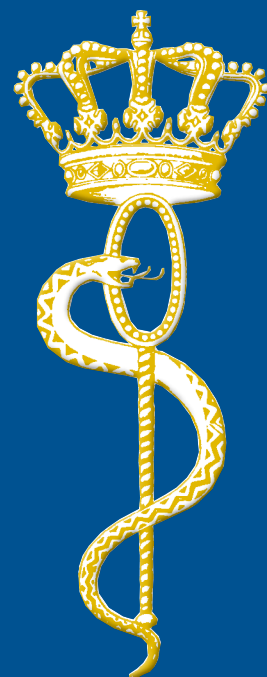


# NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS  
75e JAARGANG  
JULI 2022 - NR. 4



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

**P.C. van Heereveld**  
majoor-tandarts  
**Dr. D.G.A. Knotnerus-Janssen**  
majoor-apotheker  
**Drs. E. Mol**  
Sr. Adv. Arbeid en Gezondheid  
**E.G.J. Onnouw**  
kolonel-vliegerarts  
**R.A.G. Sanches**  
kapitein-luitenant ter zee-arts b.d.  
**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. Sondejker**  
secretaris NMGT  
Postbus 90701, 2509 LS 's-Gravenhage  
Telefoon 0165-300145  
E-mailadres:  
[nmgt@mindef.nl](mailto:nmgt@mindef.nl)

### AANMELDEN ABONNEMENT

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

### VOORBEHOUD

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

Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd  
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 .....	113
Aanmelden voor abonnement NMGT .....	131
Wenken voor inzenders van kopij .....	147

#### Van de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie:

Nieuwsbrief DGO, mei 2022 .....	135
Nieuwsbrief DGO, juni en juli 2022 .....	140

#### Oorspronkelijke artikelen:

Monodisciplinaire of multidisciplinaire zorg? Enkele lessen voor de zorg na de evacuatie uit Afghanistan door kapitein-luitenant ter zee van speciale diensten b.d. dr. M. Meijer .....	114
Verschillen in mondgezondheid bij de Nederlandse krijgsmacht door kapitein-luitenant ter zee-tandarts W.A.M. van Klink .....	121
Bevordering van de cardiovasculaire gezondheid bij etalagebenen door middel van gesuperviseerde looptherapie (samenvatting proefschrift) door kapitein-arts dr. S.C.P. Jansen .....	129

#### Boekbesprekingen:

Regiment Geneeskundige Troepen Al helpende dien ik de overwinning door dr. L. van Bergen .....	132
--	-----

#### Mededelingen:

Bij- en nascholing Netherlands School of Public and Occupational Health .....	113,146
---	---------

## CONTENTS

## VOLUME 75 – JULY 2022 – ISSUE 4



#### From the editor:

Foreword .....	113
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review .....	131
Notices to authors .....	147

#### From the Commander Defence Health Care Organisation:

Newsletter Defence Health Care Organisation, May 2022 .....	135
Newsletter Defence Health Care Organisation, June and July 2022 .....	140

#### Original contributions:

Monodisciplinary or multidisciplinary care? Some lessons after the evacuation from Kabul by Commander (R. Neth. Navy ret.) M. Meijer PhD .....	114
Oral health disparities in the Royal Netherlands Armed Forces by Commander dentist (R. Neth. Navy) W.A.M. van Klink .....	121
Promoting cardiovascular health through personalized supervised exercise therapy in intermittent claudication (summary thesis) by Captain mc S.C.P. Jansen PhD .....	129

#### Book reviews:

Regiment Medical Troops While helping I serve the victory by L. van Bergen PhD .....	132
--	-----

#### Announcements:

The Netherlands School of Public and Occupational Health .....	113,146
--	---------

## VOORPAGINA

Binnen de krijgsmacht is een goede mondgezondheid essentieel voor de operationele inzetbaarheid. De Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) is verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige tandheelkundige zorg, zodat commandanten tandheelkundig gezonde militairen kunnen inzetten.

Foto: Mediacentrum Defensie (MCD), Rob Gieling.



## Voorwoord

Beste lezers,

In de vorige aflevering van mei 2022 is stilgestaan bij het 75-jarig jubileum van het NMGT, een mijlpaal, maar we willen door, we willen verder, op naar de volgende 75 jaar. Maar dat kan alleen als we met ons allen eraan willen blijven bouwen. Ik hoop dat mijn oproep in de vorige aflevering tot vervolgstappen mag leiden.

Inmiddels zijn we weer beland in juli, midzomer en dus de vakantiemaand bij uitstek. Ik hoop dat u allen met volle teugen van een mooie en fijne vakantie mag genieten, zonder al te veel perikelen. En dan denk ik niet alleen aan een corona-uitbraak, maar ook aan andere hindernissen, zoals vertraagde of volledig afgelaste vluchten, blokkades van wegen naar vakantiebestemmingen, etc. Ik hoop dat al die storende zaken mogen uitblijven, zodat u van een welverdiende vakantie kunt genieten.

Graag neem ik u nu mee naar de inhoud van deze aflevering.

Van kapitein-luitenant ter zee van speciale diensten b.d. dr. Marten Meijer is een bijdrage ontvangen over de evacuatie naar Nederland van een aantal Afghaanse medewerkers en hun familieleden en het daaropvolgende traject voor psychosociale zorg. Uit de evaluatie is gebleken dat de gekozen monodisciplinaire aanpak tekort heeft geschoten. In deze bijdrage worden aanbevelingen gedaan om bij vergelijkbare evacuaties te kiezen voor een meer multidisciplinaire aanpak.

In deze uitgave ook een bijdrage uit de Defensie Tandheelkundige Dienst van kapitein-luitenant ter zee-tandarts Nanda van Klink. Zij heeft studie gedaan naar de verschillen in de mondgezondheid van de militair in relatie tot rang en andere factoren die van invloed kunnen zijn.

In een samenvatting van haar proefschrift beschrijft kapitein-arts dr. Sandra Jansen de mogelijke verbetering van behandeling van claudicatio intermittens (etalagebenen) door het afstemmen van de behandeling op het individu.

Ten slotte een boekbespreking van de hand van dr. Leo van Bergen over het recent verschenen boek van Laurens van Aggelen met als titel 'Regiment Geneeskundige Troepen. Al helpende dien ik de overwinning'. In deze beschouwing worden een aantal kritische opmerkingen geplaatst, die uiteraard alleen maar de zienswijze weergeven van de recensent en derhalve volledig voor diens rekening komt.

Ik wens u veel leesplezier,

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

## MEDEDELING



### Netherlands School of Public & Occupational Health



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

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

#### Nudging en framing (nieuw)

We zijn helemaal niet zo rationeel als we graag zouden willen geloven. We kiezen vaak automatisch de meest voor de hand liggende optie. Ons gedrag wordt continu onbewust beïnvloed met nudges en slim taalgebruik. Hoe werken de principes van nudging en framing? En hoe pas je ze toe in je werk?

Voor wie: *beleidsmakers, artsen en verpleegkundigen en andere gezondheidsprofessionals in de arbo- en publieke gezondheidszorg, die effectief gebruik willen maken van nudging en framing in hun dagelijks werk*

Datum: 5 september 2022

#### Innovatie in de publieke gezondheidszorg: integraal vernieuwen

Of innovatie in de publieke gezondheidszorg een succes wordt, hangt af van veel factoren. Wil je leren hoe je vernieuwende programma's, interventies, richtlijnen of werkwijzen succesvol initieert, regisseert, doorvoert en evalueert? Zodat de kwaliteit van de publieke gezondheidszorg verbetert en je bijvoorbeeld antwoord krijgt op de vraag: Hoe stimuleren we een gezonde leefstijl en een gezonde leefomgeving? Doe dan deze pittige en prikkelende module.

Voor wie: *professionals, beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers en onderzoekers in het brede veld van de volksgezondheid*

Start: 8 of 9 september 2022 (8 dagen)

# Monodisciplinaire of multidisciplinaire zorg? Enkele lessen voor de zorg na de evacuatie uit Afghanistan

door kapitein-luitenant ter zee van speciale diensten b.d. dr. Marten Meijer

De auteur was van augustus 1986 tot mei 2020 in dienst van het ministerie van Defensie als militair psycholoog.

Van augustus 2021 tot mei 2022 was hij projectleider voor de psychosociale zorg voor de 36 Afghaanse lokale medewerkers van de Nederlandse Ambassade in Kabul, die samen met hun circa 150 familieleden met defensietransport eind augustus 2021 naar Nederland werden geëvacueerd.

Artikel ontvangen april 2022.

## Samenvatting

**De evacuatie van 36 Afghaanse medewerkers van de Nederlandse ambassade in Kabul in Afghanistan en hun circa 150 familieleden in augustus 2021 werd gevolgd door een project voor psychosociale zorg voor dit personeel van september 2021 tot en met april 2022. Uit de evaluatie van dit project blijkt dat de gekozen monodisciplinaire aanpak, waarin uitsluitend psychosociale zorg werd verleend, aanzienlijke beperkingen opleverde. Zo bleven basisbehoeften van dit personeel, maar ook behoeften aan adequate medische zorg, lange tijd onvervuld. Dit artikel geeft een aantal aanbevelingen om bij vergelijkbare evacuaties voor een multidisciplinaire aanpak te kiezen, waarin ook basisbehoeften en behoeften aan medische zorg zo tijdig mogelijk worden geïnventariseerd en waar mogelijk vervuld.**

## Inleiding

Nadat de president van de Verenigde Staten van Amerika medio 2021 besloot om de aanwezigheid van Amerikaanse militairen in Afghanistan drastisch te beperken volgde eind augustus 2021 een dramatisch verlopen evacuatie van 36 Afghaanse personeelsleden die voor de Nederlandse ambassade in Kabul werkzaam waren geweest en hun circa 150 familieleden. Terwijl de bewaking van het vliegveld in Kabul en het luchttransport vanaf dat vliegveld ook door Nederlands defensiepersoneel werd verzorgd was de organisatie van deze evacuatie en



**Afb. 1: Op zaterdag 28 augustus 2021 vond op de COA-noodopvanglocatie bij de Willem Lodewijk van Nassaukazerne in Zoutkamp de eerste bijeenkomst plaats van de 36 uit Kabul geëvacueerde Afghaanse lokale BZ-medewerkers, de plaatsvervangend Nederlandse ambassadeur in Kabul en de projectleiding.**

Foto: de heer R. de Vries.

de opvang in Nederland in handen van het ministerie van Buitenlandse Zaken (BZ). Tweede Kamerleden stelden in augustus en september 2021 schriftelijk enkele honderden vragen aan de betrokken bewindspersonen van BZ en Defensie over de manier waarop deze evacuatie en de besluitvorming daarover tot stand was gekomen. De toenmalige minister van BZ gaf desgevraagd toe van vijf onjuiste aannames te zijn uitgegaan bij haar besluitvorming. Toen daarover een motie van afkeuring door de Tweede Kamer werd aangenomen besloot zij eind september 2021 af te treden, waarna de minister van Defensie ook besloot

af te treden. Inmiddels was in opdracht van BZ een project voor psychosociale zorg voor deze geëvacueerde Afghaanse personeelsleden en hun familieleden in Nederland opgestart (zie Afb. 1).

De bemensing van dit project bestond uit zes bedrijfsmaatschappelijk werkers (twee vrouwen en vier mannen), vijf tolken (twee vrouwen en drie mannen) en een lijnmanager van de Hoofddirectie Personeel van BZ. De auteur was projectleider en door de secretaris-generaal van BZ aangesteld voor de periode van 1 september 2021 tot 1 maart 2022. In februari 2022 besloot deze secretaris-generaal het project met twee maanden in afgeschaalde vorm te verlengen tot 1 mei 2022.

Dit artikel beschrijft de vraagstelling en opzet van dit project, de hulpvragen van het Afghaanse personeel en hun familieleden in de verschillende fasen van het project en de belangrijkste lessen uit de praktijk van deze evacuatie, zoals die in februari en april 2022 door de betrokken hulpverleners en tolken bij dit project zijn geïdentificeerd of in praktijk gebracht. Het artikel besluit met enkele conclusies en aanbevelingen, onder andere om de gekozen monodisciplinaire aanpak in vergelijkbare evacuaties te vervangen door een multidisciplinaire aanpak.

In mei 2022 is door de universiteit van York een vergelijkend onderzoek gepubliceerd<sup>1</sup>, waaruit blijkt dat de Nederlandse evacuatie aanzienlijk minder goed is verlopen dan de Britse of Amerikaanse evacuatie van Afghaanse personeel dat in dienst was van de betreffende landen. In dit Britse onderzoek blijft het voorliggend project voor psychosociale zorg echter buiten beschouwing. Ook hebben in juni 2022 enkele Tweede Kamerleden verontwaardigd gereageerd op de terugbetalingsverplichting die sommige Afghaanse BZ-medewerkers kregen opgelegd na hun verblijf in Nederlandse asielzoekerscentra. BZ heeft daarop laten weten dat deze terugbetalingsverplichting alleen geldt voor Afghaanse lokale BZ-medewerkers die een aanzienlijke ontslagvergoeding hebben ontvangen. Ook is deze terugbetalingsverplichting bij een voorlichting op de Nederlandse ambassade in Kabul al aangekondigd in juli 2021, voordat men besloot tot evacuatie naar Nederland.

## Vraagstelling en projectfasering

Bij de evaluatie van het project dat voorzag in psychosociale zorg voor Afghaanse lokale BZ-medewerkers en hun familieleden rees de vraag of deze zorg naar behoren was verleend en of deze zorg in een voorkomend geval op dezelfde manier moet worden verleend. Deze vragen worden beantwoord via diverse overzichten van hulpvragen van dit Afghaanse personeel en hun familieleden in de verschillende fasen van dit project: de initiële of inventarisatiefase, de verdiepingsfase en de afrondende of overdracht fase. Ook wordt uit de evaluatie van dit project door de Afghaanse medewerkers, de hulpverleners en andere betrokkenen geput om deze vraagstelling te beantwoorden.

## Ervaringen en hulpvragen in de verschillende fasen van het project

### Initiële- of inventarisatiefase

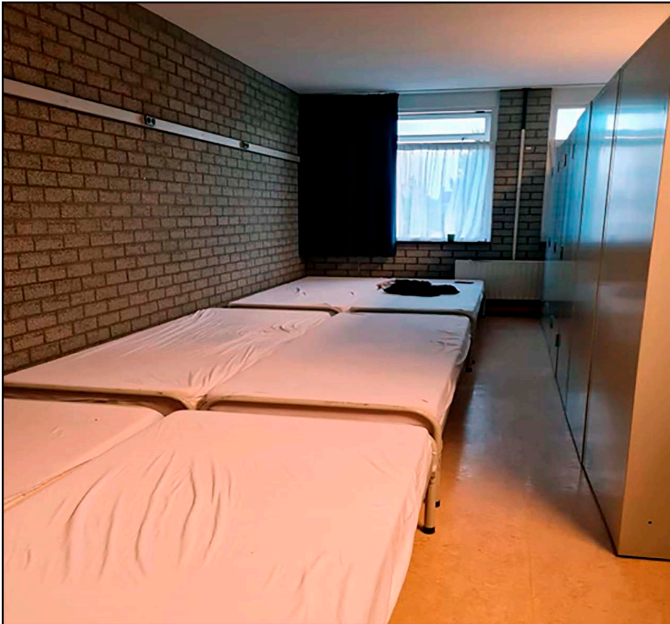
In de inventarisatiefase van dit project werd in een drietal gestructureerde gesprekken via een tolk door een bedrijfsmaatschappelijk werker nagegaan hoe het gesteld was met de betreffende Afghaanse medewerker in het hier en nu, wat zijn/haar moeilijkste en mooiste ervaringen in het verleden waren en hoe hij of zij zijn/haar toekomst zag in Nederland. Op basis van deze gesprekken volgde een inventarisatie van de belangrijkste behoeften. In tabel 1 zijn de

Categorie van hulp	Aard van de hulpvragen
Basisbehoeften	Veiligheid, eten en drinken, hygiëne, privacy voor gezinsleven.
Psychosociale behoeften	Zorg om familieleden in Afghanistan, stress in echtelijke relaties, burn-out, omgaan met isolement en verveling.
Medische behoeften	Specialistische hulp na hartinfarct, specialistische medische hulp.

**Tabel 1: Belangrijkste behoeften uit de inventariserende gesprekken in de initiële fase van het project voor psychosociale zorg voor Afghaanse lokale BZ-medewerkers.**

belangrijkste behoeften uit deze inventariserende gesprekken weergegeven.

Uit tabel 1 blijkt dat de basisbehoeften aan veiligheid, goed eten en drinken en privacy voor het gezinsleven vaak werden genoemd.



**Afb. 2: Slaapplaatsen voor een Afghaanse BZ-medewerker en zijn vrouw en vier dochters, in leeftijd variërend van 4 tot 19 jaar, op de COA-noodopvanglocatie in Zoutkamp.**

Foto: de heer Ahmad Mirzai.

De ervaren onveiligheid voorafgaand en tijdens de chaotische evacuatie uit Kabul bleek nog niet direct verdwenen te zijn na aankomst in Nederland. Deze onveiligheid bleek gerelateerd te zijn aan het gebrek aan privacy in de noodopvang van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) op de Willem Lodewijk van Nassaukazerne in Zoutkamp. Vaak moest bijvoorbeeld de legering worden gedeeld met onbekenden, waar aanvankelijk sowieso een dreiging van uitging. Na verloop van tijd werd deze ervaring van onveiligheid minder, ook omdat defensie schietoefeningen in de omgeving van Zoutkamp na klachten daarover stopzette. Toch bleef het schrijnend gebrek aan goede huisvesting en privacy in de COA-noodopvanglocatie in Zoutkamp maandenlang bestaan (zie Afb. 2).

Afb. 2 geeft dit schrijnend gebrek aan privacy weer van een Afghaanse lokale BZ-medewerker die met zijn vrouw en vier dochters in de leeftijd van 4 tot 19 jaar moest verblijven op een legeringskamer van de Willem Lodewijk van Nassaukazerne in Zoutkamp, terwijl zij deze legeringskamer nog moesten delen met een ander gezin, dat aan de andere zijde van de als tussenmuur opgestelde stalen legeringskasten verbleef. De vraag over de mooiste ervaring werd vaak beantwoord met ervaringen over het daadwerkelijk vertrek vanaf het vliegveld van Kabul: 'we hebben het gered'. De vraag over de moeilijkste ervaring werd bijna altijd beantwoord met verhalen over de chaotische evacuatie vanaf hetzelfde vliegveld van Kabul. Sommigen noemden dit zelfs een traumatische ervaring, waarbij het doorwaden van een open riool rond het vliegveld voor velen het dieptepunt was. Een enkeling meende gezien te hebben hoe kinderen in het gedrang waren omgekomen. Ook spraken sommige mensen die aankwamen op het vliegveld over geweervuur<sup>2</sup>, maar anderen meenden te weten dat dit van Amerikaanse militairen afkomstig was. Twee Afghaanse lokale BZ-medewerkers spraken over daadwerkelijk traumatische ervaringen, waarbij hun leven ernstig gevaar had gelopen, maar dit waren in beide gevallen incidenten die jaren geleden hadden plaatsgevonden. Eén van hen had daarvoor in Afghanistan al effectieve psychotherapie gehad, gevolgd door een volledig herstel. De andere medewerker had nog steeds granaatscherven in zijn lichaam, ernstig en blijvend gehoorverlies en waarschijnlijk een milde vorm van Traumatic Brain Injury (TBI), veroorzaakt door de schok van de explosie van de granaat dichtbij hem. Twee andere vrouwelijke medewerkers meldden dat het verliezen van hun man, c.q. vader, die circa twintig jaar geleden door de Taliban was weggevoerd en vermoord de moeilijkste ervaring in hun leven was, hetgeen inmiddels leek te leiden tot ernstige depressieve klachten bij beide vrouwen.

## Verdiepingsfase

In de verdiepingsfase van het project werden persoonlijke gesprekken met de Afghaanse lokale medewerkers gehouden in het bijzijn van hun familieleden. Aangezien dit niet alleen het kerngezin van echtgenote en kinderen van de medewerker betrof, maar ook de familieleden die op hetzelfde adres in Kabul verbleven en voor meer dan vijftig procent afhankelijk waren van het inkomen van de Afghaanse medewerker waren dit vaak uitgebreide familiesystemen. In één geval betrof het een moeder en een dochter die voor de Nederlandse ambassade in Kabul hadden gewerkt als interieurverzorgster en in totaal 16 familieleden in hun geëvacueerde familiesysteem hadden. De psychosociale zorg werd in opdracht van het ministerie van BZ aan het gehele familiesysteem verleend. In tabel 2 staan de meest voorkomende hulpvragen van deze familiesystemen.

Categorie van hulp	Aard van de hulpvragen
Basisbehoeften	Veiligheid, eten en drinken, hygiëne, privacy voor gezinsleven.
Psychosociale behoeften	Zorg om familieleden in Afghanistan, stress in echtelijke relaties, burn-out, omgaan met isolement en verveling.
Medische behoeften	Verwijzingen voor chronisch depressieve klachten, verwijzing voor psychiatrische klachten van moeder, verwijzing voor PTSS van 10 jaar geleden en vermoedelijke TBI, specialistische hulp na hartinfarct, specialistische medische hulp voor echtgenoot, verwijzing voor chronische ziekte vader (tuberculose [TBC]), verwijzing voor erfelijke ziekte (Bardet-Biedl Syndroom [BBS]) van kind en eerder verlies van kind aan BBS, tandheelkundige hulp voor dochter.

**Tabel 2: De meest voorkomende behoeften en hulpvragen (in de familiesystemen) van de Afghaanse lokale BZ-medewerkers tijdens de verdiepingsfase van dit project.**

Uit tabel 2 blijkt dat naast psychosociale hulpvragen opnieuw veel hulpvragen voortkwamen die betrekking hadden op basisbehoeften zoals eten, drinken, huisvesting en privacy, maar nu vanuit het familiesysteem van de Afghaanse medewerker. Op 7 oktober werden al deze familiesystemen zonder enige waarschuwing of toelichting door het COA van de Willem Lodewijk van Nassaukazerne in Zoutkamp naar de Generaal

Winkelmankazerne in Harskamp op de Veluwe verplaatst. De COA-noodopvanglocatie bij de Generaal Winkelmankazerne in Harskamp bleek weliswaar ruimer, maar ook veel ouder en minder schoon te zijn dan de COA-noodopvanglocatie in Zoutkamp, zodat de klachten over de gebrekkige huisvesting aanhielden. Wel kwam de ad interim minister van BZ persoonlijk poolshoogte nemen van de leefsituatie van zijn voormalige medewerkers in Harskamp, die allemaal op 1 november of 1 december 2021 werden ontslagen wegens het sluiten van de Nederlandse ambassade in Kabul in augustus 2021.

Ook kwamen met name vanuit de familiesystemen nogal wat hulpvragen voort uit behoeften aan medische of specialistische medische zorg. Eerder werd al beschreven hoe er behoefte bleek te bestaan aan chirurgische ingrepen om granaatsplinters te verwijderen. Ook bleken er nogal wat vrouwen te zijn die met lichamelijke klachten bij de GezondheidsZorg voor Asielzoekers (GZA) terecht kwamen en daar te horen kregen dat hun lichamelijke klachten geen medische interventies vereisten, maar voortkwamen uit de stress van de evacuatie of daaropvolgende gebrekkige huisvesting.

Deze verdiepingsfase van gesprekken met familiesystemen werd afgesloten met een korte schriftelijke evaluatie in het Dari, waaraan 31 van de 36 Afghaanse lokale medewerkers deelnamen. Drie Afghaanse lokale BZ-medewerkers waren niet in staat aan deze schriftelijke evaluatie deel te nemen omdat zij elders aanwezig moesten zijn in opdracht van de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND). Op woensdagmiddag 27 oktober is hiertoe tijdens een plenaire sessie aan 31 Afghaanse lokale BZ-medewerkers een eenvoudige anonieme schriftelijke vragenlijst met acht meerkeuzevragen en een open vraag in het Dari voorgelegd. Deze vragenlijsten zijn ter plekke ingevuld en vervolgens weer ingenomen voor verwerking. Uit deze verwerking blijkt dat 29 van de 31 vragenlijsten zijn ingevuld, hetgeen duidt op een responspercentage van 94% procent. Uit de gegeven antwoorden blijkt dat de respondenten unaniem van mening zijn dat ze zich op hun gemak voelden tijdens de gesprekken in de initiële en verdiepende fase en dat er goed naar hen werd geluisterd. Twaalf respondenten gaven aan dat ze persoonlijk psychosociale zorg nodig hebben en vijftien respondenten gaven dit aan voor één of meer van hun familieleden. Van de vijf Afghaanse lokale BZ-medewerkers die niet op de betreffende woensdagmiddag aanwezig waren en dus niet deelnamen aan dit onderzoek was uit de eerdere gesprekken reeds bekend dat ook zij behoefte hebben aan psychosociale zorg voor zichzelf of voor een of meer van hun familieleden, zodat deze aantallen verhoogd moeten worden tot veertien, respectievelijk zeventien. Van twee Afghaanse lokale BZ-medewerkers, die wel aanwezig waren, maar de vragenlijst niet hebben ingevuld of ingeleverd, is dit niet bekend, zodat deze aantallen in het ernstigste geval verhoogd moeten worden tot zestien, respectievelijk negentien.

Bij de enige open vraag werd door zes respondenten nog eens aangegeven dat de gesprekken van heel goede kwaliteit waren. Een zevende respondent vond de hele aanpak van deze gesprekken tot nu toe uitstekend en een achtste respondent gaf aan dat ze als vrouw al eerder

goed geholpen was door een mannelijke psycholoog bij het verwerken van een traumatische gebeurtenis. Een negende respondent vroeg om een persoonlijk verslag van de hulpverlening. Dit persoonlijke en schriftelijke verslag is aan het eind van de afsluitende fase aan elke Afghaanse medewerker uitgereikt in het Dari.

### Afrondende- of overdrachtsfase

In de afsluitende fase bleken vooral medische hulpvragen te resteren, die ook na 1 mei 2022 om aandacht vragen (zie Tabel 3).

Categorie van hulp	Aard van de hulpvragen
Basisbehoeften	Veiligheid, eten en drinken, hygiëne, privacy voor gezinsleven.
Psychosociale behoeften	Zorg om familieleden in Afghanistan, stress in echtelijke relaties, hulp voor slachtoffers en daders van huiselijk geweld.
Medische behoeften	Verwijzingen voor chronisch depressieve klachten, verwijzing voor psychiatrische klachten van moeder, verwijzing voor PTSS van 10 jaar geleden en vermoedelijke TBI, specialistische hulp na hartinfarct, specialistische medische hulp voor echtgenoot, verwijzing voor chronische ziekte vader (TBC), verwijzing voor erfelijke ziekte (BBS) van kind en eerder verlies van kind aan BBS.

Uit tabel 3 blijkt dat de psychosociale behoeften in de afsluitende fase veranderd zijn in de zin dat de in eerdere fasen gesignaleerde stress in echtelijke relaties in tenminste vijf van de 36 gezinnen is geëscaleerd in huiselijk geweld, waarvoor specialistische hulp voor slachtoffers en daders geboden is. Ook hiervoor waren de bedrijfsmaatschappelijk

**Tabel 3: Resterende hulpvragen na afloop van het project voor psychosociale hulpverlening.**

werkers uit het team voor psychosociale zorg niet opgeleid. Voor de vervulling van deze behoeften zijn, net als bij de basisbehoeften en medische behoeften, andere hulpverleners nodig. Het langdurig niet vervullen van de basisbehoeften aan veiligheid en privacy voor het gezin in de gebrekkige COA-huisvesting heeft de aanvankelijke stress in echtelijke relaties waarschijnlijk doen omslaan in huiselijk geweld. Dit geweld is namelijk alleen gesignaleerd op de COA-locaties en niet in de huisvesting die de meerderheid van de 36 Afghaanse medewerkers inmiddels heeft betrokken. In één geval heeft de gedwongen separatie van de dader en de slachtoffers geleid tot een schokkend protest van de dader. Hij naaide de lippen van zijn mond dicht om te tonen dat hij zich niet gehoord voelde, nadat hij door de politie na afloop van zijn verhoor naar de COA-noodopvanglocatie werd teruggebracht. Om dit protest zo snel mogelijk te beëindigen is hij door de plaatsvervangend COA-locatiemanager naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost gebracht om het stiksel te verwijderen en de wonden te verzorgen.

### Evaluatie van het project voor psychosociale zorg door de betreffende hulpverleners en tolken

Bij het afschalen van het project in februari 2022 is aan de betreffende hulpverleners en tolken gevraagd om geïdentificeerde en geleerde lessen uit dit project met elkaar te delen tijdens een plenaire evaluatie in Den Haag. Geïdentificeerde lessen zijn daarbij suggesties voor verbetering, die nog niet in de praktijk zijn gebracht. Geleerde lessen zijn suggesties voor verbetering, die wel in praktijk zijn gebracht. Tabel 4 bevat een overzicht van deze lessen.

Bij de finale evaluatie van het project in april 2022 werden door de betrokken bedrijfsmaatschappelijk werkers en tolken de volgende twee vragen beantwoord: 'Wat ging goed?' en 'Wat kon beter?' (zie Tabel 5). Aan deze finale evaluatie namen ook de twee bedrijfsmaatschappelijk werkers deel die in oktober 2021, deels wegens privéomstandigheden, hun werkzaamheden moesten beëindigen en werden vervangen door twee andere bedrijfsmaatschappelijk werkers.

Uit tabel 5 blijkt dat de samenwerking in het team van bedrijfsmaatschappelijk werkers onderling en tussen bedrijfsmaatschappelijk werkers en tolken goed ging en snel tot stand kwam. Een meer multidisciplinaire samenstelling van het team van hulpverleners zou de hulpvragen over medische zorg, huisvesting en werk wellicht beter en sneller hebben beantwoord. Dit geldt waarschijnlijk ook



voor het ruimhartiger toestaan van man-vrouwcombinaties bij hulpverlening of vertaling, vooral als daar om gevraagd zou worden en daar aanwijsbaar voordeel mee behaald kon worden.

Geïdentificeerde lessen	Geleerde lessen
Weinig structureel overleg met COA, IND, GZA, Vluchtelingenwerk. Samenwerking met BZ leek soms bedreiging. COA werkt per locatie anders. Ook met verstrekken van leefgeld.	Aandacht voor de Afghaanse BZ-medewerkers vanuit BZ werd steeds gewaardeerd, net als snelle start van dit project. Fasering, plan van aanpak, tussen- en eindrapportages hielpen om hulpverlening te structureren en zorgvuldig af te ronden.
Was evacuatie een brug te ver voor sommige medewerkers en hun gezinnen? Is het ze overkomen? Evacuatie ging niet volgens plan.	Fysiek nabij zijn werd een uitdaging door COVID-19-maatregelen en werd daarna vooral telefonisch, met uitzondering van de groepsessies in De Energiek bij Zoutkamp en 't Anker in Harskamp. Let daarbij op taal en misverstanden. Het samenspel tussen bedrijfsmaatschappelijk werker en tolk is meer dan vertalen, het gaat ook om begrip van de lichaamstaal en cultuur.
Meer informatie nodig over Afghaanse cultuur bij bedrijfsmaatschappelijk werkers, vooral in initiële fase van project.	Kennismaken met COA-locatiemanagers of een introductie bij een GZA-arts bleek steeds een waardevolle investering: <i>know each other before you need each other!</i>
Onderlinge competentieverschillen tussen Afghaanse medewerkers zijn te groot om in hetzelfde tempo in Nederland te integreren.	Mannelijke of vrouwelijke gezinshoofden toonden hun gevoelens aanvankelijk meestal niet, pas later wel. Ziekte wordt in de Afghaanse cultuur vaak verborgen gehouden.
De evacuatie uit Kabul van BZ-medewerkers was voor BZ nieuw, ook al oefende BZ wel met Non-Combattant Evacuation Operations.	In Afghanistan zijn onderling ook cultuurverschillen, zoals verschillen tussen mannen en vrouwen, maar ook tussen stammen en talen, bijvoorbeeld Farsi en Dari. De tolken spraken steeds de goede taal en de afstemming man-man, vrouw-vrouw was ook goed als het om koppeling van bedrijfsmaatschappelijk werker en Afghaanse lokale medewerker ging.
BZ heeft op de Nederlandse ambassade in Kabul de verwachting gewekt dat de Afghaanse lokale BZ-medewerkers na aankomst in Nederland niet dezelfde behandeling zouden krijgen als andere asielzoekers; helaas gebeurde dat vaak wel.	Organisatie van project is door BZ goed gestart, snel en ruimhartig. De levenservaring van de zeer snel ingeschakelde tolken, ook met hun eigen ervaringen van integratie in Nederland, was een rijke bron van levenslessen.
De activiteiten van het arbeidsbemiddelingsbureau SPARK voor lessen Nederlands en het vinden van werk kwamen vaak als een verrassing. Doelgroep was lastig op afstand te houden. Nu lastig om los te laten.	Werken via tolken was nieuw en zwaar, maar wende snel. Tolken krijgen in de contacten ook veel van de emoties mee. Verwachtingen verdienen voortdurend bijstelling, omdat ze veel onderling uitwisselen, ook geruchten. De aandacht daarvoor en de bron daarvan zit ook in de Afghaanse mensen zelf.

**Tabel 4: Geïdentificeerde en geleerde lessen uit de evacuatiepraktijk volgens de hulpverleners en tolken in februari 2022.**

Wat ging goed?	Wat kon beter?
Samenstelling van en samenwerking in team van bedrijfsmaatschappelijk werkers met gemeenschappelijke opleiding en werkervaring.	Verbreden van deskundigheid in het team voor curatieve medische zorg en casemanagement.
Samenwerking tussen bedrijfsmaatschappelijk werkers en tolken die Dari spraken, de eigen taal van de Afghaanse lokale BZ-medewerkers.	Meer inzicht in Afghaanse cultuur, met name in de Afghaanse omgang tussen mannen en vrouwen.
Voorkomen van bedreiging van sociale veiligheid door het kiezen van man-man- en vrouw-vrouwcombinaties van cliënt-hulpverlener en hulpverlener-tolk.	Toelaten van combinaties van man-vrouw in hulpverlening of vertaling als daar aanwijsbaar voordeel uit zou voortkomen.
Snel opstarten van inventarisatie van behoeften aan psychosociale zorg en verlenen van deze zorg.	Samenwerking met professionals voor het verlenen van medische zorg en het vinden van passende huisvesting en werk.

**Tabel 5: Samenvatting van de belangrijkste antwoorden op de vragen 'Wat ging goed?' en 'Wat kon beter?' uit de finale evaluatie door de betreffende bedrijfsmaatschappelijk werkers en tolken in april 2022.**

## Conclusies en aanbevelingen

Gelet op de uitkomsten van de schriftelijke evaluatie van de psychosociale zorg voor de uit Kabul geëvacueerde Afghaanse lokale BZ-medewerkers en hun familieleden kan worden geconcludeerd dat zij tevreden waren over deze zorg. Uit de ontwikkeling van de hulpvragen, die lang niet alleen bleken te bestaan uit de behoefte aan psychosociale zorg, maar ook bleken voort te komen uit basisbehoeften zoals aan veiligheid, drinken, eten, privacy of medische (specialistische) zorg kan worden geconcludeerd dat de samenstelling van het projectteam, dat alleen bestond uit bedrijfsmaatschappelijk werkers, te eenzijdig is geweest. Het verdient daarom aanbeveling om in vergelijkbare projecten uit te gaan van een multidisciplinaire aanpak, waarin ook basisbehoeften en behoeften aan medische zorg tijdig worden geïnventariseerd en vervuld. In het hiervoor besproken project zijn mogelijkheden geweest om het team aan te vullen met bijvoorbeeld een bedrijfsarts of een managementassistent, die zich had kunnen richten op de verbetering van de huisvesting. Ook is in de initiële fase van het project getracht de onderzoeksopdracht te verbreden van psychosociale zorg tot casemanagement, waarin de bedrijfsmaatschappelijk werker namens de Afghaanse medewerker de zorg bijvoorbeeld vanuit het COA voor huisvesting of vanuit het GZA voor medische hulp te coördineren, maar deze poging vond geen steun bij de Hoofddirectie Personeel van het ministerie van BZ. Enkele bedrijfsmaatschappelijk werkers zagen zich genoodzaakt om meer dan op incidentele basis met het COA over huisvesting te overleggen, maar ook deze initiatieven werden bepaald niet gesteund door BZ. Wellicht ligt de preoccupatie of de eveneens ontorechte aannahme dat veel van het Afghaanse personeel in psychologisch opzicht getraumatiseerd zou zijn ten grondslag aan de keuze voor het louter en alleen verlenen van psychosociale zorg. Uit de gepresenteerde hulpvragen blijkt dat dit maar bij een enkele medewerker of bij een enkel familielid het geval was. Wel is uit eerder onderzoek naar de hulpvragen van vluchtelingen gebleken dat de behoefte aan psychologische zorg pas gevoeld wordt als de basisbehoeften en behoeften aan medische zorg zijn vervuld<sup>3</sup>. Dit is met name het geval als de uiteindelijke huisvesting in Nederland kan worden betrokken, hetgeen nu aan het einde van dit project voor een meerderheid van de Afghaanse medewerkers werkelijkheid is geworden na lange maanden van vergeefs hopen op verbetering. De gemeente waar zij zich hebben gevestigd is vanaf het moment van vestiging verantwoordelijk voor de zorg vanuit het gemeentelijk sociaal domein en kan indien noodzakelijk alsnog in deze behoeften gaan voorzien.

## SUMMARY

### MONODISCIPLINARY OR MULTIDISCIPLINARY CARE? SOME LESSONS AFTER THE EVACUATION FROM KABUL

The evacuation of 36 Afghan employees of the Dutch embassy in Kabul and their approximately 150 family members in August 2021 was followed by a project for psychosocial care for these staff from September 2021 to April 2022. The evaluation of this project shows that the monodisciplinary approach chosen, in which only psychosocial care was provided, presented significant limitations. For example, basic needs of this staff, but also the need for adequate medical care, remained unmet for a long time. This article gives a number of recommendations to opt for a multidisciplinary approach to similar evacuations, in which basic needs and needs for medical care are also identified as early as possible and, where possible, met.

#### Noten:

- i. Korthedshalve wordt verder hij en hem geschreven, waarmee ook zij en haar bedoeld kan worden, aangezien de groep van 36 Afghaanse medewerkers bestond uit 24 mannen en 12 vrouwen. In de groep van hun circa 150 familieleden was deze verhouding tussen mannen en vrouwen ongeveer fiftyfifty.

#### Literatuur:

1. De Jong S., Sarantidis D.: (2022) Divided in Leaving Together.pdf ([york.ac.uk](http://york.ac.uk)).
2. Vissers P. (2021) Ambassadeur Caecilia Wijgers over de evacuatie uit Kaboel: de kogels vlogen langs mijn oren. Trouw, 24 december 2021.
3. Soydas S., Mooren T.: (2015) Verkenning van noden en mogelijkheden voor hulpverlening aan mensen die asiel aanvragen in Nederland. Nederlands Instituut van Psychologen en ARQ Psychotraumagroep. Zie: [Microsoft Word - Onderzoek NIP 23-11 FINAL.docx \(arq.org\)](#)



# Verschillen in mondgezondheid bij de Nederlandse krijgsmacht

door kapitein-luitenant ter zee-tandarts Nanda van Klink

Discipline Coördinator Tandheelkunde binnen de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD).

Dit artikel is een bewerking van een op 19 januari 2022 gepubliceerd artikel in MILITARY MEDICINE, <https://doi.org/10.1093/milmed/usab569>.

De geuite meningen zijn uitsluitend die van de auteur en weerspiegelen niet het officiële beleid of standpunt van het ministerie van Defensie of de Nederlandse regering.

Artikel ontvangen mei 2022.

## Samenvatting

### Inleiding

Binnen de krijgsmacht is een goede mondgezondheid essentieel voor de operationele inzetbaarheid. De Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) is verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief hoogwaardige tandheelkundige zorg, zodat commandanten tandheelkundig gezonde militairen kunnen inzetten. Verschillen in mondgezondheid worden in verband gebracht met een lagere sociaaleconomische status. Rang is een afspiegeling van de sociale status binnen de militaire hiërarchie. Het doel van deze studie was het analyseren van de verschillen in de mondgezondheid van de militair in relatie tot de rang en andere determinanten.

### Materialen en Methoden

Alle militairen die een reguliere tandheelkundige controle ondergingen tussen 15 januari 2018 en 2 februari 2018 werden gevraagd deel te nemen aan deze studie. De Decayed, Missing, and Filled Teeth [DMFT] index, de Dutch Periodontal Screening Index [DPSI], en de Oral Hygiene Index-Simplified [OHI-S]) werden gebruikt om hun mondgezondheid te beoordelen.

De dental fitness werd bepaald. De patiënten werd gevraagd naar hun rookgedrag en de eigen perceptie van hun mondgezondheid. Het personeel werd verdeeld in de volgende drie groepen op basis van rang: officieren, onderofficieren en manschappen (Kader 1).

Groep	Rang
Officieren	Tweede luitenant en hoger* (NAVO OF-1 tot OF-9)
Onderofficieren	Sergeant tot en met adjudant-onderofficier (NAVO OR-5 tot OR-9) en korporaal Koninklijke Marine* (NAVO OR-4)
Manschappen	Overige militairen (NAVO OR-1 tot OR-4)

\* Gecategoriseerd in overeenstemming met het [algemeen militair ambtenarenreglement](#), hfdst. 1, art. 1d en 1p.

### Kader 1: Groepsindeling.

### Resultaten

In deze studie werden 984 militairen geïnccludeerd. De manschappen hadden significant hogere DMFT-index en OHI-S-scores dan officieren en onderofficieren (beide  $P < .001$ ), dat geassocieerd werd met roken en hogere leeftijd. Manschappen werden na de controle, in vergelijking met de officieren en onderofficieren die na onderzoek een score hadden van  $P = .033$ , ook significant vaker niet dental fit verklaard. Er was ook een verschil in de dental fitness tussen officieren en onderofficieren, maar dit was niet statistisch significant ( $P = .103$ ).

### Conclusies

Manschappen worden vaker geclassificeerd als tandheelkundig ongeschikt voor uitzending dan officieren en onderofficieren als gevolg van mondgezondheidsproblemen. Dit is belangrijk bij het overwegen van de toewijzing van tandheelkundige middelen om het inzetbare personeel te maximaliseren.

### Inleiding

Een goede mondgezondheid is essentieel voor een goede algehele gezondheid; de effecten van mondziekten op het welzijn en de kwaliteit van leven zijn relevante componenten van de algehele ziektelast<sup>1</sup>. Deze effecten hebben vaak een levenslange impact, vooral wanneer tanden en kiezen

verloren gaan. In Nederland zijn er verschillen in gezondheid tussen sociaaleconomische klassen. Deze discrepantie hangt samen met gedragscomponenten van de leefstijl. De levensverwachting tussen de hoogste en laagste sociaaleconomische klassen kan met 14 jaar toenemen<sup>2</sup>. Dit verschil zal naar verwachting nog verder toenemen als gevolg van de laatste economische crises<sup>3</sup>. De mondgezondheid volgt een vergelijkbaar patroon als de algemene gezondheid, waarbij laagopgeleiden over het algemeen een slechtere mondgezondheid hebben en minder tevreden zijn met hun mondgezondheid dan mensen met een hogere opleiding<sup>4</sup>. De mondgezondheid wordt door meerdere factoren beïnvloed. Veroudering wordt geassocieerd met verhoogde tandslijtage en verhoogde blootstelling aan tandheelkundige behandelingen.

Het is bekend dat vrouwen anders kijken naar tandheelkunde zorg dan mannen en op een positievere manier reageren op het bevorderen van de mondgezondheid<sup>5</sup>. Het staat ook vast dat vrouwen een betere mondhygiëne en een gezonder parodontium hebben dan mannen, maar een hoger cariëspercentage<sup>6,7</sup>. Roken is positief gecorreleerd met cariës<sup>8</sup> en parodontitis<sup>9</sup>. De meeste mondziekten kunnen worden voorkomen door adequate vroegtijdige preventieve maatregelen en gezondheidsvoorlichting<sup>10</sup>. De Nederlandse krijgsmacht is wereldwijd inzetbaar in uiteenlopende omstandigheden. Dit vereist een optimale lichamelijke en geestelijke gezondheid. De militaire populatie bestaat voornamelijk uit mannen tussen de 18 en 55 jaar, terwijl 10% van de populatie vrouw is<sup>11</sup>. Nieuw ingestroomde militairen zijn afkomstig uit alle delen van Nederland, maar de meesten hebben een lage sociaaleconomische achtergrond<sup>12</sup>. De militaire status geeft recht op een speciale zorgverlening. Alle militairen in actieve dienst hebben een collectieve ziektekostenverzekering en hebben toegang tot hetzelfde niveau van mondzorg, waaronder gratis preventieve en conservatieve tandheelkundige behandeling. Financiering via de stichting

zorgverzekering krijgsmacht (szvk) bevordert de toegang tot tandheelkundige zorg<sup>13</sup>. Bovendien moeten alle militairen jaarlijks een militaire tandarts bezoeken om hun dental fitness te laten bepalen. Dental fitness is een door de Noord-Atlantische Verdragsorganisatie (NAVO) gestandaardiseerde risico-inschatting voor de mondgezondheidstoestand<sup>14</sup> (Kader 2).

Klasse	Patiënt	Inzetbaar
1	Patiënten met een lopend tandheelkundig onderzoek die geen tandheelkundige behandeling of herbeoordeling nodig hebben.	Ja
2	Patiënten met een lopend tandheelkundig onderzoek die een niet-dringende tandheelkundige behandeling of herevaluatie voor mondaandoeningen behoeven, die waarschijnlijk niet tot tandheelkundige noodgevallen zullen leiden binnen 12 maanden.	Ja
3	Patiënten die een urgente of spoedeisende tandheelkundige behandeling nodig hebben.	Nee
4	Patiënten die periodiek tandheelkundig onderzoek behoeven of patiënten met een onbekende classificatie.	Nee

**Kader 2: NAVO-standaardisatieovereenkomst 2466 Dental fitness Classificatiesysteem<sup>14</sup>.**

Tandheelkundige behandeling is laagdrempelig en gedeeltelijk verplicht voor zover het dental fitness betreft. Dental fitness is een van de vijf verplichtingen voor personele gereedheid. Personeel met klasse 1 en 2 zijn inzetbaar, maar dental fitness klasse 3 patiënten hebben verdere behandeling nodig om het risico op een tandheelkundige klacht tijdens inzet te verminderen.

De militaire rang wordt vaak gebruikt als indicatie voor opleidingsniveau en sociale status. Uit onderzoek bij de Australische krijgsmacht blijkt dat militairen een betere kwaliteit van leven op basis van mondgezondheid hebben dan de gemiddelde bevolking van Australië, maar er is een sociale gradiënt tussen de rangen<sup>15,16</sup>.

Deze studie had als doel te onderzoeken of gelijke toegang tot gefinancierde mondzorg invloed heeft op de mondverzorging van Nederlandse militairen en de effecten op hun mondgezondheid of dat toch verschil in de mondgezondheid blijft bestaan. De hypothese was dat officieren en onderofficieren een betere mondhygiëne hebben dan de manschappen maar dat elk verschil in mondgezondheid die bij de nieuw ingestroomde militairen werd waargenomen na verloop van tijd zal afnemen als gevolg van de gelijke toegang tot mondzorg.

## Materialen en methoden

Er werd een vragenlijst ontwikkeld om militaire karakteristieken, indicatoren en zelfervaren mondgezondheid vast te leggen. Om de zelfervaren mondgezondheid te rapporteren, werd aan alle proefpersonen gevraagd hun mondgezondheid een rapportcijfer te geven tussen 0 en 10. Om de mondgezondheid te beoordelen werden de DMFT-index, DPSI, OHI-S en de dental fitness classificatie gebruikt.

De DMFT-index beschrijft het totale aantal gebitselementen met cariës in het verleden of heden, inclusief onbehandelde cariës (D), elementen getrokken wegens cariës (M), en behandelde cariës (F). De waarde ligt tussen 0 en 28 omdat de verstandskiezen niet in deze index zijn opgenomen. De meting werd uitgevoerd met behulp van direct zicht en beoordeling van beschikbare röntgenfoto's.

De DPSI is een instrument om de parodontale conditie te screenen tijdens tandheelkundige controles<sup>17</sup>. Het verdeelt de mond in sextanten. Elk sextant wordt ingedeeld in 0 (gezond), 1 (bloeding bij sonderen), 2 (tandsteen), 3- (ondiepe parodontale pocket van 4-5 mm), 3+ (ondiepe parodontale pocket van 4-5 mm en recessies boven de pocket), of 4 (diepe parodontale pockets van >5 mm). Op basis van de hoogste score in één van de sextanten, wordt de patiënt ingedeeld in categorie A [0, 1, en 2], B [3-], of C [3+ en 4]. Patiënten in categorie A hebben reversibele schade aan het parodontium. Patiënten van categorie B en C vertonen alveolair botverlies en moeten worden behandeld volgens een protocol.

Metingen van de aanwezige tandplak tonen het vermogen van de patiënt om deze zelf te verwijderen en geldt dus als een indicatie van de effectiviteit van hun zelfzorg. Tandplak is de habitat voor mondbacteriën en een cruciale component voor de ontwikkeling van cariës en parodontale aandoeningen. De OHI-S biedt een snelle methode om de mondhygiëne te evalueren<sup>18</sup>. Het geeft de hoeveelheid tandplak weer op de vooraf geselecteerde tandoppervlakken. Voor de OHI-S worden zes oppervlakken onderzocht. In het posterieure gebied van het gebit worden de eerste molaren onderzocht. De buccale oppervlakken van de twee bovenmolaren en de linguale oppervlakken van de twee ondermolaren worden geïnspecteerd. In het front worden de labiale oppervlakken van de centrale incisief rechtsboven en de centrale incisief linksonder beoordeeld. Elk oppervlak wordt gewaardeerd als 0 (geen tandplak aanwezig), 1 (tandplak bedekt niet meer dan een derde van het tandoppervlak), 2 (tandplak bedekt meer dan een derde, maar niet meer dan twee derde van het blootliggende tandoppervlak) of 3 (tandplak bedekt meer dan twee derde van het blootliggende tandoppervlak). De scores worden opgeteld tot een waarde variërend van 0 tot 18. De dental fitness classificatie is gebaseerd op de NAVO-standaardisatieovereenkomst 2466<sup>14</sup>. De patiënten worden ingedeeld bij een van de vier klassen (Kader 2). Patiënten van klasse 3 en 4 worden normaal gesproken niet geacht operationeel inzetbaar te zijn. Alle nieuw ingestroomde militairen worden beschouwd als klasse 4 totdat zij een onderzoek ondergaan. Een aantal andere variabelen, zoals leeftijd, geslacht en rookgedrag, werden meegenomen omdat eerder bewijs het verband aantoonde met de mondgezondheid. De proefpersonen werd gevraagd hoeveel sigaretten ze gemiddeld per dag rookten. De opties waren 0, minder dan 1, 1-10, en meer dan 10 per dag. Zestien militaire tandartsen met minimaal twee jaar werkervaring als tandarts verzamelden gegevens gedurende drie weken in januari en februari 2018. Elke tandarts ontving een instructiebrief en een e-mail. Voorafgaand aan elke periodieke controle werd de patiënt gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Na de verkregen toestemming, werden de gegevens anoniem verzameld. Deelnemers werden ingedeeld in de volgende drie groepen volgens rang<sup>19,20</sup> binnen de Nederlandse algemene militaire rangschikking: officieren, onderofficieren, en manschappen (Kader 1). In overeenstemming met de Nederlandse wet was geen goedkeuring van een medisch-ethische commissie nodig voor deze op vragenlijsten gebaseerde studie, maar de nationale richtlijnen voor de behandeling van persoonlijke gegevens en privacy werden niettemin nageleefd.

De gegevens werden geïmporteerd in SPSS Statistics for Windows (IMB Corp; Armonk, NY; 2014, versie 22). Beschrijvende statistische instrumenten werden toegepast. De continue variabelen waren leeftijd, de DMFT-index en de OHI-S. De dental fitness en de DPSI werden opgenomen als

categorische variabelen. Een statistische analyse (diverse toetsen afhankelijk van type variabele, o.a. Mann-Whitney U, ANCOVA, Chi-kwadraat) werd uitgevoerd om te onderzoeken of de waargenomen associaties statistisch significant waren op het niveau van 5%. Continue variabelen werden opgenomen in lineaire regressiemodellen en logistische regressiemodellen werden gebruikt voor de categorische variabelen.

## Resultaten

De onderzoekspopulatie bestond uit 984 deelnemers en is in grote lijnen representatief voor de Nederlandse krijgsmacht in termen van leeftijd, geslacht, rang en diensttijd<sup>11</sup> (Tabel 1). Verdere gegevens zijn beschikbaar op aanvraag.

Variabele	Studiepopulatie, N (%)	Krijgsmacht, N (%)
Man	885 (89,9)	36.181 (90,3)
Vrouw	99 (10,1)	3.891 (9,7)
Leeftijd in jaren (gemiddeld)	36,1	35,3
Officieren	255 (26,1)	8.739 (28,4)
Onderofficieren	465 (47,6)	17.446 (47,7)
Manschappen	256 (26,2)	10.368 (28,4)
Marine	181 (18,5)	9.123 (22,5)
Landmacht	380 (38,9)	17.446 (43,1)
Luchtmacht	240 (24,6)	7.900 (19,5)
Marechaussee	175 (17,9)	6.030 (14,9)

**Tabel 1: Samenstelling van de studie Nederlandse bevolking en defensiepersoneel (kernregistraties RNAF 01-01-2018).**

Rang	N (%)	DMFT-index (mediaan, IQR)	Leeftijd in jaren (mediaan, IQR)
Officieren	256 (26)	9 (4-13)	42 (31-49)
Onderofficieren	466 (48)	9 (4-14)	38
Manschappen	253 (26)	4 (1-9)	25 (23-28)
Totaal	975	8 (3-12)	33 (27-46)
P-waarde		<.001	<.001

**Tabel 2: DMFT-index en leeftijd per rang.**

## DMFT-index

De DMFT-indexscores waren niet gelijk verdeeld binnen de groepen. Lineaire regressie vond geen verschillen in de mediane DMFT-indexscores van officieren en onderofficieren, maar de mediane DMFT-indexscore van de manschappen was significant lager (Tabel 2).

Cariës neemt toe met de leeftijd<sup>21</sup>. De mediane leeftijd varieerde tussen de rangen. Deze was 42 jaar voor officieren [IQR: 31-49 jaar], 38 jaar voor onderofficieren [IQR: 30-49 jaar], en 25 jaar de manschappen [IQR: 23-28 jaar]. Na correctie van de DMFT-index voor leeftijd, hadden de manschappen een statistisch significant hogere DMFT-indexscore dan de andere twee groepen ( $P < .001$ ).

## DPSI

De manschappen hadden minder botverlies dan de andere groepen. In totaal werd 70% van de officieren beoordeeld als zijnde van DPSI-categorie A tegenover 68% van de onderofficieren en 78% van de manschappen (Tabel 3).

Rang	N (%)	DPSI-categorie A, N (%)	DPSI-categorieën B en C, N (%)	OR	OR *
Officieren	258 (26)	182 (70)	76 (30)	1,49	1,05
Onderofficieren	469 (48)	318 (68)	151 (32)	1.70	1.08
Manschappen	256 (26)	200 (78)	56 (22)	Ref.	Ref.
Totaal	983	700	283		

\* OR: Odds ratio gecorrigeerd voor leeftijd en rookgedrag.

**Tabel 3: DPSI en odds ratio per rang.**

Parodontale aandoeningen zijn chronische ziekten. De leeftijd, die varieerde tussen de rangen, is een versturende variabele voor deze index.

Roken beïnvloedt de ziekteprogressie en heeft een negatieve invloed op de behandeling van parodontale aandoeningen<sup>22</sup>. In totaal meldde 12% van de officieren dat zij rookten tegenover 24% van de onderofficieren en 35% van de manschappen. Na correctie naar leeftijd en roken in het logistisch regressiemodel, waren de kansratio's voor de manschappen in vergelijking met officieren en onderofficieren bijna 1 (Tabel 3).

De DPSI-scores waren niet significant verschillend tussen rangen in paarsgewijze vergelijkingen; de laagste *P*-waarde tussen de manschappen en officieren was 0,12.

## OHI-S

Rang	N (%)	OHI-S (mediaan, IQR)	Niet-roker, N (%)	Roker, N (%)
Officieren	256 (26)	2 (1-4)	226 (88)	30 (12)
Onderofficieren	466 (48)	3 (2-4)	351 (76)	108 (24)
Manschappen	253 (26)	3 (2-5)	160 (65)	87 (35)
Totaal	975	3 (2-5)	738 (77)	225 (23)
<i>P</i> -waarde		<.001		<.001

Tabel 4: OHI-S en rookgedrag per rang.

De manschappen hadden een significant hogere OHI-S-score dan officieren en onderofficieren ( $P < .001$ ). Officieren en onderofficieren bleken tandplak beter te kunnen verwijderen dan de manschappen. Leeftijd, roken, en geslacht waren niet gelijk verdeeld binnen de populatie. Na correctie voor alle drie potentiële versturende factoren in het lineaire regressiemodel, waren verschillen in het niveau van mondhygiëne nog steeds aanwezig. Het verschil tussen officieren en onderofficieren was statistisch significant ( $P = .029$ ). Roken als cofactor had de grootste invloed op de OHI-S-score. Roken kwam vaker voor onder de manschappen (35%) dan onder de onderofficieren (24%) en officieren (12%) (Tabel 4).

## Dental fitness

Rang	N (%)	DF-klassen 1 en 2, N (%)	DF-klasse 3, N (%)
Officieren	258 (26)	240 (93)	18 (7)
Onderofficieren	469 (48)	419 (89)	50 (11)
Manschappen	256 (26)	220 (86)	36 (14)
Totaal	978	879 (89)	104 (11)
<i>P</i> -waarde			.033

DF = dental fitness.

Tabel 5: Dental fitness-indeling per rang.

Na een gebitsinspectie was 14% van de manschappen tandheelkundig ongeschikt voor uitzending. Dit percentage was statistisch significant hoger dan in de andere twee groepen ( $P = .033$ ). In totaal was 7% van de officieren en 11% van de onderofficieren niet inzetbaar op grond van hun mondgezondheid (Tabel 5).

## Eigen perceptie van de mondgezondheid

De gemiddelde scores van de eigen perceptie van de mondgezondheid waren vergelijkbaar in de drie groepen (7,3-7,6), maar de verdeling binnen de scores verschilde tussen de groepen. In het schoolsysteem staat een score van 6 en hoger gelijk aan een voldoende voor het examen.

In totaal gaf 92% van de officieren hun mondgezondheid een voldoende score. Dit in vergelijking met 89% van de onderofficieren en 86% van de manschappen (Tabel 6).

Rang	N (%)	Rang 6-10, N (%)
Officieren	258 (26)	238 (92)
Onderofficieren	466 (48)	399 (86)
Manschappen	256 (26)	227 (89)
Totaal	981	865 (88)
<i>P</i> -waarde		.009

Tabel 6: Graad van zelfgerapporteerde waargenomen mondgezondheid per rang.

Er was een statistisch significant verschil tussen de groepen vastgesteld door een eenzijdige variantieanalyse ( $F [2.977] = 5.513, P = .009$ ). Dit wijst erop dat de onderofficieren de neiging hadden hun mondgezondheid slechter te beoordelen dan officieren, die meer tevreden waren met de gezondheid van hun mond. De manschappen vonden hun mondgezondheid niet zo slecht als de tandarts bij controles constateerde.

## Discussie

Er waren statistisch significante verschillen in cariësaandoening en mondhygiëne tussen de groep manschappen en de andere twee groepen. Ook waren er verschillen tussen officieren en onderofficieren, en deze werden relevant geacht in termen van de hypothese. Deze bevindingen suggereren dat een hogere rang geassocieerd wordt met een betere mondgezondheid.

Een carrière binnen de krijgsmacht zal meestal leiden tot een hogere rang en een betere opleiding. Een langer verblijf binnen de krijgsmacht betekent meer profiteren van de voordelen van gelijke voorzieningen. De DMFT-index kan niet dalen; het kan alleen stijgen of gelijk blijven. Men zou verwachten dat een cumulatieve blootstelling aan risicofactoren zoals een ongezond dieet en een slechte mondhygiëne na verloop van tijd zou kunnen leiden tot een gestage toename van de DMFT en parodontale indexscores. Deze studie toonde echter aan dat de DMFT-index en OHI-S-scores van de manschappen hoger waren dan die van officieren en onderofficieren. De verklaring hiervoor kan liggen in het feit dat de dental fitness elk jaar door een militaire tandarts wordt vastgesteld gedurende de gehele loopbaan van een beroepsmilitair. Bij de Nederlandse krijgsmacht vindt voor de leeftijd van 35 jaar al een selectie plaats en moet een groot aantal van de groep manschappen de dienst verlaten. De militairen uit deze groep met een betere mondgezondheid kunnen onbewust geselecteerd worden omdat zij waarschijnlijk beter opgeleid zijn en meer aan zelfzorg doen. Er kan sprake zijn van een selectie naar een betere mondgezondheid als gevolg van dit systeem. Verder onderzoek is nodig om deze suggestie nader te bestuderen. Dit zou een cohortstudie inhouden die het personeel volgt gedurende hun loopbaan om veranderingen in de mondgezondheid in de loop van de tijd vast te stellen en daarbij de potentiële bias van verlies aan follow-up als gevolg van de selectie die plaats vindt voor de 35-jarige leeftijd.

De overgrote meerderheid van het militaire personeel bestaat uit manschappen. De meerderheid van de uitgezonden militairen zijn de manschappen die een slechtere mondgezondheid hebben en daardoor het hoogste risico lopen op een tandheelkundig noodgeval. Het proces van tandheelkundige geschiktheid heeft gevolgen voor het operationele planningsproces. Tijd voor tandheelkundige controle, beoordeling van de mondgezondheid en behandeling moet vroegtijdig in het planningsproces worden toegewezen. Er zal meer tijd nodig zijn voor de behandeling van de manschappen. De DMFT-index is een goede indicator van vroegere en huidige cariës en het risico dat zich een tandheelkundige noodsituatie voordoet<sup>23</sup>. Een verhoogde DMFT-indexscore staat gelijk aan een verhoogd risico op een tandheelkundige klacht. Als een groter deel van de ingezette militairen meer cariës heeft, zal het risico op tandheelkundige noodgevallen tijdens militaire operaties ook toenemen. Dit heeft gevolgen voor de operationele risicobeoordeling en benadrukt de noodzaak om tijdens operaties militaire tandheelkundige capaciteit te plannen.

Het risico op tandvleesaandoeningen verschilde na correctie niet tussen de groepen. Dit is in tegenstelling tot wat eerder is gepubliceerd door Horev et al.<sup>24</sup>, maar onderstreept dat parodontale aandoeningen multifactorieel zijn met systemische risicofactoren en een substantiële genetische component<sup>22</sup>. De groep manschappen was echter jonger, rookte vaker en had een slechtere OHI-S. Preventief behandeling, vroege herkenning en mondhygiëne instructie zijn daarom belangrijk om de parodontale gezondheid van deze jonge militairen te verbeteren omdat parodontale aandoeningen moeilijker te behandelen zullen zijn als deze militairen blijven roken<sup>22</sup>. Dit is in lijn met bevindingen van Zadik et al., die de waarde onderstreept van preventieve tandheelkundige zorg<sup>25</sup>.

In deze studie werden drie indicatoren gebruikt om de mondgezondheid te bepalen; andere determinanten van mondgezondheid kunnen echter ook worden beïnvloed door militaire factoren. Temporomandibulaire stoornissen hebben geen statistisch significante associatie met de sociaaleconomische status<sup>26,27</sup>, maar deze stoornissen en bruxisme zijn gecorreleerd met stress<sup>28,29</sup>. Militairen zijn vaak blootgesteld aan emotionele en fysieke stress, vooral wanneer zij



uitgezonden worden. Andere onderzoekers hebben een verband gelegd tussen gebitsslijtage en een lagere sociaaleconomische status<sup>30</sup>. Het is onduidelijk of dit verband ook geldt voor het militair personeel. Meer onderzoek is nodig om na te gaan of officieren minder gebitsslijtage hebben dan de onderofficieren en manschappen. Een verder onderzoek wordt aanbevolen om de invloed van roken op de conditie van het gebit te bestuderen. In deze studie werd de (onderzoeks)populatie verdeeld in rokers en niet-rokers. Er is geen poging gedaan om de invloed te bepalen van het aantal sigaretten dat per dag wordt gerookt. De intensiteit van roken staat in verband met de ernst van mondziekten<sup>31</sup>. Programma's om te stoppen met roken komen de algehele mondgezondheid ten goede<sup>32,33</sup>. Het succes van deze programma's hangt samen met een hoger opleidingsniveau en de intensiteit van het roken<sup>34,35</sup>.

## Conclusies

Rangen en standen symboliseren de sociale status in de militaire hiërarchie. Manschappen hebben meer cariësaandoeningen en een hoger cariërisico dan officieren en onderofficieren. Hun vaardigheden m.b.t. de mondhygiëne zijn slechter dan die van officieren en onderofficieren, en ze roken vaker, wat een negatieve invloed heeft op hun mondgezondheid. Een groter deel van de manschappen is tandheelkundig gezien niet geschikt voor uitzending en heeft een verhoogd risico op een tandheelkundig noodgeval. Echter, zij beoordelen hun mondgezondheid als voldoende, wat aangeeft dat zij zich minder bewust zijn van het niveau van hun mondgezondheid. Het wordt aanbevolen dat manschappen meer instructie krijgen over mondhygiëne. In het operationele planningsproces moet extra tijd worden uitgetrokken voor het dental fit maken. Militair tandheelkundig personeel moet alerter zijn op de militaire status van de patiënt en de intensiteit en inhoud van de preventieve behandeling.

## SUMMARY

### ORAL HEALTH DISPARITIES IN THE ROYAL NETHERLANDS ARMED FORCES

#### Introduction

In the military, good oral health is essential for combat readiness. The Royal Netherlands Armed Forces (RNAF) Dental Service is responsible for delivering a high standard of dental care to soldiers to ensure that commanding officers can deploy dentally fit troops. Oral health inequalities are associated with lower socioeconomic status. Rank is reflective of social status within the military hierarchy. The aim of this study was to analyze differences in the oral health status of RNAF personnel in relation to ranks and other determinants.

#### Materials and Methods

All soldiers of the RNAF who underwent a regular dental inspection between January 15, 2018 and February 2, 2018 were enrolled. The decayed, missing, filled permanent teeth (DMFT) index, Dutch Periodontal Screening Index, and Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) were used to assess their oral health. Dental fitness was categorized. Patients were questioned about their smoking behavior and perception of their oral health. Personnel were divided into the following three groups according to rank: officers, noncommissioned officers (NCOs), and enlisted ranks.

#### Results

Nine hundred and eighty-four soldiers of the RNAF were included in this study. Enlisted ranks had significantly higher DMFT index and OHI-S scores than officers and NCOs (both  $P < .001$ ), which was associated with smoking and older age. Enlisted ranks were also significantly more often determined to have unacceptable dental fitness than officers and NCOs after the examination ( $P=.033$ ). There was also a difference in dental fitness classification between officers and NCOs, but this was not statistically significant ( $P=.103$ ).

#### Conclusions

The lowest ranked military personnel are more frequently classified as dentally unfit for deployment than officers and NCOs due to oral health conditions. This is important when considering the allocation of dental resources to maximize the pool of deployable personnel.

## Referenties:

1. Kassebaum N.J. et al.: Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res* 2017; 96(4): 380-7.
2. Policy brief 27-08-2018: The scientific council for government policy (WRR). Available at <https://www.wrr.nl/publicaties/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel-eeen-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen>; accessed December 4, 2018.
3. Bacigalupe A., Escobar-Pujolar A.: The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *Int J Equity Health* 2014; 13: 52.
4. Schuller A., Bruers J., Van Dam B. et al.: Oral health in Dutch adults 2007. TNO report. Leiden, TNO, 2009.
5. Zakrzewska J.M.: Women as dental patients: are there any gender differences? *Int Dent J* 1996; 46(6): 548-57.
6. Schulze A., Busse M.: Gender differences in periodontal status and oral hygiene of non-diabetic and type 2 diabetic patients. *Open Dent J* 2016; 10: 287-97.
7. Lukacs J.R.: Sex differences in dental caries experience: clinical evidence, complex etiology. *Clin Oral Investig* 2011; 15(5): 649-56.
8. Tanner T., Kämppi A., Pääkkilä J. et al.: Association of smoking and snuffing with dental caries occurrence in a young male population in Finland: a cross-sectional study. *Acta Odontol Scand* 2014; 72(8): 1017-24.
9. Johnson T.M.: Smoking and periodontal disease. *US Army Med Dep J* 2017; (3-17): 67-70.
10. Silverstone M.L.: Preventive Dentistry. Springer; 1978.
11. Kerngegevens Defensie 26-03-2018: Ministry of Defense. Available at <https://open.overheid.nl/Details/ronl-31442376-ee16-45be-8f2f-b72e60f54151/1>; accessed December 4, 2018.
12. Rapport commissie integriteitszorg Defensie, De Veer C: Ministry of Defence. 2011.
13. Alder B., Van Teijlingen E., Porter M.: Psychology and Sociology Applied to Medicine. 3rd ed. Elsevier; 2011.
14. NATO Standard Agreement 2466: Dental fitness standards for military personnel and the NATO dental fitness classification system 2017.
15. Crocombe L.A., Mahoney G.D.: Does optimal access to dental care counteract the oral health-related quality of life social gradient? *Aust Dent J* 2016; 61(4): 418-24.
16. Crocombe L.A., Mahoney G.D., Spencer A.J., Waller M.: Will improving access to dental care improve oral health-related quality of life? *Aust Dent J* 2013; 58(2): 192-9.
17. Van der Velden U.: The Dutch periodontal screening index validation and its application in The Netherlands. *J Clin Periodontol* 2009; 36(12): 1018-24.
18. Greene J.C., Vermillion J.R.: The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc* 1964; 68: 7-13.
19. Dutch general military regulation: Ministry of Defence. 2018.
20. NATO Standard Agreement 2116: NATO Codes for Grades of Military Personnel ed 5. 2010.
21. Eslamipour F., Borzabadi-Farahani A., Asgari I.: The relationship between aging and oral health inequalities assessed by the DMFT index. *Eur J Paediatr Dent* 2010; 11(4): 193-9.
22. Genco R.J., Borgnakke W.S.: Risk factors for periodontal disease. *Periodontol* 2000 2013; 62(1): 59-94.
23. Simecek J.W., Diefenderfer K.E.: An evaluation of U.S. Navy Dental Corps classification guidelines. *Mil Med* 2010; 175(11): 895-900.
24. Horev T., Katz J., Almog D., Goldberg A., Shpigelman A., Rajnay W.: Oral health disparities between ranks in a military environment: Israel Defense Force as a model. *Mil Med* 2003; 168(4): 326-9.
25. Zadik Y., Zusman S.P., Galor S., Dinte A.F.: Dental attendance and selfassessment of dental status by Israeli military personnel according to gender, education, and smoking status, 1998-2006. *Mil Med* 2009; 174(2): 197-200.
26. Jussila P., Knuutila J., Salmela S. et al.: Association of risk factors with temporomandibular disorders in the Northern Finland Birth Cohort 1966. *Acta Odontol Scand* 2018; 76(7): 525-9.
27. Mello V.V., Barbosa A.C., Morais M.P., Gomes S.G., Vasconcelos M.M., Caldas Júnior Ade F.: Temporomandibular disorders in a sample population of the Brazilian northeast. *Braz Dent J* 2014; 25(5): 442-6.
28. Maisa Soares G., Rizzatti-Barbosa C.M.: Chronicity factors of temporomandibular disorders: a critical review of the literature. *Braz Oral Res* 2015; 29.
29. Carvalho A.L., Cury A.A., Garcia R.C.: Prevalence of bruxism and emotional stress and the association between them in Brazilian police officers. *Braz Oral Res* 2008; 22(1): 31-5.
30. Wetselaar P., Vermaire J.H., Visscher C.M., Lobbezoo F., Schuller A.A.: The prevalence of tooth wear in the Dutch adult population. *Caries Res* 2016; 50(6): 543-50.
31. Similä T., Virtanen J.I.: Association between smoking intensity and duration and tooth loss among Finnish middle-aged adults: the Northern Finland Birth Cohort 1966 Project. *BMC Public Health* 2015; 15: 1141.
32. Alexandridi F., Tsantila S., Pepelassi E.: Smoking cessation and response to periodontal treatment. *Aust Dent J* 2018; 63(2): 140-9.
33. Warnakulasuriya S., Dietrich T., Bornstein M.M. et al.: Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J* 2010; 60(1): 7-30.
34. Peña P., Zagolin M., Acuña M., Navarrete S., Bustamante P., Canals A.: Factors associated with success of a smoking cessation program. *Rev Med Chil* 2016; 144(8): 965-71.
35. Huang W.H., Hsu H.Y., Chang B.C., Chang F.C.: Factors correlated with success rate of outpatient smoking cessation services in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 6.



De wereld wordt rookvrij  
Wen er maar aan

Ontdek hoe de wereld rookvrij wordt op [rookvrij.nl](http://rookvrij.nl)

OP WEG NAAR EEN  
**ROOKVRIJE  
GENERATIE**

Hartstichting LONG FONDS KWF



# Bevordering van de cardiovasculaire gezondheid bij etalagebenen door middel van gesuperviseerde looptherapie

## Samenvatting proefschrift

door kapitein-arts dr. Sandra C.P. Jansen

De auteur is Algemeen Militair Arts (AMA) bij de Koninklijke Luchtmacht.

Artikel ontvangen juni 2022.

### Introductie

Dit proefschrift gaat over de behandeling van etalagebenen (verder claudicatio intermittens). Patiënten met deze aandoening hebben pijn in de benen bij het lopen en zijn daardoor vaak beperkt in hun dagelijks functioneren. Deze klachten worden veroorzaakt door atherosclerose in de beenslagaders. Dit zogenoemde 'perifeer arterieel vaatlijden' is een veelvoorkomende vaatziekte die veel overeenkomsten vertoont met andere hart- en vaatziekten. Het voornaamste behandeldoel op korte termijn is zo ver mogelijk klachtenvrij kunnen lopen. Voor de lange termijn is het belangrijk om het risico op andere hart- en vaatziekten te verlagen, aangezien dit risico bij claudicatio intermittens sterk is verhoogd. Binnen 5 jaar zal 30% van de patiënten een cardiovasculair event krijgen, zoals een hart- of herseninfarct, en het 5-jaars sterfterisico bedraagt 10-15%.

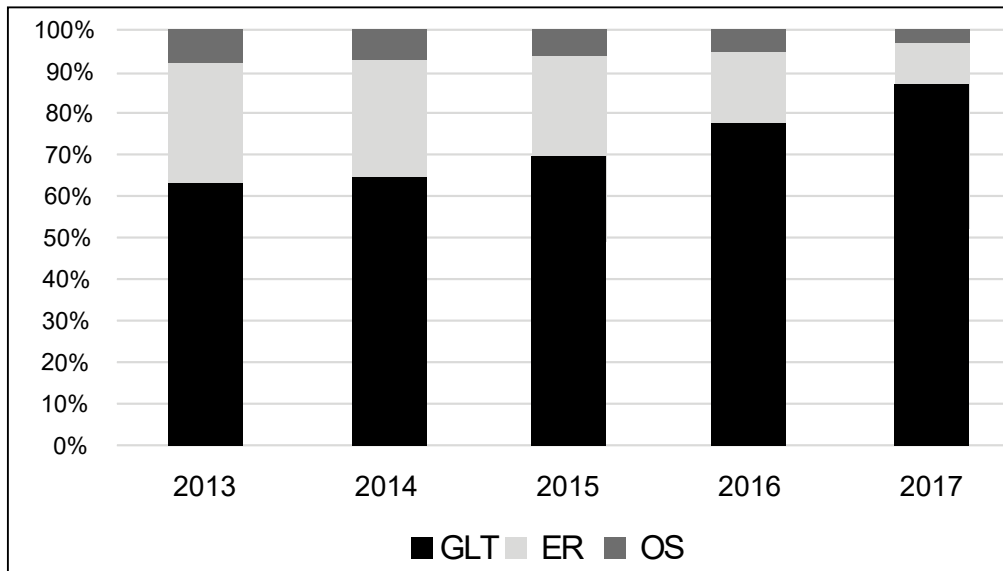
De behandeling van claudicatio intermittens volgt een trapsgewijze volgorde, het zogenaamde 'stepped care model' (SCM). Hierin is gesuperviseerde looptherapie (GLT) de eerste keus behandeling en wordt een invasieve ingreep (een dotterbehandeling of bypassoperatie) pas overwogen als GLT onvoldoende effect heeft. Het hoofddoel van dit proefschrift is het verbeteren van de behandeling van claudicatio intermittens door personalisatie, ofwel de inhoud van de behandeling afstemmen op het individu, met meer aandacht voor het verlagen van het risico op andere hart- en vaatziekten.

### Effect van GLT op cardiovasculaire risicofactoren

Er wordt steeds meer duidelijk over de impact van leefstijl op bepaalde risicofactoren en hoe dit het beste kan worden beïnvloed. Beweging blijkt hierin een bijzondere rol te spelen en is dus een belangrijk aangrijpingspunt voor verbetering. Er was niet eerder onderzocht of GLT invloed heeft op cardiovasculaire risicofactoren bij patiënten met claudicatio intermittens. Dit was de aanleiding voor een systematische review en meta-analyse naar de mogelijke effecten van GLT op bloeddruk, lipidenprofiel, glucose, lichaamsgewicht en roken. De resultaten laten zien dat GLT de systolische bloeddruk verlaagt met 4 mm Hg en diastolische bloeddruk met 2 mm Hg. Daarnaast is er een klein positief effect op het Lage Dichtheid Lipoproteïne (LDL)-cholesterol en het totaal cholesterol. De verwachting is dat deze effecten vergroot kunnen worden door het GLT-traject te intensiveren en met name nog meer te richten op leefstijl.

### Het stepped care model in Nederland

Alhoewel GLT de eerste keus behandeling is voor claudicatio intermittens, is het niet vanzelfsprekend dat dit in de praktijk wordt toegepast. Hierin spelen factoren als beschikbaarheid en toegankelijkheid van de therapie een belangrijke rol. In Nederland wordt GLT georganiseerd binnen een landelijk dekkend, gestandaardiseerd concept waarin de kwaliteit van behandeling is geborgd. Analyse van de verzekeringsdata van 54.504 nieuw gediagnosticeerde patiënten met claudicatio intermittens toont aan dat het aantal mensen dat primair behandeld werd met GLT is toegenomen van 63% in 2013 naar 87% in 2017. Dit hoge percentage is uniek, aangezien in geen enkel ander land ter wereld GLT in deze mate standaard beschikbaar is. Bovendien blijkt uit analyse dat 83% van de patiënten die primair behandeld werd met GLT na 5 jaar nog steeds geen vaatingreep nodig had. Wanneer daarentegen direct werd gekozen voor dotteren of opereren, bleek de kans op een tweede ingreep juist groter te zijn.



GLT = gesuperviseerde looptherapie, ER = endovasculaire revascularisatie, OS = operatie

**Fig. 1: Verdeling van primaire behandelingen voor claudicatio intermittens per jaar in de periode van 2013-2017.**

## GLT is geschikt voor iedere patiënt met claudicatio intermittens, ongeacht locatie van de vaatvernauwing en psychologische kenmerken

Een veelgebruikt argument om direct te kiezen voor een vaatingreep in plaats van GLT is de locatie van de vaatvernauwing, waarbij men vermoedde dat een iliacale vernauwing (ter hoogte van de liesarterie) minder goed zou reageren op GLT dan een vernauwing femoropopliteaal (bovenbeen t/m de knie). Eerder al leverden meerdere gecontroleerde studies ('randomised controlled trials') geen wetenschappelijk bewijs voor dit argument. Desondanks bleek er behoefte te zijn aan een studie waarin de gebruikelijke zorg werd verleend zonder te veel aanpassingen in het kader van onderzoek. Daarom is de ELECT studie gestart, een multicenter prospectieve trial die zo dicht mogelijk bij de dagelijkse praktijk aansluit. Bij elke patiënt werd de locatie van de vaatvernauwing vastgesteld en alle patiënten begonnen met GLT. Na 6 maanden toonde analyse van 267 patiënten aan dat locatie van de vaatvernauwing géén invloed had op de resultaten van GLT. Dit zou dus niet langer een argument mogen zijn om af te wijken van de richtlijn.

Een ander potentieel argument om af te wijken van de richtlijn hangt samen met psychologische factoren. Mogelijk zouden 'negatieve' factoren, zoals bijvoorbeeld depressie en angst, een ongunstige invloed hebben op de resultaten van GLT. Hierover was nog relatief weinig bekend. Een substudie van de ELECT laat zien dat dergelijke psychologische factoren geen invloed hebben op de effectiviteit van GLT. Dit betekent dus dat, mede op basis van de resultaten van dit proefschrift, er géén vaste patiëntkenmerken zijn die suggereren dat iemand met claudicatio niet zou profiteren van GLT.

## Loophtherapie kan net zo goed andere trainingsvormen omvatten

GLT, zoals de naam al aangeeft, bestaat voornamelijk uit looptherapie. Aangezien de klachten optreden tijdens het lopen lijkt dit logisch. Echter, soms doet lopen te veel pijn of heeft een patiënt andere aandoeningen waardoor lopen beperkt wordt. In die gevallen kunnen alternatieve trainingsvormen interessant zijn. Bovendien kan een uitgebreider en/of gevarieerder traject zorgen voor betere aansluiting op de internationale beweegrichtlijnen. Een Cochrane review maakte analyse van 527 patiënten met claudicatio intermittens mogelijk en laat zien dat alternatieven, zoals Nordic walking, fietsen, weerstandstraining en combinaties daarvan, vergelijkbare resultaten kunnen geven als GLT.

## Conclusies van dit proefschrift

1. Gesuperviseerde looptherapie (GLT) heeft gunstige effecten op modificeerbare cardiovasculaire risicofactoren, met name bloeddruk en cholesterolgehalte.

2. De 'stepped care benadering' met GLT als eerste keus behandeling is succesvol geïmplementeerd in Nederland, aangezien inmiddels 87% van de patiënten met claudicatio intermittens primair behandeld wordt met GLT.
3. Patiënten die GLT als primaire behandeling ontvangen hebben minder revascularisatie procedures (dotter of operatie) van de onderste extremiteiten nodig en laten betere overleving zien dan de patiënten die primair endovasculaire revascularisatie of open chirurgie hebben ondergaan.
4. De locatie van stenose/occlusie heeft geen invloed op de korte termijn effectiviteit van GLT.
5. De gunstige effecten van GLT treden op ongeacht bepaalde psychologische factoren, waaronder depressie en angst.
6. Alternatieve trainingsvormen kunnen effectief zijn in de behandeling van claudicatio intermittens, met name wanneer begeleide loopoefeningen bemoeilijkt worden door bijvoorbeeld veelvoorkomende comorbiditeiten.

Concluderend geven de bevindingen van dit proefschrift aan dat er geen klinische patiëntkenmerken zijn die consequent individuen met claudicatio intermittens identificeren voor wie GLT niet effectief zou zijn. Daarom ondersteunt het de huidige richtlijn aanbevelingen om iedere patiënt met claudicatio intermittens primair te behandelen met GLT.

Het volledige proefschrift is online in [pdf](#) en [e-book](#) beschikbaar.

## SUMMARY

### PROMOTING CARDIOVASCULAR HEALTH THROUGH PERSONALIZED SUPERVISED EXERCISE THERAPY IN INTERMITTENT CLAUDICATION

Intermittent claudication is an expression of arteriosclerosis, in which pain occurs in the legs during walking as a result of insufficient blood flow. In addition, patients with intermittent claudication have an increased risk of other cardiovascular diseases. Treatment usually consists of supervised walking therapy and is aimed at symptom control and reducing the risk of cardiovascular disease. This thesis shows that walking therapy is suitable for patients regardless of the level of arteriosclerosis (at the groin or lower in the leg). In addition, personal characteristics, such as motivation and depression, have no effect on the success rate of the therapy. In addition to walking therapy, other forms of therapy, such as resistance training and cycling, appear to be effective for intermittent claudication. This offers opportunities to better align the training program with the patient's personal wishes and goals. Finally, it has been shown that walking therapy has a positive effect on blood pressure and cholesterol. The main recommendation of this thesis is to improve lifestyle counseling in the treatment of intermittent claudication to further reduce the risk of cardiovascular disease.

The full-text thesis is in [pdf](#) and [e-book](#) available online.

## 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](mailto:a.sondeijker@kpnmail.nl) (voorkeur) of [a.sondeijker.01@mindef.nl](mailto: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.

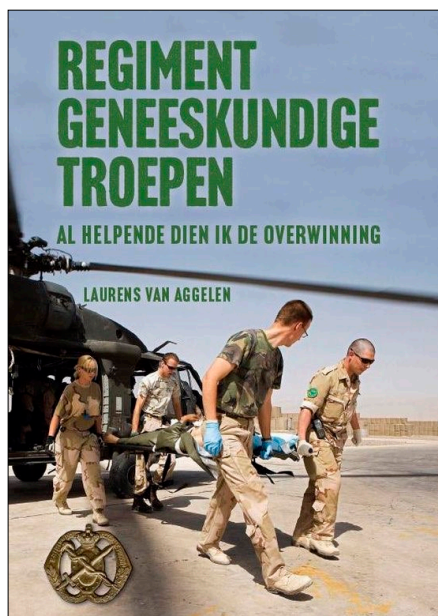
#### Uitstromend personeel

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](mailto:a.sondeijker@kpnmail.nl) (voorkeur) of [a.sondeijker.01@mindef.nl](mailto:a.sondeijker.01@mindef.nl) met als onderwerp 'wijziging abonnement NMGT'.

*De secretaris NMGT A. Sondeijker*

## Regiment Geneeskundige Troepen

### Al helpende dien ik de overwinning



Auteur: Laurens van Aggelen

Uitgeverij: White Elephant

Publishing, Arnhem, 2021

Pagina's: 258

Prijs: € 28,95

ISBN: 978-90-79763-62-7

In 1869 werd het Regiment Geneeskundige Troepen opgericht, de verpleegtak van de medische zorg bij de Koninklijke Landmacht. Haar motto: Eripiendo Victoriae Prosum: al helpende dien ik de overwinning. Dat Regiment, sinds 1993 tezamen met de artsen van de landmacht het Dienstvak Geneeskundige Dienst genoemd, bestond in 2019 dus 150 jaar wat reden was voor een boek. Maar aangezien er juist in de jaren daarna enkele belangrijke evenementen te gebeuren stonden, werd besloten met het boek tot 2021 te wachten. Het bestaat uit 13 hoofdstukken waarvan de eerste twee historisch te noemen zijn en de overige onderdelen bepaalde kanten van het Regiment behandelen, zoals waardering, de regimentscommandant, de arts, de verpleegkundige, de Historische Verzameling. Het is geen doorwrochte, kritische publicatie, maar, zoals ook de bedoeling van auteur Laurens van Aggelen was, een zelf-feliciterend werk over de 'grote stappen' die 'ondanks de voortdurende bezuinigingen' zijn gezet (p. 17) en dat 'met trots' kan worden doorgegeven (p. 15) en dus niet zelden zinnen bevat als: 'Overkomt hen zelf iets zeer aangrijpends, dan zie je niet zelden hoe standvastig ze in het leven staan. Onverslagen, dienstbaar en onverstoorbaar gaan ze verder' (p. 240). Met die doelstelling voor ogen kan het eindproduct niet anders dan volledig geslaagd

worden genoemd, maar dat neemt niet weg dat kanttekeningen te plaatsen zijn.

Van Aggelen zegt in zijn nawoord dat hij na het eerste contact in 2019 aan de slag ging met archief- en literatuuronderzoek. Tenzij hij het doornemen van enkele exemplaren van *Polsslag* archiefonderzoek noemt, heb ik daarvan echter niets teruggezien. De doorgenomen literatuur behelst één vijf pagina's groot artikel en drie (!) boeken, waaronder twee van zijn eigen uitgeverij (één van hemzelf en het boek van Maaïke Hoogewoning, *Oorlog in de operatiekamer*), de uitgeverij die ook dit werk heeft gepubliceerd. Het derde boek is het inmiddels volstrekt verouderde werk dat uitkwam bij het 100-jarig bestaan van het Regiment, H.J. van Geelens *Van Hospitaalsoldaten tot Geneeskundige Troepen*. Me dunkt dat er in de tijd tussen 1969 en 2019 toch wel enkele titels zijn verschenen die ook in de lijst hadden mogen worden opgenomen, sterker: in de lijst hadden moeten worden opgenomen.

Maar het historische deel is niet het belangrijkste deel van het boek. Dat is het deel met de interviews met mensen die bij het Regiment werkzaam zijn of werkzaam zijn geweest, ook al stelt Henry Bloemendal in zijn voorwoord dat 'leren van het verleden en de lessen van toen' van groot belang zijn voor 'de plannen voor de toekomst'. Dat schept toch de verwachting dat ook het verleden dat niet door interviews zichtbaar kan worden gemaakt, gedegen wordt behandeld. Maar dit zat blijkbaar een andere doelstelling van de auteur in de weg. Het mocht, dixit Van Aggelen, zelf schrijver van enkele historische werken, 'geen droog geschiedenisboek' (p. 14) worden, een opmerking die je wel vaker hoort en waarbij ik me altijd afvraag op welke boeken er dan wordt gedoeld.

Om er een niet droog boek van te maken, was besloten in het boek de leden van het Regiment zelf aan het woord te laten. Op zich niets mis mee, maar een boek schrijven op basis van interviews is iets anders dan het klakkeloos overnemen van die interviews. Nog afgezien daarvan dat een dergelijke werkwijze kan ontaarden in weinig zeggende anekdotiek en een opeenstapeling van meningen, mogen er best kanttekeningen worden geplaatst bij wat iemand zegt. Kritisch ondervragen, achteraf checken van wat gezegd is, kijken of er tegengestelde meningen zijn,

hoort er ook bij. Ik zeg altijd: wie iets over de krijgsmacht schrijft, moet de publicaties van de vredesbeweging ter harte nemen. Immers, wil men van een boek echt iets leren dan zal ook de kritiek moeten worden weergegeven.

Neem een zin als: 'Denken in effecten is het belangrijkste verschil tussen civiel en militair.' (p. 49) Behalve dat ook in de civiele geneeskunde echt wel naar het effect van het doen en laten wordt gekeken, is het weinig meer dan een mening. Voor deze een andere, zoals dat in tegenstelling tot civiele geneeskunde, militaire geneeskunde erom gaat dat 'de gevechtskracht in stand blijft' en dat 'we eerste kunnen worden' omdat 'bij conflicten plek twee niet telt' (p. 156). Het lijkt mij een veel zinvoller onderscheid met de civiele geneeskunde dan het denken in effect. Maar doordat Van Aggelen ieder zijn of haar eigen verhaal laat vertellen, brengt hij dergelijke inherente tegenstrijdigheden nooit met elkaar in verband, laat staan dat hij ze laat conflicteren.

Wat hij bovendien vergeet is dat, zoals ook de eveneens hooggeprezen humanitaire hulpverlening door militairen, de hulp in civiele ziekenhuizen of andere medische instellingen bijzaak is. Daar is het Regiment niet voor in het leven geroepen. Het Regiment, zie haar motto en de zojuist geciteerde geïnterviewde, moet helpen de overwinning te verzekeren. De rest is voor rustiger tijden, als het past in de militaire strategie of als daardoor geoefend kan worden voor het echte werk. Hulp tijdens de Vierdaagse? Werken voor De Zonnebloem? Werken in een aardbevingsgebied in Pakistan? Ik betwijfel absoluut niet dat het 'mooi' is en 'geweldig' (van dergelijke superlatieven is het boek vergeven) en veel voldoening geeft, maar het dient wel degelijk ook een militair en niet alleen een medisch-humanitair doel ('exposure', 'oefenen met echte patiënten') (pp. 65-66). Dat juist tijdens de COVID-19-periode het Regiment 'op voorbeeldige wijze' haar kwaliteiten liet zien (p. 88), en 'indrukwekkende prestaties' neerzette, (p. 91) is dan ook fijn, maar zegt weinig over wat het Regiment eigenlijk moet doen. Er is dan ook niet de relevantie van het Regiment mee aangetoond, zoals Bloemendal zegt, (p. 92), maar louter het tekort aan civiele medici in tijden van gezondheids crises.

Hierbij komt dat het verlenen van hulp aan burgers in den vreemde door militairen uit de aard der zaak geen eenvoudige zaak is, al is het maar omdat militairen door de nodige bevolkingsgroepen met recht en reden met wantrouwen worden bekeken. Maar niet alleen daarom. Opgelucht schreef ik langs de kantlijn van p. 179 'hè hè, eindelijk!' toen Johan de Graaf opmerkte dat een groot nadeel van de hulp door Westerse genezers in gebieden als Afghanistan is dat 'onze inzet met hoogtechnologische zorg snel in onrealistische verwachtingen van de lokale bevolking' kan resulteren waaraan na vertrek de lokale hulpverleners absoluut niet kunnen voldoen. Helaas zorgde deze opmerking niet voor een kritischer benadering van al het goede dat volgens de bulk der (Westerse) geïnterviewden voor de (niet-Westerse) bevolkingen werd gedaan (zie bv. pp. 195, 243).

Nergens in het boek worden vragen gesteld bij het medische werk in dienst van een niet-medische organisatie. Nergens ook maar één klein vraagteken bij het motto van het Regiment 'Al Helpende Dien ik de Overwinning', terwijl het toch duidelijk is – en zeer vaak in de bestaande literatuur doorwrocht behandeld – dat er wel eens van enige frictie tussen het medische en het militaire doel sprake kan zijn. Het is zeer opmerkelijk dat een der geïnterviewden zei 'helemaal voor mijn patiënt' (p. 185) te gaan – iets wat zogenaamd bij de niet-Nederlandse eenheden lastiger zou zijn omdat wij niet hiërarchisch denken en zij wel (pp. 185, 208). Dat had hij immers in zijn eed had gezworen. Ja, in zijn medische eed, maar niet in zijn militaire. In *de Volkskrant* van 18 februari 2014 zei Niels Veldhuizen, 'genezerik' in Uruzgan, naar aanleiding van het verschijnen van zijn *De Oorlog in Mijn Kop* (een van die boeken die niet in de literatuurlijst hadden mogen ontbreken), hier het volgende over: 'Ik heb twee keer een eed afgelegd. De militaire eed en de medische eed, de eed van Hippocrates. Die twee beloften botsten daar voortdurend. Ik had beloofd het maximale te doen voor zieke mensen, maar dat bleek onmogelijk. Niks Hippocrates, het werd de eed van Hypocritus. Ik voelde me machteloos.'

Dergelijke bedenkingen zijn afwezig in Van Aggelens boek. Zinnen als 'Om goed te kunnen vechten moet de geneeskundige logistiek goed op orde zijn' (p. 62) worden zonder enige omhaal genoteerd, alsof het een waarheid als een koe is waar geen zinnig mens ook maar één enkel

vraagteken bij kan plaatsen. Vechten betekent immers verwonden en doden, dat kan noodzakelijk worden gevonden, maar gaat desalniettemin in tegen hetgeen waar de geneeskunde voor staat. Of men het nu leuk vindt of niet, of men het nu wil zien of niet, proberen wonden te genezen in tijden die in het teken staan van doden, is van dilemma's en problemen doordrenkt. Ieder boek over medische hulp in oorlogstijd zal daar in meer of mindere mate aandacht aan moeten besteden.

Ook had wel wat meer aandacht mogen worden besteed aan bepaalde discussies. Wat bijvoorbeeld moet een niet-ingevoerde aan met de opmerking dat iemand ten tijde van het Srebrenica-debacle midden in de 'ijzeren voorraad'-discussie heeft gezeten; een discussie 'die in de pers verdraaid naar voren is gekomen', (p. 150) als vervolgens nergens wordt uitgelegd wat een 'ijzeren voorraad' is, wat die discussie behelsde en wat er dan zo verkeerd was in de media? Antwoord: helemaal niets. Het is niet het enige voorbeeld. Als wordt opgemerkt dat volgens oud-minister Jan Pronk bij de missie in Rwanda 'de beschadigde mensen ondergeschikt waren aan het politieke belang' (p. 163), wordt dit verder niet uitgelegd, waardoor de lezer alleen maar met de vraag blijft zitten welk politiek belang dat dan was. Ditzelfde gaat op voor een opmerking dat toen Artsen zonder Grenzen de medische hulp in Kamp Brazda bij de grens van Kosovo overnam, dit door de aanwezige vluchtelingen 'niet als positief ervaren' werd (p. 160). Hoezo niet? Wat sprak die vluchtelingen dan zo aan in het werk van de militairen en wat was er dan zo slecht aan de hulpverlening door AzG? Dat had althans deze lezer graag willen horen, maar wederom geen woord. En dat overste De Bruijn vindt dat de dienst zich over het werk te Srebrenica nergens voor hoefde te schamen en 'echte topprestaties' heeft geleverd, (p. 151) is mooi en aardig voor hem, maar toch niet meer dan zijn opvatting, waar vele andere opvattingen tegenover staan. Die worden echter niet genoemd. Zoals gezegd: naar tegengeluiden is niet gezocht. Het grote nadeel hiervan is dat de lezer zich geen eigen opinie kan vormen en in feite van de hele medische problematiek te Srebrenica of van het Regiment als geheel geen steek wijzer wordt. Het geeft wel weer aan dat dit boek niet is bedoeld om door die buitenstaanders te worden gelezen.

Aan deze algemene kritiek moet nog deelkritiek worden toegevoegd. Het boek lijdt ten eerste aan een kwaal die wel meer boeken over de militaire wereld kenmerken: het veelvuldig gebruik van voor buitenstaanders volledig onbegrijpelijke afkortingen. Wat zal het hen zeggen dat iemand drie jaar lang 'HID KZV Lpl Hohne' is geweest (p. 134)? Ook begrippen worden niet uitgelegd zoals 'Chef Martin' of de 'traditionele blauwe hap' (pp. 190, 205). Als Nijmegenaar en medeauteur van het boek over deze prachtige herdenkingstraditie moet mij toch even van het hart dat het de *Sunset March* en niet de *Sunset Mars* is (p. 123).

Ook foutieve informatie wordt klakkeloos overgenomen, zoals toen Koningin Juliana op 10 april 1979, de dag waarop het vaandel werd uitgereikt en de dag dat de Hilversumse kazerne in Van Oudheusden werd omgedoopt, zei dat het Rode Kruis de naam was van een organisatie 'wier symbool ook gij voert'. Juliana kan een dergelijke fout worden vergeven, ook al was haar vader dan jarenlang voorzitter van het Nederlandse Rode Kruis, maar een schrijver van een boek over militair medische zorg moet weten dat het andersom is: het Rode Kruis mag het symbool van de militaire geneeskunde voeren.

Er zijn storende stijlfouten zoals 'wie zich bedenkt' (p. 17) en in 1989 eindigde de Koude Oorlog, niet de Tweede Wereldoorlog (p. 33). Of iemand zich iets nog 'haarfijn kan herinneren' (p. 85) kan Van Aggelen helemaal niet weten. Wellicht klopt er helemaal niets van de herinnering. Frappant is dat één pagina verderop dezelfde geïnterviewde vraagtekens stelt bij hoe accuraat herinneringen zijn. Spreken over Nederlands-Indië kan echt niet meer, niet als het de tijd van de (de)kolonisatiestrijd betreft, (p. 18) en al helemaal niet als het over de tijd daarna gaat (p. 125). Over die strijd, toch echt een oorlog, nog steeds praten als 'de politionele acties', zelfs zonder aanhalingstekens, is, laat ik mild zijn, lichtelijk achterhaald (p. 80, 82).

Kortom, het is goed dat het RGT een boek heeft gekregen. Het is jammer dat het dit boek is geworden. Het Regiment verdient beter.

*Leo van Bergen*



# Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 5, mei 2022

## Wet- en regelgeving

### Vademecum Militair Gezondheidsrecht

Het [Vademecum Militair Gezondheidsrecht](#) (v/h Handleiding Militair Gezondheidsrecht) is geactualiseerd en geplaatst op intranet. Deze handleiding is geschreven voor iedereen die werkzaam is binnen de militaire gezondheidszorg en iedereen die interesse heeft in het juridisch kader dat samenhangt met de militaire gezondheidszorg. Met dit vademecum is getracht een makkelijk leesbare, snel toegankelijke juridische handleiding aan te bieden. Het vademecum kan gebruikt worden om kennis omtrent het onderwerp te vergroten, collega's te informeren en als lesmateriaal. Omdat het juridisch kader inzake het Militair Gezondheidsrecht zeer uitgebreid is hebben de auteurs een keuze moeten maken in de te behandelen stof. Dit vademecum is daarom ook niet een uitputtend naslagwerk geworden en het is de bedoeling dat het in de toekomst meegroeit met de actualiteit. De auteurs doen daarom hierbij een oproep aan de doelgroep om kritiek, adviezen, tekortkomingen en (tekstuele) op- en/of aanmerkingen aan hen door te geven. Dit kan rechtstreeks bij [Wout van Wissen](#) of [Tom Poelstra](#).

## Kwaliteitsmanagementsysteem

### Succesvolle surveillance audit op het DGOTC



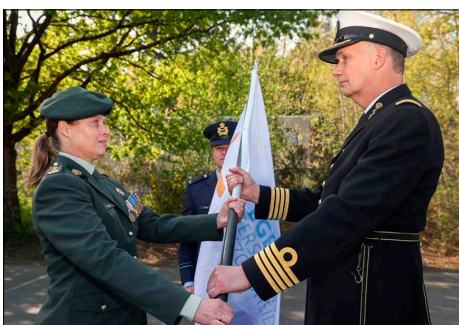
Sinds 2017 is het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) ISO 9001/2015 gecertificeerd. Om te beoordelen of de certificering conform ISO-norm nog steeds valide is, wordt ieder jaar een surveillance audit uitgevoerd. Om deze reden is eind april door LRQA weer een dergelijke audit bij het DGOTC uitgevoerd. Er is gekeken naar de interne procesgang en de blijvende kritische blik op het functioneren en innovatie. De aandacht ging tijdens deze audit vooral naar de ondersteunende processen in het kader van opleiden en individueel trainen. De eindconclusie is dat het DGOTC voldoet aan alle gestelde eisen en haar ISO-certificaat mag blijven voeren.

## Jaarverslagen

### IMG-jaarverslag 2021

De gesprekken met de verschillende partners voor het jaarverslag van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) 2021 hebben voornamelijk digitaal plaatsgevonden als gevolg van de coronapandemie. De fysieke overleggen zijn beperkt gebleven tot gesprekken ten behoeve van meldingen. Daarnaast hebben reguliere inspecties in Nederland (bij gezondheidscentra, tandheelkundige centra en inspecties bij eenheden op het gebied van straling en voedselveiligheid) gewoon doorgang gevonden. Het jaarverslag van de IMG begint met de belangrijkste constatering in blauwe katernen. In hoofdstuk 1 worden de gedane constatering per deelgebied besproken en hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen in het toezichtsdomein en samenwerking binnen het toezicht, zowel binnen Defensie als met de civiele partners. Het jaarverslag is in te zien via de [intranetsite](#) van de IMG.

## Commando-overdracht EGB



Op 28 april heeft kapitein-ter zee arts Henk Dinkelberg het commando over het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB) overgedragen aan kolonel Diana Verweij. Dit deed hij door het overhandigen van de EGB-vlag. Henk Dinkelberg startte zijn commando over het EGB in 2020 tijdens het begin van de COVID-19-pandemie. Het werd een dynamische periode. Diana Verweij start in een nieuwe roerige tijd. Voor het eerst in lange tijd is er oorlog op het Europese continent en komen er forse veranderingen in de Defensieorganisatie aan. Kijk voor het volledige bericht over de commando-overdracht op [intranet](#).

## Patiënttevredenheidsonderzoek EGB

Tussen 23 mei en 15 juni voerde het EGB een patiënttevredenheidsonderzoek uit. Het is een onderzoek naar de tevredenheid van patiënten met de zorg- en dienstverlening van het EGB. De patiënten werden op verschillende manieren benaderd om mee te doen aan dit onderzoek: o.a. per mail met een QR-code en via posters en flyers. De hoofdvraag van het onderzoek is of de militair tevreden is over de zorg- en dienstverlening van het EGB. In het onderzoek komen daarom een aantal onderwerpen naar voren zoals de toegang en de bereikbaarheid van het gezondheidscentrum, de bejegening door medewerkers, communicatie met de zorgverlener, verstrekte informatie vanuit het gezondheidscentrum en de inzage in het eigen medisch dossier.

## Eindceremonie: 14 nieuwe (para)medisch specialisten voor Defensie

Vrijdag 15 april heeft een lichter van 14 medisch specialisten uit civiele ziekenhuizen en het Centraal Militair Hospitaal de opleiding tot militair en officier aan de Koninklijke Militaire Academie afgerond. Daarmee is alweer lichter 55 van de zogeheten opleiding voor Civiel Medisch Personeel (CMP) een feit. Deze opleiding is een onderdeel van een bijzondere samenwerking tussen het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) en civiele ziekenhuizen. Beroepsmilitairen doen ervaring op in Nederlandse civiele ziekenhuizen en personeel uit deze ziekenhuizen wordt opgeleid tot reservist. De nieuwe aanwas is belangrijk voor Defensie, benadrukt kolonel Peter Maarse (C-IDR): “De samenwerking richt zich op het beschikbaar krijgen en houden van medisch specialistisch personeel ter ondersteuning van de inzet van de krijgsmacht.” De gecombineerde teams bestaan uit chirurgen, anesthesiologen, anesthesiemedewerkers, operatieassistenten, IC-verpleegkundigen en radiologische laboranten. Lichter 55 kent ook een dermatoloog. De CMP-opleiding vindt plaats in binnen- en buitenland, gedurende acht weken. Na het afronden van de opleiding gaat men terug naar het ‘eigen’ relatieziekenhuis en kan men op afroep worden ingezet door Defensie. De afgelopen jaren zijn de chirurgische teams van het IDR onder andere ingezet in Afghanistan, Irak en Somalië.

## Wijziging t.a.v. canule tracheotomie



Gebruikers van de tracheotomiecanule opgelet! Recent is een kleine wijziging doorgevoerd v.w.b. de canule tracheotomie. De gebruikelijke canule (zie afbeelding links) is niet meer leverbaar en is in overleg met de fabrikant vervangen door de canule (zie afbeelding rechts). De canule behoudt dezelfde naam en SAP-artikelnnummer: 10000094629 CANULE TRACHEOTOMIE, ID=6,0MM, CH25. Vanuit het DOGTC zal het betreffende handelingschema worden aangepast. De wijze van inbrengen is niet veranderd.

## Personele mededelingen

### Nieuwe Inspecteur Militaire Gezondheidszorg



Kolonel-arts Manon Molenaar is vanaf 14 juli de nieuwe Inspecteur Militaire Gezondheidszorg (IMG). Zij krijgt op die datum de rang van brigade-generaal en volgt Mathon Heuts op die met leeftijdsontslag militairen gaat. Manon Molenaar wil gaan werken met thema's, in teams en vanuit vertrouwen. Met deze nieuwe werkwijze beoogt zij een IMG die verbindend, betrouwbaar en transparant is en waarbij het leren en verbeteren voorop staat.

## Opleiding en Training

### Tactical Combat Casualty Care (TCCC)

Het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) heeft in april jl. themadagen georganiseerd met betrekking tot de veranderingen van de prehospital medische richtlijnen en protocollen naar *Tactical Combat Casualty Care* (TCCC-NLD). In de [Infographic TCCC](#) staat beschreven wat TCCC is en wat belangrijk is en wordt op hoofdlijnen het verschil tussen de oude en de nieuwe situatie beschreven. Meer informatie over het Project TCCC is na te lezen op de [SharePoint-site](#) van het DGOTC.

## Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

### DGI op Invictus Games

DGI heeft tijdens de afgelopen Invictus Games samen met het Centraal Militair Hospitaal en het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg een stand mogen bemannen in de tent 'Dit is Defensie'. Iedere dag stonden kernteamleden en leefstijlcoaches geïnteresseerden te woord. Veel bezoekers wilden weten wat DGI precies doet en er zijn mooie gesprekken gevoerd over leefstijl, duurzame inzetbaarheid en 'fit for life'.



## Onderscheidingen

### Audrey Hepburn Trofee voor het Nederlandse Invictus Games Team

Het Nederlands Invictus Games Team is zaterdag 14 mei onderscheiden met de Audrey Hepburn Trofee. Dit is een prijs voor een sporter of organisatie die zich verdienstelijk maakt op het terrein van de gehandicaptensport. De Bond van Nederlandse Militaire Oorlogsslachtoffers (BNMO) heeft de organisatie in handen. Het is de eerste keer dat niet een persoon maar een volledig team tot winnaar is uitgeroepen. Volgens de BNMO heeft het team de gehandicaptensport op de kaart weten te zetten bij de afgelopen Invictus Games in Den Haag. "Zij hebben een onderlinge teamspirit en kameraadschap getoond tijdens de games en daarnaast een enorme groei doorgemaakt. Dit zijn allemaal belangrijke waarden die passen bij BNMO", aldus de jury. Lees het volledige nieuwsbericht via [intranet](#).

## DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

### Gezondheidsmonitoring

In april stond Marie-Christine van het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) centraal in de DOSCO-serie 'Onze vakmensen'. Zij is epidemiologisch onderzoeker en geeft aan dat sinds kort een nieuw project 'Structurele Gezondheidsmonitoring' is gestart. Het doel van dit project is ervoor te zorgen dat Defensie iedereen veilig, gezond en inzetbaar houdt. Gezondheidsmonitoring analyseert gegevens van groepen om betere inzichten te krijgen in de gezondheidsrisico's. De resultaten zijn anoniem en worden gebruikt om preventieve maatregelen te nemen die medewerkers gezond en veilig laten werken en inzetbaar houden. Het volledige interview is via [deze link](#) te lezen. Kijk voor meer informatie over het project Gezondheidsmonitoring op de [intranetsite](#) van het CEAG.

## Eerstelijnsgezondheidszorg

Edina is doktersassistente bij het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB). Samen met de militair artsen en andere doktersassistenten biedt ze eerstelijnsgezondheidszorg. De patiënten komen eerst bij Edina voor een afspraak en zij verwijst ze door naar een arts. Daarnaast is ze het eerste aanspreekpunt voor alle medische vragen. Samen met de militair artsen is Edina verantwoordelijk voor de screening van mariniers die voor een oefening of plaatsing naar het buitenland gaan. Ze kijken naar welk land de militairen gaan en of ze daarvoor bepaalde vaccinaties nodig hebben. Het is ook belangrijk om na te gaan of er geen medische belemmeringen zijn, of dat die tijdens de inzet kunnen gaan optreden. Edina vindt het belangrijk om een band met haar patiënten op te bouwen. Lees het volledige interview via [deze link](#).

## Geestelijke gezondheidszorg

### Promotie: the butterfly effect of trauma contextualization

Mensen verschillen sterk in hun reactie op traumatische gebeurtenissen. Sommigen ontwikkelen een posttraumatische stressstoornis (PTSS), terwijl anderen zich veerkrachtig kunnen aanpassen. Milou Sep heeft zich in haar promotieonderzoek gericht op interindividuele verschillen in tijdsafhankelijke leer- en geheugenprocessen na acute stress om meer inzicht te krijgen in de variatie aan reacties op traumatische gebeurtenissen en daarmee de mogelijke vatbaarheid voor PTSS. Het proefschrift is via [internet](#) te downloaden.

## Gezondheidswinst en kostenbesparing bij verbeteren mentale gezondheid

Een betere mentale gezondheid leidt tot een afname van zorgkosten en minder verzuim op het werk. Voor het eerst hebben onderzoekers berekend hoeveel geld bespaard kan worden als de mentale gezondheid van een miljoen volwassenen met vijf procent verbetert. De inzet van bewezen effectieve interventies en

beleidsmaatregelen op het gebied van mentale gezondheid zijn hiervoor essentieel blijkt uit de factsheet 'Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie', opgesteld door het RIVM, het Trimbos-instituut en GGD GHOR Nederland. De factsheet is te downloaden via [internet](#).

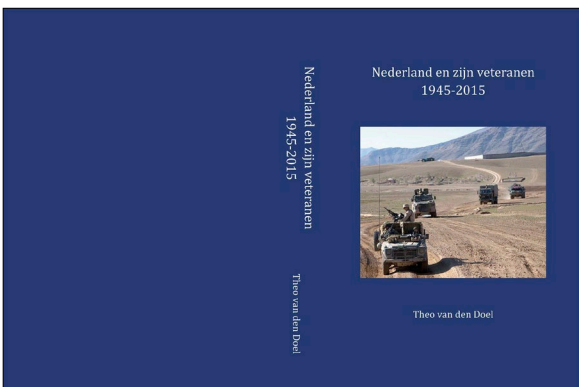
## Wetenschappelijk Onderzoek

### Promotie: 'White coats green jackets. Physician and nurses in the Dutch armed forces, professional identity & agency, 1990-2010'

Artsen en verpleegkundigen worden tijdens uitzendingen geconfronteerd met vele uitdagingen. In een potentieel gevaarlijke omgeving, waar materieel en personeel schaars zijn, moet medische zorg geleverd worden aan slachtoffers van gevechten en burgers die om medische hulp vragen. Beroepsnormen en de professionele standaarden die gelden binnen de civiele gezondheidszorg, kunnen hierdoor in het gedrang komen. Tijdens haar onderzoek heeft Francesca Hooft ontdekt dat er naast de medische en militaire nog een derde identiteit bestaat: de hybride professionele identiteit. Door hun volledige identiteit en verantwoordelijkheden als hybride te beschouwen, konden artsen en verpleegkundigen spanning vermijden en keuzes maken, zonder dat dit als problematisch of een gebrek aan autonomie en agency werd gezien. Kijk voor meer informatie op [internet](#).

## Veteranenzorg

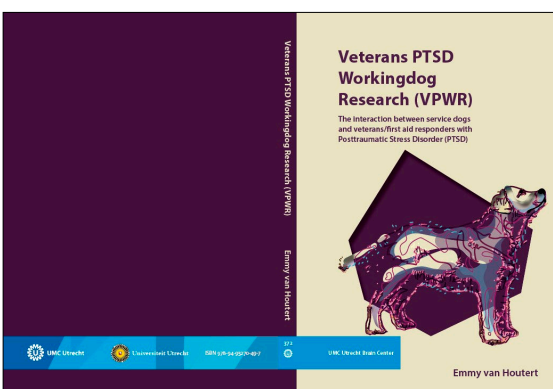
### Proefschrift Nederland en zijn veteranen 1945-2015



Sinds 2005 kent Nederland een Veteranendag. Een vorm van erkenning en waardering door overheid, parlement en samenleving voor de inzet van de militairen in conflictgebieden. De overheid draagt een bijzondere verantwoordelijkheid voor haar militairen. Er is onderzoek gedaan op welke wijze de overheid deze bijzondere verantwoordelijkheid is nagekomen in de periode 1945-2015. De nakoming van de zorgplicht door de overheid is voor een zestal missies beschreven: Nederlands-Indië, Korea, Libanon, Srebrenica, Irak en Uruzgan. In het proefschrift zijn de bevindingen van het onderzoek na te

lezen. Het proefschrift is nog niet volledig te downloaden vanwege een embargo tot 27 juli 2023, maar een deel is al wel te lezen via [internet](#).

## Effect van PTSS-hulphonden



Veteranen kunnen een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen na stressvolle of traumatische gebeurtenissen. Emmy van Houtert onderzocht de invloed van hulphonden op de symptomen van PTSS. Ook bekeek ze het effect van het assistentiewerk op de honden zelf. Emmy van Houtert is 26 april jl. aan de Universiteit van Utrecht gepromoveerd op haar onderzoek. Samengevat verandert de toewijzing van een hulphond het leven van veteranen met PTSS ten goede. De hulphond geeft een beter welbevinden bij de veteraan en lijkt zelf geen stress te ondervinden van het werk. Verder onderzoek naar de

inzet van hulphonden is belangrijk om het begrip voor de inzet van dieren bij veteranen met PTSS binnen de reguliere psychosociale hulpverlening te verbeteren en ervoor te zorgen dat deze therapievorm toegankelijker wordt voor veteranen. Het proefschrift is te downloaden via [internet](#).

## COVID-19

### Verhuizing PCR-testlocatie Defensie naar KVOK Hilversum per 7 juni!

De PCR-testlocatie op het Walaardt Sacré Kamp (WSK) te Huis Ter Heide is op 7 juni verhuisd naar de Korporaal van Oudheusden Kazerne (KVOK) te Hilversum. Klik op deze [link](#) voor het maken van een afspraak en voor meer informatie.

## Handreikingen over werken met langdurige coronaklachten

Het Centrum Werk Gezondheid en C-Support hebben praktische handreikingen opgesteld over werken met langdurige coronaklachten. De handreikingen zijn bedoeld voor werkgevers, werknemers en zelfstandig werkenden en via [internet](#) te downloaden.

## Reorganisatie

### BV Reorganisatie staf Defensie Gezondheidszorg Organisatie

Medio april is het [beleidsvoornemen](#) reorganisatie staf Defensie Gezondheidszorg Organisatie vastgesteld. Het doel van de reorganisatie van de staf is het verwerken van de evaluatie van staf DGO en de uitbreiding van de staf met functies als gevolg van de Doorontwikkeling Krijgsmacht (DOKM) en de toekenning van functies vanuit de personeelsagenda t.b.v. Duurzaam Gezond Inzetbaar en het veilig gebruik van medische technologie. Verder zal de afdeling Zorginformatie en Declaratie Expertise van het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) overgebracht worden naar staf DGO en worden een aantal taken en de daarbij behorende capaciteit van de Sectie IV van het Centraal Militair Hospitaal geïntegreerd in staf DGO.

### BV IDR Doorontwikkeling Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen

Eind maart is het [beleidsvoornemen](#) doorontwikkeling Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) vastgesteld. Het doel van deze doorontwikkeling is het aanpassen van het IDR op de nieuwe gecontracteerde relatieziekenhuizen (zowel qua formatie als het verplaatsen van beroepsmilitairen tussen ziekenhuizen), het implementeren van het tweechirurgenconcept en het versterken van de bedrijfsvoering van het IDR.

## Parlementaria

### Rapport Inspectie Veiligheid Defensie: Risico's van grensverleggende activiteiten

De Inspectie Veiligheid Defensie (IVD) heeft onderzoek gedaan naar het overlijden van een militair tijdens civiel parachutespringen bij het vliegveld Teuge op 23 juli 2019. De IVD heeft onderzoek verricht naar de directe en achterliggende oorzaken van het ongeval. Het rapport van de IVD is aangeboden aan de Tweede Kamer en te downloaden via [intranet](#).

### Antwoord op vragen over burn pits

Begin april zijn door het kamerlid Van Dijk vragen gesteld over burn pits. De beantwoording van deze Kamervragen is na te lezen via [intranet](#). Voor een overzicht van medisch gerelateerde Kamervragen/ Kamerbrieven kijk op de DGO-intranetsite onder de tegel Zorgprofessional -> Publicaties -> Aanwijzingen, instructies enz. -> [Kamerstukken medisch gerelateerd](#).

## Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift (NMGT)

Het meinumnummer van het NMGT is uit, met hierin o.a. een bericht over de koninklijke onderscheiding voor kapitein ter zee-arts b.d. Maarten Hoejenbos, voormalig lid van de redactie en vanaf 2003 tot aan zijn leeftijdsontslag militairen in 2005 hoofdredacteur van het NMGT en een artikel over het 75-jarig bestaan van het NMGT in december dit jaar.

Kijk voor een overzicht van alle verschenen nummers van het NMGT op [intranet](#).

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

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

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#).

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema: tel: 088-9568102/06-83215163 of per e-mail: [p.burema@mindef.nl](mailto:p.burema@mindef.nl).



# #REN TEGEN KANKER

Waar ren jij mee? Ga naar [rentegenkanker.nl](https://rentegenkanker.nl)



# Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 6 en 7, juni en juli 2022

## Instructies

### I-MGA/013 Medisch wetenschappelijk onderzoek binnen Defensie

De Instructie [MGA/013](#) Medisch-wetenschappelijk onderzoek binnen Defensie is geactualiseerd. Ten opzichte van de vorige versie (d.d. 6 februari 2020) is de instructie mede op basis van gebruikerservaringen en evaluatiegesprekken met onderzoekers vooral gebruiksvriendelijker gemaakt. Daarnaast zijn enkele omissies, onder andere door veranderende wetgeving, verholpen.

Het initiële aanmeldformulier is beknopter gemaakt om laagdrempelig te zijn voor onderzoekers. Op basis van een eerste appreciatie door de afdeling Strategische Militaire Gezondheidszorg (SMG) kan aanvullende informatie worden gevraagd over bijvoorbeeld de medisch-ethische toetsingscommissie (METC)-toetsing of de algemene verordening gegevensbescherming (AVG)-melding, alvorens (voorlopige) toestemming door de Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA) kan worden gegeven. Waar nodig kan SMG ondersteunen bij het opzetten van het onderzoek, bijvoorbeeld door de onderzoeker in contact te brengen met specialisten op het gebied van de AVG, inkoop of financiën, of het verstrekken van formats voor veelgebruikte documenten. Hiermee beoogt de MGA waar mogelijk administratieve werklast te verlagen bij de onderzoeker. SMG is via bijgevoegd e-mailadres te bereiken: [DGO.Mil.Gzhz@mindef.nl](mailto:DGO.Mil.Gzhz@mindef.nl)

### Directoraat Generaal Beleid/Directie Veiligheid (DGB/DV) Aanwijzing 004 vastgesteld - HMA/008, HMA/009 en HMA/020 ingetrokken

De toepassing van (militaire) lasers neemt steeds meer toe binnen Defensie. Bovendien worden de lasers steeds sterker. Om randvoorwaarden te creëren zodat iedereen er veilig mee kan werken is er een nieuwe aanwijzing van kracht 'Risicobeheersing Laser: inclusief overige Kunstmatige Optische Straling' ([DGB/DV Aanwijzing 004](#)). Met de vaststelling van deze nieuwe regelgeving zijn de onderstaande verouderde aanwijzingen van de toenmalige Hoogste Medische Autoriteit (HMA) niet meer van toegevoegde waarde en zijn daarmee [ingetrokken](#):

- HMA/008: Blootstellingsnormen laserstraling Defensie
- HMA/009: Registratie van laserwerkers en medische begeleiding van personen betrokken bij laserincidenten
- HMA/020: Richtlijn laserstraling Defensie

## Operationele gezondheidszorg

### United Nations Field Medical Assistant Course



Onder leiding van de Division of Healthcare Management and Occupational Safety and Health (DHMOSH) en de Division of Special Activities (DSA) van de Verenigde Naties (VN) heeft van 8-18 juni 2022 een 'Train the Trainer' (ToT) voor Head Trainer Candidates voor de United Nations Field Medical Assistant Course (UNFMAC) op het Regional Service Centre Entebbe (RSCE, Oeganda) plaatsgevonden. De FMAC is een VN-equivalent van de Nederlandse opleiding tot gewondenhelper en gebaseerd op het Amerikaanse TCCC-principe. De FMAC zelf vond plaats van 13-17 juni 2022 met 21 trainees uit 10 verschillende landen. Sommigen trainees zijn voor deze cursus uit al lopende VN-missies in Afrika gehaald. De

zeven kandidaat Head Trainers zijn geselecteerd uit alle uithoeken van de wereld. Namens Nederland heeft majoor Didacus Beeloo (DGO/Operationele Militaire Gezondheidszorg) deelgenomen. Eerder dit jaar vond een papieren preselectie plaats waaruit 26 kandidaten zijn geselecteerd voor een 4-daagse webinar/selectie.



Uit deze onlineselectie zijn zeven personen gevraagd als kandidaat head trainer deel te nemen.

In de 5-daagse cursus werden de 21 trainees door het bekende **MARCH PAWS**-protocol geleid en moesten zij aan het einde van de cursus 3 examens afleggen: een schriftelijk examen, een scenario assessment en een skills examen. De kandidaat head trainers waren verantwoordelijk voor de gehele opzet, het geven van de lectures, uitvoering van de skills station, begeleiding scenario's, coaching en evaluatie van de cursus. Tevens werden zij door het samengestelde VN-team als head trainer van de VN FMAC beoordeeld. De kandidaat

head trainers hebben allen hun beoordeling positief afgesloten en mogen zich nu Master Trainer UNFMAC noemen. Didacus: "Een fantastisch ervaring binnen een multinationale samenwerking. Ik ben heel blij dat ik namens Nederland op deze wijze een bijdrage heb mogen leveren aan het verbeteren van de medische zorg binnen de VN-vredesmissies." Benieuwd naar de opleiding, bekijk de filmpjes op [LinkedIn](#) of [Twitter](#).

### **Nieuwsbrief Kenniscentrum DGOTC (KC DGOTC)**

De nieuwsbrief van het Kenniscentrum Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (KC DGOTC) [nr. 1/2022](#) vestigt de aandacht op twee nieuwe vastgestelde publicaties en geeft daarbij een korte toelichting. Het gaat om:

- Het Handboek *Military Health Care (MHC) 8-1/0* Operationeel Gezondheidszorgsysteem;
- *Staff Officers Handbook (SOHB) part D Terminology and Symbology*.

Naast de hierboven genoemde vastgestelde handboeken wordt er momenteel door het KC met een schrijfteam onder andere gewerkt aan een volgend deel, het Handboek MHC 8-1/1 Operationeel Gezondheidszorgsysteem Landoperaties dat gepland staat om in het vierde kwartaal van 2022 te worden vastgesteld en gepubliceerd.

### **Hoe voorkomt u oververhitting?**

Tijdens de militaire opleiding en operationele inzet kan de fysieke en mentale belasting erg hoog zijn. Het uiterste vragen van iemand betekent balanceren op het randje en er soms ook overheen gaan. Het risico op oververhitting of zelfs inspanningsgebonden hitteziekte ligt dan op de loer. Het **TGTF-programma 'Hitte, Koude, Hoogte'** beschrijft in [dit artikel](#) verscheidene hulpmiddelen om dit te voorkomen, herkennen en behandelen.

### **Kwaliteitsmanagementsysteem**

**KMS van het Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf voortaan te vinden op de nieuwe SharePoint-site**  
Vanaf 23 juni is het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) van het Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf (EGB) te vinden op de nieuwe [SharePoint-site](#). Met deze nieuwe site heeft het EGB een geautomatiseerd digitaal systeem gecreëerd waarin alle KMS-documenten zijn gepubliceerd en beheerd kunnen worden. Hiermee is invulling gegeven aan een lang gekoesterde wens van het EGB. Lees alles over deze nieuwe site in de speciale editie van de [EGB-brief](#).

### **Waar vind ik wat op het nieuwe intranet!**

#### **Reorganisatiedocumenten militaire gezondheidszorg**

Met enige regelmaat komen er vragen binnen van mensen die op zoek zijn naar de reorganisatiedocumenten van de militaire gezondheidszorg. Alle beleidsvoornemens (BV), Voorlopige Reorganisatie Plannen (VRP) enz. van Staf DGO en de bedrijven zijn via verschillende opties te vinden op de nieuwe [DGO-site](#):

1. Via de Tegel Commandant -> tegel Reorganisatiedocumenten DGO
2. Via het Alfabetisch register (blauwe tegel bovenaan de pagina) bij de R -> Reorganisatiedocumenten
3. Via de Tegel Zorgprofessional -> Publicaties -> Reorganisatiedocumenten DGO

### **Personele mededelingen**

#### **Commando-overdrachten**

Eind mei heeft luitenant-kolonel Age-Jan Schrijer het commando van de eenheid 11 Geneeskundige Compagnie overgedragen aan luitenant-kolonel Sander Hendrickx.

Op 17 juni heeft kolonel Rik Bergman het commando over de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) overgedragen aan kapitein ter zee-arts Norbert van der Struijs.

Kapitein ter zee-arts Jelle Bos heeft het commando over het Centraal Militair Hospitaal (CMH) op 23 juni overgedragen aan kolonel Rik Bergman.

Op 30 juni heeft commandeur-arts Remco Blom het commando over de Defensie Gezondheidszorg Organisatie overdragen aan – de op 24 juni tot commandeur arts bevorderde – Jelle Bos.

## Loopbaanmogelijkheden

### AMA-magazine

Vanaf komende maand kom je het AMA-magazine op diverse plekken binnen Defensie tegen. Dit is een eenmalig blad over de loopbaanmogelijkheden van de algemeen militair arts binnen Defensie. Het bevat interviews met Algemeen Militair Artsen (AMA's) en per commando staan de loopbaanmogelijkheden op een rij. Interessant voor wie aan het begin staat van zijn//haar carrière als militair arts. De digitale versie is op [intranet](#) te downloaden. Heb je vragen over het blad, neem dan contact op met senior communicatieadviseur Naoual Kharbouch via [N.kharbouch@mindef.nl](mailto:N.kharbouch@mindef.nl).

## Wet- en regelgeving

### Gedragscode KNMG vernieuwd

De gedragscode van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG-Gedragscode) is vernieuwd. Het is een relevant document voor zowel artsen in spe/student geneeskunde, de startende arts als ook de ervaren artsen. De gedragscode biedt in 15 regels een leidraad voor professioneel gedrag en handelen en geeft aan waar de ruimte zit in lastige situaties. De regels in de gedragscode zijn van toepassing op alle werkzaamheden op het terrein van de individuele en collectieve zorg. Maar ook van cure, care tot en met preventie. De gedragscode is niet alleen voor artsen maar ook door artsen geactualiseerd. Een multidisciplinaire, federatieve werkgroep heeft ondersteuning geboden bij de opzet van de nieuwe leidraad van 15 regels d.m.v. focusgroepen, internetconsultatie en artsenpanels. De nieuwe gedragscode is daarmee actueel en sluit volledig aan bij de huidige artsenpraktijk, actuele wetgeving, richtlijnen en inzichten. De nieuwe code vervangt de KNMG-gedragsregels voor artsen uit 2013, die uit 67 regels bestond en is daarmee veel handzamer. Bekijk de KNMG-Gedragscode op [internet](#).

## Algemeen

### Financiële problemen

Ook binnen de militaire gezondheidszorg kunnen zorgverleners worden geconfronteerd met defensiepersoneel met financiële problemen. Vanuit de Divisie Personeel & Organisatie Defensie (DPOD) start een communicatiecampagne om meer bekendheid te geven aan het bestaan van de instanties binnen Defensie waar hulp en begeleiding kan worden gegeven. In tegenstelling tot bij gemeentes is deze begeleiding gratis en de eventueel noodzakelijke lening renteloos. Militairen kunnen worden doorverwezen naar de Dienst Bedrijfsmaatschappelijk Werk (DBMW) en Burgerpersoneel naar de Stichting Burgerpersoneelsfonds (SBF). Op [Startpagina P&O](#) staat meer informatie voor personeel en zorgverleners, inclusief een [poster](#) en [flyer](#) met informatie.

### Vaandelopschrift voor het Regiment Geneeskundige Troepen

Tijdens een besloten ceremonie voorafgaand aan de jaarlijkse Nederlandse Veteranendag heeft de Koning op de Hofvijver aan de vaandels van 18 eenheden een 'cravate' bevestigd. Deze is bedoeld als onderscheiding voor de militaire acties in Afghanistan. De laatste keer dat een dergelijke onderscheiding werd uitgereikt was op 17 november 1913. Vroeger vormden de vaandels een oriëntatiepunt te midden van de chaos op het slagveld. Een aanduiding waar de eigen eenheid zich bevond. Deze functie hebben ze al heel lang niet meer. Toch zijn de vaandels en standaarden nog altijd van grote betekenis. Ze vormen een verbinding met ons rijke militaire verleden en met het Koningshuis en zijn een symbolisch oriëntatiepunt voor datgene waar onze militaire toe in staat zijn geweest. Twee eenheden kregen voor het eerst een vaandelopschrift. Dat zijn het Regiment Technische Troepen en het Regiment Geneeskundige Troepen. Adjudant Bas van Esdonk van de Geneeskundige Troepen werd twee keer als Algemeen Militair Verpleegkundige uitgezonden naar Afghanistan. Hij ziet het vaandelopschrift als erkenning voor die momenten dat het erop aan kwam wanneer ze gewonden moesten stabiliseren, vaak met gevaar voor eigen leven. Hij zegt hier het volgende over:



“Dankzij het onderlinge vertrouwen en de professionaliteit binnen de eenheid, wisten we het beste uit onszelf te halen. Ik ben super trots dat we hiermee het verschil hebben kunnen maken.”

## CBRN

### CBRN Bulletin 2022-1

Het Defensie Expertise Centrum CBRN heeft het CBRN Bulletin geactualiseerd en vastgesteld. Het doel van dit bulletin is om u op de hoogte te brengen van de ontwikkelingen op het CBRN-vakgebied en hoe onze defensieorganisatie met deze ontwikkelingen omgaat. Het CBRN Bulletin geeft de wijzigingen door op het gebied van doctrine, geeft een update over het CBRN-beleidskader, dat momenteel herschreven wordt en geeft de laatste stand van zaken met betrekking tot kennisopbouw- en deling. Ook worden in het bulletin een aantal materieelprojecten beschreven die in een concrete fase van aanschaf zitten. Onderwerpen die in eerdere CBRN Bulletins zijn vermeld en nog steeds relevant zijn, zijn weer opgenomen in dit bulletin. Onderwerpen die in voorgaande bulletins stonden en niet meer zijn opgenomen in dit bulletin, zijn al opgenomen in doctrines, boekwerken en procedures. Het CBRN Bulletin 2022-1 is te downloaden via het [publicatieportaal](#).

## Wetenschappelijk onderzoek

### Onderzoek naar de effectiviteit van Extracorporeal Shockwave Therapy (ESWT)

Achillespeestendinopathie is een aandoening die gepaard gaat met lokale en belastingsafhankelijke pijn van de achillespees. De klacht kan worden onderverdeeld in mid-portion achillespeestendinopathie, en insertionele achillespeestendinopathie. De huidige state-of-the-artbehandeling bestaat uit een progressief krachtprogramma voor de kuitspieren. Shockwavebehandeling (ESWT) wordt echter ook frequent toegepast. De auteurs (waaronder Marc Paantjens en Pieter Helmhout van de afdeling Trainingsgeneeskunde & Trainingsfysiologie [TGTF]) hebben een systematische review en meta-analyse van gerandomiseerde klinische trials uitgevoerd, om de effectiviteit van ESWT te bepalen.

De resultaten geven aan dat:

- Het toevoegen van ESWT aan een kuitspieroefenprogramma bij mid-portion achillespeestendinopathie resulteert in een toename van de effectiviteit, geobjectiveerd met de Victorian Institute of Sports Assessment – Achilles (VISA-A) vragenlijst.
- ESWT ineffectief lijkt voor het behandelen van de insertionele achillespeestendinopathie.

Het artikel is full-tekst beschikbaar via [internet](#) of via de site van [TGTF](#).

### Civiel-militaire samenwerking in de bestrijding van uitbraken van infectieziekten

Recent heeft COVID-19 de civiel-militaire samenwerking weer zichtbaar gemaakt. Om deze vorm van samenwerking beter te kunnen begrijpen en verbeteren geeft het artikel ‘Civil-military cooperation in the management of infectious disease outbreaks: a scoping review’ een overzicht van bestaande (peer-reviewed) literatuur met betrekking tot civiel-militaire samenwerking in de bestrijding van uitbraken van infectieziekten. Voor het effectief ‘managen’ van een uitbraak zijn meerdere fases van belang (prevention-preparedness-readiness-response-recovery). Deze fases vormen samen de Emergency Management Cycle (EMC). De EMC dient als kapstok om de gevonden literatuur in te delen. Ook worden er vijf terugkerende thema’s rond civiel-militaire samenwerking verder uitgewerkt.

Een van de auteurs van dit artikel is luitenant-kolonel-vliegerarts Jacobine Janse. Zij doet momenteel promotieonderzoek naar dit onderwerp. Het artikel is te downloaden via [internet](#).

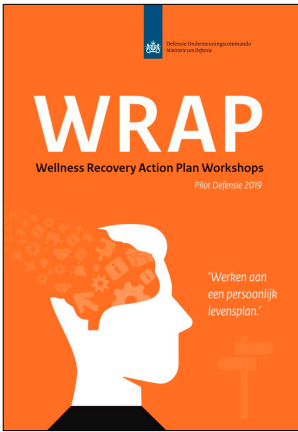
## Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

### Netwerkbijeenkomst mentale kracht

Donderdag 2 juni heeft er weer een netwerkbijeenkomst mentale kracht plaatsgevonden. Het was een informatieve en interactieve vergadering en het was goed om elkaar na lange tijd weer fysiek te kunnen ontmoeten. Onder andere Marieke van Hoffen, bedrijfsarts bij HumanCapitalCare B.V., heeft een presentatie gegeven ‘Stress en ziekteverzuim: voorspellende factoren en oorzakelijke mechanismen van verzuim door psychische klachten’. En Eva de Krijger, PhD-student bij de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, heeft de eerste resultaten van haar promotieonderzoek gepresenteerd naar emotional awareness bij militairen. Heeft u interesse in de presentaties? Neem dan contact op met Rebecca Bogaers, kernexpert mentale kracht:

[RI.Bogaers@mindef.nl](mailto:RI.Bogaers@mindef.nl)

## Wellness Recovery Action Plan (WRAP): nieuwe sessies in het najaar



“WRAP heeft mij geholpen voor mezelf op te komen.”

“Door WRAP heb ik nu een toolbox waarmee ik triggers onderken, inzicht heb in de oorzaak van die triggers en hoe ik die in de toekomst kan voorkomen.”

“Ik ben erg blij met WRAP, ik ben van klacht naar kracht gegaan!”

WRAP staat voor Wellness Recovery Action Plan en is een instrument voor zelf-onderzoek, een toevoeging aan alles wat je al weet van jezelf en wat er voor jou werkt. Het is een praktische workshopreeks waarin je een persoonlijk plan maakt om aan jouw welbevinden te werken. Tijdens het invullen van jouw ‘levensplan’ kom je erachter wat eraan bijdraagt dat jij jezelf goed voelt. Stap voor stap pas je acties in je dagelijks leven toe die bij jou goed werken. En als deelnemer leer je ook van elkaar: ervaringen van anderen kunnen steunend en inspirerend zijn. Er zijn nog diverse plaatsen voor nieuwe sessies in het najaar. Kijk voor de

beschikbare data en meer informatie op de SharePointpagina van DGI: [Workshopreeks WRAP \(mindef.nl\)](#).

## DOSCO-serie ‘Onze vakmensen’

### Keuringen en preventief medisch onderzoek

Nicolette is als arbo-assistente werkzaam bij het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG). De afdeling waar zij werkt is verantwoordelijk voor de keuringen en het preventief medisch onderzoek bij militair- en burgerpersoneel. De keuringen zijn voor veel collega's een onderdeel om een opleiding te mogen doen of om te blijven werken in hun huidige functie. Bij het preventief medisch onderzoek wordt gekeken hoe het gaat met iemands gezondheid. Nicolette verwacht dat ze in de toekomst minder administratieve handelingen hoeft uit te voeren omdat deze taken meer en meer geautomatiseerd worden. Hierdoor kunnen zij en haar collega's zich meer richten op het helpen van mensen en het begeleiden bij het ziekteverzuim onder burgerpersoneel. Lees het hele interview met Nicolette via [intranet](#).

### Arboverpleegkunde

Arboverpleegkundige Rob houdt zich in zijn werk bezig met het optimaliseren van de arbeidsomstandigheden van de defensiemedewerkers. Voor zijn werk komt hij ook op bijzondere plekken zoals op een onderzeeboot of in een boxer. Door het doen van werkplekonderzoeken wil hij voorkomen dat medewerkers fysieke klachten krijgen. Een gezonde en veilige werkplek is de basis voor gemotiveerde werknemers. Rob is werkzaam bij het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG). Het hele interview met Rob is via [intranet](#) te lezen.

Voor een overzicht van alle dit jaar geïnterviewde vakmensen kijk onder ‘Uitgelicht’ op de DGO-homepage.

## Bedrijven DGO

### EGB richt vakgroep POH op

Tijdens de eerste Praktijkondersteuner Huisarts (POH) dag van dit jaar, heeft het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB) officieel de vakgroep POH opgericht. Hiermee hebben de vijftien POH's die het EGB rijk is, hun definitieve plek in de organisatie verder bestendigd. Met behulp van de vakgroep zullen zij nog meer in staat zijn zich als beroepsgroep te vertegenwoordigen en een stem te laten horen binnen het EGB. Verdere professionalisering en innovatie van het POH-vak wordt hiermee makkelijker en is op deze wijze geborgd. De vakgroep bestaat voornamelijk uit vier POH's, in wisselende samenstelling, aangevuld met de kaderhuisarts hart- en vaatziekten en Digitaal Advies Consult (DICO) Zorgondersteuning. Hiermee heeft de vakgroep een vaste ingang bij staf van het EGB.

### De stagiair op missie

In de DOSCO-socialmediaserie nemen twee DOSCO-communicatiestagiaires, Jimme en Kylian, de kijkers mee langs alle onderdelen van DOSCO. Eind mei is er in het Centraal Militair Hospitaal gefilmd voor deze serie. Het filmpje hiervan is via [intranet](#) te bekijken. De eerder gemaakte filmpjes bij andere DOSCO/DGO-bedrijven zijn te bekijken via [intranet](#) of via de Facebookpagina van DOSCO op [internet](#).

## Opening gezondheidscentrum Den Helder

Woensdag 29 juni jl. is het nieuwe gezondheidscentrum in Den Helder geopend. De eerste paal van

de nieuwbouw werd op 24 maart 2021 geslagen door de toenmalige staatssecretaris van Defensie, mw. Barbara Visser. In Den Helder is nu het grootste centrum gebouwd, waar het Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf (EGB), de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) en het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) gezamenlijk de patiënten zien.

## Parlementaria

### Veteranennota 2021-2022

De [Veteranennota](#) geeft een weergave van de werkzaamheden en behaalde resultaten in het afgelopen jaar op het gebied van het veteranenbeleid. In hoofdstuk 2 t/m 4 worden kort enkele feiten en cijfers beschreven en wordt een overzicht gegeven van organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van het veteranenbeleid. Hoofdstuk 5 geeft in een tijdlijn belangrijke ontwikkelingen weer op het gebied van zorg, erkenning en waardering. Hoofdstuk 6 t/m 12 beschrijven de thema's genoemd in de Veteranenwet en het Veteranenbesluit. Hoofdstuk 13 tot slot geeft een overzicht van activiteiten die de komende periode worden uitgevoerd.

### Afschrift van reactie aan de Veteranenombudsman over noodopvang voor veteranen

In maart van dit jaar heeft de Veteranenombudsman een rapport over de noodopvang voor veteranen aangeboden aan de minister van Defensie. De [reactie](#) op de aanbevelingen in dit rapport is 23 mei aan de Veteranenombudsman en de Kamer aangeboden

### Personeelsrapportage Defensie 2021

In de [personeelsrapportage](#) Defensie over 2021 wordt teruggekeken op de personele ontwikkelingen onder het vorige kabinet (Rutte III). Daarnaast kijkt de staatssecretaris van Defensie in de aanbiedingsbrief bij deze rapportage vooruitlopend op de Defensienota vooruit hoe Defensie de komende jaren meer mensen aan zich wil binden. De personeelsrapportage Defensie is opgebouwd uit de volgende hoofdstukken:

1. Personele samenstelling, werkbeleving en kerncijfers
2. Werving, instroom en uitstroom
3. HR-transitie
4. Samenwerken en wendbaarheid
5. Diversiteit en inclusiviteit

### Inzetbaarheidsrapportage 2021

De Kamer wordt tweemaal per jaar, bij de begroting en het jaarverslag, geïnformeerd over de operationele gereedheid, inzetbaarheid en inzet van de krijgsmacht. De inzetbaarheidsrapportage bestaat uit een [openbare brief](#) en een vertrouwelijke bijlage.

### IVD-jaarverslag 2021

De Inspectie Veiligheid Defensie heeft in 2021 stappen gezet in de doorontwikkeling van de organisatie en het toezicht. De in 2021 gepubliceerde rapporten bevatten concrete aanbevelingen waar de defensieorganisatie mee aan de slag kan en die zo bijdragen aan de verbetering van de veiligheid. Een van de onderzoeken die in 2021 zijn uitgevoerd betreft het onderzoek naar een bliksemingslag op oefenterrein Ossendrecht op 19 juni 2019. Een ander onderzoek betreft het luchtvaartongeval NH-90 Aruba op 19 juli 2020. Het jaarverslag is [hier](#) na te lezen.

### Defensienota incl. beslisnota (Defensienota 2022: Sterker Nederland, veiliger Europa)

De Defensienota is leidend voor de inrichting, samenstelling en de toerusting van de krijgsmacht en schetst een samenhangend beeld van de investeringen die dit kabinet in Defensie doet. In de [aanbiedingsbrief](#) bij de Defensienota aan de Tweede Kamer worden de beleidskeuzes toegelicht.

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

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

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#).

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema: tel: 088-9568102/06-83215163 of per e-mail: [p.burema@mindef.nl](mailto:p.burema@mindef.nl).





# WENKEN VOOR INZENDERS VAN KOPIJ

## 1. ALGEMEEN

### a. Wijze van inzenden

Zend uw kopij met alle bijlagen naar het e-mailadres van dit tijdschrift, [nmg@mindef.nl](mailto:nmg@mindef.nl)

### b. Adressering

Vermeld bij inzending van de kopij - indien het artikel meer dan één auteur telt - welke daarvan als correspondent optreedt. Vermeld diens naam, rang of titel, militair registratienummer of geboortedatum (dag, maand, jaar), huis- en e-mailadres.

### c. Uitvoering

Bied uw tekst in MS Word aan in platte tekst. Geef in de tekst de plaats aan van de afbeeldingen, tabellen en grafieken. Voeg de afbeeldingen separaat bij (zie 3.b.).

### d. Talen

Aanbieding van Nederlandse tekst heeft de voorkeur. Auteurs kunnen hun bijdrage desgewenst ook in de Engelse taal aanbieden; het artikel wordt dan in deze taal afgedrukt.

### e. Voortgang bewerking aangeboden kopij

Nadat de ontvangst van de kopij is bevestigd, wordt de tekst in eerste instantie door de bureauredactie gecorrigeerd en geredigeerd en ter goedkeuring aan de auteur teruggestuurd. Na retourontvangst wordt de kopij vervolgens ter beoordeling voorgelegd aan de redactieleden.

De redactieleden beoordelen de kopij en brengen eventueel noodzakelijk geachte correcties aan en vatten hun mening samen op een redactieformulier. Hun bevindingen en publicatieadvies kunnen na ongeveer drie weken worden terugverwacht bij de bureauredactie. Vervolgens wordt de auteur in de gelegenheid gesteld om de kopij waar nodig op het commentaar van de redactieleden aan te passen. Wanneer grote aanpassingen nodig zijn, zal de kopij nogmaals voor een herbeoordeling naar de redactieleden worden gestuurd. Indien de kopij wordt geaccepteerd, krijgt de auteur bericht in welke aflevering deze in principe wordt gepubliceerd.

Nadat met publicatie is ingestemd, wordt de kopij in NMGT-stijl opgemaakt en wordt een proef ter correctie aan de auteur gestuurd. Tot slot ontvangt de auteur de definitieve drukproef. Behoudens zelffouten kan deze drukproef niet meer worden aangepast.

### f. Auteursrecht

Door het inzenden van kopij draagt de auteur zijn auteursrechten onvoorwaardelijk over aan de Staat der Nederlanden.

### g. Overleg

Voor alle vragen kunt u zich wenden tot de secretaris of eindredacteur. Lees vooral de aanwijzingen in de ontvangstbevestiging welke u ontvangt na het aanbieden van een artikel.

## 2. TEKST

### a. Titel

Kies een korte pakkende titel. Plaats daaronder naam en academische titel van de auteur(s), gevolgd door rang. Functies, namen van instituten, afdelingshoofden of medewerkers worden in een voetnoot opgenomen.

### b. Inhoud

Numer de bladzijden van uw kopij. Verdeel uw tekst in hoofdstukken, paragrafen en eventueel subparagrafen. Deze worden **niet** genummerd, maar moeten wel worden voorzien van een kopje (respectievelijk KOP 1, **kop 2**, kop 3). Gebruik zo weinig mogelijk afkortingen en dan alleen die welke

in het Nederlandse spraakgebruik gangbaar zijn. Indien wetenschappelijke of militaire afkortingen worden gebruikt dienen deze de eerste maal te worden voorafgegaan door de volledige omschrijving.

### c. Literatuuropgave

Het NMGT past het internationaal overeengekomen "Vancouverstelsel" toe. In de literatuurlijst mogen slechts bronnen worden vermeld waarnaar in de tekst wordt verwezen. De geciteerde bronnen worden met *cijfers* boven de regel (sup) aangeduid in de volgorde waarin zij in het artikel voorkomen. *Voorbeeld:* "Mistinguet<sup>7</sup> vermeldt een aspect van het fenomeen...". Rangschik uw literatuuropgave per geciteerde bron aldus: naam gevolgd door voorletter(s) van de auteur(s) (na elke voorletter een punt), titel van de publicatie, naam van het tijdschrift (bij boeken naam en plaatsnaam uitgever), jaartal, jaargang (c.q. volume), bladzijden. *Voorbeeld:* Goldman R.F., Tampietro P.F.: The energy cost of load carriage. J Appl Physiol 1962 (17) 675-678.

Voorzetsels in een persoonsnaam worden geplaatst vóór de eigenaam. *Voorbeeld:* Van Bommel P.C., De Groot A.

### d. Noten en verwijzingen

Beperk u in het gebruik hiervan. De noten worden per artikel en niet per pagina aangeduid met *letters* boven de regel (sup), in de volgorde waarin zij in het artikel voorkomen. *Voorbeeld:* "Dit deel van het artikel<sup>a</sup> beschrijft...". Plaats alle noten op een afzonderlijke bladzijde.

### e. Samenvatting

Begin uw artikel met een duidelijke, bondige samenvatting.

### f. "Summary"

Voeg bij uw artikel een vertaling van de titel en van de samenvatting in het Engels. Indien een artikel in het Engels is geschreven, voeg dan een Nederlandse titel en samenvatting bij.

## 3. ILLUSTRATIES

### a. Algemeen

Voeg alle illustraties los bij. Plaats deze niet tussen de tekst. Geef in uw tekst aan waar de illustraties behoren te worden opgenomen.

### b. Foto's

Gedigitaliseerde foto's hebben de voorkeur boven originele afdrukken van foto's. Lever digitale afbeeldingen aan in JPEG-formaat en 300 ppi (pixels per inch). Een te lage resolutie voor een af te drukken afbeelding resulteert in *pixelisatie*, grote pixels die een grof uitzijnde uitvoer produceren.

### c. Tabellen en grafieken

Produceer tabellen en grafieken bij voorkeur in MS Word.

### d. Onderschriften

Vermeld de onderschrijft op een afzonderlijke bladzijde of aan het einde van het artikel, in volgorde van nummering. Vermeld tevens de bron/fotograaf.

### e. Auteursfoto

In het algemeen worden geen auteursfoto's geplaatst. In bijzondere gevallen kan, na overleg, een foto van de auteur(s) met een zeer beknopt curriculum vitae worden bijgevoegd. Plaatsing blijft ook dan afhankelijk van o.a. plaatsruimte.

## 4. RUBRIEKEN

### a. Oorspronkelijke artikelen

Onder deze rubriek vallen de meeste artikelen. De hiervoor geplaatste aanwijzingen zijn hier op van toepassing.

### b. Casuïstieke mededelingen

Onder deze rubriek worden korte artikelen geplaatst waarin een bepaalde casus wordt besproken. Opmaken zoals voor een oorspronkelijk artikel.

### c. Referaten

Hieronder verstaan wij becommentarieerde uittreksels uit de vakliteratuur. Na de titel dient een duidelijke bronvermelding te worden opgenomen inhoudende de oorspronkelijke titel (in de originele taal), naam schrijver, naam tijdschrift of boek, en jaartal van publicatie.

### d. Boekbesprekingen

Een bespreking mag normaliter niet langer zijn dan één pagina A4. De bespreking wordt voorafgegaan door een volledige titelbeschrijving, bevattende titel, auteur, uitgever, plaats, jaar, omvang boek, prijs en ISBN-nummer. Ook een afbeelding van de voorzijde van het boek moet worden meegestuurd (zie 3.b.).

### e. Ingezonden mededelingen

In deze rubriek kunnen aankondigingen van evenementen, die voor de lezers van het tijdschrift van belang kunnen zijn, worden opgenomen. De mededeling mag ten hoogste één bladzijde beslaan. De redactie behoudt het recht de mededeling in te korten of al dan niet te plaatsen. Houd rekening met de datum van verschijnen van het tijdschrift. De redactie stelt zich niet aansprakelijk voor te late verschijning van het tijdschrift in relatie tot een aangekondigde datum.

## 5. HONORARIUM

### a. Bedrag

Voor oorspronkelijke artikelen welke niet reeds elders zijn gepubliceerd of voorgedragen € 34,- per gedrukte bladzijde, illustraties inbegrepen.

Voor scripties, voordrachten, artikelen die reeds elders zijn gepubliceerd (mits schriftelijke toestemming van de betrokken redactie wordt overlegd), referaten, studies in dienstverband gemaakt e.d. € 34,- per gedrukte bladzijde, illustraties inbegrepen.

Voor recensies van boekwerken: medewerkers die van de redactie een boek ter recensie ontvangen, mogen het gerecenseerde werk in eigendom behouden, dan wel zij retourneren het boek en ontvangen het hierboven vermelde honorarium.

Voor het opnemen van een ingezonden mededeling wordt geen betaling verlangd, noch een honorarium toegekend.

### b. Uitbetaling

De secretaris van de redactie vraagt van de auteur een aantal gegevens d.m.v. een in te vullen "declaratieformulier". De uitbetaling geschiedt door overboeking op een bankrekening enkele weken na publicatie van het artikel, zonder nadere schriftelijke aankondiging. Voor vragen kan men zich tot de secretaris van de redactie wenden.

## SUMMARY

### NOTICES TO AUTHORS

The above contains information how the papers and letters, intended for publication in the Netherlands Military Medical Review, should be submitted to the editor. For prospective submitters of papers and letters these notices are available in the English language.

**NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT**  
**MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE**

