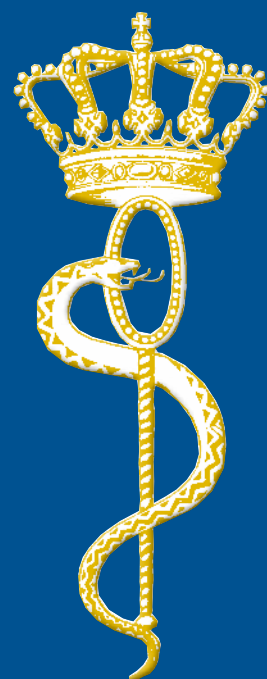


NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
75e JAARGANG
NOVEMBER 2022 - NR. 6



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. Sondeijker**
secretaris NMGT
Postbus 90701, 2509 LS 's-Gravenhage
Telefoon 0165-300145
E-mailadres:
nmgt@mindef.nl

AANMELDEN ABONNEMENT

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

VOORBEHOUD

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

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

NETHERLANDS MILITARY MEDICAL REVIEW

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

All rights reserved
ISSN 0369-4844



Van de redactie:

Voorwoord	185
Aanmelden voor abonnement NMGT	215
Inhoud en register van de 75e jaargang, 2022	231

Van de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie:

Nieuwsbrief DGO, september 2022	216
Nieuwsbrief DGO, oktober 2022	223

Oorspronkelijke artikelen:

Landelijke Multidisciplinaire Richtlijn Onderbeenklachten Vertegenwoordigers van Defensie in een hoofdrol door luitenant-kolonel-arts prof. dr. W.O. Zimmermann en dr. E.W.P. Bakker	186
De militaire geneeskunde van Gerard van Swieten door dr. K.J. van Zwieten	191
Medisch personeel in de Nederlandse krijgsmacht: een historisch perspectief op ethische dilemma's, autonomie en hybride professionele identiteit door dr. F.B. Hooft	201

Mededelingen:

Bij- en nascholing Netherlands School of Public and Occupational Health	185,200
---	---------

CONTENTS

VOLUME 75 – NOVEMBER 2022 – ISSUE 6



From the editor:

Foreword	185
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review	215
Index of volume 75, 2022	231

From the Commander Defence Health Care Organisation:

Newsletter Defence Health Care Organisation, September 2022	216
Newsletter Defence Health Care Organisation, October 2022	223

Original contributions:

National multidisciplinary treatment guideline for exercise-related pain syndromes of the legs by Lieutenant Colonel mc Prof. W.O. Zimmermann PhD and E.W.P. Bakker PhD	186
The military medicine of Gerard van Swieten by K.J. van Zwieten PhD	191
Medical personnel in the Dutch armed forces: a historical perspective on ethical dilemmas, professional autonomy, and hybrid professional identity by F.B. Hooft PhD	201

Announcements:

The Netherlands School of Public and Occupational Health	185,200
--	---------

VOORPAGINA

Afvoer van een gewonde militair tijdens de operatie Ghat Mahay (Walvis) in de omgeving
van Kakarak, Afghanistan, 2009.

Tijdens uitzendingen kwamen artsen en verpleegkundigen voor veel uitdagingen te staan.
Sommige uitdagingen waren naast praktisch ook ethisch van aard. Hoe voer je triage
uit als het aantal patiënten de middelen overschrijdt? Wat als sommigen van hen
krijgsgevangenen of burgers zijn, terwijl ook gewonde collega's worden binnengebracht?

Foto: Jan-Kees de Meester (AVDD).



Voorwoord

Beste lezers,

De laatste aflevering van het NMGT, nummer 6 van 2022, hebt u digitaal ontvangen en dat betekent dat het jaar 2022 weer ten einde loopt. Niet een jaar om in blijdschap op terug te zien. Wie had kunnen voorzien dat op het Europees continent nog eens een oorlog zou uitbreken na het vallen van het IJzeren Gordijn in 1989. Maar het onvoorziene is toch gebeurd, op 24 februari van dit jaar viel Rusland onverhoeds de Oekraïne binnen; een conflict dat nog steeds voortduurt en waarvan het einde nog niet in zicht is.

Maar laat ik u nu meenemen naar de inhoud van deze aflevering.

Luitenant-kolonel-arts prof. dr. Zimmermann beschrijft in zijn artikel, dat tot stand is gekomen in samenwerking met epidemioloog dr. Bakker van het UvA, het initiatief dat is genomen in 2020 bij de Vereniging Sportgeneeskunde om een multidisciplinaire behandelrichtlijn in te stellen voor inspanningsgebonden pijnsyndromen van de onderbenen. Deze richtlijn is recentelijk in oktober 2022 afgerond en beschikbaar via de website van de Federatie Medische Specialist. Emeritus-hoogleraar dr. Van Zwieten blikt 250 jaar terug en beschrijft in zijn bijdrage de grote verdiensten van de Nederlandse medicus Gerard van Swieten, de grondlegger van het handboek van de militaire geneeskunde uit 1758. Vanaf 1745 was deze medicus o.m. de lijfarts van Oostenrijkse keizerin Maria Theresia.

Dr. Hooft belicht in haar onderzoek het brede scala aan uitdagingen, problemen en ethische dilemma's van het medisch personeel gedurende de uitzendingen tussen 1990 en 2010.

Rest mij u nu reeds mede namens alle redactieleden fijne, prettige en vooral vredige feestdagen toe te wensen, een goed uiteinde van het jaar 2022 en een uitstekende start van het nieuwe jaar. Mag voor u en de uwen 2023 een gezond en gelukkig jaar worden.

*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, telefoon (030) 8100500, e-mail info@nspoh.nl

In gesprek over racisme op de werkvloer (nieuw)

Is racisme weleens ter sprake gekomen tijdens één van jouw gesprekken? Als het antwoord 'nee' is, dan is de kans groot dat je het al een paar keer hebt gemist. Racisme heeft een grote impact op de gezondheid, de arbeidskansen en het werkplezier van mensen. Tegelijkertijd blijft racisme vaak onzichtbaar en onbesproken, zowel op de werkvloer als in de spreekkamer bij de verzekerings- en bedrijfsarts. In deze module leer je die stilte doorbreken. Je reflecteert op je eigen rol en ontvangt handvatten om racisme bespreekbaar te maken en tegen te gaan in eigen praktijk.

Voor wie: professionals op het gebied van (publieke) gezondheidsbevordering, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, medisch adviseurs, praktijkondersteuners bedrijfsarts (POB) en arboverpleegkundigen

Datum: 16 december 2023 (13.20-16.30 uur), Utrecht

Managers verkennen publieke gezondheidszorg: een stoomcursus

Het beleid van elk ministerie en elke bedrijfssector heeft effect op de volksgezondheid. Als directeur of manager in de publieke gezondheid heb je daarmee te maken. Daarnaast dien je een inhoudelijke koers te realiseren die congruent is met de beginselen van de public health. Onder tijdsdruk en in een bestuurlijke arena. In deze module leer je de inhoud én de breedte van de (samenwerkings)partijen in korte tijd doorgronden.

Voor wie: bestuurders, directeuren en managers met een nieuwe functie in de public health die hun kennis over public health op strategisch niveau op peil willen brengen of willen oprispen

Datum: 10, 17 en 31 januari, 14 februari, 7, 14 en 28 maart, 4 april 2023 (17-21 uur), Utrecht en online

Van mentaal werkvermogen naar werk

De maatschappij vraagt veel van werknemers. Veel functies doen een sterk beroep op mentale vermogens. Bij duurzame inzetbaarheid en re-integratie worden hierover dan ook veel vragen gesteld. Door deze module krijg je meer zicht op het complexe verband tussen mentaal werkvermogen en concrete arbeidsmogelijkheden, zodat je mensen optimaal kunt adviseren.

Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen

Datum: 19 januari 2023, Utrecht

De vertrouwde adviseur

Hoe komt het toch dat een zorgvuldig onderbouwd advies niet automatisch wordt overgenomen? Goed en vooral betrouwbaar adviseren vraagt om meer dan een inhoudelijk goed verhaal. Het vraagt om inzicht in het speelveld waarin je opereert. Zie je ergens spanning? Kun je inschatten welke 'adviseursrol' het meest passend is, afhankelijk van de context en je eigen positie? Hoe voer je vanuit die rol het goede gesprek? Welke mindset en vaardigheden zijn dan vooral belangrijk? Je leert het in deze module.

Voor wie: professionals en andere professionals met een adviserende taak in de publieke of bedrijfsgezondheidszorg in de publieke gezondheidszorg en bedrijfsgezondheidszorg

Datum: 23 januari, 13 februari en 13 maart 2023 (13.20-16.30 uur), online

Landelijke Multidisciplinaire Richtlijn Onderbeenklachten

Vertegenwoordigers van Defensie in een hoofdrol

door luitenant-kolonel-arts prof. dr. W.O. Zimmermann^a en dr. E.W.P. Bakker^b

^a Senior sportarts bij Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie van de Koninklijke Landmacht (TGTF), Utrecht; tevens Professor (adjunct) of Military Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland, USA.

^b Epidemioloog, Universiteit van Amsterdam, afdeling klinische epidemiologie, biostatistiek en bio-informatica.

Artikel ontvangen september 2022.

Samenvatting

De Vereniging voor Sportgeneeskunde heeft in 2020 het initiatief genomen om een multidisciplinaire behandelrichtlijn voor inspanningsgebonden pijnsyndromen van de onderbenen op te stellen. Defensie leverde de voorzitter voor het project (sportarts Zimmermann) en de vertegenwoordiger van de vakgroep radiologen (radioloog Nap). De richtlijn is in oktober 2022 afgerond en beschikbaar via de website van de Federatie Medisch Specialisten (<https://richtlijndatabase.nl/>). In dit artikel leest u de aanleiding voor de richtlijn, de doelen, de werkwijze en de aanbevelingen. Ten slotte een kort commentaar voor de militaire gezondheidszorg. Passages uit de richtlijn zijn, met toestemming, met geringe aanpassing overgenomen in dit artikel.

Aanleiding voor het maken van de richtlijn

Inspanningsgebonden onderbeenklachten zijn (buiten Defensie) relatief onbekende aandoeningen. Onderbeenklachten zijn vaak hardnekkig en recidiverend, en daarmee een bron van langdurig

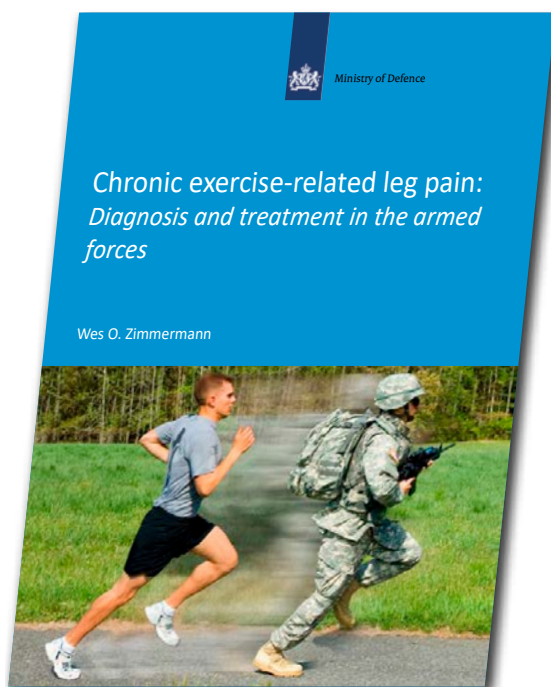


Fig. 1: Het proefschrift van militair sportarts Zimmermann was een van de brondocumenten voor de landelijke richtlijn onderbeenklachten (2022).

leed voor de patiënt die wil sporten en werken. Niet alle zorgverleners hebben voldoende kennis van de diagnose, de uitgebreide differentiaaldiagnose en de behandeling van deze groep overbelastingsblessures. Hierdoor kan het voorkomen dat het drie jaar duurt voordat de juiste diagnose wordt gesteld en een gericht behandeltraject kan worden ingezet. In 2010 zijn door de Vereniging voor Sportgeneeskunde twee monodisciplinaire richtlijnen gepubliceerd die de aandoeningen 'mediaal tibiaal stressyndroom (MTSS) bij sporters' en 'chronisch compartimentsyndroom van het onderbeen' (Engels: Chronic Exertional Compartment Syndrome = CECS) bespreken. Sinds 2010 is veel vooruitgang geboekt in de kennis over en de behandeling van deze inspanningsgebonden onderbeenklachten. Nederland speelt een prominente rol in deze ontwikkelingen, meerdere promovendi hebben studies uitgevoerd die in de internationale literatuur met regelmaat worden aangehaald, zowel in de civiele als de militaire geneeskunde, denk aan de proefschriften van Moen¹, Winkes², Winters³, Zimmermann⁴, De Bruijn⁵, Van Zantvoort⁶ en Vogels⁷.

Doelen van de richtlijn

De richtlijn is bedoeld de kennis van inspanningsgebonden pijnsyndromen van de onderbenen onder zorgverleners te vergroten, om zo de 'doctors delay' te beperken, praktijkvariatie te verminderen en interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. Het behalen van deze doelen

moet uiteindelijk leiden tot het verkorten van de ziekteduur voor deze patiëntengroep en het verminderen van de kosten voor zorg en gemiste sport- en arbeidsinzet voor de samenleving.

Hoe is deze richtlijn tot stand gekomen?

Het initiatief voor deze evidence-based richtlijn is afkomstig van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire richtlijnwerkgroep met vertegenwoordigers vanuit de sportgeneeskunde, algemene chirurgie, orthopedische chirurgie, neurologie, radiologie, revalidatiegeneeskunde, (sport)fysiotherapie en (sport)podotherapie, onder begeleiding van het kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialististen. Defensie leverde de voorzitter voor het project en de vertegenwoordiger van de vakgroep radiologen. Er werd aandacht besteed aan het patiëntperspectief door het invullen van een vragenlijst door patiënten, in samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland.

Waar gaat deze richtlijn over?

Deze richtlijn beschrijft de huidige inzichten betreffende het optimale diagnostische traject en behandeling bij patiënten met inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen ('Onderbeenklachten'). De volgende aandoeningen worden behandeld:

1. mediaal tibiaal stressyndroom (MTSS);
2. chronisch inspanningsgebonden compartimentsyndroom (Engels: Chronic Exertional Compartment Syndrome = CECS);
3. stressfracturen van de tibia en fibula;
4. atraumatische myogene kuitklachten;
5. inklemming van perifere zenuwen;
6. entrapment van de a. poplitea (Engels: Popliteal Artery Entrapment Syndrome = PAES).

De term 'shin splints' werd in het verleden gebruikt als verzamelnaam voor allerlei onderbeenklachten inclusief MTSS, CECS en stressfracturen. Deze term is verouderd en wordt in deze richtlijn niet meer gebruikt. Andere aandoeningen die klachten in het onderbeen kunnen veroorzaken zoals irritatie van de achillespees, uitstralende pijn van een rughernia, maligniteiten en systemische entiteiten zoals vaatziekten en diabetes mellitus blijven buiten beschouwing.

Werkwijze

Deze richtlijnmodule is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit⁸. De volgende activiteiten zijn ondernomen:

- Analyseren van knelpunten en formuleren van uitgangsvragen.
- Samenvatten van de literatuur (voor elke van de zeven onderstaande modules is een systematische review uitgevoerd!).
- Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs volgens de GRADE-methode.
- Schrijven van overwegingen (van bewijs naar aanbeveling, met evidence en expert opinion).
- Formuleren van de aanbevelingen.
- Voorleggen van de conceptrichtlijn aan de beroepsverenigingen van zorgverleners.
- Schrijven van teksten voor patiënten (o.a. [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl)).

Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is bestemd voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met inspanningsgebonden onderbeenklachten.

De kern van de richtlijn, de aanbevelingen in modulevorm

Module 1: anamnese

Stel de patiënt vragen over de volgende centrale thema's: de symptomen en de beperkingen die de patiënt ervaart, de mogelijke oorzaak van de klachten.

Module 2: lichamelijk onderzoek

Voer het lichamelijk onderzoek als volgt uit:

- Inspecteer de onderbenen en voeten op anatomische vorm en op afwijkingen van de huid.
- Vergelijk altijd beide zijden, ook bij eenzijdige klachten.
- Lokaliseer/palpeer zo nauwkeurig mogelijk de anatomische locatie/regio van de klacht.
- Herhaal, op indicatie, het lichamelijk onderzoek direct na klachtenprovocatie (inspanning).
- Onderzoek, op indicatie, de bewegingsketen van lumbaal tot en met de tenen op stabiliteit, mobiliteit, sensibiliteit, doorbloeding, kracht en reflexen.

Module 3: aanvullend onderzoek

Kom op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek tot een werkdiagnose en conservatief behandelplan. Wees terughoudend met aanvullend onderzoek voor het aantonen dan wel uitsluiten van inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen (MTSS, CECS, atraumatische myogene kuitklachten, zenuwinklemming en PAES). Verwijs bij aanhoudende klachten naar een medisch specialist met interesse en ervaring in de problematiek voor aanvullend onderzoek. Gebruik bij de keuze voor het type aanvullend onderzoek de tabel (red: niet in dit artikel) en/of overleg met de radioloog.

Module 4: intramusculaire drukmetingen

Start bij verdenking van een chronisch inspanningsgebonden compartimentssyndroom (CECS) een conservatief behandeltraject zonder drukmeting. Overweeg verwijzing naar de tweede lijn bij persisterende klachten na twaalf weken conservatieve behandeling naar een specialist met interesse en ervaring in de problematiek ter (mede) bepaling van de indicatie voor een drukmeting en beleid. Overweeg een intramusculaire drukmeting bij persisterende klachten na twaalf weken conservatieve behandeling als over een chirurgisch behandeltraject wordt nagedacht. Bespreek met de patiënt de toegevoegde waarde en interpretatie van een drukmeting.

Module 5: conservatieve therapie

Start de conservatieve behandeling met educatie van de patiënt over de aard van de vermoedelijke aandoening en het doseren van beenbelasting. Bespreek met de patiënt welke barrières (fysiek, psychisch en/of sociaal) het herstel mogelijk tegenwerken, bijvoorbeeld (irreële) gedachten over de blessure, pijn en prestaties. Start bij patiënten met MTSS, CECS en atraumatische myogene kuitklachten met therapie gericht op pijnvermindering en oefentherapie. Stel het oefenprogramma samen gebaseerd op geobjectiveerde beperkingen of afwijkende bewegingspatronen. Streef naar verhoging van belastbaarheid van de onderste extremiteit. Overweeg loopscholing (verandering van wandel- of hardlooptechniek), verandering van schoeisel, of het verstrekken van zolen of compressiekousen bij patiënten die hun klachten ervaren bij hardlopen, springen, (snel) wandelen of lang staan. Informeer de patiënt over de lage bewijskracht van conservatieve behandelingen. Evalueer de behandeling na zes weken en na twaalf weken op pijn, functioneren en herstel naar sport/werk/ADL. Indien na twaalf weken conservatieve behandeling geen klachtenreductie of progressie in belastbaarheid plaatsvindt, heroverweeg de diagnose en het beleid, of draag de patiënt over aan een medisch specialist. Verwijs een patiënt met (verdenking op) inklemming van een (onder)beenenuw of PAES naar een specialist met interesse en ervaring in de problematiek zonder een conservatief traject op te starten.

Module 6: chirurgische therapie

Module 6.1: MTSS

Overweeg een fasciotomie van de oppervlakkige en diepe loge voor MTSS indien conservatieve behandeling onvoldoende effect heeft. Bespreek in het preoperatieve consult met de patiënt het te verwachten operatieresultaat, mogelijke complicaties en aspecten die van belang zijn voor deze patiënt. Laat een fasciotomie voor MTSS verrichten door een specialist met interesse en ervaring in de problematiek.

Module 6.2: anterior CECS

Overweeg een fasciotomie bij ant-CECS met een minimaal invasieve techniek indien conservatieve behandeling onvoldoende effect heeft. Bespreek in het preoperatieve consult met de patiënt het te verwachten operatieresultaat, mogelijke complicaties en aspecten die van belang zijn voor deze patiënt. Laat een fasciotomie bij CECS uitvoeren door een specialist met interesse en ervaring in de problematiek. Overweeg een fasciotomie bij recidief/residu ant-CECS indien een eerdere fasciotomie onvoldoende effect heeft.

Module 6.3: zenuwinklemming

Verwijs een patiënt met verdenking op een zenuwinklemming in het onderbeen naar een centrum met een multidisciplinair team van specialisten, bij voorkeur met een neuroloog, met interesse en ervaring in de problematiek. Start na diagnosestelling de behandeling met conservatieve therapie in een centrum waar een samenwerking tussen medisch specialisten bestaat, bij voorkeur in een gestructureerd multidisciplinair overleg. Evalueer de progressie van de conservatieve therapie na zes en twaalf weken. Overweeg chirurgische behandeling bij onvoldoende verbetering.

Module 6.4: PAES

Verwijs een patiënt met verdenking op PAES naar een centrum waar samenwerking tussen medisch specialisten plaatsvindt, bij voorkeur in een gestructureerd multidisciplinair overleg. Laat, indien een chirurgische behandeling voor PAES noodzakelijk is, de ingreep uitvoeren door een specialist met interesse en ervaring in de problematiek.

Module 7: secundaire preventie

Bespreek bij afronding van een behandeltraject met de patiënt of een afgebakend preventief sportmedisch begeleidings- en educatietraject geïndiceerd is om een recidief te voorkomen.

Commentaar met een militaire blik

Het is belangrijk om te beseffen dat in een richtlijn voor alle zorgverleners van Nederland (eerste en tweede lijn) en alle patiënten van Nederland met inspanningsgebonden onderbeenklachten een voorzichtige woordkeuze wordt gehanteerd. Toch introduceert deze richtlijn een aantal aanbevelingen die niet eerder zo duidelijk zijn verwoord: “herhaal op indicatie het lichamenlijk onderzoek na inspanning, wees terughoudend met aanvullende diagnostiek, start een behandelprogramma voor anterior CECS zonder invasieve drukmeting en verwijs naar de tweede lijn, als het behandelprogramma na twaalf weken geen duidelijke verbetering geeft”. In de militaire gezondheidszorg zal een grote mate van herkenning zijn. Deze aanbevelingen gelden daar al enkele jaren. Ook de aanbeveling “stel een oefenprogramma samen gebaseerd op geobjectiveerde beperkingen of afwijkende bewegingspatronen” is snel herkenbaar. Dit verwijst in algemene termen naar loopscholing als therapie. In de militaire gezondheidszorg is al lang bewezen dat het omscholen van hardlooptechniek (MILRUN) en het aanleren van optimale marstechniek (MILMARCH) een goede therapie is voor militairen met onderbeenklachten. Voor de civiele gezondheidszorg is nog wat meer bewijs nodig voordat een specifieke aanbeveling over loopscholing kan worden opgenomen in de richtlijn. Ten slotte de aanbeveling over secundaire preventie, het aanbieden van preventieve begeleidingstrajecten. Bij Defensie is dat goed mogelijk, maar wie gaat preventie betalen in de civiele gezondheidszorg? De richtlijn zal ongetwijfeld wat stof doen opwaaien.

Kennislacunes en toekomstige aanvullingen

De richtlijn geeft ook aan dat nog heel wat kennis ontbreekt. Kunnen we de patiënten met onderbeenklachten beter identificeren als we meer weten over onderscheidende aspecten van de anamnese en het lichamenlijk onderzoek of, heel basaal, het pathofysiologisch mechanisme kunnen verklaren? Defensie zal de komende jaren ongetwijfeld voorop blijven lopen bij het vernieuwen van de zorg voor patiënten met onderbeenklachten. Deze groep van overbelastingsblessures vormt

namelijk een beroepsziekte en Defensie zal alles uit de kast willen halen om de inzetbaarheid van de militairen te vergroten. De richtlijn is in modules opgebouwd, zodat toekomstige aanvullingen in kleine brokjes kunnen worden aangeleverd. Dat is makkelijker dan de hele richtlijn over een jaar of tien herzien.

Woord van dank

Aan de richtlijn hebben de volgende personen een belangrijke bijdrage geleverd.

Werkgroepleden:

dr. E.W.P. Bakker (epidemioloog), dr. J. de Bruijn (huisarts), dr. H. van der Hoeven (orthopedisch chirurg), I. Janssen BSc (podotherapeut), drs. A. Kokshoorn (sportarts), drs. P.J.C.M. van Leeuwen (revalidatiearts), drs. F. Nap (radioloog), R. Pieper BSc (fysiotherapeut), dr. M. Scheltinga (algemeen chirurg), dr. E. van Wensen (neuroloog), drs. M. van der Werve (sportarts), dr. M. Winters (fysiotherapeut), prof. dr. W.O. Zimmermann (sportarts, bedrijfsarts).

Medewerkers Federatie Medisch Specialisten:

dr. J. Buddeke (adviseur), dr. M. den Ouden-Vierwind (adviseur), drs. M. van der Maten (literatuurspecialist), drs. T Lamberts (senior adviseur).

SUMMARY

NATIONAL MULTIDISCIPLINARY TREATMENT GUIDELINE FOR EXERCISE-RELATED PAIN SYNDROMES OF THE LEGS

The Dutch Association for Sports Medicine initiated in 2020 the development of a multidisciplinary treatment guideline for exercise-related pain syndromes of the legs. This guideline was completed in October 2022 and is available on the website of the Federation of Medical Specialists (<https://richtlijndatabase.nl/>). This article describes the reason for the guideline, the objectives, the methodology and the recommendations. Finally, some considerations for the military health care are provided.

Literatuur:

1. Moen M.H.: Aetiology, imaging and treatment of medial tibial stress syndrome. Universiteit Utrecht. Proefschrift. 2012.
2. Winkes M.: Chronic exertional compartment syndrome of the deep posterior lower leg and forearm. Universiteit Maastricht. Proefschrift. 2017.
3. Winters M.: Medial tibial stress syndrome – diagnosis, treatment and outcome assessment. Universiteit Utrecht. Proefschrift. 2017.
4. Zimmermann W.O.: Chronic exercise-related leg pain: diagnosis and treatment in the armed forces. Universiteit Utrecht. Proefschrift. 2019.
5. De Bruijn J.: Anterior chronic exertional compartment syndrome of the leg: improving recognition and surgical treatment. Universiteit Maastricht. Proefschrift. 2020.
6. Van Zantvoort A.P.M.: Exercise induced anterolateral lower leg pathologies: chronic exertional compartment syndrome and nerve entrapment. Universiteit Maastricht. Proefschrift. 2021.
7. Vogels S.: Diagnosis and management of chronic exertional compartment syndrome of the leg. Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift. In afrondende fase. Gepland in 2023.
8. Beschikbaar via <https://demedischspecialist.nl/>

Help met uw organisatie
mee armoede in
Nederland te bestrijden!



WWW.HULPBIJARMOEDE.NL



De militaire geneeskunde van Gerard van Swieten

door dr. Koos Jaap van Zwieten

Emeritus-hoogleraar anatomie, Universiteit Hasselt, Campus Diepenbeek, Diepenbeek, België.
Artikel ontvangen oktober 2022.

Samenvatting



Afb. 1: De Nederlandse medicus Gerard van Swieten (1700-1772).

Overgenomen met vriendelijke toestemming van het Archiv der Universität Wien, Wenen.

Ter herdenking van de 250-jarige sterfdag van de grote Nederlandse medicus Gerard van Swieten (Afb. 1), sinds 1745 lijfarts van keizerin Maria Theresia in Oostenrijk, bespreekt dit artikel diens handboek over militaire geneeskunde uit 1758. De invloed van dit succesvolle leerboek en enkele recepten daaruit, tijdens de afgelopen eeuwen, wordt selectief toegelicht met een literatuuroverzicht en meerdere commentaren, waaronder ook enkele door Van Swieten zelf.

Inleiding

De uit Nederland afkomstige medicus Gerard van Swieten – geboren te Leiden 7 mei 1700 en 250 jaar geleden overleden op 18 juni 1772 te Schönbrunn, Wenen – was sinds 1745 lijfarts van de Oostenrijkse keizerin en koningin Maria Theresia. Zijn overlijden wordt ook nu weer internationaal herdacht, zijn bijdragen aan de geneeskunde worden vermeld in medisch-historische websites van oost tot west – in het Kazachs, en ook in het Catalaans, om

maar twee uiteenlopende voorbeelden te noemen, maar ook in Amerika¹⁻³. In Nederland, en ook bijvoorbeeld in Bosnië en Herzegovina, verscheen recent nog een kort en duidelijk overzicht van Gerard van Swieten's werk en internationale betekenis^{4,5}.

Zijn voormalige woonplaats Wenen organiseerde op 20 februari 2022 de (volgeboekte) lezing 'Gerard van Swieten - eerste geneesheer van het keizerrijk'. "Dankzij zijn grote prestaties werd de eerste steen gelegd voor de Eerste Weense Medische School met internationale betekenis. Universitaire hervormingen, verbeterde ziekenhuizen en sanatoria, praktijkgericht onderwijs, de introductie van pokkenvaccinatie en de opheldering van wijdverbreid bijgeloof en de vampiermythe legden de basis voor een modern gezondheids- en onderwijsbeleid" – aldus de inleiding ervan⁶. Het volledige artikel is te lezen in het Weense Cultuurmagazine van 2022⁷.

Op ongeveer gelijkaardige wijze werden, vanaf 1772, iedere vijftig jaar herdenkingsartikelen gepubliceerd⁸⁻¹³. De oudste daarvan geven meer details over Van Swieten's werk en publicaties. In de meeste recentere levensoverzichten blijft zijn belangrijke boek uit 1758 onvermeld: 'Kurze Beschreibung und Heilungsart der Krankheiten welche am öftesten in dem Feldlager beobachtet werden'¹⁴ (Afb. 2). Tot in de 19e eeuw verschenen van dit boek voortdurend herdrukken en nieuwe buitenlandse vertalingen, zodat men zich toch wel kan afvragen welke factoren mogelijk hebben bijgedragen tot het langdurige succes ervan. Voordat aan de hand van een vrij uitgebreid literatuuroverzicht op deze vraag wordt ingaan, wordt eerst het verschijnsel 'Hofartsen in de 18e eeuw' onder de loep genomen, om Van Swieten's activiteiten te Wenen beter te kunnen inschatten. Zoals voor veel tijdgenoten en latere collega's, lijkt anno 2022 de vereniging van zoveel functies binnen één persoon ook voor ons nauwelijks voorstelbaar.



Afb. 2: Titelpagina van het boek 'Kurze Beschreibung und Heilungsart der Krankheiten welche am öftesten in dem Feldlager beobachtet werden' door Gerard van Swieten te Wenen, 1e druk, 1758.

Overgenomen met vriendelijke toestemming van de Österreichische Nationalbibliothek, Wenen.

resultaten^{22,23}. In tegenstelling tot de fysiocraten van zijn tijd, is Van Swieten met de 'Kurze Beschreibung' trouw gebleven aan de praktische geneeskunde.

Een Pygmalion-effect?

De absolutistische en autocratische sfeer, waarbinnen Van Swieten te Wenen moest werken, doet ons enigszins denken aan wat men nu misschien een Pygmalion-effect zou noemen. Daarbij koestert een leidinggevende terecht of ten onrechte hoge verwachtingen van een bepaalde ondergeschikte, waardoor deze ook beter zal gaan presteren²⁴. Hierbij bestaat echter het risico, dat de ondergeschikte qua verantwoordelijkheden en prestaties na zekere tijd in een soort gesloten lus of keurslijf terecht komt, wanneer dit proces zichzelf intern gaat versterken door aanhoudende positieve feedback, met betrekking tot de eigen verwachtingen van de ondergeschikte, zijn motivatie, en zijn prestaties²⁵. Zo zou men misschien de cumulatie van Gerard van Swieten's verantwoordelijkheden onder keizerin Maria Theresia kunnen beschrijven, namelijk eerste lijfarts, hoofd van de medische staf aan het hof, hoogleraar geneeskunde, decaan van de medische faculteit, hervormer van het medisch onderwijs en stichter van de al genoemde Eerste Weense Medische School, initiator van de Hortus Medicus (de huidige botanische tuin van de Weense universiteit), prefect van de hofbibliotheek en voorzitter van de censuur- en studiec commissie

Lijfartsen en hofartsen in het Europa van de 18e eeuw

In de loop van de 18e eeuw begonnen in verschillende landen van Noord-Europa de absolutistische monarchen – de zogenaamde verlichte despoten – zich te bekommeren om de gezondheid van hun volk. Een groeiende en gezonde bevolking zagen zij immers als middel tot toename van rijkdom en agrarische, industriële en militaire expansie¹⁵. Als min of meer logisch gevolg gingen in die landen ook hun lijfartsen en hofartsen, de zogenaamde 'fysiocraten', zich verdiepen in, en boeken schrijven over verbeteringen van de nationale economie. Te denken valt hierbij aan lijfarts De Quesnay in Frankrijk (wiens 'Tableau Économique' verscheen in het jaar van Van Swieten's 'Kurze Beschreibung'), Frank in Duitsland, Struensee in Denemarken, en aan de artsen in het 18e-eeuwse Rusland als een keizerlijke elite¹⁶⁻¹⁹.

Ook de beroemde Zweedse hofarts Linnaeus presenteerde zich in hogere kringen liever als econoom dan als plantensystematicus^{1,20}. Met andere woorden: "the role of the court physician was crucial to the well-being, not only of the monarch and his or her court, but also of the nation"²¹. Samen met advocaten en bureaucraten vormden artsen een stedelijke elite die het politieke, militaire en diplomatieke ambt monopoliseerde¹⁵. Echo's hiervan worden ook tegenwoordig nog teruggevonden bij dokters die staatshoofd of eerste minister van hun land werden, zowel met positieve als negatieve

van het hof⁷. Speciaal over deze laatste functie, nogal verafgelegen van zijn kernactiviteiten als arts, verschenen recent weer enkele genuanceerde studies, na de al bestaande veel oudere kritieken waaronder die van Voltaire. Tegelijkertijd had Voltaire het nu juist aan Van Swieten's censuurcommissie te danken, dat verschillende van zijn boeken wèl in Oostenrijk werden toegelaten^{10,26-28}.

Militaire geneeskunde

In de 18e eeuw bleven in de Republiek der Verenigde Nederlanden vredesgarnizoenen gehandhaafd, waarvoor goede redenen bestonden, en waarover ook gedetailleerde informatie is te vinden^{29,30}. Het is dan ook niet onmogelijk, dat zich onder de patiënten van Gerard van Swieten tijdens zijn Leidse periode – dat wil zeggen tot 1745 – óók al militairen bevonden, hoewel pas vanaf ongeveer 1746 wat meer informatie is te vinden over het 'Guarnisoen' in Leiden^{30,31}. Een belangrijke inspiratie voor de 'Kurze Beschreibung' is vrijwel zeker geweest Van Swieten's Engelse kennis en medestudent te Leiden John Pringle (1707-1781), die te Londen in 1752 zijn 'Observations on the Diseases of the Army in Camp and Garrison' had gepubliceerd³²⁻³⁴.

Van Swieten's boek werd al kort na het verschijnen als volgt geprezen: "[...] vooral omdat het zo eenvoudig, kort, klaar, en duidelijk geschreven is, dat allen die niet in staat zijn een brede, verheven, en geleerde verhandeling te verstaan, dit nochtans aanstonds begrijpen zullen."³⁵

Dit is een zin uit het voorwoord bij de eerste Nederlandse vertaling (1760) door Jacob van der Haar (1717-1799), Chirurgijn Generaal bij de Troupen van de Staat, Premier Chirurgijn van 's Lands Leger Hospitalen, Chirurgijn van de Stad en het Hospitaal te 's Hertogenbosch, die dus wel wist waarover hij sprak³⁶. Zijn Nederlandse vertaling zou tot 1832 herdrukt worden.

Verdere vertalingen van de 'Kurze Beschreibung'

Eenzelfde waardering wordt bij andere Europese vertalingen binnen tien jaar gezien: respectievelijk in het Frans, Italiaans, Engels, Portugees, en Spaans³⁷⁻⁴¹. De succesvolle Engelstalige uitgaven gedrukt in Philadelphia (1776) en Boston (1777) konden om te beginnen hun nut al bewijzen gedurende de Amerikaanse Onafhankelijkheidsoorlog^{3,42,43}. "The English translation [...] was useful to medical men and line officers in the Army of the United States in the Revolutionary War."⁴⁴ Deze publicaties maakten aanvullende informatie en adviezen beschikbaar, die weer het resultaat waren van buitenlandse ervaringen op het gebied van militaire hygiëne, en die tekenend waren voor de groeiende belangstelling voor militaire preventieve geneeskunde⁴⁴. Men kan het boek daarom ook wel enigszins vergelijken met het hedendaagse 'Where there is no doctor'. Dat boek voor gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden gaf medische informatie voor artsen en leken⁴⁵. De 'Kurze Beschreibung' werd vanaf 1822 vertaald in het Japans door Ransui Uno, onder de titel 'Seii Chiyō' 'Essentials of Western medical knowledge' (1825), en maakte hierdoor (samen met andere vertalingen) ook de aanzienlijke vorderingen van de Interne Geneeskunde in Japan mogelijk^{46,47}. Tot slot moet worden vermeld, dat aan veel vertalingen ook chirurgische bijlagen werden toegevoegd die bijdroegen tot de populariteit van de 'Kurze Beschreibung'. En misschien waren er nog meer factoren, waarop hierna verder wordt ingaan. Gelukkig wordt het boek van Gerard van Swieten in sommige levensoverzichten wèl vermeld⁴⁸⁻⁵¹.

Andere factoren die mogelijk bijdroegen tot het succes van de 'Kurze Beschreibung'

De beschrijvingen en de vertalingen van het boek in gewone landstalen staan, qua toegankelijkheid, wèl in contrast met Van Swieten's overige werken en verhandelingen, die vaak in elegant, welluidend en doorwrocht Latijn zijn opgesteld⁵¹. Zijn taalvirtuositeit en voorliefde voor de klassieke talen blijkt al uit het eerste hoofdstuk van zijn 'Dissertatio Medica Inauguralis' aan de Universiteit Leiden (1725). De slotparagraaf daarvan bestaat uit slechts twee heel lange Latijnse volzinnen van samen zo'n 250 woorden, die zich dan uitstrekken over één volledige bladzijde, pagina 11⁵². Een dergelijk vertoon van geleerddoenerij is in 1758 niet meer aanwezig in de 'Kurze Beschreibung', immers, "the military wanted simple and efficient medical services to keep the troops healthy"⁵³. Veelzeggend is ook dat in de jaren 80 van de 18e eeuw aan de Admiraliteit

te Amsterdam, Van der Haar's vertaling van de 'Kurze Beschreibung' uit 1760 al tot de verplichte leerstof voor scheepschirurgijns behoorde⁵⁴. Het boek bleek namelijk bijzonder geschikt voor "veele van onze Scheepvaarende Heelmeesters", zoals deze vertaler in zijn voorwoord zelf al had aangegeven³⁵. In de 'Catalogus der Boekerij der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst' 1861 is een reeks herdrukken van Van Swieten's boek (tot 1790) gerangschikt onder '4. Ziekten van zeevarenden, krijgslieden, enz.'⁵⁵. Deze catalogus geeft verder het formaat van de boeken aan, namelijk octavo, maar het is bekend dat hiervan ook de nog kleinere duodecimo uitgaven van zijn^{11,48}. Dit alles droeg uiteraard bij, niet alleen tot de 'handzaamheid', maar ook tot de kostenvermindering met betrekking tot productie van het boek in Europa en overzeese gebieden tijdens de 18e eeuw⁵⁶. Samengevat: begrijpelijk taalgebruik, vele landstalen, veelzijdige toepasbaarheid, handzaam formaat, en kostenbesparing bij productie en aanschaf droegen zeker ook bij tot de populariteit van dit boek.

Repetitoren

Van de 18e eeuw tot op heden zijn in de literatuur vermeldingen en beschrijvingen van 'repetitoren' te vinden aan de universiteiten en hogescholen in de Nederlanden, sommige kritisch en spotlustig zoals in het eerste kerstnummer van 'De Hollandsche Spectator' 1731⁵⁷. Andere zijn meer nostalgisch en beschouwend van aard of maken deel uit van een bredere culturele analyse⁵⁸⁻⁶⁰. Een niet zo recent 18e-eeuws 'succesverhaal' betreft het inzetten van repetitoren aan de Diplomaten school van Jean-Daniel Schoepflin (1694-1771), in dienst van de gevolmachtigd minister te Brussel voor de Oostenrijkse Nederlanden Graaf Karl von Cobenzl (bij wie Gerards oudste zoon Gottfried van Swieten assistent was)⁶¹⁻⁶³. Gerard van Swieten, zelf indertijd onder Boerhaave óók begonnen als repetitor, en later privatdocent aan de Universiteit van Leiden, was een tijdgenoot van prof. Schoepflin. Zijn succesvolle resultaten komen hiermee overeen. Positieve persoonlijke interviews met recente Leidse repetitoren vindt men trouwens in de pers^{64,65}. Veel goede repetitoren waren overigens vaak eerst assistent geweest, promoveerden na hun afstuderen, en werden dan later hoogleraar^{66,67}. Repetitoren boden ook wel mogelijkheden tot tenteren (het afleggen van proefexamens) zoals de advertenties hiervoor in Universiteits- en Studentenbladen uit de 20e eeuw nog getuigen⁶⁸.

Enkele bijzonderheden over Van Swieten's didactische methode

De methode van de 'Kurze Beschreibung' lijkt geënt te zijn op een lange ervaring in het repeteren, tenteren, en mondeling examineren. De werkwijze en visie van Van Swieten is gelukkig bekend⁶⁹. Hij houdt in zijn brief van 27 februari 1759 een pleidooi voor een streng examen heelkunde voor regimentschirurgen, waarover enkele officieren van gezondheid eerder hadden beweerd dat dit maar uit enkele punten bestaat, gemakkelijk voor iedereen die een goed geheugen heeft.

"De procedure voor dit examen is als volgt: Er zijn daarbij zes examinatoren, namelijk twee van de eerste chirurgen, de hoogleraar chirurgie, de hoogleraar anatomie, de decaan van de faculteit, en ikzelf. Geen enkel punt van deze test is vooraf bepaald. Elke examiner heeft de volledige vrijheid om zijn favoriete onderdeel van de heelkunde als onderwerp te nemen, en de chirurgie is immers uitgebreid. De anatomie professor concentreert zich vooral op de topografie van de ingewanden, de bouw van de ledematen, en dergelijke, de chirurgie professor op zijn beurt dan weer op de grote operaties enzovoort. Ik ondervraag als allerlaatste, en als ik de minste twijfel heb, ga ik door tot het einde, en zelfs zonder genade. Dat is gemakkelijk voor mij, omdat ik me erop kan beroemen dat ik chirurgie en farmacie heb geleerd voordat ik geneeskunde studeerde. Als alle examinatoren zich overtuigd hebben van de vereiste kennis bij de betreffende examenkandidaat, laat men hem in onze aanwezigheid verbanden aanleggen. Aan de universiteit hebben we allerlei soorten verbandmateriaal klaarliggen, en ik bepaal degenen, die als proefpersonen moeten dienen. Ik wed dat men niet van tevoren kan raden welke ik ga aanwijzen. Ik hoop dat de heren officieren na deze uiteenzetting wel zullen begrijpen dat voor het slagen voor dit examen wel meer nodig is dan alleen maar een goed geheugen.

Bovendien denk ik niet dat ik een reputatie van grote mildheid heb, want de vele gevallen van afwijzing van onkundigen getuigen juist van het tegendeel. Als de examenkandidaat zijn bekwaamheid heeft bewezen, legt hij de volgende dag de eed af ten overstaan van de decaan van de faculteit en ontvangt zijn diploma, waarmee hij zich overal als Magister in de chirurgie kan legitimeren.”

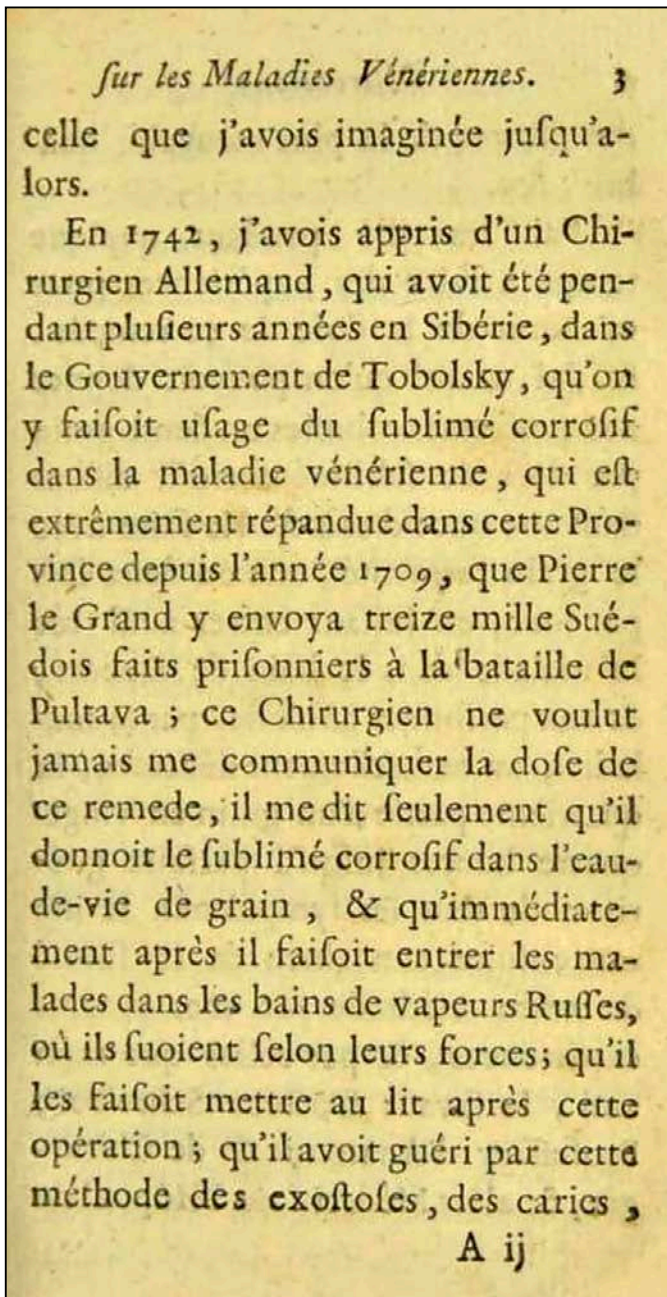
Opmerkelijk aan deze ontboezeming is dat Van Swieten in slechts enkele alinea's, zowel het begin van zijn curriculum vitae te Leiden, alsook zijn manier van examineren, als argumenten aanvoert. Opvallend is ook de rechtvaardigheid en strengheid, waaraan de Weense School voor een belangrijk deel haar reputatie dankte, zodat deze ook veel buitenlandse studenten aantrok.

De 'Kurze Beschreibung' zelf

De krijtlijnen voor de 'Kurze Beschreibung', in de zin van een Compendium en een Repertorium, zijn hiermee nu wel aangegeven. Het boek doet, wat men als geneeskundestudent in die tijd zou mogen verwachten van een goed repetitiedictaat Interne Geneeskunde. Opgevat als een farmacopee van ruim zeventig toentertijd gangbare Voorschriften (Recepta), worden deze voorafgegaan door de beschrijving van slechts vijftientig van de voornaamste ziektebeelden. Immers, "het is geen wonder dat men bij een Krijgshier een groote meenigte Zieken vind. Dan niettegenstaande dit, bemerkt men, dat de soorten der Ziekten onder de Soldaten, nochtans niet veelvuldig zijn", aldus de 'Voorrede van den Heere Schrijver', vertaald door Van der Haar³⁵. Deze ziektebeelden worden begrijpelijk en gedetailleerd gepresenteerd qua symptomatologie, fysische diagnostiek, ziekteverloop, mogelijke complicaties, prognose en aanbevolen therapie, met medicatie die verwijst naar de farmacopee. Aan het begin wordt nadrukkelijk aandacht geschonken aan psychosomatiek, preventie, hygiëne, vers drinkwater en voedsel, en aan warme kleding en ordentelijk schoeisel. Het leerboek getuigt van de beroemde benadering van Boerhaave: 'Eenvoud is kenmerk van het ware'. De 18e-eeuwse opvattingen over ziekte en pathogenese, van ver vóór de latere cellulaire en microbiële ontdekkingen, weerhouden ons er niet van, om de accuraatheid van de klinische beschrijvingen te waarderen en te bewonderen.

Eponiemen

Gebaseerd op de recepten uit het boek, zijn enkele geneesmiddelen sindsdien een eigen leven gaan leiden. Voorzien van zijn achternaam, droegen ze bij tot verdere naamsbekendheid – of de auteur daarvan nu weet gehad heeft of niet. Tegenwoordig zou men spreken van 'healthcare branding'⁷⁰. Eigennamen om een begrip, voorwerp of structuur mee te benoemen staan ook wel bekend als eponiemen. Eponiemen zijn zeer geschikt om er verhalen mee te vertellen⁷¹. Ook in dit geval zijn daarvan voorbeelden te geven. Nog tijdens zijn leven, wordt er overzee al reclame gemaakt voor de medicinale 'Baron Van Swieten's worm plumbs, for grown persons or children'⁷². Dergelijke 'sugar plumbs' of suikerbonbons bevatten waarschijnlijk anthelminthica uit één van zijn recepten, zoals de receptenummers 33 en 71. Immers, "Van onordentelyk eeten, het drinken van ongezond Water, en diergelyke andere oorzaaken meer, bekomen de Soldaaten (en veele andere menschen), Wormen"³⁵. In dezelfde geest verschijnt er een hartversterking of 'cordial' anno 1802 in de 'Statutes of the United Kingdom and Ireland' onder koning George III, namelijk 'Van Swieten's Gout Cordial', als een van de 'Foreign Medicines' waarvoor invoerrechten moeten worden betaald⁷³. Het gaat hier kennelijk om de 'spiritus Mindereri' waarover tot minder dan een eeuw geleden nog in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werd gerapporteerd, en die ook wel dertig keer wordt vermeld in de consultatiebrieven van prof. dr. William Cullen (1710-1790) aan het Royal College of Physicians of Edinburgh^{74,75}. In letterlijke zin ook een 'paardenmiddel', wordt de 'Geest van minderer' in de 'Kurze Beschreibung' inderdaad als recept no. 58 tegen jicht aanbevolen^{35,76}. Helaas dreigde bij dit alles steeds het gevaar van kwakzalverij, zoals de latere literatuur terecht erkent⁷⁷. Maar om dit te kunnen bewijzen, waren er toen nog geen verfijnde analysemethoden: "The first great challenge to chemical analysis during the nineteenth century arose out of the trade in proprietary medicines, placed before the public in such rich abundance."⁷⁸



Afb. 3: Oorspronkelijke beschrijving (1785) door de arts Antonio Nunes Ribeiro Sanches over zijn eerste kennismaking te Siberië in 1742 met de behandeling van syfilis door middel van een kwikpreparaat, waarna onmiddellijk een dampbad diende te volgen, en aansluitend bedrust. In de 'Liquor Swietenii' werd de dosis gehalveerd en het dampbad werd kennelijk achterwege gelaten⁶³.

Overgenomen met toestemming van de Royal College of Physicians of Edinburgh under the Creative Commons, Public Domain Mark.

“Wij hebben monsr. Jacquin, van Leijden geboortig in America gesonden met een tuijnman, een schilder, en twee vogelaars. Wij sullen sien wat fraijs daar vandaan komt. Een extra pragtige academie is hier gebouwd, een academie-tuijn word aangelegd. [...] Met een woord het gaat hier alles naar wensch, en de Weener academie sal haast in staat sijn van geene in Europa te wijken.”

Aanleggen, uitbreiden en completeren, onderhouden, beschrijven en catalogiseren van een Hortus Medicus, kruidentuin, of Hortus Botanicus was onontbeerlijk voor de Geneeskunde in vroeger eeuwen. Onze uitdrukking ‘daar is geen kruid tegen gewassen’ doet daar nog aan denken. Gerard van Swieten nam in Wenen het initiatief daartoe, zoals zijn beroemde leermeester

‘Liquor Swietenii’

Sinds Van Swieten’s introductie in 1754 van kwiksublimaat ‘Liquor Swietenii’, recept no. 66, tegen de ‘lues venerea’ of syfilis (een bedreigende ziekte zeker ook voor het veldleger), wordt hiernaar vaak verwezen, volgens een overzicht uit 1789^{14,63,79}. Maar ook al eerder, respectievelijk in 1733 en 1742, leerden de 18e-eeuwse artsen J.G. Gmelin (1709-1755), en daarna A.N. Ribeiro Sanches (1699-1783), die eveneens leerling van Boerhaave was geweest, dit nogal riskante ‘geneesmiddel’ kennen tijdens hun expedities en reizen in Siberië. Over Sanches’ ontmoeting in 1742 met een oude Duitse legerarts, die ooit deel uitmaakte van na de Slag bij Poltava (1709) naar het Gouvernement Tobolsk gedeporteerde krijgsgevangenen, is daarna in de Franse en de Duitse literatuur gepubliceerd⁷⁹⁻⁸¹. Sanches gebruikte in zijn recept, geïnspireerd door deze Duitse chirurg, een dubbele dosis⁶³. Verder schreef hij uitdrukkelijk voor, dat onmiddellijk na deze kwikbehandeling een Russisch dampbad diende te volgen, waar patiënten moesten zweten zolang hun krachten het toelieten, om vervolgens bedrust te nemen (Afb. 3). Maar ook al liet men dergelijke dampbaden later klaarblijkelijk achterwege, de ‘Liquor Swietenii’ bleef als recept nog tot in 1908 verschijnen in de Franse farmacopee – zij het onder een aparte rubriek ‘De tenir séparées des autres’ – en in de Japanse farmacopee zelfs tot in 1932^{63,82,83}.

‘Swietenia febrifuga’

Hoewel dit genaamde eponiem niet voortkwam uit de ‘Kurze Beschreibung’, is de achtergrond van de ‘Swietenia mahagoni’ ook kenmerkend voor de ondernemingszin en ‘beginner’s luck’ van de 18e-eeuwse. Op 23 juli 1755 schrijft Van Swieten vanuit Wenen aan zijn collega-arts J. F. van Leempoel te Rotterdam, het volgende postscriptum, na een brief over de ‘Liquor’⁶³.

Boerhaave dit aan de Leidse Universiteit had gedaan. Goed kunnen 'botaniseren' vormde van oudsher een belangrijk onderdeel van de artsen- en apothekersopleiding. De Engelse Society of Apothecaries "encouraged the study of botany and arranged excursions for gathering herbs. After 1633 fines were imposed on those members who failed to attend these excursions"⁸⁴. Daarnaast was botaniseren voor velen ook een hobby, en het bezit van een rijk gevarieerde botanische tuin gold bij sommige kapitaalkrachtigen als een soort statussymbool, zeker wanneer daar ook exotische planten, bomen, en (indien mogelijk) dieren waren te bewonderen.

In dit licht kan worden gezien de botanische en zoölogische expeditie naar West-Indië en Zuid-Amerika (1755-1759), geleid door Nicolaus Joseph Jacquin (1727-1817), die op voordracht van Gerard van Swieten in 1752 te Wenen was aangesteld als botanicus en chemicus. Als eerbetoon beschreef Jacquin later de West-Indische mahonieboom onder de naam 'Swietenia mahagoni'⁸⁵. Behalve als houtsoort, werd deze ook bekend door de schors genaamd 'Swietenia febrifuga', over de geneeskrachtige werking waarvan studies verschenen sinds de 18e eeuw, tot op heden⁸⁶⁻⁸⁸.

Besluit

Enkele van de genoemde eponiemen worden tot op de huidige dag dus nog steeds gebruikt, zoals het laatste voorbeeld illustreert. De praktische betekenis van de 'Kurze Beschreibung' werd vooral duidelijk in de decennia voor en na 1800, dus tijdens het Ancien Regime, en de erna komende revolutionaire, Napoleontische, en andere oorlogen. Een kort voorbeeld daarvan is om te besluiten het volgende. Na Van Swieten's overlijden liet keizerin Maria Theresia, in het sinds 1770 als eerste militair hospitaal gebouwde ziekenhuis te Gumpfendorf bij Wenen, een onderwijsinstituut voor de behandeling van inwendige ziekten en voor het leren van militaire geneeskunde oprichten. In deze tot 1781 slechts halfjaarlijkse cursus voor regimentschirurgen, probeerde men de wetenschappelijke vorming van legerchirurgen te verhogen, door middel van leerboeken voor

zelfstudie. Daarbij verscheen als eerste Van Swieten's compendium^{69,89}. Ook hieruit kan worden opgemaakt, dat het boek als 'repetitiedictaat' zijn waarde ruimschoots heeft bewezen.

Het oude adagium 'Let those teach others who themselves excel' geldt ook nog steeds, zoals de recente en indrukwekkende Webinars door Britse en Europese militaire chirurgen samen met hun collega's in Oekraïne momenteel bewijzen⁹⁰ (Afb. 4).



Afb. 4: Militair geneeskundige knowhow wordt ook nu weer gedeeld, zoals de Webinars van de Federation of European Societies for Surgery of the Hand (FESSH) en de British Society for Surgery of the Hand (BSSH) getuigen.

Overgenomen met vriendelijke toestemming van de FESSH, St. Gallen.

SUMMARY

THE MILITARY MEDICINE OF GERARD VAN SWIETEN

In commemoration of the 250th anniversary of the death of the great Dutch physician Gerard van Swieten, personal physician to Empress Maria Theresa of Austria since 1745, this article discusses his handbook on military medicine from 1758. The influence of this successful textbook and some recipes from it, during the past centuries, is selectively illustrated with a literature overview and several commentaries, including some by Van Swieten himself.

Referenties:

1. Sto velikih vrachej - Honderd grote artsen (2022).
Zie: <https://stom.tilimen.org/sto-velikih-vrachej.html?page=8>
2. Bruguera M.: Gerard van Swieten (1700 - 1772), el creador de l'escola de medicina de Viena (2022).
Zie: <https://curiositatshistoriamedicina.wordpress.com/2022/06/13/gerard-van-swieten/>
3. Saving Soldiers: Medical Practice in the Revolutionary War, April 1, 2022 - November 27, 2022.
Zie: <https://www.americanrevolutioninstitute.org/exhibition/saving-soldiers-medical-practice-in-the-revolutionary-war/>
4. Ablij H.: Gerard van Swieten, Een Nederlandse arts in dienst van het Habsburgse rijk, in *Interne Geneeskunde* (2020) 3: 28-31.
5. Bronza B.: Impact of Gerard van Swieten on the Development of Austrian Medicine Throughout the 18th Century, in *Scripta Medica* (2021) 52 (1) 59-68.
6. Triebnig-Löffler C.: Gerard van Swieten, in 33. Welttag der Fremdenführer (2022). Zie: https://www.guides-in-vienna.at/wp-content/uploads/2022/02/vortraege_2022.pdf
7. Triebnig-Löffler C.: Gerard van Swieten. Vor 250 Jahren: Tod des Leibmedicus Maria Theresias, in *Kulturmagazin der Wiener Fremdenführer* (2022) 80.
8. Lindeboom G.A.: De Hollandse tijd van Gerard van Swieten, in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1973) 117 (28) 1037-1042.
9. Kreuzinger V.: Zum 150. Todestage Gerhard van Swietens, in *Janus, Archives Internationales pour l'Histoire de la Médecine et de la Géographie Médicale* (1922) 26: 177-189.
10. Fournier A.: Gerhard van Swieten als Censor. Nach Archivalischen Quellen, in *Sitzungsberichte der Philosophisch-Historischen Classe der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, Wien* (1876) 84 (3) 387-466.
11. Kesteloot J.L.: Hulde aan Gerardus van Swieten. Ter vervulling eener spreekbeurt in het letterkundig Genootschap, te Gend gevestigd, onder de zinspreuk: REGAT PRUDENTIA VIRES (1826) Gent, Drukkerij A.B. Stéven.
12. Grandjean de Fouchy J.-P.: Éloge de M. le Baron van Swieten, in *Histoire de l'Académie Royale des Sciences (France) avec les mémoires de mathématique & de physique tirez des registres de cette Académie* (1772) 114-128.
13. Würz I.: Lofreden op den Heer Gerard van Swieten, in *Natuurkundige Verhandelingen of Verzameling van Stukken; de Natuurkunde, Geneeskunde, Oeconomie Natuurlijke Historie, enz. betreffende* (1776) Amsterdam, A. van der Kroe, 4: 1-25.
14. Van Swieten G.: Kurze Beschreibung und Heilungsart der Krankheiten welche am öftesten in dem Feldlager beobachtet werden (1758) Wien, Prag und Triest, Trattner.
Zie: <http://data.onb.ac.at/rec/AC10361652>
15. Atalic B.: Differences and similarities in the regulation of medical practice between early modern Vienna and Osijek, in *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* (2012) 43 (3) 691-699.
16. Nelson W.M.: *The Time of Enlightenment. Constructing the Future in France, 1750 to Year One* (2021) Toronto, Buffalo, London, University of Toronto Press.
17. Plewig G.: Johann Peter Frank (1745-1821). Wanderer zwischen den Welten, Wegbereiter der Sozialmedizin und Dermatologie, in *Aktuelle Dermatologie* (2011) 37: 124-129.
18. Lassen F.B.: Regular, Dependable, Mechanical: J.F. Struensee on the State of Denmark, in *Contributions to the History of Concepts* (2009) 5: 94-116.
19. Renner A.: Progress through Power? Medical Practitioners in Eighteenth-century Russia as an Imperial Elite, in *Acta Slavica Iaponica* (2008) 27: 29-54.
20. Koerner L.: Linnaeus' Floral Transplants, in *Representations, Special Issue: National Cultures before Nationalism* (1994) 47: 144-169.
21. Nutton V.: Introduction, in: *Medicine at the Courts of Europe, 1500-1837*, V. Nutton (Ed.) (1990) London and New York, Routledge, 1-14.
22. Lass P., Szarszewski A., Gaworska-Krzemińska A., Sławek J.: Medical doctors as the state presidents and prime ministers - a biographical analysis, in *Przegląd Lekarski* (2012) 69 (8) 642-646.
23. Mackenbach J.P.: Politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal, in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (2016) 160: B1336, 2-6.
24. Pygmalion-effect (2022). Zie: <https://nl.wikipedia.org/w/index.php?title=Pygmalion-effect&oldid=62512297>
25. Eden D.: Self-Fulfilling Prophecy as a Management Tool: Harnessing Pygmalion, in *The Academy of Management Review* (1984) 9 (1) 64-73.
26. Vidmar L.: Secularization of Book Censorship under Maria Theresa: Between Catholic Tradition and Moderate Enlightenment, in *Slavica Tergestina - European Slavic Studies Journal* (2021) 26 (1) 144-170.
27. Chlebak C.A., Reid P.H.: From the prefect's desk: Gerard van Swieten's library correspondence, in *Library and information history* (2022) 38 (1) 23-41.
28. Molinéry R.: Van Swieten et Voltaire, in *La Chronique Médicale, Revue mensuelle de Médecine* (1925) 32: 50.
29. Dorreboom M.L.: 'Gelijk hij gecondemneert word mits deezen'. Militaire strafrechtspleging bij het krijgsvolk te lande, 1700-1795. II. 1.4. Het Staatse Leger in de achttiende eeuw (2020) Amsterdam, Cabeljauwpers, 28-39.
30. Dutch regiments, Garnizoensplaatsen op plaats (2013).
Zie: <https://www.kwakonline.nl/wp-content/uploads/2013/09/Lijsten-met-Regimenten-in-plaats1.pdf>
31. NH Ondertrouw PP. april 1746 - 1750, archiefnummer 1004, Nederlands Hervormd Ondertrouw (1575-1795), inventarisnummer 39, blad 185, Gemeente: Leiden (2022).
Zie: <https://www.erfgoedleiden.nl/collecties/personen/zoek-op-personen/deeds/290a7167-5377-a1ba-b4b6-800a2cca6444>
32. Lang U., Anagnostou S.: Sir John Pringle (1707-1782) Hilfe für die Verwundeten im Krieg, in *Deutsches Ärzteblatt* (2013) 110 (37) 1680-1682.
33. Kippis A.: Various Particulars of the Life of Sir John Pringle, in *The new annual register, or general repository of history, politics, and literature, for the year 1783* (1796) London, G. Robinson, 36-48.
34. Van der Korst J.K.: Een dokter van formaat: Gerard van Swieten, lijfarts van keizerin Maria Theresia (2003) Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
35. Van der Haar J.: Korte Beschryving en Geneeswys der Ziekten, dewelke veelzints in de Heirleegers voorkomen; door Gerard Baron van Swieten, Raad en eerste Lyfarts van hare Keizerlyke en Koninglyke Majesteiten, &c &c. In het Nederduitsch Vertaald, en met Aantekeningen Vermeerderd, 3e druk (1764) Amsterdam, Jacobus van Heun.
36. Verhandelingen van het Bataafsch Genootschap der Proefondervindelijke Wijsbegeerte te Rotterdam, 8e deel, 11 Augustus 1783 - 9 Augustus 1784, Naamlijst der Leden van het Genootschap (1787) Rotterdam, Dirk en Ary Vis.
37. Van Swieten G.: Description abrégée des maladies qui regnent le plus communément dans les armées, avec la méthode de les traiter (1759) Paris, Vincent.

38. **Van Swieten G.:** Descrizione delle malattie che regnano piu comunemente nelle armate, e del metodo di trattarle (1759) Vienna, G.T. Trattner.
39. **Van Swieten G.:** A short account of the most common diseases incident to armies, with the method of cure. Translated from the original of Baron Van Swieten (1762) London, T. Becket and P.A. de Hondt.
40. **Van Swieten G.:** Descrição compendiosa das infirmitades mais commuas dos exercitos: com hum novo, facil, e seguro methodo de curar o mal venereo, Accrescentado com algumas notas, e muitas advertencias importantes para os Cirurgiões do mar. Traduzido na lingua Portugueza por Antonio Martins Vidigal (1764) Valensa, Antonio Balle.
41. **Van Swieten G.:** Descripción compendiosa de las enfermedades que Reynan lo mas comunmente en los exercitos, con el methodo de curarlas, traducido al Castellano, y nuevamente corregido en esta segunda impression por Don Agustin Arguello y Castrillo (1767) Madrid, Andrés Ortega.
42. **Van Swieten G.:** The diseases incident to armies. With the method of cure. Translated from the original of Baron Van Swieten. To which are added; The nature and treatment of gun-shot wounds. By John Ranby. Likewise, some brief directions, to be observed by sea surgeons in engagements. Also, Preventatives of the scurvy at sea. By William Northcote. Published for the use of military, and naval surgeon in America (1776) Philadelphia, R. Bell.
43. **Van Swieten G.:** The diseases incident to armies, etc. Reprint of the 1776 Philadelphia edition (1777) Boston, E. Draper, for J. Douglass M'Dougall.
44. **Bayne-Jones S.:** The Evolution of Preventive Medicine in the United States Army, 1607-1939 (1968) Washington, Office of the Surgeon General Department of the Army.
45. **Babu E., Eisenberg D.T.A.:** Where there is no doctor, in Journal of the American Medical Association (2010) 303 (9) 885-886.
46. **Goodman G.K.:** Japan and the Dutch 1600-1853 (2013) Richmond, Routledge Curzon, Chapter 15, 226.
47. **Fujikawa Y.:** Geschichte der Medizin in Japan, Kurzgefasste Darstellung der Entwicklung der Japanischen Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Einführung der europäischen Heilkunde in Japan (1911) Tokyo, Kaiserlich-Japanisches Unterrichtsministerium.
48. **De Feller F.X.:** Geschiedkundig Woordenboek of Beknopte Levensbeschrijvingen, Deel 23 (1847) 's-Hertogenbosch, J.J. Arkesteyn & Zn.
49. **Kletter C.:** The Civil Pharmacopoeias of Austria; The Austrian Military Pharmacopoeias and the Medicine Supply to the Imperial Army (2015). Zie: <https://histpharm.org/working-group-history-of-pharmacopoeias/>
50. **Hirsch S.:** Medicine on the edge of the Habsburg Territories: medical practices and medical care at the Banat military border (late 18th century - early 19th century), in Acta medico-historica Adriatica (2021) 19 (1) 33-60.
51. Wikipedia: Gerard van Swieten (2021). Zie: https://nl.wikipedia.org/w/index.php?title=Gerard_van_Swieten&oldid=58868780
52. **Van Swieten G.:** Dissertatio Medica Inauguralis de Arteriae Fabrica et Efficacia in Corpore Humano (1725) Leiden, Joh. & Herm. Verbeek.
53. **Cook H.J.:** Practical Medicine and the British Armed Forces after the "Glorious Revolution", in Medical History (1990) 34: 1-26.
54. **Groustra F.N., Bruijn J.R.:** Een kentering in de gezondheid aan boord. Bataafse Vloten naar Oost- en West-Indië, 1802, in Tijdschrift voor Zeegechiedenis (1995) 14 (1) 25-50.
55. **Tilanus J.W.R.:** Catalogus der Boekerij der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Ziekten van Zeevarenden, Krijgsliden, enz. (1861) Amsterdam, 131-132.
56. **Elliott J.E.:** The cost of reading in eighteenth-century Britain: Auction sale catalogues and the Cheap Literature Hypothesis, in English Literary History (ELH) (2010) 77 (2) 353-384.
57. **Van Effen J.:** De Hollandsche Spectator, 24 December (1731) 1 (19) 145-152.
58. **Calkoen G.Th.A.:** Onder studenten. Leidse aanstaande medici en de metamorfose van de geneeskunde in de negentiende eeuw (1833-1888), Dissertatie Leiden (2012) Leiden, Ginkgo.
59. **Jol A.:** Studeren in de jaren 60, in Geschiedenis Beleven (2013). Zie: <http://www.geschiedenisbeleven.nl/studeren-in-de-jaren-60/>
60. **Zwalve W.J.:** The Cultivation of Incompetence. Voordracht gehouden op de Onderwijsdag voor Juridische Docenten, Tilburg 14 januari 2004, in online publication GROM XX (2003). Zie: <https://ugp.rug.nl/grom/article/download/17874/15336/19892>
61. **Leyder D., Johan F.:** Graaf Karl Johann Philipp Cobenzl en de Europese educatieve ruimte. Of de internationale opvoedingsstrategie van een Oostenrijkse diplomaat in Brussel (1753-1770), in Revue Belge de Philologie et d'Histoire/ Belgisch Tijdschrift voor Filologie en Geschiedenis (2011) 89: 455-490.
62. Wikipedia: Jean-Daniel Schoepflin (2022). Zie: https://fr.wikipedia.org/wiki/Jean-Daniel_Schoepflin
63. **Van Leersum E.C.:** Een tweetal brieven van Gerard van Swieten over den liquor Swietenii en de kinderpokinenting, in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1910) 54: 1708-1725.
64. **Rothuizen W.:** Burgers en studenten, in Nieuwe Amsterdamsche Courant - Algemeen Handelsblad 30 juni 1965, Bijlage t.g.v. Het Leidse Universitaire Lustrum (1965) 138 (44837) 14.
65. **Van Wesel M.:** Studentenleven - Dit is sowieso iets Leids, in Leids Universitair Weekblad Mare (2016). Zie: <https://www.mareonline.nl/studentenleven/dit-is-sowieso-iets-leids/>
66. Universiteit Utrecht: Universiteitsbibliotheek, Repertorium Bijzondere Collecties, Collectie Naber - Jean Charles Naber (1858-1950) (2022). Zie: <https://repertorium.library.uu.nl/collectie/naber/>
67. **Van Gijn J.:** Why I became a Neurologist. A middle road between physics and literature, in Practical Neurology (2011) 11 (3) 177.
68. **Verhagen C.J.D.M.:** Repetitoren, in De Spiegel, Officieel Orgaan van het Delftsch Studentencorps (1946) 19 (3) 8.
69. **Kirchenberger S.:** Geschichte des kaiserlichen und königlichen österreichisch-ungarischen Militär-Sanitätswesens. II. Abschnitt. Ergänzung, Aus- und Fortbildung des ärztlichen Personals. I. Capitel. Älteste Periode: 15. Jahrhundert bis zur Gründung der Josefs-Akademie (1895) Wien, Josef Šafář, 54-60.
70. **Pile M.:** Name That Medical Device; a Guide to Medical Device Branding (2020). Zie: <https://www.mddionline.com/product-development/name-medical-device-guide-medical-device-branding>
71. **Grauls M.:** Eponiemen: de ondergeschoven kinderen van de etymologie, in Steven Vanhooren & André Mottart (red.) Vierentwintigste conferentie Het Schoolvak Nederlands (2010) Gent, Academia Press, 155-157.
72. **Dibley W.:** Advertisement, Dr. Sanxay's Medicines, in Pennsylvania Packet, March 23 (1772) 22.
73. Parliament of the United Kingdom and Thomas Edlyne Tomlins: The Statutes of the United Kingdom of Great Britain and Ireland 1802 (42 George III), C 56, Schedule to which this Act refers (1804) London, G. Eyre and A. Strahan, p. 385. Zie: https://archive.org/details/np212725_0001
74. **Scheltema M.W.:** Myogene pseudostenocardie, in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1925) 69: 1432-1433.

75. The Consultation Letters of Dr William Cullen (1710-1790) at the Royal College of Physicians of Edinburgh, Spirit Minderer (2022). Zie: <http://www.cullenproject.ac.uk/items/i191/>
76. Geisweit van der Netten C.A.: Voorschriften van geneesmiddelen in de gewoonlijkste ziekten en toevallen der paarden (1817) Amsterdam, 's-Gravenhage, Gebroeders Van Cleef, pp. 10, 12, 27, 31, 41, 43.
77. Shryock R.H.: A century of medical progress in Philadelphia: 1750-1850, in Pennsylvania History: A Journal of Mid-Atlantic Studies (1941) 8 (1) 7-28.
78. Campbell W.A.: The analytical chemist in nineteenth century English social history, in Durham theses, Durham University (1971). Zie: <http://etheses.dur.ac.uk/9525/>
79. Girtanner C.: Abhandlung über die venerische Krankheit (1789) Göttingen, Johann Christian Dieterich.
80. Sanches A.N.R.: Observations sur les maladies vénériennes, publiées par M. Andry (1785) Paris, T. Barrois le Jeune.
81. Allgemeine Literatur-Zeitung, 29ten Julius 1786, Artzeneygelahrtheit (1786) 156-234b (180) 193-196. Zie: https://zs.thulb.uni-jena.de/receive/jportal_jparticle_00023298
82. Soluté de chlorure mercurique, Liqueur de Van Swieten. Solutio hydrargyri bichlorati, in Codex medicamentarius gallicus: Pharmacopée française, rédigée par ordre du Gouvernement [préface de L. Landouzy] (1908) Paris, Masson & Cie, pp. 665, 809.
83. Takahashi F.: Acceptance of van Swieten's Liquor in Japan, in Nihon Ishigaku Zasshi - Journal of Japanese History of Medicine (2002) 48 (4) 575-595.
84. Cope Z.: Influence of the Society of Apothecaries upon Medical Education, in British Medical Journal (1956) 1 (1) 4957,1-6.
85. Den Otter H.: Naar inzicht en vakmanschap. A.-J. Roubo's L'Art du menuisier over interieurbouw en meubelmakerij in de achttiende eeuw (2016) PhD Thesis, Universiteit van Amsterdam.
86. Duncan A.: Tentamen Inaugurale, de Swietenia soymida (1794) Edinburgh, Balfour and Smellie.
87. Chakrabarti P.: Empire and Alternatives: Swietenia febrifuga and the Cinchona Substitutes, in Medical History (2010) 54: 75-94.
88. Rahman S.M.A., Akter M., Hira T.E., Mian M.Y., Ahmed I., Rahman M.M.: Antioxidant and antimicrobial activities of flower and bark extract of Swietenia mahagoni (L.) Jacq., in Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry (2014) 2 (6) 185-188.
89. Svojtka M.: Der naturgeschichtliche Unterricht an der medicinisch-chirurgischen JosephsAkademie (Josephinum) im Zeitraum von 1784 bis 1874, in Berichte der Geologischen Bundesanstalt (2013) 103: 85-95.
90. Federation of European Societies for Surgery of the Hand (FESSH): Hand in Hand with Ukraine Webinar Series (2022). Zie: <http://fessh.com/hand-in-hand-with-ukraine/>

MEDEDELING



Netherlands School of Public & Occupational Health



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

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

Basismodule reizigersadviesing voor verpleegkundigen

Om als reizigersverpleegkundige te werken, dien je je als verpleegkundige verder te specialiseren. Wil jij leren om zelfstandig individuele reizigersadviezen te geven en te beoordelen wanneer je met een arts moet overleggen? Doe dan deze LCR-geaccrediteerde, praktische module.

Voor wie: *verpleegkundigen met 3-6 maanden werkervaring in de reizigersadviesing*

Datum: 10 en 20 maart, 3 en 17 april, 8 en 22 mei 2023, Utrecht

Schrijfvaardigheid en argumentatie

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

Voor wie: *sociaal geneeskundigen, gezondheidswetenschappers en andere professionals in de public & occupational health, die hun kwaliteiten als schrijver van overtuigende (beleids)teksten willen verbeteren*

Datum: 5 en 19 april en 17 mei 2023, online

Actualiteiten medische advisering in het sociaal domein

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

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

Datum: 6 april 2023, Utrecht

Sociaal medische advisering in het kader van de Wmo 2015

Wil jij je kennis van de Wmo updaten? Wil je leren wat de effecten daarvan zijn op de ondersteuning van mensen met een beperking of psychosociaal probleem? En wil je leren wat de Wmo betekent voor jouw rol als medisch adviseur? Doe dan deze vijfdaagse module.

Voor wie: *artsen die in hun werk te maken hebben met sociaal medische advisering aan gemeenten: sociaal geneeskundigen en verzekeringsartsen*

Datum: 9, 16, 23 en 30 mei en 6 juni 2023, Utrecht

Infectieziekten: van cel tot melding

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

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

Datum: 11 en 25 mei, 1 en 15 juni 2023, Utrecht

Training Adviesvaardigheden

Adviseren neemt een steeds belangrijkere plaats binnen organisaties in de publieke gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Heb jij in de publieke of bedrijfsgezondheidszorg een adviserende taak en wil je bekend raken met het proces van adviseren? Zodat jouw adviezen worden opgevolgd? Doe dan deze driedaagse module.

Voor wie: *artsen en andere professionals met een adviserende taak in de publieke gezondheidszorg of bedrijfsgezondheidszorg*

Datum: 16 mei, 6 en 27 juni 2023, Utrecht

Participatiewet

Als arts en arbeidsdeskundige is het belangrijk dat je goed op de hoogte bent van de actuele regelgeving rondom de Participatiewet. Wil je daar meer over leren? En weten hoe je je dienstverlening en adviesvaardigheden met die kennis kunt optimaliseren? Doe dan deze module.

Voor wie: *artsen, arbeidsdeskundigen en andere professionals die te maken hebben met de WWB/Wet Bijzondere Bijstand/Participatiewet*

Datum: 12, 19 en 26 juni 2023, Utrecht

Anticonceptie, ongewenste zwangerschap en seksueel geweld

Als doktersassistent kun je vragen krijgen over anticonceptie en zwangerschapsonderbreking. Ook kun je te maken krijgen met vermoedens van seksueel geweld. Wil jij hier optimaal op voorbereid zijn, zodat je cliënten zo goed mogelijk kunt adviseren en verwijzen? Doe dan deze eendaagse module.

Voor wie: *doktersassistenten die werken bij een centrum voor seksuele gezondheid. Deze module is ook interessant voor medewerkers van Gezondheidszorg asielzoekers of andere professionals die in hun werk te maken hebben met vragen over seksualiteit*

Datum: 30 juni 2023, Utrecht



Medisch personeel in de Nederlandse krijgsmacht: een historisch perspectief op ethische dilemma's, autonomie en hybride professionele identiteit

door dr. Francesca Hoofft

Docent Geschiedenis van Internationale Betrekkingen, Vakgroep Geschiedenis en Kunstgeschiedenis, Faculteit Geesteswetenschappen, Universiteit Utrecht.

Dit artikel geeft een beknopt overzicht van Hooffs proefschrift 'White coats, green jackets. Physicians and nurses in the Dutch armed forces, professional identity & agency, 1990-2010', waarop zij op 14 april 2022 aan de Universiteit Utrecht is gepromoveerd.

Artikel ontvangen september 2022.

Samenvatting

Militaire uitzendingen tussen 1990 en 2010 plaatsten medisch personeel voor een breed scala aan uitdagingen, problemen en ethische dilemma's. Dit onderzoek toont aan dat uitzendingen problematisch konden zijn, maar dat dit niet noodzakelijkerwijs zo was. Verschillende situationele en organisatorische factoren, die per uitzending maar ook per rotatie of zelfs locatie verschilden, creëerden of verhielpen problemen. Maar bovenal toont dit onderzoek aan dat er verschillende patronen zijn in de omgang van medisch personeel met uitdagingen. Patronen, waarin professionele identiteit een verschillende rol speelde. Of uitzendingen als ethisch problematisch werden ervaren wordt zo deels bepaald door de betekenis en ervaring van professionele autonomie.

Introductie

Sinds het einde van de Koude Oorlog is de Nederlandse krijgsmacht steeds meer gericht op expeditionaire uitzendingen naar conflict- en crisisgebieden over de hele wereld. Hieronder vallen vredesmissies met de Verenigde Naties (VN) en stabilisatie- en gevechtsmissies met de NAVO of in ad-hoccoalities, maar ook humanitaire hulpverlening bij bijvoorbeeld natuurrampen. Militairen werden uitgezonden naar gebieden die hen klimatologisch, politiek en cultureel onbekend waren en waar de gevechtshandelingen vaak (nog) niet voorbij waren. Bovendien traden de militairen steeds meer verspreid op, verdeeld in kleinere eenheden over meerdere bases en posten. Dit vergde een hoge mate van zelfredzaamheid. De troepen werden geconfronteerd met gevaren: de instabiele politieke en militaire situatie maar ook natuurlijke gevaren als tropische ziekten en hitte. Bovendien kwamen militairen, vanwege het verspreide optreden binnen het uitzendgebied en de aard van hun taken, vrijwel altijd in contact met de lokale bevolking – en werden zij geconfronteerd met hun humanitaire nood. Deze significante veranderingen ten opzichte van de hoofdtaak tijdens de Koude Oorlog – de verdediging van NAVO-grondgebied tegen de Sovjet-Unie en bondgenoten – vroeg om vernieuwing. Vernieuwing van beleid, protocollen en materieel, maar ook van onderwijs en missiegerichte voorbereidingen voor personeel. Ondersteunende eenheden zoals de geneeskundige troepen waren hierin geen uitzondering.

Tijdens uitzendingen kwamen artsen en verpleegkundigen voor veel uitdagingen te staan. Schaarste van materieel en medicijnen, een tekort aan personeel, problemen met de medische evacuatie (medevac) lijnen, of een uitbraak van malaria of gastro-enteritis, om een aantal voorbeelden te geven. Maar sommige uitdagingen waren naast praktisch ook ethisch van aard. Hoe voer je triage uit als het aantal patiënten de middelen overschrijdt, zeker als sommige gewonden er dusdanig slecht aan toe zijn dat ze veel middelen en tijd zullen vereisen? En wat als sommigen van hen krijgsgevangenen of burgers zijn, terwijl ook gewonde collega's worden binnengebracht? Hoe überhaupt om te gaan met burgers die medische zorg vragen voor alles van oude verwondingen en chronische aandoeningen tot problematische zwangerschappen en tuberculose, zeker als er lokaal geen faciliteiten zijn om zorg voort te zetten nadat de Nederlandse krijgsmacht weer vertrekt?

En, hoe kunnen medische standaarden gewaarborgd worden wanneer gezondheidszorg actief ingezet wordt als militair tactisch middel, zoals in 'Medical Assistance programs' (medcaps) om de lokale bevolking te helpen, maar toch vooral ook gunstig te stemmen? De overkoepelende vraag is hoe medische professionele en ethische standaarden gewaarborgd zijn binnen een militaire uitzending, waar de veiligheidssituatie soms niet mee zit en medisch personeel onder militair commando valt.

Deze vraagstukken en de manier waarop medisch personeel in het verleden omgegaan is met deze uitdagingen en dilemma's, vormen de kern van dit onderzoek. Dit artikel biedt eerst kort meer inzicht in de begrippen professionele identiteit en autonomie en de potentieel problematische positie van medici binnen de militaire organisatie. Ten tweede schetst het de ontwikkelingen in de manier waarop medisch personeel is uitgezonden tussen 1990 en 2010. De focus ligt hierbij op de veranderende doelen, taken en mandaten en de uitdagingen die ontstonden tijdens uitzendingen. Als derde biedt dit onderzoek een analyse van de manier waarop militair artsen en verpleegkundigen omgingen met die uitdagingen en dilemma's. Het onderzoek heeft drie verschillende patronen geïdentificeerd. In het eerste en tweede patroon speelde ofwel de medische ofwel de militaire professionele identiteit de hoofdrol. In het derde patroon gaf een hybride vorm van identiteit houvast tijdens de besluitvorming. Dit hybride patroon creëerde ook een nieuwe kijk op de betekenis aan professionele autonomie. Het artikel sluit af met een reflectie op de toekomst van de geneeskundige eenheden.

Duale-loyaliteit en professionele identiteit

Duale-loyaliteit refereert naar de twee verschillende loyaliteiten die militair medisch personeel ervaart of kan ervaren. Aan de ene kant loyaliteit naar de individuele patiënt en medische standaarden. Aan de andere kant loyaliteit naar de militaire organisatie en het op peil houden van de gevechtskracht^{1,2}. Militair artsen en verpleegkundigen opereren binnen of tussen twee verschillende professionele kaders met eigen standaarden, protocollen en juridische, ethische en morele kaders: het medische en het militaire. Militaire uitzendingen confronteerden artsen en verpleegkundigen met situaties waarin medische en militaire prioriteiten konden botsen. Dit leidde regelmatig tot ethische dilemma's waarin zij moesten kiezen tussen hun conflicterende verplichtingen en wensen. Naast deze intern ervaren strijd tussen identiteiten hadden medici te maken met commandanten zonder medische achtergrond. Die hiërarchie kon hun keuzevrijheid en daarmee hun professionele autonomie hinderen. Artsen en verpleegkundigen moesten continu schipperen tussen de verschillende verwachtingen, prioriteiten en morele codes van beide professies.

De literatuur inzake duale-loyaliteit en de professionele autonomie van medisch professionals binnen de krijgsmacht is sterk gepolariseerd. Aan de ene kant wordt beargumenteerd dat duale-loyaliteit eigenlijk niet bestaat. Een medicus kan alleen medicus zijn. De militaire, hiërarchische organisatie staat medische ethiek en professionele autonomie in de weg en leidt volgens hen tot integriteitsproblemen³⁻⁵. Het wordt breed erkent dat de spanning tussen morele en juridische kaders van beide beroepsgroepen tot dilemma's en een potentiële afbreuk van medische standaarden kan leiden⁶⁻⁸. Maar daar stellen academici aan de andere kant van het debat tegenover dat er geen probleem voor de medische ethiek of integriteit hoeft te ontstaan. Zolang medici zich maar richten op 'het grotere plaatje' en de gevechtskracht zoveel mogelijk op peil houden door militairen snel terug naar hun eenheden te krijgen^{9,10}. Een mogelijke oplossing zou gevonden kunnen worden in het per situatie bepalen van de dominante rol: medisch of militair^{2,11,12}. Dit neemt echter het probleem niet weg maar verplaatst het van het intrinsieke niveau (ben ik primair arts of militair?) naar het situationele (wat ben ik op dit moment?), hetgeen besluitvorming onder stressvolle omstandigheden niet noodzakelijkerwijs vergemakkelijkt. Tot op heden is weinig empirisch onderzoek verricht naar deze problematiek. Onderzoeken naar de Britse en Zweedse krijgsmacht tonen wel de gevaren van socialisatie en groepsconformatie, maar ook van de gelaagdheid van identiteit en prioriteiten^{13,14}. Dit onderzoek biedt nieuwe, empirische inzichten via de ervaringen van

Nederlandse artsen en verpleegkundigen binnen de krijgsmacht. Welke uitdagingen en problemen gaven uitzendingen echt? Welke situationele en organisatorische factoren lagen hieraan ten grondslag? En hoe ervoeren zij de autonomie om hiermee om te gaan?

Methode

Het onderzoek is grotendeels gebaseerd op interviews, aangevuld met archiefonderzoek. Achtendertig (voormalig) militair artsen en verpleegkundigen en leden van medische specialistenteams zijn geïnterviewd inzake hun persoonlijke uitzendervaringen. De interviews leggen, in tegenstelling tot officiële situatie- en evaluatierapporten uit het archief die vooral feitelijke en numerieke informatie bieden, de aard van ethische dilemma's bloot. 'Oral history' onthult de menselijke kant van uitzendproblematiek en 'coping': motivaties, intenties en ervaren keuzevrijheid. Deelnemers aan het onderzoek reageerden op een oproep, verspreid via verschillende kanalen waaronder de Defensie Gezondheidszorgorganisatie (DGO), het Veteraneninstituut en de beroepsverenigingen voor militair artsen en verpleegkundigen. Om de groep deelnemers zo veelzijdig en evenwichtig mogelijk te maken (m.b.t. uitzendingen, rang, functie) zijn via gerichte deelnameverzoeken en de sneeuwbal-methode meer deelnemers geworven. Deelnemers werden geïnformeerd over het doel van de studie en hun vrijwillige deelname. Mondeling en schriftelijke toestemming werden vooraf verworven. Toestemming van de ethische commissie werd voor dit onderzoek niet noodzakelijk geacht door de Universiteit Utrecht.

De interviews volgden een semigestructureerde aanpak om de invloed van de onderzoeker zo klein mogelijk te houden¹⁵. De geïnterviewde kreeg zo de ruimte om te vertellen over wat hij of zij belangrijk vond en kon vrij associëren naar nieuwe thema's en ervaringen. Wel was er een onderwerpenlijst om nog eventueel onbesproken onderwerpen aan te snijden en om de coherentie tussen de interviews te behouden. Het werven van nieuwe deelnemers continueerde naast het interviewproces om een zo breed mogelijk spectrum aan ervaringen te verzamelen. Het interviewen stopte zodra data-saturatie werd bereikt. De interviews werden gedeeltelijk getranscribeerd, gepseudonimiseerd en zoveel als mogelijk geanonimiseerd. In meerdere rondes werd de data via NVivo, een softwareprogramma voor sociaalwetenschappelijk kwalitatief onderzoek, gecodeerd. Deze methode maakte het mogelijk dat de belangrijke onderwerpen en thema's van dit onderzoek, inclusief problemen, dilemma's, successen en de hieraan gerelateerde emoties, vanuit de geïnterviewden zelf kwamen¹⁶. Vervolgens is het concept professionele identiteit gebruikt om besluitvormingsprocessen en de rol van identiteit hierin te analyseren.

Ontwikkelingen in de militaire gezondheidszorg op uitzendingen

De Nederlandse militaire gezondheidszorg veranderde significant tussen 1990 en 2010. De transitie van de Koude Oorlog naar vredesmissies met de VN vroeg om veranderingen in beleid en protocollen, nieuw materieel en een hervorming van het onderwijs, gericht op de nieuwe taken maar ook op specifieke medische problemen als infectieziekten en mijnverwondingen. De start van het nieuwe millennium luidde een tweede transitie in. Vanaf 2001 was Nederland betrokken bij missies gericht op stabilisatie en wederopbouw, doch in de praktijk ook zeer gekenmerkt door voortdurende gevechtsacties. Naast de 'gewone' huisartsenzorg was steeds meer kennis van traumazorg noodzakelijk.

Veel taken en protocollen bleven voor medici in de gehele onderzochte periode gelijk. Internationaal Humanitair Recht en de Conventies van Geneve bleven van toepassing – dus ook de verantwoordelijkheid om medische zorg te verlenen aan krijgsgevangenen¹⁷. Over de gehele periode bleef het primaire doel van uitzending voor de medische eenheden ook hetzelfde: hun taak was het leveren van medische zorg aan de Nederlandse troepen en de troepen van coalitiepartners. Medische zorg aan derden kon geboden worden in levensbedreigende situaties of onder bijzondere omstandigheden, dit laatste te bepalen door de militaire commandant¹⁸⁻²⁰. Daarnaast hadden medische eenheden continu een belangrijke rol in het leggen van contacten

met de lokale bevolking en autoriteiten. Zo droegen zij indirect bij aan de missie via het winnen van 'hearts & minds', al speelde dit niet bij iedere uitzending een even grote rol.

Ondertussen was de krijgsmacht naast vredes- en stabilisatiemissies ook betrokken bij humanitaire uitzendingen, zoals naar Goma in 1994 en naar Pakistan in 2005. Het grote contrast was het andere doel van de uitzendingen: hulp verlenen aan burgers, medisch of anders. Het waren kortdurende uitzendingen, er was weinig tijd om op te werken en er werd met basale gezondheidszorg het beste voor de meeste mensen gedaan. Bovendien werden humanitaire uitzendingen altijd gekenmerkt door een nauwe samenwerking met lokale autoriteiten, het Internationale Comité van het Rode Kruis (ICRC) of non-gouvernementele organisaties (NGO's) zoals Artsen zonder Grenzen (AzG).

Tegenover deze continuïteiten vereisten de veranderingen in militaire inzet en nieuwe medische inzichten en technieken nieuw beleid, protocollen en taakomschrijvingen. Deze leidden tot grote veranderingen in de uitzendrealiteit van militair artsen en verpleegkundigen. Ontwikkelingen in de (civiele) medische zorg vereisten zorg tijdens uitzendingen van gelijk niveau onder alle omstandigheden – in elk geval voor de troepen. Algemeen onderwijs en de Missie Gerichte Instructies (MGI) werden aanzienlijk verbeterd tussen 1990 en 2010, inzake medische vaardigheden maar ook inzake ethiek. Ondertussen vereiste de steeds meer verspreide manier van militair optreden een hoge mate van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de medici – sommigen waren als arts of verpleegkundige alleen verantwoordelijk voor de medische zorg op een kleine post. Dit gold al helemaal wanneer medevac niet functioneerde zoals gepland. De nieuwe opleidingen tot Algemeen Militair Arts (AMA) en Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV) boden meer houvast. Deze manier van optreden resulteerde ook in steeds intensievere internationale samenwerking – en wederzijdse afhankelijkheid – tussen militair medische faciliteiten^{21,22}.

Inzet over de hele wereld betekende ook een confrontatie met uitheemse infectiezieken. Aandoeningen waarmee het personeel initieel niet bekend of voor opgeleid was. Bovendien, in tegenstelling tot de Noord-Duitse laagvlakte, werden de militairen in hoge mate geconfronteerd met lokale burgers die (medische) hulp behoefden. Zowel tijdens patrouilles als aan de poorten van de compound vroegen burgers om hulp. En ondanks dat de zorg voor burgers – buiten levensreddende hulp – niet tot het officiële takenpakket behoorde kregen zij die hulp vaak op grote schaal. Dit betekende ook dat de medici te maken hadden met een patiëntenpopulatie anders dan de militaire populatie (ouderen, kinderen) die hulp zochten voor aandoeningen die de medici onbekend waren (problematische zwangerschappen, geboortedefecten, chronische aandoeningen, etc.). Naast de toenemende internationale samenwerking leidde dit ook tot toenemende samenwerking met NGO's, vooral inzake langetermijnbehandelingen.

Deze samenwerking werd na 2000 nog sterker. In tegenstelling tot de neutrale VN-vredesmissies van de jaren 90 werden meer missies in deze periode gekenmerkt door voortdurende gevechtshandelingen. Dit leidde tot meer gewonden en de medici waren drukker met hun primaire taak. Burgers werden strikter (volgens beleid) doorverwezen of overgeplaatst naar lokale ziekenhuizen, ook omdat triage aan de poort meestal niet langer door artsen zelf gedaan werd, maar door AMV'ers of reguliere militairen²³.

Hoewel het verlenen van electieve medische zorg in deze latere uitzendingen werd ingeperkt, betekende dit niet dat burgers niet meer geholpen werden. Levensreddende hulp werd geboden, evenals hulp aan gewonden waarbij de troepen op enige manier betrokken waren. Verder werd medische hulp ingezet als onderdeel van de militaire tactiek. Om goede relaties met de lokale autoriteiten of bevolking te bewerkstelligen werd regelmatig hulp verleend aan specifieke personen, zoals familieleden van lokale leiders, of tijdens medcaps in specifieke dorpen. Ondanks dat

tijdens deze uitzendingen de (re)constructie van lokale voorzieningen zoals gezondheidszorg onderdeel was van de missiedoelen, was de meeste hulp gericht op kortetermijnwinst. Via Civil Military Cooperation (CIMIC) werd bijvoorbeeld ondersteuning geboden met de scholing van lokaal medisch personeel om bij te dragen aan 'force protection' van de troepen²⁴⁻²⁶.

De militaire inzet veranderde tussen 1990 en 2010 en zo ook de behoefte aan gezondheidszorg. De uitzendrealiteit was complex: er speelden nieuwe medische en logistieke problemen, werd hulp geboden aan militairen en burgers en werd een bijdrage geleverd aan force protection. Bovendien geschiedde dit alles onder continue dreiging van geweld. Ondanks dat de primaire taak altijd de zorg voor de troepen bleef, gingen de medici een grotere rol spelen in het behalen van missiedoelen. Al deze veranderingen en nieuwe behoeften verliepen niet probleemloos. Aan wie zorg te geven en aan wie niet? Met welke middelen? Hoe te prioriteren, zeker wanneer middelen en tijd schaars zijn? En hoe konden medische standaarden behouden blijven als medische zorg zich richtte op kortetermijnwinst voor de troepen, in plaats van langetermijnwinst voor de lokale patiënten of gezondheidszorg? Medisch personeel stond voor nieuwe uitdagingen en ethische dilemma's.

Problemen en dilemma's in de uitzendingomgeving

Vanuit zowel de evaluatierapporten van de medische eenheden als uit de interviews kan een variëteit aan problemen en uitdagingen opgemaakt worden die deze periode van expeditionaire inzet kenmerken. Sommige problemen zoals het continue tekort aan vaardige verpleegkundigen of belemmeringen in medevac vanwege slecht inzetbare helikopters komen in beide typen bronnen naar voren. Maar de interviews leggen daarnaast ook de aard van de problemen en ethische dilemma's bloot. Ze tonen de spanning tussen de medische en militaire normen, prioriteiten en ethiek. Ze laten de botsingen tussen beleid en praktijk zien, alsmede tussen medisch en regulier militair personeel. Bovendien tonen ze hoe artsen en verpleegkundigen met deze spanning omgingen. Uit de onderzoeksdata kunnen vijf hoofdthema's gedistilleerd worden die problemen opleverden. Interessant genoeg waren ze vrijwel allemaal aanwezig gedurende de gehele onderzochte periode.

Ten eerste het tekort aan personeel, voornamelijk een tekort aan vaardige verpleegkundigen. Dit werd dringender naarmate het militair optreden steeds meer verspreid over uitzendgebieden plaatsvond. Buiten dit numerieke tekort kwam, vooral in de interviews, ook naar voren dat er een gebrek aan geoefendheid bij het personeel was. Dit werd des te meer ervaren bij traumazorg en het bieden van hulp aan kinderen. Bovendien werd dit gebrek aan vaardigheden vaak pas zichtbaar tijdens de uitzending. Meer uitgebreide voorbereidingen hadden deze problemen al eerder aan het licht kunnen brengen. Buiten de ervaren individuele tekortkomingen bleek namelijk ook een gebrek aan voorbereiding als team de medici parten te spelen, zeker in het begin van een uitzendrotatie. Medisch specialistenteams, artsen, verpleegkundigen en ondersteunend personeel kwamen niet allemaal uit dezelfde eenheden. Ze moesten wennen aan elkaars werkwijzen en standaarden terwijl ze al in de uitzendingomgeving waren, met verantwoordelijkheid voor de algehele gezondheidszorg²⁷.

Ten tweede was een continue schaarste van materieel en medicijnen. Wat kwantiteit betreft viel dit mee. Standaardmedicatie of verbruiksgoederen konden schaars worden als er logistieke problemen of mass casualty incidenten waren, maar over het algemeen kon dit snel worden opgelost of worden opgevangen door samen te werken met coalitiehospitalen in de regio²⁸. Een belangrijke uitzondering hierop was de situatie in Srebrenica (missie UNPROFOR) in de lente en zomer van 1995. De enclave werd afgesloten door de omsingelende Servische troepen. Middelen werden extreem schaars wat de mogelijkheden van de medische zorg – vooral voor derden – inperkte²⁹. Buiten kwantiteit zorgde de aard van het materieel wel regelmatig voor problemen. Middelen voor basis- of traumazorg waren over het algemeen in orde maar het feit dat burgers

medische hulp zochten – en kregen – maakte ander materieel noodzakelijk. Zoals hierboven vermeld ontbrak het aan ervaring met de hulp die deze patiëntenpopulatie nodig had. Maar het ontbrak ook aan de juiste middelen om deze patiënten hulp te bieden, al helemaal voor ongewone aandoeningen of voor kinderen³⁰. Ondanks dat personeel met improvisatie ver kwam en dat de juiste middelen vaak na enkele rotaties wel meegenomen werden, gaf dit de nodige uitdagingen en beperkingen in de zorgverlening.

Een derde thema dat uitdagingen gaf is het meest inherente aan militaire uitzendingen: gevaar. Natuurlijke en klimatologische gevaren zoals extreem weer en infectieziekten vereisten goede strategieën wat betreft Hygiëne en Preventieve Gezondheidszorg (HPG), alsmede de capaciteit om malaria of oververhitting te behandelen – mocht preventie niet afdoende blijken. Echter, de gevaren gerelateerd aan de conflictsituatie bleken problematischer – zeker in de vroege uitzendingen toen er nog weinig ervaring was met traumazorg. Deze situaties vroegen om triage en snelle besluitvorming onder complexe omstandigheden. Deze druk legde de spanning tussen de medische en militaire identiteit en prioriteiten duidelijk bloot: niet alles wat medisch kon – of civiel zou kunnen – was ook wenselijk of haalbaar in een uitzending³¹. Bovendien, aangezien de militaire uitzendingen over de onderzochte periode steeds meer gekenmerkt werden door intensieve gevechtshandelingen (zoals Uruzgan), kreeg medisch personeel steeds meer (zwaar)gewonden te behandelen.

Het vierde ‘kernprobleem’ betreft de confrontatie met lokale burgers die medische zorg behoefden en de matige of zelfs volledig afwezige lokale gezondheidszorg. Zoals gezegd werd medische hulp verleend, ondanks dat beleid dit (buiten levensreddende hulp) niet voorschreef of zelfs maar aanmoedigde, en ondanks het gebrek aan juiste middelen of kennis. De hieruit volgende problemen zijn te verdelen in drie categorieën. Ten eerste: welk niveau van zorg kon verleend worden aan burgers? Zij konden niet eeuwig in de militaire hospitalen blijven noch gerepatriëerd worden naar Nederland (zoals de troepen). Zorg moest lokaal te continueren zijn: een hoofdpijndossier voor de medici die verantwoordelijk voor hen waren³². Ten tweede: het vereiste coöperatie met lokale zorgverleners of NGO’s om burgers direct heen te kunnen verwijzen of om door militair medici geleverde zorg te kunnen continueren of afronden. Zij hielden er vaak andere standaarden en vooral andere idealen op na, hetgeen samenwerking niet per se ten goede kwam³³. Ten derde: de context van force protection en winning hearts & minds. Medische zorg voor burgers kon worden ingezet als militaire tactiek, vooral in ‘quick impact’ projecten. Aandacht voor langetermijnzorg of structurele opbouw van lokale gezondheidszorg had militair gezien geen prioriteit³⁴. Al deze elementen leidden tot ethische dilemma’s voor medisch personeel.

Het vijfde belangrijke thema dat naar voren kwam betreft de confrontatie met de militaire organisatorische cultuur. De meeste deelnemers van dit onderzoek hadden over het algemeen goede relaties met hun militaire collega’s, inclusief hun commandanten. Hun advies werd serieus genomen³⁵. Maar echt integreren bleek lastig. Vanwege cultuurverschillen, zoals de rol die masculiniteit en groepsconformiteit bij de reguliere militairen spelen. Maar ook vanwege de organisatorische structuur van de krijgsmacht, zoals de principes van hiërarchie en gehoorzaamheid³⁶. Beide legden druk op de autonomie van de medici. Niet verassend is dat deze sentimenten te berde werden gebracht tijdens de interviews, maar niet in de rapporten vermeld staan. Bovendien ervoeren veel medici een mismatch tussen (militair) beleid en de (medische) praktijk van de uitzending, vooral inzake het verlenen van medische zorg aan derden³⁷. En ondanks dat dit wél vermeld staat in officiële evaluaties werd er weinig gedaan dit probleem op te lossen.

Bovengenoemde problemen waren prominent aanwezig in vredes- en stabilisatiemissies, hoewel dit per missie enigszins varieerde. Humanitaire uitzendingen bieden een ander perspectief op de uitdagingen en dilemma’s van medisch personeel. De schaarste van personeel en middelen,

evenals hitte of malaria, waren ook hier aanwezig. Opvallend is dat ook bij humanitaire operaties, waarin het doel het verlenen van hulp aan burgers was, er initieel weinig tot geen juiste middelen (of kennis) waren om deze patiëntenpopulatie te behandelen. Een andere grote uitdaging van humanitaire uitzendingen was de omvang van de medische hulpvraag: duizenden burgers waren hulpbehoevend. En ondanks dat de Nederlandse militairen niet de enige hulpverleners waren, moesten soms moeilijke keuzes gemaakt worden inzake wie behandeld kon worden en op welke manier. Dit vereiste ook veel samenwerking met lokale en NGO-faciliteiten. Opmerkelijk is dat spanning tussen hen vaak op organisatorisch niveau plaats had. Onderling werkten artsen en verpleegkundigen van de krijgsmacht en NGO's meestal goed samen: ze hadden dezelfde doelen en waarden³⁸. Het belangrijkste contrast is echter dat dilemma's waarin de medische en militaire belangen botsten eigenlijk niet voorkwamen in humanitaire uitzendingen: er was tenslotte geen primaire patiëntenpopulatie die voor ging op derden.

Tussen 1990 en 2010 verbeterde de medische zorg op uitzending aanzienlijk, net als het onderwijs voor militair artsen en verpleegkundigen. Medische zorg, zowel volledige behandelingen in het uitzendgebied als snelle stabilisatie en repatriatie naar Nederland, volgde civiele standaarden zo lang als mogelijk. Voor de medici zelf waren uitzendingen echter niet altijd probleemloos, of dit nu lag aan schaarste van middelen of klimatologische gevaren, of aan de spanning tussen de verschillende prioriteiten van de medische en militaire professies. De meeste problemen waren continu aanwezig gedurende de gehele onderzochte periode, ondanks dat ze in evaluatierapporten gemeld werden. Hieronder vallen gebreken in kennis en vaardigheden en voorbereidingen in teamverband, een tekort aan juist materieel (waaronder voor kinderen), gevaarlijke werkomstandigheden en wanverhoudingen tussen beleid en praktijk. Medisch personeel moest omgaan met deze complexe uitzendrealiteit, terwijl hun professionele autonomie ook onder druk stond door de militaire cultuur en hiërarchie.

Omgaan met conflict

Veel problemen waren (initieel) praktisch van aard, niet ethisch. Schaarste, logistieke problemen en gevaar hadden situationele oorzaken, zoals helikopters die niet konden vliegen vanwege de hitte, of organisatorische oorzaken, zoals het bewust niet meebrengen van materiaal om hulp aan kinderen te bieden. Artsen en verpleegkundigen wisten veelal te improviseren met de middelen die ze hadden. Problemen als deze werden beschouwd als inherent aan een uitzendgebied, vergelijkbaar met de werkomstandigheden van NGO's. Het niet kunnen leveren van zorg zoals in Nederlandse civiele ziekenhuizen werd geaccepteerd, hoewel dit makkelijker was als het lag aan onvoorziene situationele factoren dan aan wat de medici beschouwden als omissies van de militaire organisatie.

Buiten problemen van praktische aard kregen artsen en verpleegkundigen te maken met medische dilemma's. Deze hadden duidelijk een ethische dimensie, vooral wanneer schaarste van middelen en tijd – en daarmee de opties voor hoogkwalitatieve zorg en continuïteit van zorg – een belemmering vormden voor medische standaarden, of zelfs leidden tot het staken van behandelingen. Medische dilemma's kwamen voor in iedere uitzending, zeker ook in humanitaire. Maar dit soort dilemma's kwamen ook voor bij NGO's. Ze ontstonden niet uit de spanning tussen de medische en militaire professie, standaarden of prioriteiten. Het waren klassieke tragische dilemma's die geen redelijke oplossing hadden. Een voorbeeld is een arts die de situatie in Cambodja in 1992 beschrijft, waar hij gestationeerd was tijdens de vredesmissie UNTAC:

“We hebben wel eens iemand gehad die was beide ogen verloren bij een mijnontploffing. Ja... ga er maar aan staan hè. Ben je net weer terug uit je vluchtelingenkamp... en een vrouw en twee jonge kinderen... en hartstikke blind. Nou ga er maar wat aan doen. En dat is natuurlijk... ja... Dat snijdt door je ziel als je zo iemand zegt: 'Nou aju paraplu, ontslagen, wij kunnen verder niks meer.' Maar ja... het was zo. Je kon er gewoon niks aan doen dus.”³⁹

Tragisch, maar besluiten konden worden genomen op basis van ‘medische argumenten’: de beschikbare middelen, tijd en lokale nazorg en daarmee de verwachte uitkomst voor de patiënt.

De ethische dilemma’s centraal in deze studie betreffen de spanning tussen de medische en militaire professionele identiteit. Dilemma’s waarbij de twee verschillende professionele kaders van normen en waarden, gedragscodes, ethiek, maar vooral ook prioriteiten een andere beslissing vergden. Ethisch van aard omdat de duale-loyaliteit van militair artsen en verpleegkundigen ogenschijnlijk van hen vraagt een kant te kiezen en daarmee integriteit te verliezen.

Identiteiten, inclusief sociale identiteiten zoals de professionele identiteit, zijn belangrijk in alle fasen van besluitvorming en dus de omgang met dilemma’s. Identiteit geeft een gevoel van houvast en continuïteit, van normen en waarden, eigenwaarde en een idee van juist of onjuist gedrag. (Sociale) identiteit biedt ook een gevoel ergens thuis te horen⁴⁰⁻⁴². Hierin schuilt ook gevaar. Te sterk willen opleven naar een identiteit (voldoen aan de normen of verwachtingen) kan groepsconformiteit uitlokken of leiden tot onjuiste inschattingen van situaties⁴³. Een of meerdere identiteiten spelen dus een rol bij hoe mensen de wereld om zich heen beschouwen (zowel cognitief als qua emoties) en hoe zij hun eigen rol hierin zien. Het speelt daarmee een rol tijdens de verschillende fasen van besluitvorming. Ten eerste, hoe een situatie of probleem initieel wordt waargenomen, of een morele dimensie herkend wordt en welke rol er voor de persoon zelf in weggelegd is. Hieronder vallen taken en verantwoordelijkheden, maar ook aspiraties. Ten tweede beïnvloed identiteit de daadwerkelijke besluitvorming. De overweging van de verschillende opties en mogelijkheden in relatie tot die verantwoordelijkheden – en bij voorkeur ook de aspiraties – en de ethische aspecten van juist/onjuist gedrag vallen hieronder. Ten derde beïnvloedt identiteit het daadwerkelijke handelen en het afleggen van verantwoording voor de keuze. Deze fase omvat de vorige twee stadia, plus de vrijheid – of de bereidheid om autonomie te claimen indien die vrijheid belemmerd wordt – om ook daadwerkelijk te handelen zoals gewenst. Het ‘slagen’, ofwel het wel of niet kunnen voldoen aan verantwoordelijkheden en vervullen van aspiraties, leidt dan ook in deze fase tot het wel of niet ervaren van autonomie en ‘agency’. Dit onderzoek heeft drie patronen van besluitvorming geïdentificeerd, waarin de professionele identiteit als arts, als militair, of juist als een hybride professional de hoofdrol speelt. Maar dit onderzoek heeft ook ontdekt dat de patronen verder gaan dan een interpretatie van een situatie en de besluitvorming. Het gaat om een nieuwe betekenis van autonomie en agency. Via enkele voorbeelden worden deze patronen en de betekenis van autonomie hieronder uiteengezet.

De medische professionele identiteit

Het eerste patroon wordt volledig gekarakteriseerd door de medische standaarden, verantwoordelijkheden, ethiek en aspiraties. Het omvat een duidelijke zelf-perceptie als arts of verpleegkundige. Vrijwel alle deelnemers in dit onderzoek achten zichzelf in eerste instantie medisch professionals. Dertig van de achtendertig deelnemers hebben dan ook eens of vaker volgens dit patroon gehandeld. Zolang grote problemen zich tijdens hun uitzendingen niet voordeden ervaarden zij ook geen ethische dilemma’s. Sommigen die dit patroon demonstreerden kregen bijvoorbeeld nooit te maken met schaarste of grote geweldsincidenten (situationeel positieve omstandigheden) of hadden goedwillende commandanten (organisatorische omstandigheden). Soms moesten zij moeilijke keuzes maken, maar zij ervaarden geen dilemma’s waarin de militaire operatie geprioriteerd moest worden boven medische procedures. Zij behielden autonomie als medisch professionals.

Echter, de meeste deelnemers ervaarden op enig moment tijdens hun uitzending(en) wél spanning tussen de medische en militaire normen en prioriteiten. Dit betrof met name situaties waarin hulp aan derden geboden kon worden (of niet, vanwege de veiligheidssituatie of de primaire taakstelling) en wanneer medische hulp werd ingezet voor tactische doeleinden. Een arts beschreef hoe hij het niet eens was met het apart houden van materieel voor de eigen mensen (de primaire taak) en dit dus ook weigerde te doen:

“Uit principe niet, omdat ik vind dat je de spullen hebt voor de mensen die er komen. En je bewaart geen spullen voor mensen die misschien nooit komen. Het kan niet zo zijn dat je met een ijzeren voorraad blijft zitten, en dat je mensen hebt weggestuurd aan de poort die er vervolgens aan onderdoor gaan... omdat jij op een ijzeren voorraad zat die je niet hebt willen aanspreken.⁴⁴”

Een andere arts vertelde hoe ook hij het niet eens was met het wegsturen van burgers aan de poort. Toen een gewond meisje werd gemeld aan de poort wilde hij haar niet volgens beleid doorsturen naar een lokale kliniek:

“Ja weet je dan ga ik reageren zoals ik moet reageren als dokter. Dus ik heb de operatiekamer laten gereedmaken, de chirurg moet dan zijn ding gaan doen.⁴⁵”

Zijn commandant nam hem dat niet in dank af, maar de arts zou het niet anders doen⁴⁵.

Een andere arts beschrijft dat hij nooit mee wilde werken aan medcaps, omdat dit niet paste binnen zijn idee van goede patiëntenzorg:

“Daar was ik persoonlijk altijd een faliekante tegenstander van. Want ik denk niet dat je geneeskundige hulp moet gaan bieden om informatie te krijgen. En ten tweede, kom je weer op het puntje follow up. Het stuit mij tegen de borst dat ik mensen laat langskomen. Iets doe. En daarna ben ik weer vertrokken. Dan denk ik dan heb je in feite helemaal niks gedaan. Dan heb je mensen iets beloofd wat je niet na kunt komen. [...] En ik denk dat je dat niet kunt maken. Als jij bij mij op behandeling komt dan wil ik die behandeling afmaken. En niet een keer een pilletje en succes.⁴⁶”

Ook voor deze arts leverde het frictie op met zijn commandanten. Opkomen voor medische professionele en ethische standaarden ging dus niet altijd gemakkelijk, artsen en verpleegkundigen moesten opkomen voor wat zij juist achtten. Spanningen liepen hierbij soms hoog op. Een arts die in de enclave Srebrenica gelegerd was vertelde dat hij weigerde om de aanval uit te zitten en ging tegen orders in toch hulp verlenen aan burgers:

“Maar wat wel zo was dat er een verschil was tussen mij en de militairen, want de militairen zijn heel erg heilig verbonden aan het militair bevel. Ikke niet. Ik, eh, had zo van fuck de duck, bekijk het maar. Ik ga doen waarvoor ik gekomen ben. En waarvoor ik dokter geworden ben.⁴⁷”

Een andere arts vertelde hoe hij, en de rest van zijn medische team, in Uruzgan weigerden een intensive care waar burgers lagen leeg te maken omdat er een gevaarlijke operatie plaats zou vinden, die potentieel tot gewonde militairen zou leiden. Het leidde tot een groot conflict met de niet-medische commandanten, die uiteindelijk zelfs dreigden met oneervol ontslag. Ze hielden voet bij stuk:

“En is dat lastig? Ja dat is lastig. [...] Wel een aardig voorbeeld van hoe je toch je medische ethiek een beetje kan bewaren. Terwijl je eigenlijk een beetje de andere kant moet opkijken.⁴⁸”

Uiteindelijk werd er een oplossing gevonden via coalitiehospitaal in de buurt, maar hiervoor hadden ze moeten vechten.

Handelen als medisch professional leidde soms dus tot frictie met reguliere militairen en commandanten. Ondanks dat er meestal goede werkrelaties waren konden situaties als hierboven

de verhoudingen op scherp zetten: artsen en verpleegkundigen moesten actief autonomie claimen om te doen wat zij juist achtten. Maar binnen dit patroon uitte de frictie rondom botsende professionele identiteiten zich alleen extern. De frictie werd niet intern ervaren. Zoals een verpleegkundige het omschrijft:

“Dat zijn ethische dilemma’s, ja ik doe daar niet aan.⁴⁹”

Medische standaarden en de uitkomst voor de patiënt, dat is hoe zij situaties in zich opnamen, hun eigen rol zagen en wat de keuze bepaalde. De medische professionele identiteit stond centraal in alle fases van besluitvorming.

De militaire professionele identiteit

Het tweede patroon wordt gekenmerkt door de militaire professionele identiteit, standaarden en verantwoordelijkheden. Slechts een kleine groep demonstreerde dit patroon en bestaat voornamelijk uit verpleegkundigen die reguliere militairen waren voordat zij verpleegkundigen werden. Deze militaire verantwoordelijkheden worden gekenmerkt door de medische taak die zij uitvoerden. Maar, zij hadden een duidelijk andere zelf-perceptie dan in het vorige patroon. Hun prioriteit lag bij het leveren van een bijdrage aan de missie via het zo goed mogelijk zorg verlenen aan hun militaire collega’s en het op peil houden van de gevechtskracht.

Een verpleegkundige vertelde hoe hij zijn rol als verpleegkundige pragmatisch zag, als schakel in het militaire systeem. Hij ervoer daarom zelf geen botsing tussen wat medisch noodzakelijk was en wat realistisch was in de militaire omgeving⁵⁰. Een andere verpleegkundige zag zijn rol op een vergelijkbare manier:

“De normen en waarden... nee die veranderden voor mij niet zoveel in de uitvoering van het werk operationeel. Je hebt alleen een andere positie, en die begreep ik goed. Het gaat hier om gevechtskrachten, en niet om de geneeskundige installatie optimaal te laten functioneren. Ja optimaal wel, maar niet dat dit de corebusiness is. Dat kon ik begrijpen en dat vond ik logisch ook.⁵¹”

Dit patroon werd ook gevolgd in het apart houden van materieel of medicijnen om altijd paraat te staan voor de zorg voor de eigen militairen. Een arts legde uit hoe hij dit zag:

“De familie van je mensen, je eigen collega’s, moet je recht in de ogen kunnen kijken. [...] Je zit wel in een militair systeem. Als je daar niet mee kan leven moet je bij Artsen zonder Grenzen gaan werken. En niet in een militaire setting.⁵²”

Een andere arts zag dit hetzelfde:

“Je moet spullen overhouden voor je eigen mensen. Als je dat niet doet... ja dan kan je beter inpakken.⁵³”

Hun primaire verantwoordelijkheid was de primaire militaire taak: zorg voor de militaire collega’s, het op peil houden van de gevechtskracht en daarmee het slagen van de militaire uitzending.

Militaire waarden en prioriteiten speelden in alle fases van besluitvorming de hoofdrol. De primaire taak kreeg voorrang. Daarmee werd in dit patroon geen externe en geen interne frictie ervaren tussen loyaliteiten. De militaire professionele identiteit en taak – ook al was die taak in essentie medisch – kon zo zonder ethische bezwaren worden volbracht. Medische bezwaren werden wel herkend, maar de militaire belangen kregen voorrang. In dit patroon werd autonomie dan ook voornamelijk ervaren als militair professional.

Hybride professionals

Het derde patroon wordt gekenmerkt door een combinatie van de medische en militaire identiteit, die in verschillende fasen van besluitvorming een andere rol spelen. Artsen en verpleegkundigen die dit patroon volgden, beschouwden situaties in eerste instantie nog steeds volledig als medisch professionals. Zij zagen de situationele behoeften, eventuele morele dimensies en hun verantwoordelijkheden als artsen of verpleegkundigen. Maar, de tweede fase, het nemen van een besluit en de derde, het handelen en verantwoorden, werden ook gekenmerkt door de militaire verantwoordelijkheden en prioriteiten. Niet noodzakelijkerwijs omdat zij bevelen opvolgden, maar omdat zij hun militaire verantwoordelijkheden zelf inschatten. De artsen en verpleegkundigen in dit patroon ervoeren duidelijke duale-loyaliteit in ethische dilemma's.

Het patroon demonstreert hun hybride, medische en militaire, professionele identiteit. Zo vertelde een arts dat hij in zijn hart primair arts was en voor patiënten tot het uiterste zou gaan. Hij zou echter ook nooit een missie in gevaar willen brengen met zijn keuzes.

“Ik vind dan... je moet het voor jezelf kunnen verkopen. En als je dat kan verkopen, en daar is ook die handleiding medische ethiek voor, daar staan ook al die punten in, dan denk ik ja... dan hoeft het niet altijd te bijten. Je moet gewoon goed die afweging maken.⁵⁴”

Een verpleegkundige beschrijft zijn houding op vergelijkbare wijze door te stellen dat hij voor 90% wit is (verpleegkundige) en voor 10% groen (militair). Maar:

“die 10% [kon] wel heel erg de overhand nemen. [...] De consequenties die het kan hebben als ik wit blijf denken. En wit handel. Kan dusdanig grote gevolgen hebben voor mijn groene collega's. En mijzelf. Dat ik ook vind dat ik daar gewoon gevolg aan moet geven.⁵⁵”

Zij namen de militaire context mee in hun keuzes en handelen.

Dit betekende ook dat de kwestie van het apart houden van materieel of medicijnen voor de primaire patiëntenpopulatie – in tegenstelling tot het eerste patroon – in dit patroon niet geweigerd werd maar juist verantwoord kon worden. Zo legt een verpleegkundige, uitgezonden naar Uruzgan, uit:

“En je hebt je eigen verpleegkundig hart dat zegt ‘ik wil die mensen helpen’. Maar het bevel zegt ‘nee dat mag je niet doen’. Ja wat doe je dan, dan volg ik het bevel maar op. Ja... heel bizar. Maar je doet het gewoon. Je denkt ook bij jezelf, als ik nu een lokale Afghaan een infuus geef, en ik geef hem vocht, dat hij over een uur wegloopt en dat ik twee uur later een gewonde Nederlander heb waar ik geen infuusmateriaal meer voor heb. Ja... dan weet je... dan sla je jezelf ook voor de kop. Dan heb je ook zoiets van... ja... en dan vind ik die Nederlander toch belangrijker dan een Afghaan.⁵⁶”

Ondanks dat hij initieel de situatie als verpleegkundige inschatte en graag hulp aan burgers verleend had, nam hij ook zijn primaire verantwoordelijkheid als militair mee in zijn keuze en acceptatie van het bevel. Ondanks dat dit niet per se makkelijk was. Een arts uitgezonden naar Cambodja verantwoorde zijn handelen op een vergelijkbare manier. Er kon daar niet ongelimiteerd zorg geboden worden:

“Een: als je daar moeite mee hebt, wordt dan arts bij Artsen zonder Grenzen. En moet je geen militair arts worden. Twee: gegeven dat stukje dat je maar beperkt aanwezig bent moet je kijken, wat kan ik wel voor deze persoon betekenen?⁵⁷”

Sommige collega's, die hij de 'dokter-dokter types' noemt hadden hier moeite mee. Hij kon het voor zichzelf verantwoorden:

“Ik wist gewoon dat ik daar een beperkte tijd zou zijn.⁵⁷”

Een andere arts beschouwde zijn rol in Cambodja vergelijkbaar: hij zag welke zorg voor burgers noodzakelijk was maar kon al die zorg niet daadwerkelijk bieden. Hij verwees mensen eerder door naar lokale of NGO-faciliteiten, ook al waren die soms ondermaats, of hij deed zijn best met de middelen die hij wel had.

“Ja, is dat ethisch verantwoord? Het is roeien met de riemen die je hebt. Je kunt er een probleem van maken, van 'ik eis dit of dat...' Maar je kunt ook zeggen 'dit is de praktijk'. Als ik er niet was geweest dan was de patiënt ook niet geholpen.⁵⁸”

Ondanks dat deze medici in de eerste fase zagen wat er medisch noodzakelijk was konden zij niet alles ook daadwerkelijk uitvoeren, onder andere omdat zij te weinig middelen hadden of die apart moesten houden voor hun primaire taak. Zij konden dit voor zichzelf verantwoorden zonder het gevoel te hebben autonomie te verliezen.

Dit hybride patroon strekte zich ook uit naar het domein van de inzet van medische hulp voor militaire doeleinden. Zo vertelde een arts dat hij tijdens zijn uitzendingen soms bepaalde mensen moest helpen, zoals lokale autoriteiten en hun familie, of naar specifieke plekken toe moest – in zijn geval een gevangenis – zodat de militairen daar een 'ingang' hadden. Hij kon weinig echte structurele hulp bieden. De arts erkende de ethisch twijfelachtige dimensie aan zijn rol maar de winst voor de operationele situatie bepaalde en verantwoordde uiteindelijk zijn keuze⁵⁹. Een andere verpleegkundige beschrijft dat ook hij regelmatig hulp moest verlenen aan specifieke mensen en hun families, maar kon dit op vergelijkbare wijze verantwoorden:

“Puur medisch gezien vond ik dat verwerpelijik. Vanuit militair oogpunt gezien vond ik dat prima. En de optelsom daarvan is dat ik het prima vond.⁶⁰”

De militaire context en de uitzendingomgeving hadden duidelijk invloed op de besluitvorming en verantwoording voor veel artsen en verpleegkundigen. Ondanks dat zij initieel situaties beschouwden – en aspiraties als medici vormden – namen zij hun militair zijn mee in de context als zij keuzes maakten en verantwoorden. Soms leidde de militaire situatie of prioriteiten ertoe dat medisch gezien niet alles kon. Ook zorgde de hiërarchie er soms voor dat andere besluiten dan initieel gewenst genomen moesten worden. Echter, dit werd in dit patroon niet ervaren als een inbreuk op professionele autonomie of zelfs een integriteitsprobleem: er werd op hernieuwde wijze autonomie ervaren als hybride professionals.

Conclusie

Militaire uitzendingen stelden medici voor vele uitdagingen. Praktisch, want artsen en verpleegkundigen moesten omgaan met schaarste van personeel en materieel, gebreken in de voorbereiding en in beleid, gevaar en een vaak slechte lokale gezondheidszorgsituatie. Maar ook vanuit ethisch perspectief. Artsen en verpleegkundigen in de krijgsmacht kregen te maken met de spanning tussen de medische en militaire normen en waarden, standaarden en prioriteiten: de spanning tussen de medische en militaire professionele identiteit.

Het is duidelijk dat uitzendingen problematisch konden zijn voor medisch personeel. Sterker nog: de problematiek was vaak gerelateerd aan de spanning tussen de militaire en medische professionele identiteit. Echter, het was niet noodzakelijkerwijs problematisch, en zeker niet voor iedereen. Dit lag aan meerdere factoren. Ten eerste, de situationele omstandigheden.

Niet iedereen kreeg te maken met bijvoorbeeld problematische schaarste, niet functionerende evacuatielijnen of grootschalige hulpverzoeken van burgers. Ten tweede lag het aan organisatorische factoren. Protocolen, bijvoorbeeld inzake de beperkte hulp aan burgers, waren vaak strikt. Maar goede verstandhoudingen met niet-medische commandanten konden de vrijheid bieden die medici nodig hadden om te kunnen handelen volgens medisch professionele standaarden.

Ten derde lag dit aan de individuele houding en zelfidentificatie van artsen en verpleegkundigen. Dit onderzoek toont het belang van professionele identiteit in alle fasen van besluitvorming. Er zijn drie verschillende patronen van coping geïdentificeerd. Ten eerste het medische patroon. Hier hadden artsen of verpleegkundigen de vrijheid te handelen zoals zij juist achtten als medisch professionals, of het leidde tot frictie met hun niet-medische commandanten. Zij ervoeren geen duale-loyaliteit of ethische dilemma's zoals geschetst in de literatuur, maar autonomie als medisch professionals, ondanks dat zij het soms actief moesten claimen. Ten tweede het militaire patroon. In dit patroon werden vanaf het begin de militaire normen en prioriteiten vooropgesteld. Interne en externe frictie werd zo voorkomen. In dit patroon werden beperkingen voor de medische aspiraties geaccepteerd en autonomie ervaren als militair professionals. In het derde, hybride patroon speelden zowel medische als militaire normen en prioriteiten een rol. Hoewel de eerste fase van besluitvorming alsnog gekenmerkt werd door de medische normen en aspiraties werden de militaire context en prioriteiten meegenomen in het maken van een keuze en het uitvoeren en verantwoorden van die keuze. In dit patroon werd duidelijk duale-loyaliteit ervaren. Maar aan de betekenis van autonomie en agency werd een andere, nieuwe invulling gegeven. De artsen en verpleegkundigen in dit patroon beschouwden zichzelf als onderdeel van het militaire systeem en zagen hun verantwoordelijkheden hierin. Zij overstegen zo de spanning tussen professionele identiteiten en duale-loyaliteit. Bovendien overstijgt deze bevinding het idee van situatie-specifieke rolbepaling, zoals naar voren komt in de literatuur. De gehele betekenis van professionele autonomie veranderde. Artsen en verpleegkundigen konden zo keuzes maken vanuit hun hybride kader van normen en standaarden en autonomie ervaren als hybride professionals.

Deze bevindingen bieden een nieuw perspectief in het academisch debat over duale-loyaliteit en de vraag hoe problematisch militaire dienst daadwerkelijk is voor artsen en verpleegkundigen. Deze empirische studie toont hoe zij in de praktijk omgingen met de uitdagingen die zij kregen en hoe zij naar eer en geweten konden dienen in de krijgsmacht. Duale-loyaliteit werd duidelijk anders ervaren. Via verschillende patronen van coping konden zij professionele autonomie behouden. Ook blijkt dat professionele identiteiten in de praktijk minder spanning opleverden dan gedacht, in elk geval intern. Slechts een kleine groep rapporteerde het gevoel te hebben autonomie verloren te hebben bij het opvolgen van bevelen⁶⁰. Uitzendingen veranderden aanzienlijk tussen 1990 en 2010 en beïnvloedden de uitzendrealiteit van medisch personeel. Ondanks deze veranderingen waren veel problemen continu aanwezig. Er ontstonden tragische dilemma's, medische dilemma's en ethische dilemma's gerelateerd aan de spanning tussen identiteiten en gerelateerde prioriteiten. Deze dilemma's konden, maar hoefden niet per se problematisch te zijn voor de uitgezonden artsen en verpleegkundigen.

Op basis van dit onderzoek kunnen enkele aanbevelingen voor de toekomst gedaan worden aan de DGO. Ten eerste is dit personeel meer gelegenheid geven om praktische ervaring, zoals met traumazorg op een spoedeisende hulp of in een ambulance, op te doen. Ten tweede is dit een betere voorbereiding op uitzendingen, waarin de voorbereiding in teamverband en het bespreken van ethische dilemma's erg belangrijk zijn. Ten derde is dit beter beleid: beleid dat meer aansluit bij de realiteit van de uitzendingomgeving, inclusief het meebrengen van voldoende personeel en materieel om hieraan te kunnen voldoen. Dit geldt voor beleid inzake het wel of niet verlenen van medische hulp aan derden maar ook voor het aanwijzen van voldoende verpleegkundigen om de medische zorg goed af te kunnen dekken. Er zou meer gedaan moeten worden met

de geïdentificeerde lessen. Maar dit vraagt ook om meer begrip van de medische ethiek bij regulier personeel, dat hierin meer scholing nodig heeft. In de afgelopen jaren zijn expeditionaire uitzendingen teruggeschroefd en ligt de focus opnieuw meer op het verdedigen van het eigen en NAVO-grondgebied. Maar ook in de nieuwe geopolitieke status quo blijft de morele component van militaire inzet en de bescherming van mensenrechten belangrijk, niet in het minst voor de geloofwaardigheid van de NAVO. De medische eenheden zullen ook in de toekomst een belangrijke rol spelen.

SUMMARY

MEDICAL PERSONNEL IN THE DUTCH ARMED FORCES: A HISTORICAL PERSPECTIVE ON ETHICAL DILEMMAS, PROFESSIONAL AUTONOMY, AND HYBRID PROFESSIONAL IDENTITY

Military deployments between 1990 and 2010 confronted medical personnel with many challenges, problems, and ethical dilemmas. This research demonstrates that deployments with the armed forces could be problematic for medical personnel, but did not need to be. This depended on different situational and organisational factors, which were different in every deployment, but also within deployments based on rotations or locations. Factors that could either lead to problems or aid in solving them. Yet above all this research demonstrates that there are different patterns of coping with challenges displayed by physicians and nurses, in which professional identity plays a different role. Whether deployments are experienced as problematic depends largely on the derived meaning of professional autonomy and the experience of this autonomy and agency. This article presents an overview of Hooft's PhD dissertation 'White coats, green jackets. Physicians and nurses in the Dutch armed forces, professional identity & agency, 1990-2010', which she successfully defended on 14 April 2022 at Utrecht University.

Bronnen en literatuur:

1. [Allhoff Fritz](#): Physicians at War: The Dual-Loyalties Challenge (2008).
2. [Howe Edmund G.](#): Mixed Agency in Military Medicine: Ethical Roles in Conflict, in: E. Howe ed., *Military Medical Ethics*, Volume 1 (Washington D.C. 2003) 331-365.
3. [Annas G.J.](#): Military medical ethics—physician first, last, always, in: *New England Journal of Medicine* 359:11 (2008) 1087-1090.
4. [Annas G.J.](#), [Crosby S.](#): US military medical ethics in the War on Terror, in: *J R Army Med Corps* 165 (2019) 303-306.
5. [Sidel V.](#), [Levy B.](#): Physician—soldier: A moral dilemma, in: E. Howe ed., *Military Medical Ethics*, Volume 1 (Washington D.C. 2003) 293-329.
6. [Benatar S.R.](#), [Upshur R.E.G.](#): Dual Loyalty of Physicians in the Military and in Civilian Life, in: *American Journal of Public Health* 98:12 (2008) 2161-2167.
7. [Dew Antony](#), [Carrick Don](#): Military Medical Personnel: A Unique Responsibility to Protect, in: David Whetham and Bradley J. Strawser eds., *Responsibilities to Protect: Perspectives in Theory and Practice* (Leiden, Boston 2015) 116-136.
8. [Hooft F.B.](#): Legal framework versus moral framework: military physicians and nurses coping with practical and ethical dilemmas, in: *Journal of the Royal Army Medical Corps* 165:4 (2019) 279-281.
9. [Gross Michael L.](#): The Limits of Impartial Medical Treatment during Armed Conflict', in: Michael L. Gross and Don Carrick eds., *Military medical ethics for the 21st century* (Farnham 2013) 71-84.
10. [Madden William](#), [Carter Brian S.](#): Physician-Soldier: A Moral Profession, in: E. Howe ed., *Military Medical Ethics*, Volume 1 (Washington D.C. 2003) 269-291.
11. [Gordon Stuart](#): Health, stabilization and securitization: towards understanding the drivers of the military role in health interventions, in: *Medicine, Conflict and Survival* 27:1 (2011) 43-66.
12. [Messelken Daniel](#), [Baer Hans-Ulrich](#): Hovering Between Roles: Military Medical Ethics, in: Michael L. Gross and Don Carrick eds., *Military medical ethics for the 21st century* (Farnham 2013) 261-277.
13. [Gordon Stuart](#): The military physician and contested medical humanitarianism: A dueling identity? in: *Social Science & Medicine* 120 (2014) 421-429.
14. [Lundberg Kristina](#), [Kjellstrom Sofia](#), [Anders Jonsson](#), [Lars Sandman](#): Experiences of Swedish Military Medical Personnel in Combat Zones: Adapting to competing Loyalties, in: *Military Medicine* 179:8 (2014) 821-826.
15. [Weiss Robert S.](#): Learning from Strangers. The art and method of qualitative interview studies (The Free Press New York 1994).
16. [Tidy Joanna](#): The Gender Politics of 'Ground Truth' in the Military Dissent Movement: The Power and Limits of Authenticity Claims Regarding War, in: *International Political Sociology* 10 (2016) 99-114.
17. Geneva Conventions of 12 August, 1949 and Protocols Additional to the Conventions.
18. [Schoonoord D.C.L.](#): Srebrenica: a 'safe' area. Appendix I: Dutchbat III and the population: medical issues (2002).
19. [Brocades Zaalberg Thijs W.](#): Soldiers and Civil Power: Supporting or Substituting Civil Authorities in Modern Peace Operations (Amsterdam 2006).
20. [Olsthoorn Peter](#), [Bollen Myriame](#), [Beeres Robert](#): Dual Loyalties in Military Medical Care - Between Ethics and Effectiveness', in: Herman Amersfoort, René Moelker, Joseph Soeters

- en Désirée Verweij eds., Moral responsibility & military effectiveness (Den Haag 2013) 79-96.
21. NATO MC 363/2 Principles and policies of operational medical support, April 2004.
 22. Medical Support Manual for United Nations Field Missions, United Nations Department of Peacekeeping Operations and Department of Field Support (DPKO/DFS) 3th edition 2015.
 23. Interviews [Respondenten 8, 15, 18, 19, 22, 32, 37].
 24. NATO AJP-9 Civil-Military co-operation (CIMIC) Doctrine, June 2003.
 25. CDS Aanwijzing A-475, Geneeskundige hulpverlening aan de lokale bevolking en steunverlening aan gezondheidszorginstellingen tijdens militaire operaties, 13-4-2005.
 26. Vos B.J.: Research Paper: Operationele gezondheidszorg in Afghanistan, publication of the Faculty of Military Sciences, Netherlands Defence Academy (Breda 2009).
 27. Interviews [Respondenten 3, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 29, 33, 35, 37].
 28. Interviews [Respondenten 1, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 38].
 29. Interviews [Respondenten 11, 18, 28, 38].
 30. Interviews [Respondenten 1, 4, 7, 11, 12, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 37].
 31. Interviews [Respondenten 2, 3, 4, 8, 13, 14, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 37].
 32. Interviews [Respondenten 1, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 21, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 37, 38].
 33. Interviews [Respondenten 5, 9, 14, 23, 34, 35].
 34. Interviews [Respondenten 14, 15, 18, 23, 25, 27, 31, 32, 33, 34, 38].
 35. Interviews [Respondenten 3, 4, 7, 12, 20, 23, 25, 27, 32, 34, 35, 36, 37].
 36. Interviews [Respondenten 8, 9, 12, 14, 16, 19, 22, 28, 33, 38].
 37. Interviews [Respondenten 4, 5, 14, 15, 16, 21, 22, 25, 29, 33, 35, 37].
 38. Interviews [Respondenten 5, 9, 10, 14, 16, 23, 24].
 39. Respondent 21, 02:30-02:37.
 40. Hammack Phillip L.: Theoretical Foundations of Identity, in: Kate C. McLean and Moin Syed eds., The Oxford Handbook of Identity Development (Oxford University Press 2014) 11-30.
 41. Korostelina Karina V.: Social Identity and Conflict: Structures, Dynamics, and Implications (Palgrave Macmillan, Basingstoke 2007).
 42. Tajfel H., Turner J.: The social identity theory of intergroup behaviour, in: S. Worschel and W. Austin eds., Psychology of intergroup relations (Chicago 1986) 7-24.
 43. Robillard Michael: Risk, War, and the Dangers of Soldier Identity, in: Journal of Military Ethics (published online, 2018).
 44. Respondent 7, 00:45-00:50.
 45. Respondent 14, 00:15-00:20.
 46. Respondent 34, 01:25-01:30.
 47. Respondent 28, 00:45-00:55.
 48. Respondent 32, 00:40-00:45.
 49. Respondent 37, 01:35-01:40.
 50. Respondent 18, 01:55-02:00.
 51. Respondent 1, 00:40-00:45.
 52. Respondent 31, 02:30-02:35.
 53. Respondent 9, 00:45-00:50.
 54. Respondent 8, 01:20-01:28.
 55. Respondent 15, 02:25-02:30.
 56. Respondent 12, 01:20-01:25.
 57. Respondent 29, 01:30-01:40.
 58. Respondent 30, 00:25-00:30.
 59. Respondent 14, 00:45-00:50.
 60. Respondent 18, 01:45-01:50.



Aanmelden voor abonnement NMGT

Instromend personeel

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

Uitstromend personeel

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

De secretaris NMGT A. Sondeijker

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 9, september 2022

COVID-19

Start landelijke hervaccinatiecampagne tegen COVID-19

De landelijke hervaccinatiecampagne tegen COVID-19 is 19 september van start gegaan. Defensie sluit zich hierbij aan. De verwachting is dat de besmettingen in het najaar weer gaan oplopen. Daarom wordt iedereen een hervaccinatie aangeboden. Doel van de hervaccinatie is dat je minder ernstig ziek wordt na besmetting met het coronavirus.

De herhaalvaccinatie wordt gegeven met vernieuwde mRNA-vaccins. Deze nieuwe vaccins beschermen tegen meer varianten van het coronavirus dan de originele vaccins en zijn goedgekeurd door het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA). Defensie beschikt ook over deze nieuwe vaccins.

De nieuwe vaccins kunnen niet gebruikt worden voor de basisvaccinatie. Wie nog niet eerder gevaccineerd is tegen corona krijgt daarom eerst een basisserie met het originele vaccin.

Defensie volgt de landelijke vaccinatiestrategie, dat wil zeggen dat vanaf 19 september militairen van 60 jaar en ouder en de medische risicogroepen worden benaderd door het gezondheidscentrum. Dit is de groep die ook voor de jaarlijkse grieprik in aanmerking komt. Ook gezondheidszorgverleners met patiëntcontact komen meteen in aanmerking voor hervaccinatie.

Internationale samenwerking

Bezoek commandeur-arts dr. Jelle Bos aan het Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr



Op 23 en 24 augustus heeft commandeur-arts dr. Jelle Bos, de Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA) en tevens Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie (C-DGO) een bezoek gebracht aan de Commandant van het Duitse Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr en het Multinational Medical Coordination Centre/ European Medical Command (MMCC/EMC) in Koblenz.

Commandeur-arts dr. Bos werd ontvangen door luitenant-generaal dr. Baumgärtner. Beiden bespraken de voortgang van de Duits-Nederlandse samenwerking op geneeskundig gebied zoals de uitwisseling van exchange officieren, de samenwerking op gebied van

medische doctrine en de noodzaak voor het sluiten van de geneeskundige keten. Dit is noodzakelijk omdat de krijgsmacht van Duitsland en Nederland steeds meer geïntegreerd gaan optreden. En dat geldt dan vanzelfsprekend ook voor de militair geneeskundige diensten van beide landen. Aangezien de samenwerking vooral eenheden van het Commando Landstrijdkrachten (CLAS) betreft was kolonel-arts Kleinhout, de stafarts CLAS, bij het bezoek aanwezig.

Zowel commandeur-arts dr. Bos als luitenant-generaal dr. Baumgärtner zien grote tekortkomingen in de operationele gezondheidszorg en bespraken de ontbrekende capaciteiten. Iets wat beide landen gezien de actualiteit van dit moment, moeten herstellen. Zowel in Nederland als in Duitsland zijn er plannen om de tekortkomingen in te vullen.

Vervolgens heeft commandeur-arts dr. Bos een bezoek gebracht aan het Multinational Medical Coordination Centre/ European Medical Command. Hier werd hij door de commandant, brigade-generaal dr. Kowitz, uitgebreid voorgelicht over de missie en werkwijze van het MMCC/EMC en de kansen die er liggen op het gebied van oefeningen en trainingen.

Commandeur-arts dr. Bos is aangetreden als MGA en C-DGO op 30 juni 2022. Dit bezoek was zijn eerste buitenlandse bezoek in die rol.

World Congress International Committee for Military Medicine in Brussel



Commandeur-arts dr. Jelle Bos heeft van 4 t/m 7 september in Brussel deelgenomen aan het World Congress van de International Committee for Military Medicine (ICMM). Op het World Congress werden delegaties van de deelnemende landen geïnformeerd over de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van militaire gezondheidszorg. Er waren presentaties en workshops op het gebied van traumachirurgie, bloedvoorziening, vooruitgeschoven chirurgische capaciteit, tandheelkunde en geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast was er een indrukwekkende

presentatie van de Oekraïense militaire gezondheidszorg die momenteel onder zeer grote druk indrukwekkende prestaties levert. Opvallend was hierbij de manier waarop het Oekraïense leger omgaat met de veelvuldige schendingen van het Oorlogsrecht door de Russische Federatie. Het is duidelijk dat het Russische leger geen enkele terughoudendheid kent bij het opsporen en aanvallen van medische installaties van het Oekraïense leger. De Oekraïense vertegenwoordiger gaf aan dat ze uit zelfbescherming hun veldhospitaal hebben opgedeeld in meerdere kleinere en mobieler eenheden die veelvuldig verplaatsen om aanvallen van het Russische leger te voorkomen. Overigens is deze trend in Nederland ook al enige tijd geleden ingezet bij de ontwikkeling van Role 2 Basic en Role 2 Forward installaties. Kenmerk hiervan is de grotere mobiliteit van de installaties en het feit dat ze hierdoor ook veel verder vooruitgeschoven kunnen worden ingezet. Het bezoek aan Brussel was ook een uitstekende gelegenheid om kennis te maken met het Hoofd van de Permante Militaire Vertegenwoordiging van Nederland bij de NAVO, luitenant-generaal Michiel van der Laan en de Chairman van het Military Committee, luitenant-admiraal Rob Bauer waarbij commandeur-arts dr. Bos vooral aandacht vroeg voor de tekorten die er zijn op het gebied van de militaire gezondheidszorg binnen Nederland en de NAVO en de oplossingen die hiervoor zijn. Ten slotte heeft commandeur-arts dr. Bos van de gelegenheid gebruik gemaakt om de Surgeon Generals van de Framework Nations bij te praten over de situatie in Oekraïne en het medische deel van de NATO Resilience.

Operationele gezondheidszorg

Vaststelling handboek MHC 8-7/1 Operationeel gezondheidszorgsysteem onder CBRN-omstandigheden

Het [handboek Operationeel gezondheidszorgsysteem onder CBRN-omstandigheden](#) (HB MHC 8-7/1) is op 12 september vastgesteld door de Commandant Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum. Dit handboek beschrijft de uitgangspunten van waaruit de geneeskundige dienst van de krijgsmacht onder CBRN-omstandigheden optreedt in het maritieme, het land- en het luchtdomein. Met de vaststelling van dit handboek vervalt het doctrinepamflet gezondheidszorgsysteem landoptreden onder CBRN-omstandigheden 0.3.

Publicatie nieuw handboek Opleiden en Trainen Verplaatsen Te Voet

Op het publicatieportaal is de nieuwste versie van het [handboek Opleiden en Trainen van Verplaatsen Te Voet \(LAND-E&T-LO&S-01\)](#) te vinden. Deze publicatie is een gedeelde uitgave van de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) te Utrecht en het Kenniscentrum LO&Sportorganisatie te Amersfoort en vervangt het handboek Verplaatsen te voet en (snel)Marstraining (HB 2-602) vastgesteld op 3 december 2007, dat met het uitkomen van het nieuwe handboek is vervallen.

Verplaatsen te voet met operationele uitrusting en essentiële bepakking is één van de kritieke fysieke taken voor iedere landmachtmilitair. Daarmee verdient deze taak kennis en vaardigheden over het verplaatsen te voet met bepakking. En bovenal vraagt het om de juiste opleiding en training om operationeel succesvol te zijn onder alle omstandigheden. Het handboek geeft richting aan de wijze waarop de trainingsopbouw van het verplaatsen te voet dient te worden ingevuld. Daarnaast zorgt het handboek voor eenheid van opvatting over de verschillende begrippen en wijze van training. Het is een hulpbron voor leidinggevendenden, planners, instructeurs en opleiding- en trainingsontwikkelaars die op alle niveaus en bij alle eenheden belast zijn met de uitvoering van opleiding, training en kennisproductie (OTK-processen).

Factsheets Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) over slaapmanagement te velde

Task Force Sleep, het team dat verantwoordelijk is voor het TGTF-programma Operationele Slaapmanagement, heeft de afgelopen tijd een drietal factsheets ontwikkeld over actuele onderwerpen die met slaapmanagement (te velde) te maken hebben. De factsheets gaan over de volgende thema's:

- [de effecten van cafeïne op slaap](#);
- [de zin en onzin van melatoninesupplementen](#);
- [tips & tricks over naps \(korte slaapjes\) in de operationele setting](#).

Voorlichtingsmateriaal van het Amerikaanse Walter Reed Army Institute of Research was de basis voor deze drie factsheets aangevuld en geactualiseerd vanuit het programmateam. Internetlink naar Walter Reed Army Institute of Research (WRAIR): [Sleep Resources | WRAIR \(army.mil\)](#).

Projecten en programma's

Programma Strategische Alliantie Defensie – UMC Utrecht

Per 1 september is kolonel Henk van der Wal gestart als programmamanager Strategische Alliantie Defensie – UMC Utrecht (UMCU). Hij heeft als opdracht het in kaart brengen en realiseren van duurzame samenwerkingen binnen wederzijds versterkende focusgebieden. De voorlopige thema's hierin zijn: opleiden & trainen, onderzoek, zorg, logistiek & operationeel en duurzaamheid.

Binnen het programma zijn al belangrijke spelers uit de militaire gezondheidszorg (MGZ) en UMCU betrokken en waar nodig zullen meer spelers vanuit beide organisaties worden benaderd. Kolonel Van der Wal is voor deze functie gevraagd vanwege zijn brede ervaring binnen de MGZ en in het bijzonder ten aanzien van de (civiele) tweedelijnszorg. Naast zijn rol als programmamanager werkt hij verder aan zijn promotieonderzoek naar de toepasbaarheid van waardegedreven zorg in de (operationele) MGZ. Dit onderzoek sluit ook goed aan bij zaken als een betere zorg voor de militaire én civiele patiënt.

Medische dossiers

Persoonlijke Gezondheidsomgeving

Een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) is een website of een app die het voor de patiënt mogelijk maakt om persoonlijke gegevens over de eigen gezondheid te verzamelen en zelf te beheren. Het kan daarbij gaan om door zorgbedrijven/zorginstellingen geregistreerde informatie, maar ook om zelf toegevoegde gegevens zoals zelfmetingen of een medisch dagboek (afhankelijk van de PGO). Iedereen kan de apps downloaden en via een persoonlijk account via DigiD inloggen. Vooralsnog is deze dienst gratis. De patiënt beslist zelf of zorginstellingen zijn of haar gegeven mogen uitwisselen met de PGO. Defensie ondersteunt sinds 4 juli het gebruik van de PGO om patiënten van het Militair Revalidatie Centrum (MRC) een goed, actueel beeld te geven van medische informatie die binnen het MRC in het elektronisch patiëntendossier D-HiX is geregistreerd. Op een later moment volgt het Centraal Militair Hospitaal (CMH). Het MRC informeert de patiënten nog niet actief hierover maar uitsluitend als de patiënt hier zelf om vraagt. Het actief informeren van de patiënt volgt op een later moment tijdens een grotere informatiecampagne. Het kan echter zo zijn dat een patiënt de mogelijkheid voor het gebruik van de PGO zelf heeft ontdekt en hier vragen over stelt tijdens een consult. Kijk voor meer informatie over de PGO op [intranet](#).

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Nieuwsbrief DGI

Begin deze maand heeft DGI een [nieuwsbrief](#) uitgebracht met het thema 'Groei in september'. Deze nieuwsbrief staat boordevol inspiratie om te 'groeien' op de verschillende DGI-domeinen. Wil je ook de nieuwsbrief DGI ontvangen? Mail dan naar DGI@mindef.nl.

Video over factoren bij het zoeken van hulp voor psychische klachten

Waar lopen militairen tegen aan als zij hulp willen zoeken voor psychische klachten? En wat kan hen hierbij juist helpen? Deze vragen worden in een YouTube-video op [internet](#) beantwoord door Rebecca Bogaers, kernexpert mentale kracht en promovenda aan de Universiteit van Tilburg en de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg. De video is gebaseerd op haar publicatie 'Barriers and facilitators for treatment seeking for mental health conditions and substance misuse: multi-perspective focus group study within the military'. De publicatie is te downloaden op [internet](#).

Opleiding en training

Hernieuwde erkenning voor BMB als leerinstituut DGO

Het bedrijf Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB) heeft op 8 september in de rol van leerinstituut DGO van de Registratiecommissie geneeskundig specialisten (RGS) een hernieuwde erkenning ontvangen. De BMB is erkend als opleidingsinstelling voor het specialisme arbeid en gezondheid-verzekeringsgeneeskunde voor onbepaalde tijd. Deze hernieuwde erkenning geldt ook voor de twee praktijkopleiders die binnen de BMB werkzaam zijn.

De BMB is blij met deze erkenning; het afgelopen jaar is veel tijd en energie gestoken in de actualisatie van het opleidingsplan volgens de nieuwe richtlijnen van KOERS (Kwaliteitsvisie Opleidingen En Raamplan Sociale geneeskunde) en het Landelijk OpleidingsPlan (LOP) en de opzet en invoering van de kwaliteitscyclus. In 2021 en in 2022 hebben twee artsen hun opleiding afgerond en hun registratie als verzekeringsarts behaald. Twee jonge artsen hebben aangegeven ook de opleiding te willen gaan volgen. Dit geeft aan dat de opleiding tot verzekeringsarts binnen Defensie, in een behoefte voorziet.

Bedrijven DGO

Nieuwe oogartsen bij het CMH

Bij het Centraal Militair Hospitaal (CMH) zijn twee nieuwe oogartsen gestart en zij hebben ruimte voor (nieuwe) patiënten.

Freya Hoogendam-Sloot is sinds 1 juli oogarts in het CMH (en UMC Utrecht bij de hoornvliesgroep).

Freya heeft geneeskunde gestudeerd in Utrecht, daarna anderhalf jaar als ANIOS gewerkt in het CMH bij oogheelkunde en vervolgens haar promotie en opleiding tot oogarts gedaan in het Erasmus MC.

Maarten Jalink is deze maand gestart in het CMH. Hij is geboren, getogen, afgestudeerd en gepromoveerd in Groningen en is uiteindelijk via een omzwerfing van twee jaar in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo, in het UMC Utrecht beland, waar hij met veel plezier zijn opleiding tot oogarts heeft afgerond. Maarten heeft voor het CMH naast de reguliere poliklinische zorg als doel de cataractoperaties en het organiseren van oogheelkundig onderwijs voor de algemeen militair artsen weer op te starten.

Werkbezoek IGK aan de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg

De Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht (IGK) heeft op 1 september een werkbezoek gebracht aan de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ). De IGK ging in gesprek met de medewerkers om te praten over de onderwerpen die hun bezighouden en waarvoor aandacht nodig is. Dat er een spanningsveld is tussen goede zorg afleveren en de beschikbare capaciteit was voor de IGK geen verrassing. Om die goede zorg te leveren zijn specialisten nodig en de vraag is hoe Defensie die het beste kan binnenhalen maar vooral ook kan behouden. Dit was een goed startpunt om te praten over hoe deze behoefte vervuld zou kunnen worden binnen de nieuwe personeelssystematiek die Defensie wil opzetten. Lees het volledige nieuwsbericht over het werkbezoek van de IGK op [intranet](#).

Staatssecretaris bezoekt gezondheidscentrum Stroe



Begin september bezocht staatssecretaris Christophe van der Maat gezondheidscentrum Stroe. Het centrum werd zo'n drie jaar geleden geopend en het pand is zo goed als energieneutraal. Dit centrum is vanwege de modulaire opzet een blauwdruk voor de renovaties en nieuwbouw die bij Defensie nog in het verschiet liggen. De staatssecretaris kreeg een rondleiding en sprak met gebruikers van het pand. Zij vertelden bijvoorbeeld hoe de militaire zorg eruitziet, maar ook dat in het centrum gebruik wordt gemaakt van een 'healing environment' Dit is een omgeving waar de lichamelijke of mentale gezondheid van mensen verbeterd. Lees het hele nieuwsbericht op [intranet](#).

Nieuwe tegel op intranetsite DGO



Zoals u misschien al gezien heeft is eind augustus een nieuwe tegel **Medische (gerelateerde) thema's** toegevoegd aan de homepage van de DGO. Achter deze tegel bevinden zich medische en medisch gerelateerde thema's waarover regelmatig vragen binnenkomen. Denk hierbij aan informatie over bevolkingsonderzoeken en zwangerschap. Er wordt korte achtergrondinformatie/uitleg gegeven over de onderwerpen en over hoe dit binnen de militaire gezondheidszorg geregeld is en waar je moet zijn voor vragen. De pagina is nog in opbouw. Mist u een onderwerp, stuur dan een mail naar de [redactie](#).

Verpleegkunde en Verzorging

AMV: Meld je aan voor deskundigheidsgebied militaire zorg in het kwaliteitsregister

Uit de rapportages van V&VN blijkt dat er slechts 256 Algemeen Militair Verpleegkundigen (AMV) het deskundigheidsgebied militaire zorg hebben geselecteerd. Afgezet tegen de 803 ingeschreven leden in het defensie collectief V&VN betekent dit dat veel AMV's niet volgens de currency-eis van de Militair Geneeskundige Autoriteit zijn ingeschreven. Een van de currency-eisen van de AMV is voldoen aan geaccrediteerde scholing. De helft van die scholing moet gerelateerd zijn aan het deskundigheidsgebied militaire zorg. Als dit gebied in het kwaliteitsregister niet geselecteerd is, dan laat het register niet zien dat er geaccrediteerde scholing gerelateerd aan dit deskundigheidsgebied is gevolgd en voldoe je als AMV niet aan de currency-eis. Ben je AMV en weet je niet zeker of je het deskundigheidsgebied militaire zorg hebt geselecteerd, log dan in op MIJN V&VN en kijk in je kwaliteitsregister bij deskundigheidsgebieden. Selecteer militaire zorg wanneer je dat nog niet gedaan hebt. Tip: download de V&VN app om de gevolgde scholing inzichtelijk te maken. Lukt het niet of heb je nog vragen, neem dan contact op met majoor [A.M. Mulder](#) van het DGOTC.

Wetenschappelijk onderzoek

Verdediging proefschrift 'Elektrische stroom en emotionele controle'

Fenne Smits heeft op 7 september jl. haar proefschrift 'Elektrische stroom en emotionele controle'



verdedigd ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht. In de vorige editie werd hier al een aankondiging van gedaan. Fenne Smits is sinds 2015 actief bij het Expertisecentrum van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (EC-MGGZ), waar zij werkte als onderzoeker in opleiding. Ze blijft als senior wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan het EC-MGGZ. Wie geïnteresseerd is kan het proefschrift downloaden via [internet](#) of bijgevoegde QR-code.



Marine reservist gepromoveerd op onderzoek naar rabiës en zikavirus



Zoals in de nieuwsbrief van augustus al werd aangekondigd, heeft reservist luitenant ter zee-arts 2 OC Cornelis A. de Pijper-Reus op 9 september jl. zijn proefschrift verdedigd in Amsterdam. Lees voor een terugkoppeling op deze dag het nieuwsbericht op [intranet](#). Het proefschrift is via [internet](#) te downloaden.

Promotieonderzoek Task Force Uruzgan, Afghanistan 2006-2010 – Rehabilitation: the end of the military medical chain

Dinsdag 4 oktober verdedigt Loes de Kruijff (revalidatiearts) haar proefschrift getiteld: Task Force Uruzgan, Afghanistan 2006-2010 – Rehabilitation: the end of the military medical chain. Tijdens de missie in Afghanistan zijn 199 Nederlandse militairen gewond geraakt, waarvan 30% heeft gerevalideerd in het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg (MRC). Meer dan de helft van de letsels die de gerevalideerde

militairen hebben opgelopen betreft letsels aan de benen. Het overgrote deel van de verwondingen werd veroorzaakt door explosies. De studie heeft geleid tot de ontwikkeling van een revalidatiezorgpad voor gewonde militairen met als doel het vergroten van de participatie in de maatschappij.

Promotieonderzoek: wearables voor revalidatiepatiënten

Wearables gaan voor gezonde mensen als zoete broodjes over de toonbank. Maar wat kunnen de draagbare bewegingssensoren voor revalidatiepatiënten betekenen? Daar deed Hanneke Braakhuis, docent-onderzoeker bij de Haagse Hogeschool en het Erasmus MC/Rijndam, onderzoek naar in samenwerking met Erasmus MC en Rijndam. Het proefschrift is via [internet](#) te downloaden.

Veiligheid en Arbo

Defensie voorziet IVD van update rond beoordelen risico's werken met gevaarlijke stoffen

Defensie heeft de Inspectie Veiligheid Defensie (IVD) een update gegeven over de zogenoemde Nadere Inventarisatie Gevaarlijke Stoffen (NIGS). De IVD doet onafhankelijk onderzoek naar de stappen die Defensie heeft gezet om de risico's van werken met gevaarlijke stoffen verder te inventariseren, te beoordelen en te beheersen. Bij Defensie wordt veel met gevaarlijke stoffen gewerkt. Denk aan bijvoorbeeld verf of reinigingsmiddelen. Maar ook stoffen die vrijkomen bij lassen, slijpen, schieten of het draaien van dieselmotoren. Deze stoffen worden aan de hand van vastgestelde grenswaarden beoordeeld door de eenheden die er mee werken. Commandanten kunnen dan zo nodig aanvullende maatregelen nemen. Het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) ondersteunt hierbij als de interne arbodienst van Defensie. Lees het volledige bericht op [intranet](#).

Geestelijke gezondheidszorg

HorsePower-onderzoek gaat derde jaar in

Het HorsePower-onderzoek gaat deze maand het derde jaar in. Het doel van dit onderzoek is om op wetenschappelijke manier te onderzoeken wat de effecten zijn wanneer paarden worden ingezet bij veteranen met een posttraumatisch stressstoornis (PTSS). Het gaat dan om veteranen die officieel gediagnosticeerd zijn met PTSS en ondanks behandeling nog restklachten ervaren. Een voorwaarde is verder dat zij niet elders onder een actieve behandeling zijn. Inmiddels hebben al tientallen (oud-)militairen meegedaan aan het onderzoek. De eerste resultaten laten zien dat er volgens een psychometrische vragenlijst een klinisch relevante daling is van PTSS-symptomen. Hierbij moet wel vermeld worden dat het om een experimenteel programma gaat, waarvan de effecten ook op fysiologische parameters nog worden onderzocht. Het onderzoek is twee jaar geleden gestart vanuit de Faculteit Diergeneeskunde Universiteit Utrecht en de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) is hier als adviseur bij betrokken. Lees meer over dit onderzoek in het nieuwsbericht op [intranet](#).

DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

De gevolgen van oorlog op de operatietafel

In de DOSCO-serie 'Onze vakmensen' staat deze maand anesthesiemedewerker eerste luitenant Luisa centraal. De vraag die zij het vaakst te horen krijgt van haar patiënten is 'ik word toch wel weer wakker?' Patiënten zijn over het algemeen gespannen voor een operatie. Het zo goed mogelijk voorbereiden van de patiënten op de operatie waardoor ze gerustgesteld gaan slapen geeft Luisa voldoening. Luisa is betrokken bij haar collega's en haar patiënten en heeft veel ervaring. Ze werkt inmiddels meer dan dertig jaar als anesthesiemedewerker. Veel ervaring heeft ze ook opgedaan tijdens haar vele uitzendingen. De overgang van missie naar weer werken in Nederland is soms best moeilijk. Terug in Nederland heeft men niet altijd door wat je tijdens een uitzending meemaakt. Omdat zelfs militairen op uitzending niet altijd weten wat een anesthesiemedewerker doet is Luisa een podcast begonnen. In eerste instantie om haar eigen verhaal te vertellen, maar ook verhalen van veteranen en mensen buiten Defensie. Ze wil hiermee voor meer bekendheid zorgen en aandacht vragen voor mentale zorg. Lees het volledige interview via [intranet](#).

Senior adviseur microbiologie & infectieziekten

Naast Luisa staat ook Inge deze maand centraal in de serie 'Onze vakmensen'. Zij is senior adviseur microbiologie en infectieziekten bij het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG). In deze functie stelt zij alles in het werk om te helpen bij het mitigeren en beheersen

van bedrijfsrisico's en is het haar doel om zo goed mogelijk bij te dragen aan de gezondheid van de medewerkers van Defensie. Oorspronkelijk is Inge veterinaire specialist, internist. Naast haar functie bij CEAG werkt ze ook één dag in de week, plus de nodige diensten, in het universitair dierenziekenhuis faculteit Diergeneeskunde te Utrecht als veterinaire specialist, onderzoeker en assistent professor Inwendige Ziekten Paard en is ze Section Specialty Chief Editor voor het wetenschappelijke tijdschrift Frontiers. De taken van Inge binnen Defensie zijn het overbrengen van kennis, het schrijven van publicaties, richtlijnen en opstellen van instructies en adviezen. Daarnaast beantwoordt ze vragen die te maken hebben met microbiologie en infectieziekten. Dit kunnen beleidsmatige vragen zijn, maar ook praktische uitvoeringszaken. In de NATO en European Defence Agency vertegenwoordigt ze Nederland op haar expertisegebieden.

Lees het volledige interview met deze 'duizendpoot' op [intranet](#).

Symposia/nascholingen/Informatiebijeenkomsten

30 november: Informatieochtend AMA

Op woensdag 30 november wordt een informatieochtend gehouden voor Algemeen Militair Artsen (AMA's) op het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC). Tijdens deze ochtend zal commandeur-arts dr. Jelle Bos de aanwezigen informeren over de toekomstige scheiding van taken en verantwoordelijkheden van de Commandant DGO en de Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA). Tevens zal uitleg worden gegeven over het normenkader (operationele inzet van geneeskundig personeel en geneeskundige middelen). Daarnaast worden rechtspositionele aspecten toegelicht die van toepassing zijn op de categorie AMA. Het gaat hierbij met name om OPCO-harmonisatie van personeelsbeleid en algemene rechtspositionele personeelsaangelegenheden. Alle AMA's zijn die dag van harte welkom. Het programma volgt. Reserveer deze dag vast in uw agenda!

Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

NMGT, nr. 5 (september 2022)

Het [septemernummer](#) van het NMGT is uit. Met in dit nummer o.a. een artikel over Supersoldaten? Morele dilemma's in human enhancement: perspectieven van operationeel militair arts, Frostbite: uiteenlopende gevolgen van extreme koude en een verslag van majoor Didacus Beeloo over de nieuwe cursus in de prehospitalische zorg voor niet-medisch personeel, die hij in juni van dit jaar heeft gevolgd in Oeganda. Klik [hier](#) voor een overzicht van alle verschenen nummers van het NMGT.

Parlementaria

Onderzoeksrapport IVD naar Duikongeval Zr.Ms. Zierikzee 9 april 2019

Op 9 april 2019 voerde de mijnenjager Zr.Ms. Zierikzee een mijnenbestrijdingsoperatie uit voor de Belgische kust. Een duiker werd hierbij ingezet om een mijn te ruimen. Weer boven water werd de duiker onwel, waarna hij in een militair hospitaal in Brussel is behandeld in een hyperbare behandelkamer, waarmee een patiënt onder overdruk met zuurstof behandeld kan worden. De duiker heeft blijvende klachten overgehouden aan dit ongeval, waardoor hij dienstongeschikt is verklaard. De Inspectie Veiligheid Defensie (IVD) heeft onderzoek naar dit ongeval gedaan en het [onderzoeksrapport](#) is 6 september aan de Tweede Kamer aangeboden.

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.

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.

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 10, oktober 2022

Instructies

I-MGA/059 Gezondheidszorg Reservisten vastgesteld

De [instructie MGA/059](#) 'Gezondheidszorg Reservisten' beschrijft de rechten en de plichten met betrekking tot de militaire gezondheidszorg (MGZ) voor reservisten. In het algemeen geldt dat de rechtspositie van reservisten in werkelijke dienst voor wat betreft het recht op zorg door of vanwege de Militair Geneeskundige Dienst (MGD), conform de Wet ambtenaren defensie, hetzelfde is als van beroepsmilitairen. Het doel van deze instructie is duidelijkheid te geven over de organisatie van de gezondheidszorg voor de reservist, alsook over het borgen van de continuïteit van zorg door aansluiting van de MGZ op de civiele zorg en vice versa. De instructie is vastgesteld onder gelijktijdige intrekking van de verouderde RMG/059 versie 4 januari 2017.

COVID-19

Herhaalprik corona voor alle militairen

Op 20 oktober is gestart met de herhaalvaccinatie tegen corona. Het aantal besmettingen neemt momenteel weer toe. De herhaalprik helpt een verdere opleving van het virus tegen te gaan. Het vaccin dat gebruikt wordt is het vernieuwde mRNA-vaccin van BioNTech/Pfizer en beschermt tegen meerdere varianten, onder meer de omikronvariant. Om de herhaalvaccinatie te krijgen, moet het minimaal drie maanden geleden zijn dat de laatste COVID-19-vaccinatie is gezet of dat iemand corona heeft doorgemaakt.

Afspraak maken

Voor het maken van een afspraak kunnen militairen zich inschrijven bij het gezondheidscentrum. Ga daarvoor naar de [inschrijfpagina op SharePoint](#) (openen in Microsoft Edge). Mocht er geen plaats meer zijn op de voorkeurslocatie dan kan men zich op een andere plek inschrijven. Vergeet niet bij de afspraak de [ingevulde vragenlijst](#) en het gele vaccinatieboekje mee te nemen. Dit voorkomt vertraging op de locatie. Operationele eenheden worden eenheidsgewijs gevaccineerd.

Nog niet eerder gevaccineerd?

Wie nog niet gevaccineerd is tegen corona krijgt geen herhaalprik. Diegenen moeten eerst de basisserie van het vaccin ontvangen. Zij moeten hiervoor contact opnemen met het [gezondheidscentrum](#). Lees het volledige nieuwsbericht over de herhaalvaccinatie op [intranet](#).

Defensie heeft nieuwe PCR-testaanbieder

Met ingang van 1 oktober is Spoedtest.nl de nieuwe PCR-testaanbieder voor Defensie. Dit bedrijf heeft 26 locaties door heel Nederland. Hierdoor kunt u zelf kiezen waar u zich laat testen, tenzij bepaald is dat u deel uitmaakt van een groep waarvan de testen worden afgenomen op een defensielocatie. De werkwijze is voor zowel individuele als groepstesten als volgt:

- Mail of bel naar adjudant [Fabio Lutters](#) (06-23534948).
- U ontvangt een voucher die u alleen kunt gebruiken op www.spoedtest.nl (*internet*).
- Met de code op de voucher wordt het te betalen bedrag op 'nul' gezet en kunt u zich laten testen op een moment en locatie van Spoedtest.nl naar keuze.
- Let op: schrijf u in met uw privé-e-mailadres (geen @mindef.nl!) en geef een mobiel telefoonnummer op.
- U krijgt de uitslag via Spoedtest.nl.
- Alle informatie over inschrijven, uitslag enz. is te lezen op www.spoedtest.nl (*internet*).

Vergeet niet bij een positieve uitslag dit door te geven aan het gezondheidscentrum.

De testlocatie op de Korporaal van Oudheusdenkazerne in Hilversum is per 1 oktober gesloten.

Kijk voor meer informatie op [PCR-testen voor dienstreizen](#).

Rapport Onderzoeksraad voor de Veiligheid over aanpak coronacrisis

De Onderzoeksraad voor de Veiligheid (OVV) heeft 11 oktober het tweede rapport over de aanpak van de coronacrisis gepubliceerd. Dit tweede deel gaat over de periode september 2020 tot juli 2021. In dit deel wordt de aanpak van het vaccinatieprogramma onderzocht en drie ingevoerde maatregelen uit deze periode: de mondkapjesplicht, de scholensluiting en de avondklok. Het rapport is via [internet](#) te downloaden. Deel 1 van het OVV-rapport beschrijft en analyseert de crisisaanpak van de Nederlandse betrokken partijen. Het bestrijkt de voorbereiding op en de aanpak van de coronapandemie tot september 2020. Dit rapport is eveneens te downloaden via [internet](#). Er volgt nog een derde onderzoek dat de periode na juli 2021 bestrijkt. Dit rapport wordt verwacht in 2023.

Internationale samenwerking

Tandheelkundig team van Defensie aan de slag in Suriname



Een Nederlands tandheelkundig team van Defensie heeft zich eind september gedurende een week aangesloten bij een Surinaams medisch militair en civiel team. Zij waren tijdens een nationale humanitaire operatie (Granmatie genaamd) van het Surinaamse Nationale Leger ingezet voor de volksgezondheid in dit land. Het team bestond uit een tandarts en een assistent van de Defensie Tandheelkundige Dienst. Zij gingen aan de slag in Apoera, een afgelegen dorp in het westen bij de grens met Guyana. Hier werd de Nederlandse expertise onder meer ingezet om de lokale bevolking te voorzien van tandheelkundige zorg. Naast de Nederlandse

militairen namen ook twee civiele Nederlandse tandartsen deel. Vorig jaar spraken de Nederlandse en Surinaamse krijgsmachten de intentie uit meer samen op te trekken. Na een bezoek van de commandant van de Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) aan Suriname in juni dit jaar, volgde het verzoek aan Nederland om deel te nemen aan deze operatie. Met deze inzet is een nieuwe stap gezet om de militaire banden tussen beide landen te versterken. Afgelopen juni trinden Nederlandse militairen voor het eerst in twaalf jaar weer in de Surinaamse jungle.

Commandowisseling MILMED COE



De Duitse brigade-generaal dr. Dirk Klagges heeft op 28 september het commando over het NATO Centre of Excellence for Military Medicine (MILMED COE) in Boedapest overgedragen aan de Hongaarse kolonel dr. Laszlo Fazekas. De overdracht vond plaats in aanwezigheid van de Hongaarse minister van Defensie en de Chief of Defence Staff. Beiden spraken in hun toespraak over het grote belang van het MILMED COE binnen de NAVO en ze spraken hun waardering uit over de wijze waarop de vertrekkende commandant leiding heeft gegeven aan het MILMED COE. De nieuwe commandant is een bekende, hij was al eerder commandant en ook branch head. Opmerkelijk is dat hij in zijn vorige functie als Medical Advisor van het Allied Command Operations in Mons de rang had van brigade-generaal. Het in rang terugzetten is in Hongarije niet ongebruikelijk.

Het MILMED COE is een NATO-kenniscentrum met expertise op het gebied van medische trainingen en evaluaties, interoperabiliteit, lessons learned, force health protection en innovatie.

Het MILMED COE is sinds geruime tijd bekend als organisator van vele internationale cursussen en activiteiten zoals de oefening Vigorous Warrior en de Medical Messenger (de onlinebibliotheek van militair-medische vakliteratuur). Ieder jaar nemen vele Nederlandse collega's deel aan cursussen van het MILMED COE. Meer informatie over het MILMED COE is te vinden op [internet](#).

Militair Geneeskundige Autoriteit bezoekt BENELUX Sub Steering Group Medical



De Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA) commandeur-arts dr. Bos bezocht 11 oktober de BENELUX Sub Steering Group Medical in Leopoldsburg (België). Dit is een overleg tussen de vertegenwoordigers van de Surgeon Generals van België, Luxemburg en Nederland. Op de agenda stond de voortzetting van de samenwerking tussen de drie landen op het gebied van de militaire gezondheidszorg. Concreet voorbeeld hiervan is de samenwerking bij opleiden en trainen. De Surgeon Generals van de drie landen hebben hiervoor de reeds bestaande afspraken bevestigd door het ondertekenen van een Technical Arrangement. Daarnaast werd een werkbezoek gebracht aan de Belgische Role 2 die zeer recent is ingestroomd in de Belgische Medische Component.

Opleiding en training

Vernieuwen en doorontwikkelen oefenhuis DGOTC

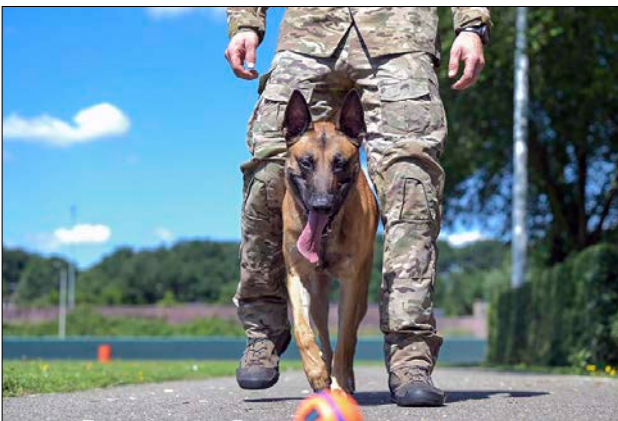
“Geef elkaar de ruimte om te groeien”, aldus secretaris-generaal Gea van Craaikamp en Commandant der Strijdkrachten (CDS) generaal Onno Eichelsheim tijdens de Defensie-Topdag van

7 oktober. Daarnaast riep de CDS op om met elkaar meer te investeren in versnellen. Mooie uitspraken die we op de werkvloer maar wat graag omarmen. Binnen het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) hebben ze niet gewacht op deze uitspraken, al in een eerder stadium hebben ze samen met DGO gezocht naar mogelijkheden om te ontwikkelen en te groeien.

Dankzij het DOSCO Ontwikkelfonds heeft DGOTC het goede nieuws gekregen dat DOSCO dit centrum gaat ondersteunen om de leeromgeving een stevige impuls te geven in de vorm van het vernieuwen en doorontwikkelen van het ‘oefenhuis’ op de Korporaal van Oudheusdenkazerne. Deze hulp zorgt ervoor dat dit centrum nog veel beter vorm kan geven aan ‘leren in een zo authentiek mogelijke context’.

Het is mooi dat enkele opleiders samen met medewerkers van Learning & Development creatieve ideeën hebben uitgewerkt, vooral vanuit passie en betrokkenheid voor het vak en de lerende. Zij hebben de eerste aanzet gegeven en gezamenlijk met expertise binnen en buiten Defensie gaan ze op een vernieuwende, hybride manier dit project realiseren. Het past mooi bij de volgende quote van de CDS: “Om als organisatie te groeien is het belangrijk om meer ruimte te geven, samenwerking te organiseren en ook anderen succes te gunnen. Maar ook door kennis binnen en buiten de organisatie te benutten.” Op naar een mooi vernieuwd oefenhuis waar opgeleid en getraind kan worden, voor zowel militair als voor politie en brandweer.

Module ‘Medische basisverzorging militaire werkhonden’ online



Hondengeleiders en iedereen met een medische (neven) taak die in aanraking komt met militaire werkhonden kan nu de onlinemodule ‘Medische basisverzorging militaire werkhond’ volgen. Deze e-learning geeft hondengeleiders handvatten voor de (medische) verzorging van hun hond en vormt de basis voor (medische) vervolgoopleidingen voor hondengeleiders binnen alle onderdelen van de krijgsmacht. De module is te volgen in de Virtuele Instructie Omgeving (VIO) en is tevens bedoeld als voorbereiding op het kunnen volgen van de Module 1 EHBO en Combat Casualty Care voor de militaire werkhond bij de leerlijn onderwijs voor professionals aan

de faculteit Diergeneeskunde van de Universiteit Utrecht. Hiermee is de hondengeleider in staat om eerste hulp te bieden aan zijn/haar hond, net zoals elke militair in staat is om Zelfhulp en Kameradenhulp (ZHKH) te bieden aan zijn/haar buddy. Deze e-learning is ontwikkeld door het Coördinatiecentrum Expertise

Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) in nauwe samenwerking met de Koninklijke Militaire School Luchtmacht (KMSL) en met ondersteuning van alle Operationele Commando's (OPCO's). Voor toegang tot deze module: neem contact op met uw eigen coördinator hondenzaken of mail naar Expertise.Centrum.Diensthonden@mindef.nl.

Neem voor (medisch) inhoudelijke zaken contact op met het [CEAG](#).

Tweedelijns zorg

Netwerk Defensie en relatieziekenhuizen uitgebreid

Defensie heeft 17 oktober een overeenkomst getekend met zeven civiele ziekenhuizen. Dankzij de samenwerking krijgen zowel de relatieziekenhuizen als Defensie de beschikking over meer en hoogwaardig opgeleid personeel. Afhankelijk van de situatie en de behoefte wisselen de partijen onderling personeel uit. Het totale aantal ziekenhuizen waarmee Defensie structureel samenwerkt is nu gegroeid naar veertien. Het Maasstad Ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente, Máxima Medisch Centrum en Medische Centrum Leeuwarden hebben de samenwerking met Defensie vernieuwd. De nieuwkomers zijn de Noordwest Ziekenhuisgroep, het UMC Groningen en de Gelre ziekenhuizen. Defensie wisselt al langer medisch specialistisch personeel uit met civiele ziekenhuizen. De chirurgische teams van Defensie werken in civiele ziekenhuizen als ze niet op oefening of op uitzending zijn. Deze beroepsmilitairen werken bovenop de reguliere formatie van een ziekenhuis. Als tegenprestatie stellen de relatieziekenhuizen eigen personeel beschikbaar om te worden opgeleid tot reservist. Na een opleiding tot militair en officier zijn deze reservisten onderdeel van de flexibele schil van Defensie. Deze reservisten gaan indien nodig ook mee op missie in het buitenland. Het volledige nieuwsbericht is op [intranet](#) terug te lezen.

Klachtenbehandeling gezondheidszorg

Terugkomdag klachtenfunctionarissen Militaire Gezondheidszorg op 12 oktober 2022

Uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) volgt dat een zorgaanbieder verplicht is een klachtenregeling in te stellen. Onderdeel van deze klachtenregeling betreffen de klachtenfunctionarissen (KF's). Binnen Defensie heeft ieder onderdeel van de militair geneeskundige dienst (MGD) waar gezondheidszorg wordt verleend één of meer KF's. De functionarissen zijn rechtstreeks, of via het Centraal Meldpunt (CMP), laagdrempelig te benaderen voor het indienen van een klacht over de gezondheidszorg binnen Defensie. De Klachtenregeling Gezondheidszorg Defensie is bedoeld voor alle patiënten en cliënten van militaire zorginstellingen. Naast militairen en burgerambtenaren in dienst van Defensie staat de klachtenregeling ook open voor civiele patiënten en cliënten die gebruik maken van militaire zorg en voor degenen die solliciteren bij Defensie en medisch gekeurd worden. Daarnaast kunnen klachten ook ingediend worden door naasten van een cliënt of patiënt.

Vier keer per jaar wordt een bijeenkomst voor de KF's georganiseerd. Op donderdag 12 oktober jl. vond de meest recente terugkomdag KF's plaats op de Korporaal van Oudheusdenkazerne in Hilversum. Tijdens deze bijeenkomsten wordt onder andere aandacht besteed aan de verschillende 'sociale partners' van de klachtenregeling. Deze terugkomdag stond in het teken van claims. Juristen van het Dienstencentrum Juridische Dienstverlening/Claims hebben de KF's verteld over de afhandeling van letselschadeclaims binnen Defensie. Dergelijke claims kunnen voortvloeien uit klachten die binnenkomen bij de KF's. Een goede samenwerking is derhalve cruciaal voor een optimale klachtafhandeling.

Vast onderdeel tijdens de terugkomdag is de 'interview'. Aan de hand van casuïstiek wordt in groepen de behandeling van klachten besproken. Zodoende blijven gespreks- en bemiddelingsvaardigheden up-to-date en kunnen verschillende invalshoeken worden besproken. Tijdens deze laatste Terugkomdag van 2022 is de casuïstiek ingebracht en toegelicht door dhr. Ferry Zoutenbier. Een bijzonder moment, omdat Ferry per 21 oktober 2022 definitief afscheid heeft genomen van Defensie. Als vakgroepouder (VGO) van het eerste uur heeft hij veel betekend voor de KF's binnen de Klachtenregeling Gezondheidszorg Defensie. Daarnaast zijn, na het succesvol doorlopen van de vijfdaagse opleiding, tijdens de terugkomdag zeven nieuwe KF's officieel welkom geheten.

Meer informatie over de Klachtenregeling is te vinden op de SharePoint-pagina '[HDP GZ Klachtenregeling Gezondheidszorg Defensie](#)' of persoonlijk bij mr. [A.A. \(Anouk\) van Maarseveen](#) (juriste Bestuursstaf/Hoofd Directie Personeel - Cluster Gezondheidskundig beleid) luitenant-kolonel drs. [P.M. \(Patricia\) Huls – van Zijl](#) (Coördinator & Afstemmer Uitvoering Klachtenregeling staf DGO/Reguliere Militaire Gezondheidszorg), Bc. [S.C. \(Saskia\) Hermans](#) (VGO/tevens KF Militair Revalidatie Centrum).

Kwaliteitsmanagementsysteem

Informatiedag materieellogistiek in de Militaire Gezondheidszorg (MGZ)



Op 12 oktober vond voor de eerste keer de informatiedag materieellogistiek plaats. Het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS)-netwerk, waarin alle zorgbedrijven en operationeel geneeskundige eenheden vertegenwoordigd zijn, identificeerde dat er een kennisbehoefte was op dit vlak. Daarop werd deze dag georganiseerd, samen met het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC). Op de Korporaal van Oudheusdenkazerne kwamen verschillende (operationeel-witte) betrokkenen uit de materieellogistieke keten bijeen om kennis te delen over de te zetten stappen in dit proces. Achtereenvolgens kwam het behoeftestellingsproces, assortiment, MGLC

en specifiek de afdeling Kennis en Expertise, Kenniscentrum Techniek, Innovatie en Plannen (KC TIP), het Convenant Medische Technologie (CMT)/Medical Device Regulation (MDR) en ketenlogistiek/SAP ter sprake. Vanuit deze procesonderdelen kwamen onder meer onderwerpen als SAP (en de vulling hiervan), de route van het behoeftestellingsproces, onderhoudscycli, wet- en regelgeving en de regie op de keten aan bod. Naast de presentaties was er vooral ook ruimte voor een gesprek over de onderwerpen ingebouwd en werd er gesproken over de uitdagingen rond het op peil houden van de voorraden, het belang van een langetermijnplanning, bevoegd- en bekwaamheid, en de gevolgen van regelgeving zoals de MDR en het CMT. Geïnteresseerden kunnen zich melden bij [Chantal Biesma](#).

De presentaties zijn via onderstaande linkjes te lezen.

- [Infosessie materieel logistiek: samenwerken aan een betrouwbare keten](#)
- [Compliance: MDR en CMT](#)

Onderscheidingen

Trouwe Dienst Medaille in zilver voor adjudant Marcel van Diessen

Maandag 17 oktober ontving adjudant Marcel van Diessen in het bijzijn van familie en collega's uit handen van commandeur-arts dr. Jelle Bos de Trouwe Dienst Medaille in zilver voor zijn 24-jarig dienstjubileum. Marcel startte zijn carrière als dienstplichtige. Hij kon niet gelijk als beroepsmilitair aan de slag bij Defensie, maar na een opleiding tot verpleegkundige en zijn aanmelding als reservist bij het 30 Natresbataljon, startte hij als beroepsmilitair bij het Centraal Militair Hospitaal als verpleegkundige. Marcel heeft diverse functies vervuld binnen de militaire gezondheidszorg en bij de luchtmacht, o.a. op Volkel en bij het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum als mentor/instructeur. Daarnaast is hij twee keer uitgezonden geweest. Op dit moment is Marcel werkzaam bij staf DGO in het zo geheten artikel 3 Wkkgz-team, dat geneeskundig personeel begeleid in de loopbaanpaden.

Rapporten/jaarverslagen

Werkprogramma 2023 Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad stelt elk jaar een werkprogramma op, waarin de onderwerpen staan waarover deze raad het komende kalenderjaar advies willen uitbrengen. Deze plannen kunnen in de loop van het jaar veranderen, bijvoorbeeld wanneer bewindslieden nieuwe prioriteiten stellen. De thema's die de Gezondheidsraad voor 2023 heeft geselecteerd zijn: Zorg, Preventie en screening, voeding, leefomgeving en arbeidsomstandigheden. Het werkprogramma voor 2023 is via [internet](#) te downloaden.

Wetenschappelijk onderzoek

KNAW-rapport 'Met de kennis van straks: de wetenschap goed voorbereid op pandemieën'

Hoewel COVID-19 tweeënehalf jaar na het begin van de pandemie nog steeds onderdeel van ons leven is, is het volgens de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) van essentieel belang om ook vooruit te kijken. In een rapport hierover schrijft de KNAW bijvoorbeeld dat tijdens de COVID-19-pandemie een overweldigende hoeveelheid publicaties is verschenen, die niet allemaal relevant waren of gedegen methoden gebruikten. Daarom pleit de KNAW voor een digitaal netwerk, waar kleine

teams van experts de wetenschappelijke kennis uit verschillende vakgebieden bij elkaar brengen én op kwaliteit beoordelen. Verder moeten onderzoekers volgens het KNAW-rapport een infrastructuur opzetten voor continue dataverzameling gebaseerd op representatieve steekproeven. Het volledige KNAW-rapport is via [internet](#) te downloaden.

Therapieën/behandelmethoden

Genezing van acute doofheid na knal, schoten of ontploffing blijkt mogelijk

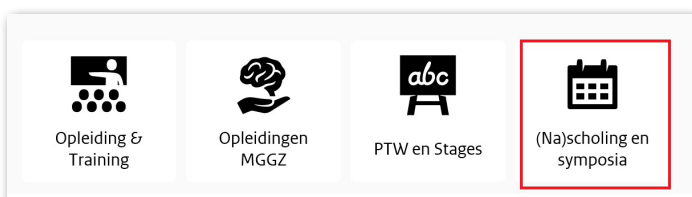
Er zijn volop preventieve maatregelen om gehoorschade, zoals acute doofheid bijv. als gevolg van wapengebruik, te voorkomen. Toch gaat het met enige regelmaat fout. Er is nu een methode om de schade na lawaaitrauma te beperken door middel van hyperbare zuurstoftherapie. Deze behandelingsmethode wordt wereldwijd vooral bij militairen gebruikt. Voor een goed resultaat is het belangrijk dat de behandeling binnen 72 uur na het ontstaan van acute doofheid wordt gestart. Kapitein ter zee-arts Robert Weenink past de therapie toe in het Amsterdam Universitair Medisch Centrum. Dit kan overigens wel pas na een verwijzing vanuit het Centraal Militair Hospitaal. Het is dus belangrijk dat militairen bij acute doofheid direct contact opnemen met hun onderdeelarts. Alleen patiënten met een fors gehoorverlies na een lawaaitrauma door een knal, schoten of ontploffing komen in aanmerking voor de hyperbare zuurstoftherapie. De reden hiervan is dat militairen met minder gehoorverlies doorgaans ook goed hertellen zonder behandeling. Ook mensen die permanente schade hebben na langdurige blootstelling aan geluid komen helaas niet in aanmerking, het gaat echt om de acute fase. Nog niet zo lang geleden was doofheid na een lawaaitrauma eigenlijk een kwestie van pech hebben. Er waren wel medicijnen die iets hielpen, maar verder viel er niets aan te doen. Totdat artsen bij Defensie informatie uit het buitenland ontvingen waarbij hyperbare zuurstoftherapie kon leiden tot minder schade aan het gehoor. De behandeling is pijnloos. De patiënt ademt 1,5 uur 100% zuurstof in. Tijdens de tien behandelingen die nodig zijn, krijgt het lichaam een zeer grote hoeveelheid zuurstof, die ook in het binnenoor aankomt en beschadigde trilharen herstelt. In de toekomst kan een dergelijke behandeling misschien zelfs in vijf dagen. Kapitein ter zee-arts Sander de Ru (KNO-arts bij het Centraal Militair Hospitaal) onderzoekt of het mogelijk is een patiënt twee behandelingen per dag te geven. Lees voor meer informatie het volledige nieuwsbericht op [intranet](#).

Gehoor & Geluid 'Het zit (niet) tussen de oren'

Gehoor en geluid was op 8 september jl. het thema van de veiligheidsdag van het Opleidings- en Trainingscommando (OTCo). Het thema werd vanuit verschillende perspectieven benaderd, van het bespreekbaar maken van gehoorschade tot het gebruik van goede gehoorbescherming. Om inzicht te krijgen in hoe vaak gehoorschade voorkomt, is het belangrijk om een voorvalmelding te doen als er sprake is van geluidschade. Vanuit de Directie Aansturen Operationele Gereedstelling (DAOG) werden door majoor Rob Adema een aantal cijfers getoond van gehoorschade vanuit gemelde voorvallen. Opvallend is dat de meeste meldingen tijdens oefeningen worden gedaan. Christine Tyl van het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) heeft het boek 'Leven met slechthorendheid' van kolonel Willem Dekker als inspiratiebron genomen om het publiek mee te nemen in het traject van gehoorschade. Erik Berke, eveneens van het CEAG, gaf vervolgens met zijn presentatie inzicht in de cijfers van onze wapens en voertuigen. Zijn belangrijkste boodschappen: "zet meer in op simulatie in opleiding en training, neem bron- en organisatorische maatregelen om overdracht geluid te beperken". Lees [hier](#) het volledige nieuwsbericht over de veiligheidsdag.

Symposia/nascholingen/Informatiebijeenkomsten

Overzicht medische congressen, symposia, bij- en nascholingen (civiel en militair, nationaal en internationaal)



Het DGO-intranet is een nieuwe tegel rijker, namelijk een kalender met hierin een overzicht van medische congressen, symposia en bij- en nascholingen (civiel en militair, nationaal en internationaal). U vindt dit overzicht op de pagina [DGO -> Zorgprofessional -> Opleidingen](#).

Het overzicht is zeker niet volledig dus als u aanvullingen heeft dan horen wij dat graag. U kunt hiervoor een mail sturen naar de [intranetredactie](#).

10 december Domus Dag met het thema 'Arts en Oorlog – moraal en werkelijkheid'

Op zaterdag 10 december vindt de jaarlijkse Domus Dag plaats. Dit jaar met het thema 'Arts en Oorlog – Moraal en werkelijkheid'. Deze tijd van oorlog en oorlogsdreiging vraagt om bezinning op de specifieke rol van de medici. Als vanouds treden gerenommeerde historici aan. Ook spreken er artsen die nauw betrokken zijn bij het onderwerp. Joris Verhoeven, oud-minister van Defensie en emeritus hoogleraar International Politics and Organizations, geeft een lezing.

Datum: 10 december 2022

Tijd: 9.30 uur – 16.00 uur

Programma: zie [internet](#)

Locatie: online

Onderwerp: Arts en Oorlog – Moraal en werkelijkheid

Accreditatiepunten: 5 punten Accreditatie Bureau Algemene Nascholing (ABAN)

(huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen)

Kosten: € 40,00.

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Statement Allergieën en Diëten en het Militaire Beroep

De Vakgroep Voeding, bestaande uit voedingsdeskundigen en diëtisten werkzaam bij het Centraal Militair Hospitaal, Commando Zee strijdkrachten, DGI, Koninklijke Marechaussee, Materieellogistiek Commando Land (Commando Land strijdkrachten, operationele catering) en Paresto, heeft een gezamenlijk statement uitgebracht over [allergieën en diëten en het militaire beroep](#). Het statement geeft een overzicht van de geldende richtlijnen: CDS-aanwijzing en de nota's Voeding van Rijksweg en Voedselverstreking tijdens oefeningen. Hierin staat wanneer je als militair wel en geen speciale voeding voor allergieën of diëten kunt krijgen en wanneer en hoe je aanspraak kunt maken op geloofsvoeding en vegetarische maaltijden.

DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

CMH voor het voetlicht in de DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

In september stond adviseur bedrijfsvoering en projecten Steffie centraal in de serie. In haar projecten voor het Centraal Militair Hospitaal (CMH) doet ze er alles aan om de beste zorg voor militairen mogelijk te maken. Een voorbeeld is het project netwerkzorg. Doel van dit project is een nauwe samenwerking tussen alle onderdelen van de gezondheidsketen te realiseren. Het mooiste van werken in het ziekenhuis is voor Steffie de bevoegdheid. Iedereen is er om goede patiëntenzorg te kunnen leveren. Datzelfde enthousiasme proeft ze in de gesprekken met de militaire patiënten. Die gesprekken helpen haar om hun leefwereld beter te begrijpen en op basis daarvan te innoveren. Lees [hier](#) het volledige interview.

Ricardo is optometrist in het CMH. De verhalen en het bijzondere werk van de militairen maken indruk op hem. De patiënt in het CMH is ook je collega, wat zorgt voor meer verbondenheid met de patiënt dan in een civiel ziekenhuis. Een ander verschil ten opzichte van een civiel ziekenhuis is, dat een kleine afwijking, wat in de burgermaatschappij geen problemen geeft, bij Defensie grote gevolgen kan hebben. Dit maakt de baan als optometrist voor Ricardo ook zo bijzonder en het oog als vakgebied is erg interessant. Wat veel mensen niet weten over het oog is dat er zoveel meer aan de hand kan zijn dan alleen een brilsterkte. Ricardo vergelijkt het oog vaak met een Zwitsers horloge. De anatomie van het oog is heel complex, extreem klein en alle onderdelen werken nauw samen. Doordat Ricardo kennis heeft van de militaire taken en systemen, bijvoorbeeld nachtkijkers en richtmiddelen, kan hij met zijn specifieke kennis de militair beter van dienst zijn dan de optometristen die werkzaam zijn in een civiel ziekenhuis.

Het volledige interview lees je [hier](#).

Parlementaria

Inzetbaarheidsrapportage eerste helft 2022

Tweemaal per jaar, bij de begroting en het jaarverslag, wordt de Tweede Kamer geïnformeerd d.m.v. een rapportage over de operationele gereedheid, inzetbaarheid en inzet van de krijgsmacht. Kortgeleden is de [inzetbaarheidsrapportage](#) over de eerste helft van 2022 verzonden. Deze inzetbaarheidsrapportage bestaat uit een openbare brief en een vertrouwelijke bijlage. De vertrouwelijke bijlage bestaat uit twee delen: een tekstueel deel dat operationeel vertrouwelijke informatie over de gereedheid van de krijgsmacht bevat en

de opdrachtenmatrix die ingaat op de status van de capaciteiten en inzetbare eenheden. Samen geven brief en bijlage inzage in de operationele gereedheid, inzetbaarheid en inzet voor de drie hoofdtaken met de daarvoor benodigde capaciteiten en inzetbare eenheden van de krijgsmacht.

De eerste helft van 2022 stond in het teken van grote veranderingen. Dit kabinet heeft forse investeringen gedaan in de krijgsmacht. De Russische invasie van Oekraïne heeft nogmaals duidelijk gemaakt dat onze vrede en veiligheid niet vanzelfsprekend is. Het is daarom belangrijk te beschikken over een toekomstbestendige krijgsmacht die in staat is af te schrikken en, in geval van conflict, het gevecht te winnen. Defensie heeft immers geen eigen keuze in de uitdagingen die de veiligheidssituatie met zich meebrengt – de dreigingen zijn divers. Op alle drie de hoofdtaken moet de krijgsmacht inzetbaar zijn, nu en in de toekomst.

Personeelsrapportage midden 2022

De Personeelsrapportage Defensie over de eerste helft van 2022 is aangeboden aan de Tweede Kamer. In deze [Kamerbrief](#) is te lezen dat de personele ontwikkelingen in de eerste helft van 2022 zorgelijk zijn; zie de onderstaande belangrijke indicatoren die een negatieve ontwikkeling laten zien ten opzichte van de tweede helft van 2021:

- De instroom van militairen, burgers en reservisten is gedaald (militairen: -18,7%; burgers: -6,6%; reservisten: -30,6%).
- De uitstroom van militairen, burgers en reservisten is gestegen (militairen: +34,1%; burgers: +3,2%; reservisten: +11,8%).

Het is voor het eerst sinds jaren dat de instroom daalt én de uitstroom stijgt. Bovendien is de uitstroom bij vooral militairen hoog, terwijl daar al de meeste vacatures zijn. Waarschijnlijk kleurden de cijfers in 2020 en 2021 nog positief als gevolg van onzekerheden die gepaard gingen met de COVID-19-pandemie. Ook ligt een deel van de verklaring in de huidige krappe arbeidsmarkt en de demografische ontwikkelingen zoals de vergrijzing. Dat neemt niet weg dat Defensie alles uit de kast moet halen om de tegenvallende cijfers om te buigen. In de op 1 september aan de Kamer aangeboden [contourenbrief 'Behouden, binden en inspireren'](#) is beschreven hoe Defensie de instroom wil gaan verhogen en de uitstroom verlagen. Defensie moet een meer flexibelere en schaalbare organisatie worden, die aantrekkelijker is voor een grotere doelgroep.

Veiligheid

Oktober: maand van de Security Awareness

Oktober is de maand van de Security Awareness. Doe de online DOSCO security training ([internet](#)) om de weerbaarheid van Defensie te vergroten. Lees [hier](#) de toelichting om toegang te krijgen tot deze training en lees het [intranetbericht](#) voor meer informatie over veiligheid.

Onderzoek: veilige toegang en verantwoord delen

In opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) hebben onderzoekers van het Kenniscentrum Psychologie en Economisch Gedrag onderzoek gedaan naar gedragsverandering ter voorkoming van slachtofferschap van cybercriminaliteit. Het onderzoeksrapport geeft inzicht in hoe veilig burgers online omgaan met hun wachtwoorden en het delen van persoonsgegevens en welke factoren belangrijk zijn bij het opzetten van mogelijke interventies om burgers zich online veiliger te laten gedragen. Het rapport: 'Veilige toegang en verantwoord delen: psychologische determinanten van veilig wachtwoordgedrag en het veilig online delen van persoonsgegevens' is te downloaden via [internet](#).

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

Reacties of onderwerpen kunt u mailen naar p.burema@mindef.nl.

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

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

Inhoud en register van de 75e jaargang, 2022

Rubriek 1: ONDERWERPEN

In deze rubriek zijn de artikelen geplaatst in alfabetische volgorde van het vetgedrukte hoofdonderwerp.

Titels en rangen van de auteurs worden hier niet vermeld.

A. MEDEDELINGEN VAN DE COMMANDANT DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 11, 2021	32
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 12, 2021	37
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 1	74
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 2	79
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg, speciale editie, maart 2022	82
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 3.....	99
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 4.....	104
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 5.....	135
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 6/7	140
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 8.....	175
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 9.....	216
Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg nr. 10.....	223

B. VAN DE INSPECTIE MILITAIRE GEZONDHEIDSZORG

Toezichtjaarplan 2022 IMG	46
--	----

C. OORSPRONKELIJKE ARTIKELEN EN CASUÏSTIEK

Frostbite: uiteenlopende gevolgen van extreme koude door V.J. Aijtkink, V. Meij	166
Gerard van Swieten, De militaire geneeskunde van – door K.J. van Zwieten	191
Looptherapie, Bevordering van de cardiovasculaire gezondheid bij etalagebenen door middel van gesuperviseerde – (samenvatting proefschrift) door S.C.P. Jansen.....	129
Medische zorg tijdens een belegering: Maastricht 1748 door J. Notermans.....	23
Medisch personeel in de Nederlandse krijgsmacht: een historisch perspectief op ethische dilemma's, autonomie en hybride professionele identiteit door F.B. Hooft	201
Militair Revalidatie Centrum, 'Niets is onmogelijk voor hen die willen' – Aardenburg, 1946-2021 door E.M. Miedema	12
Mondgezondheid, Verschillen in – bij de Nederlandse krijgsmacht door W.A.M. van Klink	121

Neuropathie, Perifere – in de nasleep van terroristische aanslagen en oorlog: een literatuuroverzicht door Y. Arnst, H. De Cauwer	48
--	----

Overlijden, Het – van graaf Von Arnim op 6 augustus 1914 te Maastricht door J. Notermans.....	93
--	----

Psychische en verslavingsklachten, Hoe kan de bespreekbaarheid van – in de werkomgeving verbeterd worden? Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht door R.I. Bogaers, S.G. Geuze, J. van Weeghel, F.R.M. Leijten, N. Rüsche, H. van de Mheen, P.K. Varis, A.D. Rozema, E.P.M. Brouwers	57
---	----

Psychofarmaca, Het gebruik van – bij de krijgsmacht: voorschrijfpatronen en behandeling na trauma door D.G.A. Knotnerus-Janssen	4
--	---

Richtlijn, Landelijke Multidisciplinaire – Onderbeenklachten Vertegenwoordigers van Defensie in een hoofdrol door W.O. Zimmermann, E.W.P. Bakker.....	186
--	-----

Supersoldaten? Morele dilemma's in human enhancement: perspectieven van operationeel militair artsen door S.A.J. de Bruijn, C. Damsté, G.C.H. Bakx, E.M. van Baarle	152
--	-----

Zorg, Monodisciplinaire of multidisciplinaire –? Enkele lessen voor de zorg na de evacuatie uit Afghanistan door M. Meijer	114
---	-----

D. VERSLAGEN

Bevrijd Over het KZ-syndroom in de Nederlandse kranten door L. van Bergen.....	70
---	----

Prehospitale zorg, De Verenigde Naties timmert aan de weg met de ontwikkeling van een nieuwe cursus in de – voor niet-medisch personeel door D.D.M. Beeloo	170
--	-----

E. BOEKBESPREKINGEN

Bevrijd Het concentratiekampsyndroom en de LSD-behandeling van Jan Bastiaans door L. van Bergen.....	30
---	----

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

F. VAN DE REDACTIE

Abonnement , Aanmelden voor – NMGT	29
Abonnement , Aanmelden voor – NMGT	81
Abonnement , Aanmelden voor – NMGT	108
Abonnement , Aanmelden voor – NMGT	131
Abonnement , Aanmelden voor – NMGT	165
Abonnement , Aanmelden voor – NMGT	215
Inhoud en register van de 75e jaargang, 2022.....	231
Ridder , Kapitein ter zee-arts b.d. M.J.J. Hoejenbos benoemd tot – in de Orde van Oranje-Nassau door A. Sondeijker, A.H.M. de Bok	88
Voorwoord hoofdredacteur	3
Voorwoord hoofdredacteur	45
Voorwoord hoofdredacteur	87
Voorwoord hoofdredacteur	113

Rubriek 2: AUTEURS

In deze rubriek zijn de namen van de in rubriek 1 vermelde auteurs weergegeven in een voor buitenlandse lezers begrijpelijke alfabetische volgorde.

Arnst Y., De Cauwer H.: Perifere neuropathie in de nasleep van terroristische aanslagen en oorlog: een literatuuroverzicht	48
Aijtink V.J., Meij V.: Frostbite: uiteenlopende gevolgen van extreme koude....	166
Bakker E.W.P., Zimmermann W.O.: Landelijke Multidisciplinaire Richtlijn Onderbeenklachten Vertegenwoordigers van Defensie in een hoofdrol	186
Bakx G.C.H., De Bruijn S.A.J., Damsté C., Van Baarle E.M.: Supersoldaten? Morele dilemma's in human enhancement: perspectieven van operationeel militair artsen	152
Beeloo D.D.M.: De Verenigde Naties timmert aan de weg met de ontwikkeling van een nieuwe cursus in de prehospital zorg voor niet-medisch personeel (verslag).....	170
Bogaers R.I., Geuze S.G., Van Weeghel J., Leijten F.R.M., Rüsch N., Van de Mheen H., Varis P.K., Rozema A.D., Brouwers E.P.M.: Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden? Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht	57
Brouwers E.P.M., Bogaers R.I., Geuze S.G., Van Weeghel J., Leijten F.R.M., Rüsch N., Van de Mheen H., Varis P.K., Rozema A.D.:	

Voorwoord hoofdredacteur	151
Voorwoord hoofdredacteur	185
Vijfenzeventig jaar NMGT door A. Sondeijker, A.H.M. de Bok	89
Wenken voor inzenders van kopij	147

G. INGEZONDEN MEDEDELINGEN

Bij- en nascholing NSPOH.....	11
Bij- en nascholing NSPOH.....	41
Bij- en nascholing NSPOH.....	83
Bij- en nascholing NSPOH.....	87
Bij- en nascholing NSPOH.....	109
Bij- en nascholing NSPOH.....	113
Bij- en nascholing NSPOH.....	146
Bij- en nascholing NSPOH.....	151
Bij- en nascholing NSPOH.....	169
Bij- en nascholing NSPOH.....	185
Bij- en nascholing NSPOH.....	200

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden? Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht	57
Damsté C., De Bruijn S.A.J., Bakx G.C.H., Van Baarle E.M.: Supersoldaten? Morele dilemma's in human enhancement: perspectieven van operationeel militair artsen	152
De Bok A.H.M., Sondeijker A.: Kapitein ter zee-arts b.d. M.J.J. Hoejenbos benoemd tot ridder in de Orde van Oranje-Nassau (red).....	88
De Bok A.H.M., Sondeijker A.: Vijfenzeventig jaar NMGT (red)	89
De Bruijn S.A.J., Damsté C., Bakx G.C.H., Van Baarle E.M.: Supersoldaten? Morele dilemma's in human enhancement: perspectieven van operationeel militair artsen	152
De Cauwer H., Arnst Y.: Perifere neuropathie in de nasleep van terroristische aanslagen en oorlog: een literatuuroverzicht	48
Geuze S.G., Bogaers R.I., Van Weeghel J., Leijten F.R.M., Rüsch N., Van de Mheen H., Varis P.K., Rozema A.D., Brouwers E.P.M.: Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden? Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht	57

Hoofd F.B.:

Medisch personeel in de Nederlandse krijgsmacht:
 een historisch perspectief op ethische dilemma's,
 autonomie en hybride professionele identiteit 201

Jansen S.C.P.:

Bevordering van de cardiovasculaire gezondheid bij
 etalagebenen door middel van gesuperviseerde
 looptherapie (samenvatting proefschrift) 129

Knotnerus-Janssen D.G.A.:

Het gebruik van psychofarmaca bij de krijgsmacht:
 voorschrijfpatronen en behandeling na trauma 4

Leijten F.R.M., Bogaers R.I., Geuze S.G., Van Weeghel J.,
 Rüsche N., Van de Mheen H., Varis P.K., Rozema A.D.,
 Brouwers E.P.M.:

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en
 verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden?
 Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven
 binnen de Nederlandse krijgsmacht 57

Meij V., Aijtink V.J.:

Frostbite: uiteenlopende gevolgen van extreme koude.... 166

Meijer M.:

Monodisciplinaire of multidisciplinaire zorg? Enkele lessen
 voor de zorg na de evacuatie uit Afghanistan 114

Miedema E.M.:

'Niets is onmogelijk voor hen die willen'
 Militair Revalidatie Centrum Aardenburg, 1946-2021 12

Notermans J.:

Medische zorg tijdens een belegering: Maastricht 1748 23

Notermans J.:

Het overlijden van graaf Von Arnim op 6 augustus 1914
 te Maastricht 93

Rozema A.D., Bogaers R.I., Geuze S.G., Van Weeghel J.,
 Leijten F.R.M., Rüsche N., Van de Mheen H., Varis P.K.,
 Brouwers E.P.M.:

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en
 verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden?
 Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven
 binnen de Nederlandse krijgsmacht 57

Rüsche N., Bogaers R.I., Geuze S.G., Van Weeghel J.,
 Leijten F.R.M., Van de Mheen H., Varis P.K., Rozema A.D.,
 Brouwers E.P.M.:

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en
 verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden?
 Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven
 binnen de Nederlandse krijgsmacht 57

Sondeijker A., De Bok A.H.M.:

Kapitein ter zee-arts b.d. M.J.J. Hoejenbos benoemd tot
 ridder in de Orde van Oranje-Nassau (red) 88

Sondeijker A., De Bok A.H.M.:

Vijfenzeventig jaar NMGT (red) 89

Van Baarle E.M., De Bruijn S.A.J., Damsté C., Bakx G.C.H.:
 Supersoldaten? Morele dilemma's in human enhancement:
 perspectieven van operationeel militair artsen 152

Van Bergen L.:

Bevrijd. Het concentratiekampsyndroom en de
 LSD-behandeling van Jan Bastiaans (boek) 30

Van Bergen L.:

Regiment Geneeskundige Troepen
 Al helpende dien ik de overwinning (boek) 132

Van Bergen L.:

Bevrijd. Over het KZ-syndroom in de Nederlandse kranten
 (verslag) 70

Van de Mheen H., Bogaers R.I., Geuze S.G.,

Van Weeghel J., Leijten F.R.M., Rüsche N., Varis P.K.,
 Rozema A.D., Brouwers E.P.M.:

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en
 verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden?
 Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven
 binnen de Nederlandse krijgsmacht 57

Van Klink W.A.M.:

Verschillen in mondgezondheid bij de Nederlandse
 krijgsmacht 121

Van Weeghel J., Bogaers R.I., Geuze S.G., Leijten F.R.M.,
 Rüsche N., Van de Mheen H., Varis P.K., Rozema A.D.,
 Brouwers E.P.M.:

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en
 verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden?
 Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven
 binnen de Nederlandse krijgsmacht 57

Van Zwieten K.J.:

De militaire geneeskunde van Gerard van Swieten 191

Varis P.K., Bogaers R.I., Geuze S.G., Van Weeghel J.,
 Leijten F.R.M., Rüsche N., Van de Mheen H., Rozema A.D.,
 Brouwers E.P.M.:

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en
 verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden?
 Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven
 binnen de Nederlandse krijgsmacht 57

Zimmermann W.O., Bakker E.W.P.:

Landelijke Multidisciplinaire Richtlijn Onderbeenklachten
 Vertegenwoordigers van Defensie in een hoofdrol 186

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT
MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

