21 april 2022 (13:00-17:00 uur), online

Culturele diversiteit in de gezondheidszorg

Culturele diversiteit in de gezondheidszorg staat volop in de belangstelling. Het is prettig als je weet welke culturele factoren een rol spelen in de beleving van ziekte en gezondheid. Heb je te maken met verschillende culturen? Leer hoe je daar tijdens jouw consult optimaal rekening mee kunt houden.

Voor wie: professionals die te maken hebben met culturele diversiteit in de gezondheidszorg

Datum: 25 april en 9 mei 2022, online

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, die hun kwaliteiten als schrijver van overtuigende (beleids)teksten willen verbeteren

Datum: 26 april en 9 mei 2022, online

Opleiding Bedrijfsarts & consulent oncologie

Kanker is emotioneel belastend voor werknemer en werkgever. Mensen zijn vaak lange tijd uit de roulatie. Als zij terugkeren in hun werk, vereist hun begeleiding maatwerk. Wil jij als bedrijfsarts & bedrijfsarts consulent oncologie (BACO), of als klinisch arbeidsgeneeskundige oncologie (ex-)kankerpatiënten begeleiden in hun revalidatie en re-integratie? Doe dan deze vijfdaagse opleiding.

Voor wie: gemotiveerde, geregistreerde en ervaren bedrijfs- en verzekeringsartsen, verpleegkundig specialisten oncologie en arboverpleegkundigen, die zich nader willen verdiepen in de klinische arbeidsgeneeskunde oncologie

Datum: 9 en 16 mei, 13 en 20 juni en 20 september 2022

Infectieziekten: van cel tot melding

Maak kennis met de keten van infectieziektebestrijding: van besmetting en verspreiding tot en met contactonderzoek en surveillance. Praktische verdiepingmodule voor verpleegkundigen.

Voor wie: verpleegkundigen werkzaam bij GGD, zorginstelling of kennisinstituut en zich verder willen specialiseren in het complexe werkveld van de AGZ

Datum: 10, 17 en 24 mei en 7 juni 2022

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

E-mail: nmgt@mindef.nl