NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
66e JAARGANG
MAART 2013 - NR. 2

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DIRECTIE MILITAIRE GEZONDHEIDSZORG

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT
Uitgegeven door het Ministerie van Defensie onder verantwoordelijkheid van de Directeur Militaire Gezondheidszorg

HOOFDREDACTEUR
R.P. van der Meulen
kolonel-vliegerarts

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

LEDEN VAN DE REDACTIE
Dr. R.A. van Hulst
kapitein ter zee-arts
S.P. Janssen
kolonel-arts
H.W.P. Meussen
luitenant-kolonel-arts
E.G.J. Onnouw
luitenant-kolonel-vliegerarts
Dr. J. van der Plas
Bioloog
R.A.G. Sanches
kapitein-luitenant ter zee-arts
F.J.G. van Silfhout
luitenant-kolonel-tandarts
N.R. van der Struijs
kapitein-luitenant ter zee-arts
M.L. Vervelde
kolonel-apotheker

ADMINISTRATIE
majoor b.d. **A. Sondeijker**
secretaris NMGT
Postbus 20703, 2500 ES 's-Gravenhage
Telefoon 0165-300145
E-mailadres:
nmgt@mindef.nl

VOORBEHOUD
Plaatsing van een artikel in dit tijdschrift houdt niet in, dat de inzichten van de schrijver worden gedeeld door de Directeur Militaire Gezondheidszorg 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 Director of Military Health Care
Postbox 20703, 2500 ES The Hague
(The Netherlands)

All rights reserved
ISSN 0369-4844

Van de redactie: 31

Mededelingen:
Reorganisatie Militaire Gezondheidszorg, nr. 7, februari 2013 55
Nieuwsbrief DMG, februari 2013 57

Oorspronkelijke artikelen:
Pitted keratolysis
door dr. E.M. van der Snoek, dr. M.B. Ekkelenkamp en kapitein-arts J.C.C.W. Suykerbuyk 32

Verslagen:
Minisymposium "Militaire gezondheidszorg: Toen, Nu, Dan"
- Cultuur, Militaire Gezondheidszorg 3.0, 'Van bezit naar toegang'
  door brigade-generaal-arts J. de Graaf 34
- Civiel genormeerd. Kansen én bedreigingen
  door kolonel W.J. Hakkennes 36
- Hoe kijkt de jonge tegen de oude generatie aan?
  door luitenant ter zee van administratie der 2e klasse P.M. Lansdorp MSc 38
- Internationale samenwerking
  door kolonel-arts W. Korterink 40
- Verpaarsing: enkele overwegingen bij het afscheid van brigade-generaal-arts Rob van der Meer
  door kapitein ter zee-arts R.W. Blom 43

CIOMR Mid Winter Meeting, Brussel, België, 30 januari - 2 februari 2013
door reserve kolonel-arts prof. dr. O.C.K.M.Penn, reserve majoor-arts dr. Ch. Vermeulen, reserve majoor-arts E. Pasman, reserve kapitein-arts R. Favié en reserve luitenant-kolonel-arts dr. E.C.T.H. Tan 49

Boekbesprekingen:
De vrouwen van Royaumont
door dr. L. van Bergen 54

Ingezonden mededelingen:
Bij- en nascholing van de Netherlands School of Public and Occupational Health 31, 48
Kalender 2013, International Committee of Military Medicine 58

From the editor: 31

Announcements:
Reorganisation Military Healthcare, No. 7, February 2013 55
Newsletter Surgeon General, February 2013 57

Original contributions:
Pitted keratolysis
by E.M. van der Snoek MD PhD, M.B. Ekkelenkamp MD PhD and captain mc J.C.C.W. Suykerbuyk 32

Reports:
Mini-symposium "Military Health Care: Then, Now and in the Future"
- Culture, military health care 3.0, 'from possession to access'
  by brigadier general mc J. de Graaf 34
- Civil standards. Chances and threats
  by colonel W.J. Hakkennes 36
- The perspective of a millennial youngster versus the ruling older generations
  by lieutenant (R. Neth. Navy) P.M. Lansdorp MSc 38
- International cooperation
  by colonel mc W. Korterink 40
- Cooperation between military health services: some considerations at the farewell of brigadier general mc Rob van der Meer
  by surgeon captain (R. Neth. Navy) R.W. Blom 43

CIOMR Mid Winter Meeting 2013, Brussels, Belgium
by colonel mc (res) Prof. O.C.K.M.Penn, major mc (res) Ch. Vermeulen PhD, major mc (res) E. Pasman, captain mc (res) R. Favié and lieutenant colonel mc (res) E.C.T.H. Tan PhD 49

Book reviews:
The Women of Royaumont
by L. van Bergen PhD 54

Paragraph advertisement:
The Netherlands School of Public and Occupational Health 31, 48
Calendar 2013, International Committee of Military Medicine 58

VOORPAGINA

Brigade-generaal-arts Rob van der Meer nam op 31 januari jl. op gepaste wijze afscheid als Hoogste Medische Autoriteit en Regimentsoudste van de Geneeskundige Troepen.

Foto: Adjudant Hans Dolstra.

Beste lezers,

Het maartnummer 2013 van het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift is grotendeels gevuld met de presentaties die zijn gehouden tijdens het Minisymposium op 31 januari jl. bij het afscheid van brigade-generaal-arts Rob van der Meer. Als dagvoorzitter is het mij niet ontgaan dat velen van u, naast de sprekers, vol ideeën zitten over de Militaire Gezondheidszorg. Daarom doe ik via deze brug weer een appel op de lezers om hun gedachtegoed aan dit digitale tijdschrift toe te vertrouwen. De redactie ontvangt heel graag uw visie en is er niet afkerig van om als een platform te fungeren voor communicatie en discussie.

Uiteraard zouden wij ook uw operationele, internationale samenwerkings-, c.q. oefenervaringen ontvangen en resultaten van (wetenschappelijk) onderzoek. Ondanks de lopende reorganisatie komen de collega's uit de Militaire Gezondheidszorg nog steeds op symposia en diverse NATO-fora; de "specialisten" onder ons hebben vast meer te melden dan een STANAG.

De redactie rekent op u en wenst u veel leesplezier,

De Hoofdredacteur NMGT
Kolonel-vliegerarts R.P. van der Meulen

MEDEDELING

Netherlands School of Public & Occupational Health

Inlichtingen: telefoon 020-4097000, e-mail info@nspoh.nl

SOLK en somatoforme stoornissen; beoordelen en begeleiden (nieuw)

Regelmatig wordt een gevoel van machteloosheid of ergernis beschreven bij confrontatie met mensen met SOLK (somatisch onverklaarde lichamelijke klachten). Is het mogelijk mensen met dergelijke problematiek actief, systematisch en proces- dan wel tijdscontingent te begeleiden? Deze module reikt u hiervoor praktische handvatten aan.

Doelgroep: *bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en andere arbo- en reïntegratieprofessionals die direct contact hebben met cliënten met SOLK en die 'somatiseren'.*
Data: *maandag 8 april 2013*
Kosten: *€ 425*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=21*

Infectieziekten en arbeid

Leer meer over preventie, diagnostiek en outbreak van infectieziekten per branche: voor bedrijfsartsen, dierenartsen en arboprofessionals bijvoorbeeld werkzaam in de zorg, het onderwijs, de agrarische sector en groenvoorziening.

Doelgroep: *bedrijfsartsen, geregistreerd of daartoe in opleiding, dierenartsen en arboverpleegkundigen*
Data: *maandag 8 en 22 april 2013*
Kosten: *€ 795*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=764*

Professional als coach

Verkrijg een goede basis voor een coachende werkstijl met deze korte en krachtige module.

Doelgroep: *professionals in occupational en public health die zich willen bekwamen in een coachende werkstijl.*
Data: *woensdag 10 en 24 april 2013*
Kosten: *€ 895*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=597*

Slaap en arbeid

Slaap en slaapproblemen hebben grote invloed op de werkprestaties en belastbaarheid. Vergroot uw inzicht en ontdek welke behandelingen mogelijk zijn.

Doelgroep: *bedrijfs- en verzekeringsartsen*
Data: *donderdag 11 april 2013*
Kosten: *€ 455*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=413*

Ethiek in de publieke gezondheid

Sta stil bij de belangrijkste morele kwesties die spelen in de publieke gezondheid en leer over methodieken om morele afwegingen te maken. U kunt uw handelen als professional moreel verantwoorden en werken aan een rechtvaardige public health praktijk.

Doelgroep: *gemeenteambtenaren, beleidsmedewerkers, leidinggevenden en professionals werkzaam in de publieke gezondheid.*
Data: *dinsdag 16 en 23 april en 14 mei 2013*
Kosten: *€ 1155*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=458*

Professioneel presenteren

Een aansprekende interactieve presentatie voor groepen slaagt door een combinatie van persoonlijke stijl en het toepassen van de goede technieken. Verbeter uw presentatietechnieken en vergroot uw zelfvertrouwen!

Doelgroep: *professionals werkzaam in de publieke- en bedrijfsgezondheid die geregeld presentaties voor groepen houden en hun interactieve technieken en vaardigheden willen verbeteren.*
Data: *dinsdag 16 en woensdag 17 april 2013*
Kosten: *€ 770*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=514*

Nascholingscarrousel voor reizigersgeneeskundig artsen

U leert meer over complexe onderwerpen belangrijk voor de reizigersadvisering. Georganiseerd in samenwerking met de Afdeling Virologie van het Erasmus MC. LCR accreditatie wordt aangevraagd.

Doelgroep: *de reizigersgeneeskundig (huis)arts*
Datum: *donderdag 18 april 2013*
Kosten: *€ 385*
Locatie: *Rotterdam*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageID=33&welkelijst=clph&id=20*

Training Adviesvaardigheden

U leert aan de hand van theorie en praktisch oefenen uw adviesvaardigheden te versterken.

Doelgroep: *professionals in de publieke gezondheidszorg*
Data: *dinsdag 7 en 21 mei en 25 juni 2013*
Kosten: *€ 1360*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=214*

Pitted keratolysis

door dr. E.M. van der Snoek[a], dr. M.B. Ekkelenkamp[b] en kapitein-arts J.C.C.W. Suykerbuyk[c]

Samenvatting

Pitted keratolysis (PK) is een regelmatig voorkomende plantaire huidmanifestatie bij militairen en atleten. Ten gevolge van pijnklachten tijdens het lopen, sporten en marsen kan bij militairen in sommige gevallen sprake zijn van verminderde inzetbaarheid.
In dit artikel wordt een samenvatting gegeven uit de medische literatuur over de oorzaken van PK en de behandelingsmogelijkheden. Preventieve maatregelen, lokale antibiotische behandeling en adequate aanpak van overmatig zweten zijn de belangrijkste aandachtspunten.

Achtergrond

Pitted keratolysis (PK) is een regelmatig voorkomende huidaandoening aan de voetzolen veroorzaakt door overgroei van de Gram-positieve bacteriën *Kytococcus sedentarius*, *Dermophilus congolensis* en *Corynebacterium species*. Door de proteolytische werking van deze bacteriën ontstaan multipele 1 tot 5 mm grote kratervormige putjes onder de voetzolen door destructie van het stratum corneum[1]. Het stratum corneum kan hierdoor bruinig of lichtgroen verkleuren. De afwijkingen vallen meer op wanneer de voeten nat zijn[2]. De putjes gaan meestal gepaard met een bijzonder onwelriekende geur, overmatig zweten, pijn, irritatie, jeuk en/of branderig gevoel. De sokken blijven daarnaast vaak plakken aan de voetzool[1,3].
In sommige gevallen veroorzaakt PK geen symptomen. De dermatologische aandoeningen erythrasma en trichomycosis axillaris worden vaker samen gezien met PK[4].
PK komt voornamelijk voor in de tropen en bij jongemannen, meestal bilateraal en hoofdzakelijk op de drukpunten van de voetzool, de voorvoet, hiel en grote teen[5]. Vooral het dragen van afsluitend schoeisel in combinatie met verminderde hygiëne spelen een belangrijke veroorzakende rol. Ook personen die juist zeer frequent hun voeten wassen hebben meer kans op PK. De aandoening komt behalve bij militairen ook geregeld voor bij atleten, skaters, ijshockeyers, zwemmers, agrariërs en personen die werkzaam zijn in de mijnbouw[6-9].

Afb. 1: Pitted keratolysis. Putjes onder de hiel; onder de voorvoet vloeien deze samen tot grotere huiddefecten.

Prevalentie

Hoewel PK niet zeldzaam is, blijkt de hoeveelheid medische literatuur over dit onderwerp beperkt. In een Australische militaire eenheid, gestationeerd in Oost-Timor in het kader van een vredesmissie, ontwikkelde 15% van de militairen klachten van PK na gemiddeld 93 dagen met frequente voetpatrouilles door de lokale jungle[10]. In een epidemiologisch onderzoek onder Turkse mannen bleek 3% van de onderzochten verschijnselen van PK te hebben[11]. Onder bijna 1000 mannelijke militairen in Korea met een gemiddelde leeftijd van 22 jaar kwamen bij 13% klinische verschijnselen van PK voor[4]. Tot 70% van de mannelijke Amerikaanse mariniers in North Carolina ontwikkelden PK bij een zesdaags onderzoek in 1967 waarbij de mannen meerdere uren per dag door water moesten lopen en hun schoeisel ook 's nachts aanhielden. Vooral de natte omstandigheden bleken fors bij te dragen aan het ontstaan van de klachten[12]. In een case-control studie onder 387 studenten op een universiteit in Canada bleek hyperhidrosis van de voetzolen geassocieerd met een sterk verhoogde kans op PK (OR 15.5; P = 0.0003)[13].

Preventie

Ter preventie van PK wordt geadviseerd om zoveel mogelijk goed zittend, niet-occlusief schoeisel te dragen met droge, katoenen of vochtabsorberende synthetische sokken. Sokken en schoeisel moeten steeds volledig droog zijn[7]. Het is raadzaam om vochtige sokken regelmatig te verschonen[8]. Tijdens het douchen is het zinvol een antibacteriële zeep te gebruiken zoals povidon-jodium bevattende producten (Betadine® scrub of shampoo) waarmee de voeten volledig moeten worden ingezeept en pas na enkele minuten worden afgespoeld. De voeten moeten daarna goed worden afgedroogd[1]. Een föhn kan van pas komen om de voeten snel en volledig droog te krijgen. Schoeisel, sokken en handdoeken kunnen beter niet met anderen worden gedeeld.

Therapie

De waarschijnlijk meest zinvolle behandeling bij een actieve PK is de combinatie van topicaal clindamycine 1% gel gecombineerd met benzoylperoxide 10% hydrogel[14]. Benzoylperoxide is zowel een bactericide als keratolytische substantie en bevordert de penetratie van clindamycine in de huid[15].

[a] Dermatoloog, polikliniek Dermatologie, Centraal Militair Hospitaal, Utrecht.
[b] Arts-microbioloog, afdeling Medische Microbiologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht.
[c] Algemeen militair arts, 13 Gnkcie Mechbrig, Koninklijke Landmacht, Oirschot.

Artikel ontvangen februari 2013.

preventie	sokken	• droog houden, katoenen of synthetisch en vochtabsorberend • regelmatig verschonen
	schoenen	• droog houden, goed zittend, niet-occlusief
	voeten	• dagelijks wassen met antibacteriële zeep (povidon-jodium)
behandeling	lokaal	• clindamycine 1% gel (ochtend) en benzoylperoxide 10% hydrogel (avond)
	oraal	• clindamycine 3 dd 300 mg of claritromycine 1 dd 500 mg SR (slow release) of erytromycine 3 dd 500 mg gedurende 7 tot 10 dagen
hyperhidrosis	lokaal	• aluminiumchloride hexahydraat oplossing 15% (avond)
	overig	• iontoforese of botulinetoxine intradermale injecties

Tabel 1: Management van pitted keratolysis.

Deze combinatie geeft bij acné vulgaris een significant beter effect dan van de som van beide producten afzonderlijk te verwachten is en geeft daarnaast minder bijwerkingen[16]. De combinatie van deze middelen zou mogelijk ook resistentie van bacteriën tegen clindamycine reduceren. Sommige bacteriën hebben minder neiging immuun te worden voor clindamycine vergeleken met bijvoorbeeld erytromycine[15].
Wanneer lokale therapie onvoldoende effectief is, kan gekozen worden voor orale behandeling. Zowel erytromycine, clindamycine als claritromycine voorgeschreven gedurende 7 tot 10 dagen blijken effectieve keuzen[2,7].
Het gebeurt met regelmaat dat PK ten onrechte wordt aangezien voor een schimmelinfectie van de voeten en behandeling plaatsvindt met een lokaal antimycoticum[7]. Lokale imidazolpreparaten zoals miconazolcrème blijken soms - in vitro - een antibacteriële werking te hebben. Er zijn echter tot op heden geen publicaties van studies naar het effect van deze preparaten op de activiteit van de Gram-positieve bacteriën *Kytococcus sedentarius*, *Dermophilus congolensis* en *Corynebacterium species*[17-19]. Een verklaring voor een gunstig effect van imidazolpreparaten kan zijn dat er een secundaire schimmelsuperinfectie is opgetreden[20].

Overmatig zweten

Drie weken na start van de gecombineerde lokale antibacteriële therapie zullen bij de meeste patiënten met PK de klachten verdwenen zijn. Het overmatig zweten zal vervolgens aangepakt moeten worden bijvoorbeeld met aluminiumchloride hexahydraat oplossing. Deze oplossing moet 's avonds aangebracht worden op droge voetzolen en de volgende ochtend worden afgespoeld met water. Het gebruik hiervan kan leiden tot lokale irritatie. Een alternatief hiervoor is het gebruik van iontoforese (bijvoorbeeld Hydrex® apparatuur) hoewel deze behandeling tijdsintensiever is dan de behandeling met aluminiumchloride. Ook is behandeling van de voetzolen mogelijk met intradermale botulinetoxine-injecties (Botox® of Dysport®)[21].

Tabel 1 geeft een samenvatting van alle zinvolle voorzorgsmaatregelen en behandelingen bij PK. PK kan overigens ook spontaan verdwijnen wanneer bijvoorbeeld natte weersomstandigheden omslaan naar droge perioden. Ongeveer de helft van alle patiënten krijgt eens of vaker een recidief van het huidbeeld[7]. Sommigen van hen blijven jarenlang last houden van terugkerende klachten[13].

SUMMARY

PITTED KERATOLYSIS

Pitted keratolysis (PK) is a common plantar skin manifestation in army personnel, farmers, skaters, swimmers and athletes. Due to pain while walking and marching, the condition can cause reduced operational deployability (in case of army personnel).
Preventive measures, topical or sometimes oral antibiotic therapy and adequate treatment of hyperhidrosis are the mainstay methods in the management of patients with PK. Despite adequate treatment, recurrences may be prevalent.

Referenties:

1. Singh G., Naik C.L.: Pitted keratolysis. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2005;71:213-5.
2. Zaias N.: Pitted and ringed keratolysis. A review and update. J Am Acad Dermatol 1982;7:787-91.
3. Takama H., Tamada Y., Yano K. et al.: Pitted keratolysis: clinical manifestations in 53 cases. Br J Dermatol 1997;137:282-5.
4. Rho N.K., Kim B.J.: A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. J Am Acad Dermatol 2008;58:S57-8.
5. Aars C.G.: Keratoma Plantare Sulcatum (Castellani) Arch Derm Syphilol 1931;24:271-9.
6. Naik C.L., Singh G.: Clinico epidemiological study of pitted keratolysis. Indian J Dermatol 2007;52:35-8.
7. Blaise G., Nikkels A.F., Hermanns-Lê T. et al.: Corynebacterium-associated skin infections. Int J Dermatol 2008;47:884-90.
8. Ramsey M.L.: Pitted keratolysis: a common infection of active feet. Phys Sportsmed 1996;24:51-6.
9. Wohlrab J., Rohrbach D., Marsch W.C.: Keratolysis sulcata (pitted keratolysis): clinical symptoms with different histological correlates. Br J Dermatol 2000;143:1348-9.
10. Lim D.S.: Dermatology in the military: an East Timor study. Int J Dermatol 2005;44:304-11.
11. Tuncel A.A., Erbagci Z.: Prevalence of skin diseases among male adolescent and post-adolescent boarding school students in Turkey. J Dermatol 2005;32:557-64.
12. Gill K.A. Jr, Buckels L.J.: Pitted keratolysis. Arch Dermatol 1968;98:7-11.
13. Walling H.W.: Primary hyperhidrosis increases the risk of cutaneous infection: a case-control study of 387 patients. J Am Acad Dermatol 2009;61:242-6.
14. Burkhart C.G.: Pitted keratolysis: a new form of treatment. Arch Dermatol 1980;116:1104.
15. Vlahovic T.C., Dunn S.P., Kemp K.: The use of a clindamycine 1%-benzoyl peroxide 5% topical gel in the treatment of pitted keratolysis: a novel therapy. Adv Skin Wound Care 2009;22:564-6.
16. Thiboutot D., Zaenglein A., Weiss J. et al.: An aqueous gel fixed combination of clindamycine phosphate 1.2% and benzoyl peroxide 2.5% for the once-daily treatment of moderate to severe acne vulgaris: assessment of efficacy and safety in 2813 patients. J Am Acad Dermatol 2008;59:792-800.
17. Sud I.J., Feingold D.S.: Action of antifungal imidazoles on Staphylococcus aureus. Antimicrob Agents Chemother 1982;22:470-4.
18. De Louvois J.: Activity of miconazole against Streptococcus agalactiae. J Antimicrob Chemother 1980;6:798-9.
19. Ikezawa K., Kashimura H., Mahmudul H. et al.: Miconazole gel increases the cure rate of Helicobacter pylori infection when added to lansoprazole and amoxicillin in a randomized trial. Helicobacter 1998;3:120-4.
20. Van der Snoek E.M., Ekkelenkamp M.B., Suykerbuyk J.C.C.W.: Pitted keratolysis; physicians' treatment and their perceptions in Dutch army personnel. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012;26:DOI: 10.1111/j.1468-3083.2012.04674.x
21. Tamura B.M., Cucé L.C., Souza R.L. et al.: Plantar hyperhidrosis and pitted keratolysis treated with botulinum toxin injection. Dermatol Surg 2004;30:1510-4.

Minisymposium “Militaire gezondheidszorg: Toen, Nu, Dan”

Ter gelegenheid van het afscheid van brigade-generaal-arts Rob van der Meer als Directeur Directie Militaire Gezondheidszorg (D-DMG) en Hoogste Medische Autoriteit (HMA) vond er een minisymposium plaats onder de titel “Militaire gezondheidszorg: Toen, Nu, Dan”. De sprekers gaven een presentatie op 31 januari jl. in de filmzaal van de Korporaal Van Oudheusdenkazerne over een aantal onderwerpen die de militaire gezondheidszorg betreffen. Rode draad was: leer van het verleden, evalueer het heden en richt je gebruikmakend van die wijsheid op de toekomst.

Afb. 1: Op 31 januari jl. droeg brigade-generaal-arts Van der Meer (rechts) tijdens een ceremoniële functieoverdracht op de Korporaal van Oudheusdenkazerne zijn functie van Hoogste Medische Autoriteit en Regimentsoudste van de Geneeskundige Troepen over aan brigade-generaal-arts De Graaf.
Foto: Adjudant Hans Dolstra.

Dagvoorzitter was kolonel-vliegerarts Rob van der Meulen, kapitein ter zee-arts Remco Blom gaf een presentatie over “*paars nodig*”, kolonel-arts Wynand Korterink over “*internationale samenwerking*”, kolonel Frits Hakkennes over “*civiel genormeerd*”, brigade-generaal-arts Johan de Graaf over “*cultuur*”, luitenant ter zee van administratie der 2e klasse Petra Lansdorp over “*hoe de jonge generatie tegen de oude generatie aankijkt*” en brigade-generaal-arts Rob van der Meer over “*opportuniteit en opportunisme*”.
In het NMGT is een aantal spreekteksten of samenvattingen geplaatst met foto’s en PowerPoint-dia’s.

Bijdragen ontvangen februari 2013.

Cultuur, Militaire Gezondheidszorg 3.0, ‘Van bezit naar toegang’

Onderstaande tekst is een weergave van de inleiding die is gehouden tijdens het symposium op 31 januari jl. in Hilversum ter ere van het vertrek van Directeur DMG, tevens HMA, brigade-generaal-arts Van der Meer en functieoverdracht van de Hoogste Medische Autoriteit. De gesproken tekst wijkt enigszins af van wat hierna is beschreven.

Spreker: brigade-generaal-arts J. de Graaf, C-Divisie DGO i.o.

Dames en heren, een inleiding over cultuur nodigt uit een theoretisch model te vertalen naar de werkelijkheid, echter dat raakt niet de kern en mijn beleving. Ik wil deze gelegenheid graag gebruiken mijn cultuurdiagnose over de Militaire Gezondheidszorg te geven en met u te kijken naar de naaste toekomst.

Allereerst vind ik het belangrijk stil te staan bij deze mooie dag. De verjaardag van Hare Majesteit de Koningin, 33 jaar onze vorstin. Als onze Militaire Gezondheidszorg net zo gedragen wordt als de monarchie onder de bevolking in Nederland, staan we er erg goed voor.
En vandaag ook aandacht voor ruim 30 jaar inzet van brigade-generaal Rob van der Meer. *Voor de complottheoretici onder ons is de coïncidentie van de abdicatie met het aftreden van brigade-generaal Van der Meer ‘food for thought’.*

De aanleiding voor dit symposium is natuurlijk dat de verworvenheden van onze hedendaagse Militaire Gezondheidszorg door het richten en inrichten van onze Directeur Militaire Gezondheidszorg, Rob van der Meer, tot stand zijn gekomen en wij vandaag het stokje mogen overnemen. Vanmiddag staan wij verder stil bij de verdiensten en het afscheid van collega Van der Meer.

Ik wil ook onze minister van Defensie noemen, Jeanine Hennis-Plasschaert. Ik heb haar onlangs mogen ontmoeten tijdens een bezoek aan ons Militair Revalidatie Centrum. Een prachtig mens, in hoe zij zichtbaar geraakt was in het contact met diverse revalidanten die zich hebben ingezet voor vrede en veiligheid en daarbij zeer ernstig gewond zijn geraakt. De minister heeft een scherp beeld van onze gezondheidszorg en in gesprek wordt duidelijk dat zij de meerwaarde van ons systeem ten opzichte van onze civiele pendant juist inschat.

En zo ook de kwaliteit; althans, dat is de veronderstelling. Die veronderstelling blijkt ook tijdens mijn presentaties aan en gesprekken met autoriteiten. Dat de Militaire Gezondheidszorg een onderdeel is van het grotere geheel en dat we verbonden zijn. Dat we nuttig en noodzakelijk zijn, dat zonder ons de operatieën niet kunnen worden uitgevoerd en dat we hebben laten zien wat onze toegevoegde waarde is, zeker in missies als Afghanistan. Dat door onze zorg aan zieke en gewonde militairen we laten zien welke bijzondere dingen we doen in de gehele keten in het inzetgebied, via de role 2, naar en in Nederland. En dat we de beste zorg leveren.
Als je doorvraagt is de mening van velen gebaseerd op emotie en weten we eigenlijk niet hoe we het doen,

althans hoe goed we het doen; of waar het beter kan. De noodzaak voor heldere en gekoppelde gegevens na operationele inzet, over de behandeling en afvoer van gewonden, evaluaties van zich herhalende rotaties; en zo kan ik door gaan. Hoe goed we zijn is deels een aanname, weliswaar gestoeld op goede training, accreditatie, heldere competentiebeschrijvingen, procedures of andere input parameters. En een aanname over onze operationele kwaliteit die niets afdoet aan onze volledige inzet en de professionaliteit van onze medewerkers.

Onze cultuur: hebben wij die, een gedeelde cultuur? Cultuur, dat bent u. En naar mijn mening is er tussen ons geen verbindende cultuur van Militaire Gezondheidszorg. Wij hebben vaak te maken met een combinatie van machtscultuur, rollencultuur, eilandjescultuur en soms ook persoonscultuur. Er is binding met de groep, de eigen eenheid, dan met het krijgsmachtdeel en in de verte de binding met Defensie als geheel. Niet op voorhand met de Militaire Gezondheidszorg, ook omdat de MGZ een fluïde samenhang van eenheden, elementen, bedrijfstakken en mensen is.

Het opvallende is dat op die momenten dat er druk is van buiten, bijvoorbeeld bij reorganisaties, maar ook tijdens gezamenlijke inzet in missiegebieden, verschillen lijken te verdwijnen en dat de taakcultuur de overhand krijgt. Dit lijkt de conclusie te rechtvaardigen dat de huidige organisatie en werkwijze niet optimaal is ter voorbereiding van onze kerntaak, de ondersteuning van de operationele inzet.

Er zijn drie elementen die ik voor mijn schets en naar de naaste toekomst van belang vind. Verbondenheid, toegevoegde waarde en ik koppel daar verantwoordbaarheid, *accountability*, aan.

Over verbondenheid. Hoe is het: in culturele zin voelen we ons militair, verbonden met de eigen groep en eenheid. Dat we geneeskundig zijn maakt ons bijzonder, maar is niet per definitie onze verbindende waarde. Onze verbondenheid zit vooral binnen en met het eigen krijgsmachtdeel. Niet onlogisch, want we kiezen bewust voor een bepaald profiel en zo worden we vervolgens gevormd en getraind. En er zijn verschillen, alleen al als ik kijk naar de inzet attitude. Het ene uiterste, van *can do,* via een meer bedrijfsmatige benadering met als andere uiterste de

Afb. 1: Mevrouw en brigade-generaal-arts Van der Meer. Foto: Adjudant Hans Dolstra.

risicoafdekking en alles zeker willen stellen. En alle aspecten hebben hun waarde, waarbij je wat aspecten van het ene wil vermengen met het andere om zodoende een ideale mix te krijgen.

De organisatie van de militaire gezondheidszorgdiensten bevordert nu ook niet een samenhang in bredere zin. De OPCO's hebben hun gezondheidszorg allemaal anders gestructureerd en de zeggenschap verschillend belegd, de CLAS verdeeld bij de brigades met beperkte functionele zeggenschap bij de stafarts, het CLSK met een rechtstreekse ondercommandant via C-CML, met dezelfde beperkte bevoegdheden van de stafarts en CZSK met combinatie van stafverantwoordelijkheid bij de stafarts en zeggenschap over de geneeskundige elementen. Ik laat aan u welk model het meest doeltreffend is voor adequate besturing en beheersing vanuit militair geneeskundig oogpunt. En voor de verbinding; verbinding onderling, verbinding met de andere elementen van de militaire gezondheidszorg en binding met de operationele elementen die wij moeten ondersteunen.

De verbinding geldt ook tussen leeftijdscategorieën. De oudere generatie en de jongeren. Weten wij, als leidinggevenden en oudere collegae wat de jongeren bindt en boeit? Zijn wij actief op zoek naar meningen en ideeën? Laten wij de jongeren spreken over hun eigen toekomst en meedenken over de richting en inrichting waar zij in werken en in de toekomst leiding aan gaan geven? Ook die verbinding moet tot stand worden gebracht.

Over meerwaarde. Wij weten wat het nut en de noodzaak van goede gezondheidszorg is. Wij realiseren ons dat wij meer bieden dan wat civiel verkrijgbaar is. En dat wat we bieden specifiek is en is afgestemd op het operationele optreden en de karakteristieken van de krijgsmacht. Wij bieden zorg die zich niet sec richt op ziekte en gezondheid; wij kijken naar inzetbaarheid. Om deze te verbeteren en waar nodig te herstellen. En dat binnen een samenhangende keten zonder winst of commercieel oogmerk. Goed doen omdat goed moet.

Zijn deze opvattingen voldoende voor de toekomst? Het was in ieder geval niet voldoende om te voorkomen dat de militaire gezondheidszorg het met 27% minder moet stellen in de huidige reorganisatie. Met een verwachting dat de output ongewijzigd zal blijven, vanuit het idee van forse suboptimalisatie door versnippering. Ik denk niet dat het einde daarmee in zicht is. In ieder geval niet als wij niet begrijpelijk aan anderen, buiten onze gezondheidszorgcollegae, kunnen uitleggen wat onze toegevoegde waarde is, onze *added value.* Wat voegen wij nu toe, anders en meer dan wat civiel ingekocht zou kunnen worden? Het antwoord zou duidelijk maken wat je wegsnijdt als je reduceert. Dat kan dan een keuze zijn, een keuze met inzicht in de consequenties. Rationeel in beeld gebracht en zonder de emotie, perceptie, aannames en verwachtingen. Dit hangt samen met mijn volgende punt.
Over verantwoordbaarheid. Als we niet kunnen meten en ons verantwoorden, doen we niet mee in discussies over

onze kwaliteit van zorg. Als we niet kunnen aantonen wat we doen en hoe we het doen, voldoen we niet aan de kwaliteitsverbetering waar we onze mond van vol hebben. Dan blijven we achter bij civiele ontwikkelingen, waar transparantie en verantwoording over prestaties gangbaar zijn. Onze patiënten hebben recht op de beste zorg. Wij verplichten hen om gebruik te maken van de militaire gezondheidszorg. Dan is er ook een verplichting om duidelijk te maken hoe goed en anders die zorg dan is. Onze patiënten, onze collegae, hebben recht op inzage in onze prestaties: verplichte winkelnering vereist van ons de best mogelijke zorg en verantwoording daarover. Kengetallen over de zorg, onze productie, onze effectiviteit en doelmatigheid en onze kwaliteit. Sturen, besturen, verantwoording en toezicht op basis van heldere parameters.

Dan een andere vorm van maat en getal. Kennen we onze populatie; kijken we naar trends, weten we wat de behoefte is van groepen, commandanten? Zijn onze zorginformatiesystemen tussen 1e en 2e lijn verbonden? Weten we wat de gezondheidstoestand van onze populatie is en handelen we naar dat inzicht? Doen we aan *health and disease surveillance*, zijn we het niveau van individuele somatische gezondheidszorg nu echt ontstegen en doen we echt aan geïntegreerde zorg? Of beter, integrale zorg, niet alleen curatief en bedrijfsgeneeskundig, maar ook gericht op de behoefte op groepsniveau, militaire *public health*, afgestemd op de behoefte van de zorgpopulatie, de organisatie, onze commandanten. En dat in samenhang met andere hulpverleners, zoals Bedrijfsmaatschappelijk Werk (BMW), Geestelijke Verzorging (GV), psychologen, Militair Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ).

Kunnen wij ons dit cultuurbeeld en deze bedrijfsdiagnose nog langer veroorloven? Naar mijn mening een open deur. Niet naar onze zorgpopulatie en naar onze opdrachtgevers. Daarnaast noodzaakt de kans van verdere reducties ons tot actie.
Dames en heren, zoals u hier zit, bent u met mij de cultuurdragers van de militaire gezondheidszorg. Boegbeelden en voorbeelden van ons gedrag, cultuur en toekomst. Wij kunnen ons niet langer veroorloven er op te vertrouwen dat we goed zijn, of goed genoeg *en* dat dit voor iedereen duidelijk is. Het bestaansrecht van de huidige Militaire Gezondheidszorg is geen vanzelfsprekendheid. Er past geen zelfgenoegzaamheid. U wilt met mij het beste voor onze patiënt, binnen de mogelijkheden van het operationele optreden, binnen de vangrails van de bedrijfsvoering van Defensie. Wij zijn met elkaar verantwoordelijk voor de kwaliteit van en het beheer binnen de zorg. En naar elkaar hebben we de verantwoordelijkheid ons bestaansrecht te garanderen, omdat we weten dat we er toe doen. Het is tijd ons verbonden en gezamenlijk naar de buitenwereld te laten zien en ons meer dan nu te verantwoorden over onze prestaties. Waarbij onze meerwaarde duidelijk is, helder gecommuniceerd is en geaccepteerd wordt.

Samen werken is anders dan samenwerken. Het ombuigen van de virtuele verbinding binnen de Militaire Gezondheidszorg naar een reële verbondenheid is de uitdaging voor de komende jaren. Militaire Gezondheidszorg 3.0 als focus voor de toekomst. Van oud naar nieuw; een nieuwe militaire gezondheidszorg waarbij eigenaarschap steeds minder relevant zal moeten zijn. We moeten ons gezamenlijk uitspreken wat kwaliteit en meerwaarde is, waarbij het niet mag gaan om de instandhouding van ons zelf, de eigen belangen. Waarbij de focus verschuift van bezit naar toegang en de elementen horizontaal verbonden zijn. Het gaat niet langer om de capaciteiten en competenties binnen de eigen eenheid zeker te stellen, maar het netwerk van verbonden elementen te gebruiken en te delen. Waarbij informatie geen macht creëert, maar vrij toegankelijk is en prioriteiten gezamenlijk worden gesteld. Onderlinge afhankelijkheid moeten we accepteren. De onderbrenging staat los van toegankelijkheid, uitwisselbaarheid en uniformiteit. Waarbij verschillen meerwaarde bieden en worden gekoesterd, om zodoende synergie te bereiken in samenwerking.

Militaire Gezondheidszorg 3.0, de interdependente Militaire Gezondheidszorg. Waarbij wij onze prestatie-indicatoren gezamenlijk hebben bepaald en gevalideerd, we kunnen aantonen dat we efficiënt en verbonden zijn, we onze meerwaarde scherp hebben geformuleerd, die meerwaarde ook kunnen aantonen en ons kunnen en willen verantwoorden over onze prestaties. Verbondenheid, meerwaarde en accountability, het moeten de kernwoorden van onze cultuur zijn. Onze bedrijfscultuur van de militaire gezondheidszorg, als een geheel, waarbij we weten wat we doen, de goede dingen doen en dat we die dingen goed doen. Ik vraag u daar met mij de komende jaren aan te werken.

Dank u wel voor uw aandacht.

Civiel genormeerd

Kansen én bedreigingen

Spreker: kolonel W.J. Hakkennes, commandant Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG).

Achtergrond

Hoe staan we er voor? (periode van 25 jaar, 1988 - 2013), hoe zijn we daar gekomen en wat hebben we er van geleerd. Wat moet er mee naar de toekomst?

Waar komen we vandaan?

1988: De koude oorlog

Nederland beschikt over een dienstplichtleger dat tot in alle details is voorbereid op een verdedigende inzet tegen het Warschaupact. Alles is bekend, verkend en tot in de kleinste details voorbereid.

- De militaire gezondheidszorg is voorbereid op de opvang van grote aantallen gewonden en de geneeskundige keten is sterk afvoergericht. De civiele gezondheidszorg is eveneens voorbereid op de opvang van grote aantallen gewonden uit het inzetgebied.
- De kwaliteit van zorg lijkt geen issue te zijn; de uitrusting en opleiding komen zo van de Normandische stranden (1944).
- De officier geneeskundige troepen is meer logisticus dan zorgmanager (de Aan en Afvoer Troepen (AAT‘er) met het EHBO-diploma).
- De onderofficieren geneeskundige troepen hebben meer geneeskundige kennis in huis, maar niet heel veel meer.

Dia 1: Voor- en nadelen van civiele normering.

- Verpleegkundigen zijn in die tijd in de krijgsmacht heel zeldzaam, m.u.v. van een paar dienstplichtigen per verpleegmodule van een verbandplaats, en krijgen geen specifieke opleiding.
- De artsen zijn voor het merendeel dienstplichtig en worden na een korte opleiding op het OCMGD aan het werk gezet. Specialisten behoren in hoofdzaak tot het reservistenbestand, zij voelen zich weinig betrokken en zijn nauwelijks voorbereid op oorlogstrauma's.

1994: Het einde van de dienstplicht

In voormalig Joegoslavië worden de eerste beroepseenheden ingezet.

- De politiek en de legerleiding zijn zich ervan bewust dat inzet van het militaire personeel alleen te verantwoorden is als er voor de eventuele slachtoffers ook echt optimale zorg kan worden geboden; de kwaliteit van zorg moet gelijk zijn aan de zorg zoals die in Nederland gebruikelijk is.
- Het is noodzakelijk om het voor het te werven personeel aantrekkelijk te maken om bij Defensie te willen werken.
- Het is noodzakelijk het aangetrokken personeel zo op te leiden dat ze na afloop van hun "Bepaalde Tijd Contract" ook civiel met de opgedane kennis aan het werk kunnen; hier start de opleiding van de Algemeen Militair Arts (AMA) en Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV).
- Battlefield Advanced Trauma Life Support (BATLS)1990 wordt de basis voor het geneeskundig handelen.
- De noodzaak tot het opleiden van de Combat Life Saver (CLS) en de Medic Special Forces (militairen met een primaire gevechts- en een geneeskundige nevenfunctie) wordt onderkend.
- Officieren geneeskundige dienst volgen ten minste een Minor in de gezondheidswetenschap.
- Er wordt een begin gemaakt met de materieelvernieuwing.

2006: In Afghanistan wordt gevochten

Tijdens de inzet in Afghanistan wordt de waarde van het moderne systeem steeds opnieuw bewezen.

- BATLS 2005 wordt doorgevoerd omdat de omstandigheden alweer zijn veranderd. De rol van de First Responder blijkt cruciaal.
- De civiele norm wordt onder operationele omstandigheden niet altijd gehaald.
- Jonge officieren treden op als commandant-Role 2 of medical-planner, haast zonder adequate opleiding of ervaring.

2012: Het zwaartepunt van inzet is opnieuw verlegd

Inzet in de Indische Oceaan (antipiraterij): onvoorstelbaar lange afstanden naar de Role-2, opposed boardings, Vessel Protection Detachements (VPD'n).

- Er wordt gezocht naar nieuwe oplossingen, zoals de Advanced Resuscitation Teams (ART) op de fregatten, maar naar de mening van deskundigen wordt aan de civiele normering niet altijd voldaan.

Dia 2: Lessen voor de toekomst.

2013: Civiele Normering

Kans of bedreiging.

- De inzet van militairen in conflictgebieden vereist nu en in de toekomst een gegarandeerde medische zorg, waarbij de kwaliteit 'zoals in NL' nagestreefd moet worden.
- De opdracht en de operationele context bepalen de beschikbare tijd, de te overbruggen afstand en de mate van dreiging. Commandanten overwegen de risico's, waarbij de kwaliteit van zorg een factor van invloed is.
- Het hanteren van civiele normen tijdens inzet geeft richting (normering) aan de kwaliteit van zorg, maar is niet allesbepalend.
- Juist de operationele context maakt militaire gezondheidszorg specifiek, en onvervangbaar. Sourcen is geen optie.
- Binding aan civiele zorg is noodzakelijk, de civiele zorg wint kennis en ervaring door hun bijdrage aan de militaire gezondheidszorg (uitspraak in Afghanistan ingezette chirurg: "Ik heb in twee maanden Tarin Kowt meer geleerd dan in twintig jaar in een ziekenhuis"), 'Wij' winnen state of the art zorg en ervaren specialisten.

Wat kunnen we leren

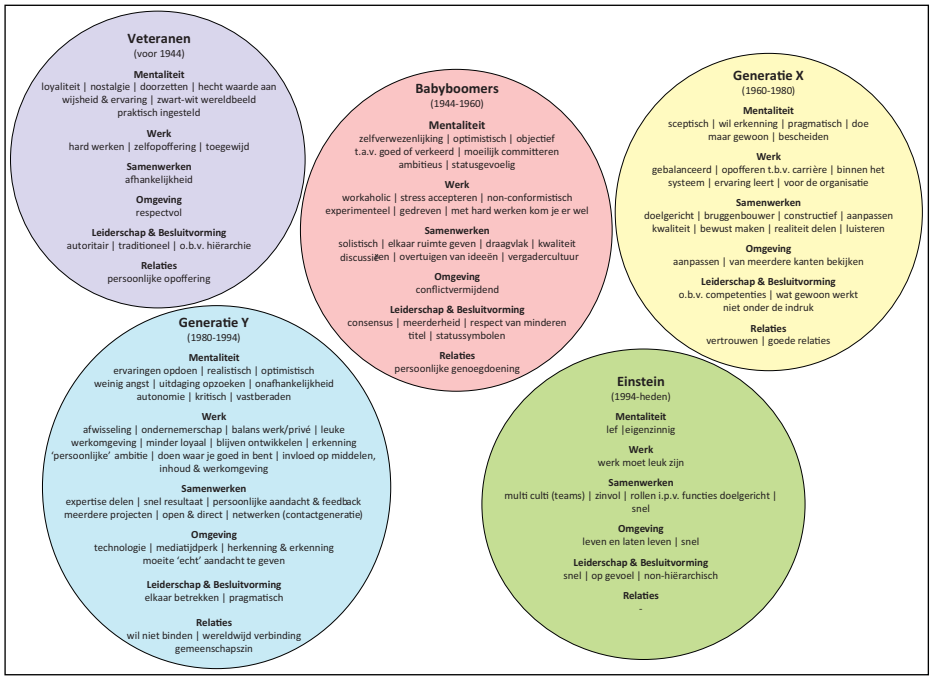
- De medische zorg tijdens militaire operaties is per definitie 'anders' dan civiele zorg. Dat moet overtuigend duidelijk worden gemaakt.
- Civiele normering maakt kwaliteit van zorg als in Nederland mogelijk, maar past niet altijd in de operationele context.
- Militaire zorgverleners (inbegrepen de IDR-specialisten!) moeten daarop voorbereid zijn, theoretisch, praktisch en mentaal (ethische dilemma's).
- 'First Responders (en dat zijn dus CLS'ers, Medics, gewondenverzorgers, AMV'ers én AMA's) zijn zo 'operationeel' dat 'de infanteristen' ze zonder kopzorg meenemen op patrouille.
- ("Doe mij maar een Medic, die begrijpt op patrouille waar het om gaat…..", misschien toch nog eens goed over nadenken!).
- Omdat we zorg willen verlenen waarvan de kwaliteit zo zou moeten zijn als in Nederland gebruikelijk, is het noodzakelijk om al het geneeskundig handelen gestructureerd te evalueren (vgl. de terugkoppeling van de Medic op de arts). Iedere keer opnieuw moet bezien worden of het geneeskundig handelen effectief was en bijdroeg

- aan de gewenste ‘kwaliteit’.
  Een geïntegreerd Lessons Learned (LL)-systeem kan vervolgens het verbeteren (leren) ondersteunen. De huidige Grondslagen Hoofdlijnen en Systeemeisen (GHS) zijn (naar mijn mening) te veel naar de ‘reguliere’ zorg geschreven. De nieuwe GHS moet de doctrinaire basis worden waarin het specifiek militaire van de operationele zorg het zwaartepunt krijgt.

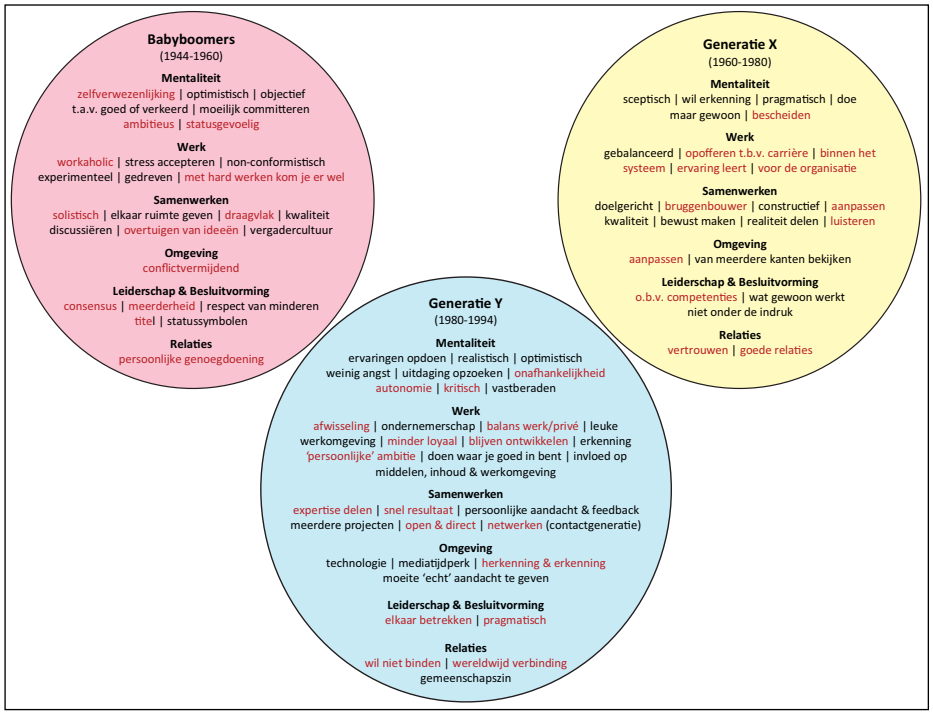
Hoe kijkt de jonge tegen de oude generatie aan?

Spreker: luitenant ter zee van administratie der 2e klasse P.M. Lansdorp MSc, Projectsecretaris reorganisatie GPZ, Staf Geneeskundige en Personele Zorg, Directie Personeel, Commando der Zeestrijdkrachten.

Goedemorgen generaal Van der Meer, generaal De Graaf, … dames en heren. Mijn naam is Petra Lansdorp en mij is gevraagd om als tegenhanger van ‘de oude mannen’ - ja zo is me dat echt gezegd! - in 10 minuten ook iets toe te voegen aan dit symposium. Mij is gevraagd iets te zeggen over de onderwerpen die vandaag aan de orde zijn. Om mijn mening hierover te geven. Ik als generatie Y’er neem deze eer en uitdaging uiteraard graag aan.



Dia 1: Vijf generaties.



Dia 2: De kenmerken in rood zijn tegen elkaar afgezet in een tabel (dia 3).

Ik ben geboren in 1981 en zodoende behoor ik tot de zogenaamde generatie Y (dia 1).
Hoewel ik niet geloof in het in hokjes plaatsen van mensen, zit er vaak toch wel een kern van waarheid in. Het leek mij dan ook leuk om dit model te gebruiken als kapstok voor mijn mening over de onderwerpen als tegenhanger van de mening van de ‘oude’ mannen voor mij. ‘Oud’ in de zin van, tot een andere generatie behorend dan ik.
Dia 1 toont u vijf generaties. Voor vandaag zijn er slechts drie relevant, aangezien de generatie ‘veteranen’ Defensie al geruime tijd geleden heeft verlaten en het grootste deel van de generatie ‘Einstein’ zit nog in de schoolbanken.

Op dia 2 ziet u dat ik verschillende kenmerken rood heb gemaakt. Deze heb ik tegen elkaar afgezet in een tabel (dia 3).

Als ik de conclusie mag trekken dat de babyboomer (kader 1) graag relaties aangaat met mensen die hem hogerop kunnen helpen en de generatie X (kader 2) vooral vertrouwen heeft in mensen die veel ervaring hebben opgedaan in dezelfde organisatie waar hij/zij deel van uitmaakt, vind ik het niet zo gek dat de vragen vandaag gesteld worden of paars nodig is en hoe dat dan moet met onze eigen culturen.
Voor mijn generatie is dit echter helemaal geen probleem. Ik ben één van de eerste producten van de Nederlandse Defensie Academie. Hoewel ik niet voor niets voor de Marine heb gekozen, vind ik het een verrijking om tijdens de opleiding al het nodige geleerd te hebben van het optreden van de andere krijgsmachtdelen. We hebben allemaal onze eigen sterke punten. Wanneer we deze weten te bundelen, halen we mijns inziens het meeste uit onszelf en uit de krijgsmacht als geheel. Een groot deel van de emoties, adrenaline en hoge bloeddruk bij sommigen van u is dus helemaal niet nodig!
Als generatie Y’er (kader 3) wil ik u als babyboomers en generatie X’ers alleen wel vragen om bij keuzes omtrent

	Babyboomers (1944-1960)	Generatie X (1960-1980)	Generatie Y (1980-1994)
Mentaliteit	zelfverwezenlijking, ambitieus, status-gevoelig	bescheiden	onafhankelijkheid, autonomie, kritisch
Werk	workaholic, met hard werken kom je er wel	opofferen t.b.v. carrière, binnen het systeem, ervaring leert, voor de orga-nisatie	afwisseling, balans werk/privé, minder loyaal, blijven ont-wikkelen, 'persoon-lijke' ambitie
Samenwerken	solistisch, draag-vlak, overtuigen van ideeën	bruggenbouwer, aanpassen, luisteren	expertise delen, snel resultaat, open & direct, netwerken
Omgeving	conflictvermijdend	aanpassen	herkenning & erkenning
Leiderschap & Besluitvorming	consensus, meer-derheid, titel	o.b.v. competenties	elkaar betrekken, pragmatisch
Relaties	persoonlijke genoegdoening	vertrouwen , goede relaties	wil niet binden, we-reldwijd verbinding

Dia 3: Kenmerken van de verschillende generaties.

De **babyboomer** is ambitieus en wenst graag een hoge rang te bereiken. Hij verwacht dit te bereiken door hard te werken. Door het bereiken van een hogere rang neemt zijn invloed toe en verwacht hij beter in staat te zijn anderen te overtuigen van zijn ideeën. Onder gelijken is hij bereid water bij de wijn te doen en mee te gaan met het idee dat de meeste stemmen krijgt of liever nog waarover consensus wordt bereikt. Hij gaat relaties aan met mensen die goed voor hem zijn. Vrij geïnterpreteerd: die hem kunnen helpen in de weg naar de top.

Kader 1: De babyboomer.

De **generatie X**'er is bescheiden en stelt zichzelf compleet ten dienste van de organisatie. Hij is van mening dat hij meer van toegevoegde waarde wordt voor de organisatie door binnen deze organisatie ervaring op te doen. Dat is volgens hem ook de weg naar de top en het bereiken van een hogere rang. Hij werkt daarbij graag samen met mensen die hij kent en is bereid om compromissen te sluiten.

Kader 2: De generatie X.

De **generatie Y**'er is kritisch en onafhankelijk. Hij wil zich graag blijven ontwikkelen door afwisselend werk, blijven leren en het uitwisselen van expertise. Dit is ook de wijze heeft een groot netwerk dat constant in beweging is en is van mening dat de beste besluiten worden genomen wanneer de juiste mensen erbij worden betrokken. Dit zullen telkens andere mensen zijn.

Kader 3: De generatie Y.

'verpaarsing' beslissingen te nemen op basis van de beste uitkomst voor de krijgsmacht als geheel en niet op basis van de wensen van hen die u verder kunnen helpen in uw carrière of op basis van een zouteloos compromis. Zo u wilt worden uw collega's van de generatie Y graag betrokken om u hierbij te assisteren.

Het onderwerp na "Is paars nodig" was "internationale samenwerking". Hoe mijn generatie daar tegenaan kijkt, hoe ik daar tegenaan kijk, verschilt niet zoveel van mijn mening over het samenwerken tussen de krijgsmachtdelen. Wanneer we met onze bondgenoten expertise uitwisselen, kunnen we daar alleen maar beter van worden. Ik vind het bijvoorbeeld bizar dat ons treinverkeer bij de eerste dwarrelende blaadjes en de minste geringste sneeuwvlokjes al compleet ontregeld is, terwijl we meer dan genoeg voorbeelden in Europa hebben die laten zien dat dit anders kan. Ik weet zeker dat u voorbeelden kunt bedenken waarin bondgenoten verder zijn dan onze krijgsmacht en wij toch zelf het wiel willen uitvinden.
Op uitzending in Bosnië heb ik ervaren dat internationale samenwerking ook keerzijden heeft en de nodige frustraties op kan leveren. Ik werkte bijvoorbeeld onder een Hongaar die nogal op zijn strepen stond en vorm belangrijker vond dan inhoud. Daar kan ik als generatie Y'er natuurlijk helemaal niets mee. Veel Zuid-Europeanen spraken zo belabberd Engels dat er geen sprake was van expertise delen. Niets geen snelle resultaten natuurlijk. En enkele Oost-Europese collega's maakten het door hun verborgen agenda's ook wel moeilijk voor mij om constructief met hen samen te werken en omgedraaid, was ik met mijn openheid en directheid voor hen soms bijna choquerend. Hoewel ik door deze ervaringen als individu wel weer ben gegroeid, heb ik daardoor toch wat moeite met door schaarste of om politieke redenen gedwongen internationale samenwerking. Laten we vooral proactief zijn in het aangaan van samenwerkingsverbanden op basis van inhoudelijke argumenten, voordat de politiek ons vanwege schaarste een richting op dwingt.

Vandaag zou u ook worden toegesproken over nut en noodzaak van het dienstvak van de officier geneeskundige dienst, de zogenaamde troeper. Door omstandigheden kon dit helaas geen doorgang vinden. Ik was eerlijk gezegd echter verbaasd om te lezen dat het nog uitleg behoeft waarom deze kwaliteit nodig is. Voor u staat de eerste 'marine-troeper'. Het feit dat meer marinecollega's mij volgen, zegt iets over hoe de Marine aankijkt tegen deze kwaliteit. De pragmatische conclusie luidt: 'Troepers' zijn van toegevoegde waarde. Punt. Mijn commandant kolonel Bos zei gisteren dat hij het helemaal met mij eens is, maar dat ik niet moet overdrijven. Echt een generatie X reactie…
Toch maar even een puntje eruit lichten waar die toegevoegde waarde volgens mij in zit. Zonder te generaliseren: dokters zijn van nature probleemoplossers en gaan pas bewegen wanneer problemen zich voordoen. Door kolonel Hakkennes werd ik nog ingefluisterd dat een dokter ook maar één probleem tegelijk aan kan, omdat bij meerdere problemen direct een ethisch dilemma ontstaat. Wij managementopgeleiden overzien juist het hele proces en handelen meer proactief, waardoor veel problemen voorkomen kunnen worden en als problemen toch ontstaan, deze in samenhang kunnen worden opgepakt. Een kritische noot: wij zijn geen geneeskundige professional en moeten ons bewust zijn van deze beperking bij het nemen van beslissingen. Evenals onze artsen meer en meer toegeven niet allemaal manager te kunnen of zelfs willen zijn. Als we elkaar betrekken kunnen we op een

professionele manier *zeker* iets moois neerzetten! Aldus de generatie Y'er.

Het onderwerp van kolonel Hakkennes betrof de kansen en bedreigingen van civiele normeringen. Hoewel mij gezegd is dat het thema "Oud en nieuw, terugblikken en vooruitkijken" is, zie ik 'samenwerken' als de rode draad in de onderwerpen terug. Dit geldt voor mij ook voor dit onderwerp. Inmiddels is wel duidelijk hoe mijn generatie hier tegenover staat. Wat doet het ertoe wie van wie leert, als we er samen beter van worden. We moeten durven onszelf een spiegel voor te houden. Toegeven dat dingen beter kunnen is een eerste voorwaarde om *nog* beter te kunnen worden. Voor veel diensten zie ik 'sourcen' absoluut niet als een optie, maar 'benchmarken' zouden we meer mogen doen dan we nu doen. (Denk aan Kleding- en Persoonsgebonden Uitrusting Bedrijf (KPU) die veel zou kunnen leren van de Wehkamp of Bol.com). Het leert ons waar we op dat moment goed in zijn, welke sterke punten we moeten behouden en hoe we nog beter kunnen worden.

Het laatste onderwerp waarvan mij gevraagd is iets te vinden, betrof 'cultuur van de krijgsmachtdelen' waar generaal De Graaf over heeft gesproken. Het moge duidelijk zijn dat wij onafhankelijke generatie Y'ers hier helemaal niet wakker van liggen. Cultuur is afkomstig van een Latijns werkwoord en hoort in beweging te zijn. Prima wanneer de samenwerking tussen de krijgsmachtdelen aan veranderingen van onze culturen bijdraagt. Met respect voor mooie tradities en culturele aspecten die een functioneel doel dienen. Wij van de generatie 'Y' blijven binnen onze krijgsmacht(deel) culturen toch wel onszelf.

Ik heb u het één en ander verteld vanuit het perspectief van de generatie Y. En waarom u in deze tijden, waarin grote paarse wolken zich boven onze hoofden samenpakken, blij kunt zijn deze flexibele, resultaatgerichte en kritische mensen van de generatie Y binnen uw organisatie te hebben. Er is alleen één groot probleem met mijn generatie. Wij binden ons niet. Wij zijn trouw aan onszelf en minder loyaal aan de organisatie. In tegenstelling tot u, weten wij niet of wij ons hele leven bij Defensie willen werken. Uit de generatie babyboomers en generatie X kwam u als besten boven drijven om de geneeskundige diensten van de Nederlandse krijgsmacht te leiden. Het automatisme van jonge talenten die binnen Defensie doorgroeien tot de leiders van de toekomst gaat voor mijn generatie absoluut niet op. U heeft op 1 januari 2016 hopelijk de 'mooie' piramide gebouwd waar deze reorganisatie op uit moet komen, maar hoe houdbaar is deze op de langere termijn? Maar dit is een uitdaging voor uw opvolgers van de generatie X, generaal Van der Meer. Ik wens hen daar heel veel succes bij…
U gaat nu met een zeker gestelde goede opvolging lekker genieten van uw welverdiende FLO. Ik wens u en uw gezin het allerbeste toe.
Bedankt voor uw aandacht.

Internationale samenwerking

Spreker: kolonel-arts W. Korterink, NATO hoofdkwartier (Internationale Militaire Staf, Medisch Adviseur), Brussel, België).

Generaals, collega's,

Ik ben gevraagd om te trachten u iets wijzer te maken over een onderwerp dat u aan een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid al lang weet, namelijk dat de wereld verandert en dat we ons daaraan horen aan te passen.

Niets nieuws, en mijn lezing zou dan ook eigenlijk niets nieuws voor u moeten brengen. Toch hebben we het van belang geacht om ook vandaag aan die veranderende wereld aandacht te besteden, omdat het de oriëntatie van de militair geneeskundige dienst van de toekomst in toenemende mate zal beïnvloeden.
Op defensiegebied praten we dan qua verandering vooral over veranderende dreigingen, veranderende veiligheid en hoe we ons daar tegen kunnen wapenen.

Economisch gezien beseffen we allen maar al te goed, en dat speelt in praktisch alle landen, dat we alleen nergens meer komen. Dat is eigenlijk van alle tijden, maar meer en meer beseffen we dat onze nationale veiligheid gelinkt is aan internationale veiligheid en internationale belangen.

Internationale samenwerking om die belangen zeker te stellen speelt dus voor ons allen een rol.

Ik neem u eerst kort mee naar die veranderende veiligheid, omdat dit het scenario schept van die veranderende wereld en de basis vormt voor de noodzaak tot meer samenwerking, ook in internationaal verband. Ook hier voor de alerte defensiemedewerker met een goede maatschappelijke oriëntering eigenlijk niets nieuws. Potentiële en actuele dreigingen zoals de NAVO die ziet treft u hieronder aan. Ik ben zo vrij geweest om enkele effecten voor de militaire gezondheidszorg hieraan proberen te koppelen.

Conventionele dreiging

Een optimale militaire gezondheidszorgorganisatie is noodzakelijk om steeds kwalitatief goede medische ondersteuning te bieden aan eenheden die deze dreiging het hoofd bieden. Expeditionaire uitzendingen van kleinere eenheden naar brandhaarden in deze wereld waar de omstandigheden zwaar en gevaarlijk zijn veranderen de medische ondersteuning ten opzichte van de ondersteuning die noodzakelijk was bij het grootschalige conflict tegen de vijand uit het oosten van weleer.
Een robuuste medische verzorging en aandacht voor preventieve gezondheidszorg spelen in toenemende mate een rol bij de voorbereiding. Maar ook zorg op afstand en gewondentransport over langere afstanden zal deel uitmaken van een dergelijke medische ondersteuning.

Proliferatie van massavernietigingswapens

Ik bedoel daarmee chemische, biologische en nucleaire wapens. De proliferatie en de mogelijke inzet wordt als zeer reëel beschouwd.

Effecten voor de gezondheidszorg zijn te vinden in nationale bescherming van burgers en infrastructuur maar ook van uitgezonden eenheden. Het is een vereiste dat we ons voorbereiden op de inzet van dergelijke wapens.

Preventie, vroege detectie en optimale behandeling blijven daarmee belangrijke factoren voor de gezondheidszorg. De militaire gezondheidszorg kan hierbij in het bijzonder een belangrijke nationale bijdrage leveren.

Terrorisme en extremisme

Een asymmetrische dreiging, met een duidelijk destabiliserend effect op onze samenleving. Vooral de combinatie met massavernietigingswapens is een ernstige en reële dreiging.

Voor Defensie en haar gezondheidszorg kunnen we hierbij bijvoorbeeld denken aan ondersteuning van nationale functies. Het calamiteitenhospitaal, evacuatie, burgerbescherming etc. spelen een rol.

Cyberaanvallen

Voor gezondheidszorg zijn de effecten vooral indirect. Aanvallen op energievoorzieningen kunnen onze hospitalen lam leggen, maar ook drinkwater voorziening en alle nationale transport. Toch moeten we ook denken aan onze computer netwerken met medische data en communicatie en de computer ondersteunde gezondheidszorg zoals die tegenwoordig zo normaal is.

Technologische veranderingen

Gezondheidszorgeffecten zijn vooral gerelateerd aan het gebruik van nieuwe, niet-letale wapensystemen, maar we moeten ook potentieel denken aan ongewenste effecten en risico's van DNA-modificatie en nanotechnologie. Dit laatste speelt momenteel minder voor de defensieomgeving, tenzij deze technologie ingezet zou worden tegen onze samenleving als wapen. Nieuwe ontwikkelingen in de civiele gezondheidszorg zullen wel een drijver zijn om ook binnen Defensie mee te evolueren. Daarbij valt computertechnologie, elektronische dossiervorming, en genoemde DNA- en nanotechniek niet meer weg te denken uit de toekomst van de gezondheidszorg. Een directe zorg en dreiging is de toenemende antibiotica-resistentie waarvoor oplossingen gevonden moeten worden.

Verdediging tegen aanvallen of verstoring van transport, communicatie, handel, energie en welvaart

Dit is gelinkt aan andere veranderingen, maar hierbij zien we in toenemende mate een duidelijke noodzaak voor bescherming van internationale belangen.

Ik meen te mogen zeggen dat Nederland in zijn rijke geschiedenis zeer slim en effectief deze potentiële dreiging heeft gebruikt tegen haar vijanden van weleer. Ook de tegenwoordige piraterij kan een groot deel van onze im- en export blokkeren.

Voor gezondheidszorg liggen de uitdagingen hierbij vooral in multinationale samenwerking, maar ook in het vertrouwen op anderen. Dit is een belangrijk gegeven voor de wijze waarop onze medische zorg georganiseerd moet zijn, met noodzaak voor wederzijdse kwaliteitscontrole en goede onderlinge afspraken.

Beperkingen en limieten van milieu, voorraden en grondstoffen

Het veranderend klimaat en de migratie van insecten, mensen en ziekten hebben een grote invloed op de gezondheidszorg. Maar ook moeten we nadenken over mogelijke water- en voedselschaarste voor mens, dier en gewas, die kan leiden tot ecologische vluchtelingenstromen welke weer opgevangen moeten worden.

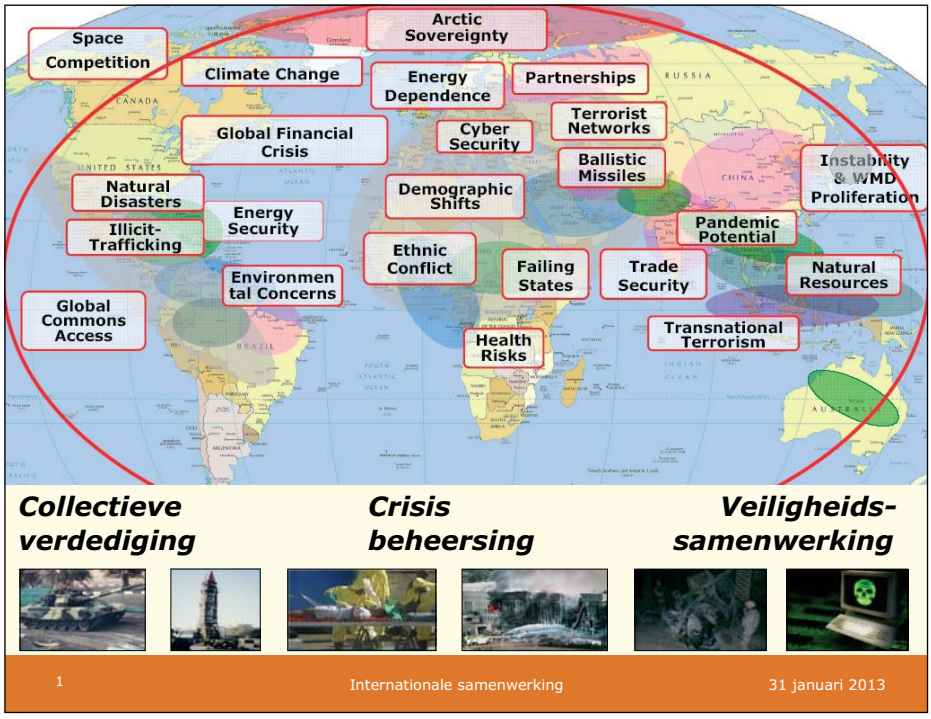
Het zal duidelijk zijn dat al deze mogelijke dreigingen een effect hebben op onze veiligheid, en op onze veiligheidsbeleving. In het relatief veilige fort Europa zullen we ook de wereldwijde effecten voelen en er op moeten anticiperen.
In het internationale verband van de NAVO richten de landen zich op drie pijlers om deze dreigingen het hoofd te bieden:

1. Collectieve verdediging, een verdediging dus in gezamenlijkheid voor het eigen grondgebied en dat van de andere lidstaten; het zogenaamde artikel 5 van de NAVO.
2. Crisisbeheersing, met zowel nationale als internationale aspecten, voor ons eigen belang en dat van anderen.
3. Veiligheidssamenwerking, met bestaande en nieuwe partners en bondgenoten.

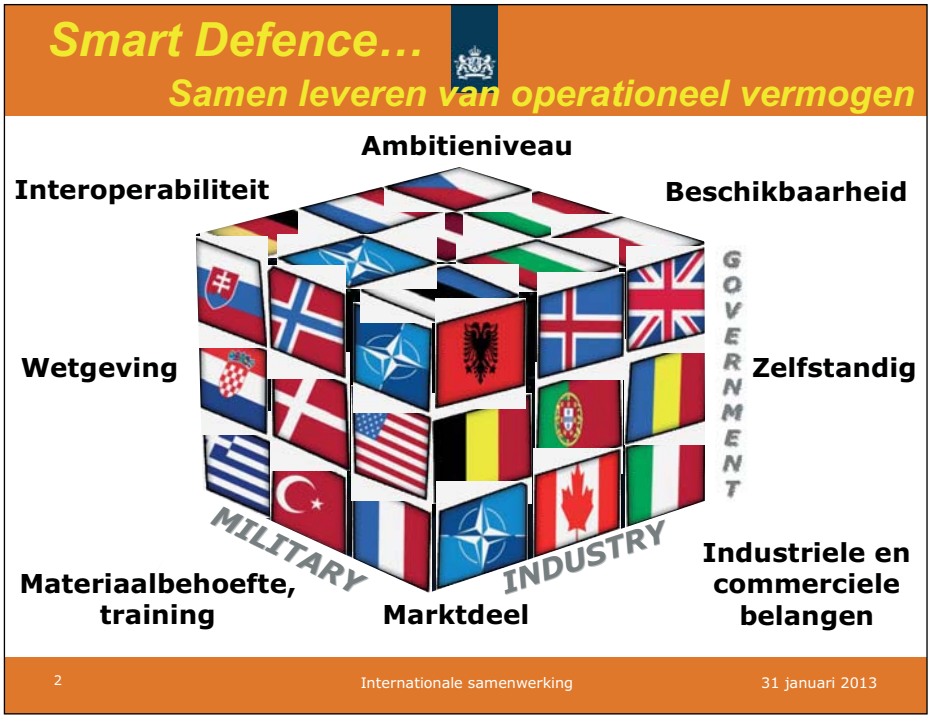
In mijn introductie wees ik al op de veranderende wereld, maar iets nieuws is er eigenlijk niet onder de zon. Alleen de wereldwijde schaal waarop dit plaats vindt is veranderd en de invloed daarop van ons eigen land. Nederland zoals het vandaag bestaat is niet het Nederland van gisteren of van 400 jaar geleden. Het zal ook niet het Nederland zijn van morgen of daarna. In alle tijden hebben de Nederlanders onderling en met andere nationaliteiten gevochten en samengewerkt, teneinde de eigen belangen te verdedigen. We hebben in de loop van ettelijke honderden jaren van de vorming van ons land en onze cultuur geleerd om samen te werken invloeden van buitenaf te accepteren.

Samenwerking

Samenwerking kan plaatsvinden tussen landen op diverse gebieden en met diverse partners. Natuurlijk denken we vooral aan samenwerking tussen preferente partners met dezelfde doelstelling en organisatie, voor ons dus: samenwerken met geneeskundige diensten van andere krijgsmachten. Maar het kan ook samenwerking zijn met civiele partners in ons eigen land.



Dia 1: Overzicht van de dreigingen voor onze wereld.



Dia 2: Speelvelden die een rol spelen bij het slimmer omgaan met defensiebudgetten.

Of met internationale organisaties en de niet-gouvernementele organisaties zoals het Rode Kruis, VN, Artsen zonder Grenzen, etc.

Primair zal samenwerking gericht zijn op het ondersteunen van eenheden in missies. Door dit samen te doen kan het efficiënter. Zodoende kunnen we langer ondersteunen, en tegen minder kosten per land. Maar samenwerking kunnen we ook vinden in gezamenlijk oefenen, opleiden en trainen en in gezamenlijke aanschaf van materieel. Dit alles maakt de uitwisselbaarheid, de standaardisatie en het wederzijds vertrouwen beter, en kan potentieel ook leiden tot kostenreductie.

Vroeger, en ik bedoel eigenlijk nog maar ongeveer twintig of dertig jaar geleden, deden we alles voor onszelf. Dat was lekker overzichtelijk en gemakkelijk voor Landmacht, Luchtmacht en Marine. Geleidelijk aan zijn we in Nederland aan het wennen dat de krijgsmachtsdelen samenwerken. Dat heeft natuurlijk best wat cultuuromslag gekost, en misschien zijn we er nog niet altijd helemaal, maar effecten van deze samenwerking zien we nu terug in de nieuwe gezondheidszorgorganisatie.

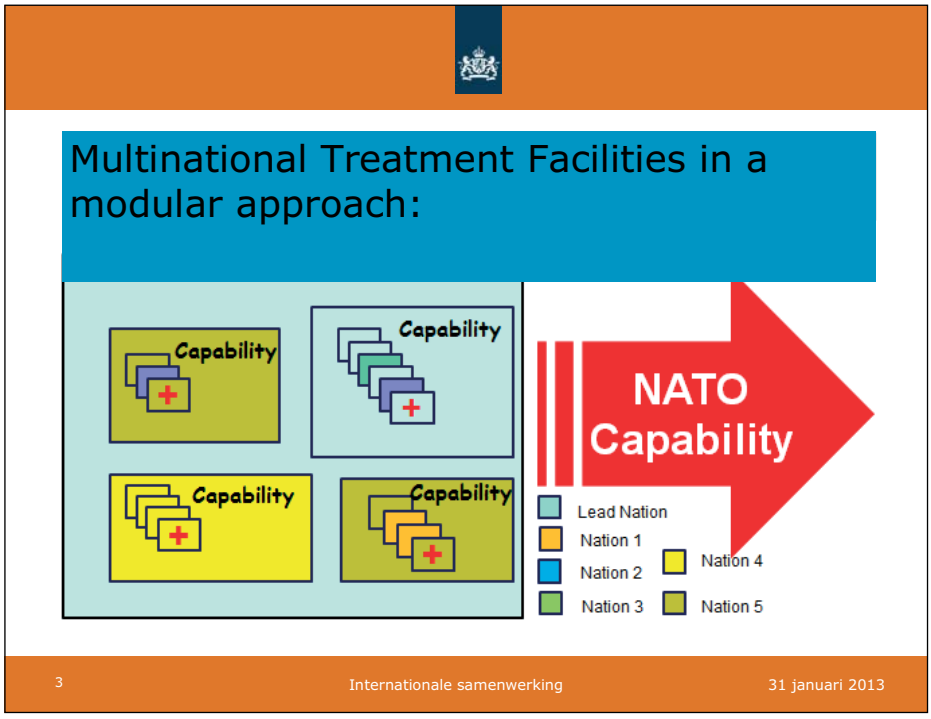
Het volgende niveau van samenwerking is dat we het samen met andere landen doen. Binnen de NAVO heet het project van internationale samenwerking Smart Defence. Het doel is slimmer omgaan met defensiebudgetten. Meer doen met minder budget. Uitgangspunt is om als bondgenootschap tegen lagere kosten de militaire slagkracht te behouden en te verbeteren door de handen ineen te slaan. Dat kan bij de aanschaf van wapens, het trainen van militairen en onderhoud van materieel. Dit kan op alle gebied, met allerlei partners en ook met industrie.
Op medisch gebied wordt het met deze samenwerkings-verbanden natuurlijk in toenemende mate belangrijk dat we goede afspraken maken over de verwachte kwaliteit van zorg die we onderling leveren, en standaardisatie en interoperabiliteit zal dit kunnen ondersteunen.

Wat betekent dit nu voor ons en voor onze inrichting van de zorg?

De ervaring van huidige operaties heeft ons geleerd dat een multinationale benadering van gezondheidszorg een effectieve manier kan zijn om de lasten te delen en duplicaties te voorkomen.

Meer en meer zullen we in internationale operaties deze multinationale benadering zien. Dat kan doordat een land de verzorging doet voor een aantal landen in single service management, dat kan ook door met een aantal landen samen deze verzorging aan te bieden. Deze samenwerking en coöperatie kunnen op diverse niveaus, van simpele co-existentie tot volledige interoperabiliteit en integratie. Voor deze internationale samenwerking in de militaire gezondheidszorg liggen er goede kansen en manieren voor uitvoer. Een groep van landen samen kan hun nationale capaciteiten als vooraf omschreven modules in een pool and share systeem aanbieden. Een aantal modules samen vormt dan het Multinational Treatment Facility.

Door het definiëren en omschrijven van modules en wat ze moeten kunnen, kan op termijn een Treatment Facility als een volledige capabiliteit worden samengesteld vanuit diverse landen ten behoeve van elkaar. De inrichting van onze nationale capaciteiten in modules zal daarbij helpen. Dit vergt ongetwijfeld nog meer werk op het gebied van interoperabiliteit, standaardisering, bouwen op onderling vertrouwen, garanties voor kwaliteit en continuïteit van zorg en vastleggen van



Dia 3: Een aantal modules samen vormt het Multinational Treatment Facility.

Afb. 1: Internationale samenwerking. Medisch specialisten in Role 3 Multinational Medical Unit Kandahar Airfield, Afghanistan.

Foto: Reserve luitenant-kolonel-arts dr. E.C.T.H. Tan.

juridische en financiële kaders, maar dit vormt een uitstekend voorbeeld van de potentie van internationale samenwerking.

Binnen dit geheel speelt Nederland nadrukkelijk ook haar rol. Natuurlijk om onze eigen belangen goed vertegenwoordigd te zien, maar ook omdat we erin geloven dat we, door onze rijke geschiedenis en ervaring, best kunnen meepraten over de valkuilen en mogelijkheden van deze internationale samenwerking.
Deze ervaring willen we ook graag delen. En tegelijkertijd willen we natuurlijk ook een voor ons acceptabele minimum kwaliteit nastreven, bij alle landen. Dat vergt investering en commitment. In missies werken en werkten we op medisch gebied al samen met Australië, Singapore, Canada, Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Verenigde Staten, enz.
Maar u vindt ook Nederlands geneeskundig personeel in staven van de NAVO en EU in Brussel en Mons in België, Norfolk USA en in het NATO Military Medical Centre in Hongarije.
Zelf zullen we natuurlijk ook onze organisatie meer en meer moeten inrichten om de samenwerking mogelijk te maken, en dat zien we nu ook gebeuren met de huidige reorganisatie en met strategische partnerschappen met enkele landen zoals België, Luxemburg, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, waar we in mijn beleving in de nabije toekomst nog veel mee samen kunnen en zullen doen.
Deze samenwerking biedt uitdagingen en ook veel kansen:

- Het vormt een meer dynamische omgeving om te werken.
- We kunnen leren van elkaar en aan elkaar.
- Samen kunnen we verder komen, door onderzoek te bundelen, technologieën van elkaar te leren en ervaringen uitwisselen.
- Integratie van nieuwe ontwikkelingen kan leiden tot verbetering van kennis, vakinhoud en zorgniveau.

Waar tot nu toe vooral een sentiment bestaat dat het samen doen betekent dat je deelt (en dus minder zelf hebt), moet er een omslag komen waarbij we beseffen dat delen en samenwerken betekent dat je ook zelf hebt.
Sharing is the new having.

Gelet op onze geschiedenis is deze stap naar internationale samenwerking een logische stap voorwaarts. Stilstaan is geen optie, want dat betekent achteruitgang.

Ik dank u voor uw aandacht.

Verpaarsing: enkele overwegingen bij het afscheid van brigade-generaal-arts Rob van der Meer

Spreker: kapitein ter zee-arts R.W. Blom, CDC/P&G/STAF/BV OST.

Hieronder treft u de bijdrage aan van kapitein ter zee-arts R.W. Blom aan het minisymposium ter gelegenheid van het afscheid van de Directeur Militaire Gezondheidszorg (DMG). Het gaat hier om een niet letterlijke weergave van hetgeen op dit symposium is uitgesproken aangevuld met een meer uitgebreide analyse. De tekst komt voor rekening van de schrijver een geeft niet noodzakelijk de mening weer van de DMG of Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie (C-DGO). De gebruikte voorbeelden komen uit bijna 25 jaar herinneringen en overlevering. De voorbeelden zijn niet bedoeld als een historisch correcte weergave van de gebeurtenissen. Zij zijn bedoeld als illustratie van de toenmaals gebruikelijke manier van denken en van de toenmalige cultuur waarvan sommige aspecten hardnekkig voortleven.

De bijdrage is als volgt opgebouwd. Na de introductie volgt een terugblik: waarom staan we nu waar we staan? Daarna worden de argumenten, zowel de verzwegen als de formele argumenten onder de loep genomen. De formele argumenten kunnen worden gebruikt om de verpaarsingen te evalueren. Dat kan ex-post (na de samenvoeging) maar ook ex-ante: de samenvoeging heeft nog niet plaats gevonden, maar welke effecten mag je verwachten als je nu naar voren kijkt? Zo zal ex-post worden gekeken naar het Instituut Defensie Geneeskundige Opleidingen (IDGO) (de verpaarsing van halverwege de negentiger jaren) en ex-ante naar het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB) en de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD). Daarnaast wordt ook gekeken naar het Commando Landstrijdkrachten (CLAS) onderdeel Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF). Dat wordt juist niet verpaarst, er wordt gekeken naar de gemiste kansen.

Introductie

Verpaarsing betekent voor de Koninklijke Marine (KM) (en ook voor de Koninklijke Luchtmacht (KLu) vaak hetzelfde als de paarse vulling van deze zaal: 90% Koninklijke Landmacht (KL) en hier en daar een plukje KM en KLu. Toch is het niet zo dat daarom

marine- en luchtmachtofficieren tegen de verpaarsing zouden zijn. Ikzelf heb in mijn werk bij het Militair Geneeskundig Facilitair Bedrijf (MGFB) bij de Bedrijfsgroep Gezondheidszorg (BGGZ) en de Divisie Personeel en Gezondheid (drie namen voor steeds hetzelfde: de paarse geneeskundige bedrijven bij het Commando DienstenCentra (CDC) de goede voorbeelden en de voordelen gezien. In tijden van krimp en bezuiniging is verdergaande samenwerking en zelfs samenvoeging onontkoombaar.

Terugblik

Dat is niet altijd zo geweest. Het begint een beetje saai te worden dat elke terugblik aanvangt bij de val van de muur (1989). Maar ook in dit geval is dat relevant. Voor de val hadden de geneeskundige diensten niets met elkaar van doen. Er was wel centraal beleid, maar dat beleid werd gemaakt door een onderbezette afdeling zonder enige doorzettingsmacht. De beleidsaanwijzingen werden bij de krijgsmachtdelen behoorlijk gearchiveerd maar waren (als ze al werden gelezen) nooit de aanzet tot veranderingen. De krijgsmachtdelen hadden elk hun eigen Inspecteur Geneeskundige Dienst (IGD) (in de rang van brigade-generaal of equivalent) die zich bij enige druk kon verschuilen achter de brede rug van de Bevelhebber, in die tijd integraal verantwoordelijk en rechtstreeks verantwoording schuldig aan de minister. Er bestond wel enige vorm van structureel overleg tussen de IGD'en. Een bijeenkomst waar men al opgewonden heenging om ter plaatse ruzie te maken. De basismisvatting die in die jaren nog sterk heerste (en waarvan de echo's nog steeds hoorbaar zijn in de organisatie) is dat middelen er zijn ten bate van de eenheid; en niet, zo als het zou moeten zijn om ter beschikking te stellen van de Commandant der Strijdkrachten (CDS) om aan te wenden zoals de politiek dat wil. Zo was ik getuige van de voorbereiding van de hulpoperatie na een aardbeving. Het plan was om een KL-veldhospitaal uit te zenden. Wij bij de KM hadden op de achterkant van een sigarendoos al uitgerekend dat dit te zwaar, te duur, te langzaam en dus nutteloos zou zijn. Wijzelf beschikten over het Field Dressing Station (licht veldhospitaal) en Basis Medische Eenheden (Role 1 Medical Treatment Facilities) die wel snel beschikbaar zouden zijn en een nuttige rol zouden kunnen spelen. Er werd geopperd dat we deze misschien aan moesten bieden als alternatief. Dit werd weliswaar overwogen: de inzet van de KM zou immers de KL veel pijn doen en was om die reden de moeite waard. Maar het alternatief was nog beter: Nederland zou helemaal niets in kunnen zetten, de KL stond dan mooi te kijk. En zo gebeurde het ook. Nederland leverde geen militair geneeskundige ondersteuning. Een mooie overwinning voor de geneeskundige dienst van de KM. Er zijn helaas veel meer voorbeelden van een aperte onwil tot samenwerken, elkaar de hak dwars zetten en de onwil om gezamenlijk te leren van elkaars goede prestaties en fouten. Zonder externe druk zou daar nooit iets constructies uit zijn gekomen.

Die externe druk kwam er. Na de val van de muur moest er vredesdividend worden betaald. Aan samenvoegingen krijgsmachtbreed viel niet te ontkomen. Vooral de KL mocht inleveren bij het nieuw gevormde MGFB.
Het Centraal Militair Hospitaal (CMH), het Militair Revalidatie Centrum (MRC) en de Militaire Bloedbank (MBB) werden zoals ze bestonden overgeheveld. Het OCMGD werd samengevoegd met de veel kleinere zusjes van de KM en KLu. Ook het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC) werd paars, met een minimale bijdrage van de KM en

Macht
Elke overdracht van eigenaarschap geeft een verschuiving van macht en invloed.

Variatie als noodzaak voor verbetering
Samenvoegen betekent eenheidsworst en onderdrukken van innovatie.

Verdringing door meerderheid
Verpaarsing betekent in de geneeskundige setting altijd één reus en twee kleinduimpjes die samengaan. De kans dat de reus zijn wil doordrijft wordt groot geacht. Met name de positie van de troepers bij CLAS riep angst op bij de artsen van de KM.

Verlies aan efficiency
Kleine organisaties kunnen door het combineren van functies en op basis van persoonlijke verbondenheid vaak veel efficiënter zijn dan grote organisaties.

Politiek
We verwachten er eigenlijk niets van maar we maken zichtbaar dat we iets doen.

"Troika argument" (vrij naar drs. P)
We weten dat we moeten verpaarsen laten we dan maar een onderdeel ter beschikking stellen dat ons niet erg na aan het hart ligt.

Uitschakelen van de tegenstander en omzeilen van de consensus
Soms zijn de tegenstellingen zo groot en loopt de discussie zo hoog op dat er geen hoop is op een gezamenlijk standpunt en constructieve samenwerking. Dan is verpaarsen nog de enige oplossing om er uit te komen. Dit was bijvoorbeeld een belangrijke drijfveer bij de vorming van de Militair Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ).

Verwerven van goed huisvaderschap
Het voorkomen van verspilling, verwaarlozing en leegloop bij één of meer van de vormende onderdelen. In plaats van de oude organisatie te verbeteren richten we een nieuwe op.

Synergie
Een situatie waarbij het effect van de samengevoegde delen groter is dan de som van de afzonderlijke effecten.

Robuustheid
De mate waarin een organisatie in staat is interne verstoringen op te vangen.

Flexibiliteit
De mate waarin een organisatie, binnen een korte termijn met minimaal verlies aan efficiëntie in staat is de productiemiddelen alternatief aan te wenden [dus geen flexibiliteit door overcapaciteit].

Effectiviteit [= doeltreffendheid]
De mate waarin een organisatie zijn doelen kan halen en de mate waarin een organisatie in staat is de meeste middelen toe te bedelen aan de primaire taak. Bij dit laatste bestaat er een overlap met:

Efficiëntie [= doelmatigheid]
Het verkrijgen van het grootst mogelijke effect met de gegeven middelen.

Kwaliteit: deugdelijkheid
Deugdelijkheid is veel meer dan doen wat je zegt te gaan doen. Deze vorm van kwaliteit - die certificeerbaar is - duid ik aan als McDonaldskwaliteit: elke hamburger hetzelfde, maar nooit een Michelinster.

Afb. 1: De sprekers wisten de toehoorders tijdens hun presentaties meer dan te boeien.
Foto: Adjudant Hans Dolstra.

zonder zichtbare bijdrage van de KLu ging het MGLC voor de gehele krijgsmacht werken. Vloekend en zuchtend ging de KM akkoord. Maar niet zonder dat zij bij de School voor Nucleaire Biologische en Chemische oorlogsvoering en Damage Control (NBCD-school), bij de Centrale Ziekenboeg en bij het Centraal Magazijn parallelle organisaties had opgericht: je wist immers maar nooit of zo'n paars bedrijf wel deed wat wij wilden. Met de vorming van paarse bedrijven verdween niet in één klap de van elkaar afgewende culturele systemen.

Argumenten

Het is goed om de verzwegen en formele argumenten op een rijtje te zetten. Of de verzwegen argumenten ook nu nog steeds een voorname rol spelen laat ik aan uw eigen oordeel. Zoals zo vaak kunnen alle argumenten zowel pro als contra worden ingezet. De formele argumenten komen uit de management leerboekjes, waarbij ik de gegeven definitie gebruik in deze lezing. Zij zijn het eeuwig streven van de manager die als het even kan de argumenten ook in maat en getal uitgedrukt wil zien. (Hijzelf is natuurlijk al vertrokken als uit de eerste metingen blijkt dat we er niet veel mee zijn opgeschoten).

Het Instituut Defensie Geneeskundige Opleidingen (IDGO)

Context

Bij het beoordelen van het IDGO blijkt meteen waarom sommige kritische succesfactoren niet in bovenstaand rijtje staan. Geen klanttevredenheid bijvoorbeeld. Vanaf de start van het paarse OCMGD (wat later overging in het IDGO) bestaat er een ingewikkelde relatie met de klant. Er bestaat een potentiële stabiele klantvraag. Dit is de theoretische stabiele klantvraag als de organisatie in een steady state verkeerd (organisatie 100% gevuld, instroom in balans met uitstroom die geheel planmatig is) het is geen nieuws dat die situatie niet voorkomt. De actuele klantvraag is gebaseerd op de situatie waarbij hij in een steady state wil komen: die vraag is altijd hoger dan de stabiele vraag. Daarnaast is er het aanbod van het IDGO. Dat sluit niet aan bij de stabiele klantvraag noch bij de actuele klantvraag, wel komt deze in de buurt van de historische klantvraag. Jaarlijks blijkt dat het daadwerkelijke leerlingenaanbod (ruim) onder de actuele klantvraag ligt. Toch blijft er een mismatch: verdeeld over de tijd en de vele opleidingen kan niet iedereen worden opgeleid op het moment dat hij of zij beschikbaar is. Kortom er is elk jaar reden voor ontevredenheid.

Een tweede groot probleem voor het IDGO is de instabiele financiering van de afgelopen jaren. Een paar voorbeelden. Met de invoering van BATLS UK stegen de materiële exploitatielasten van het IDGO. Dit werd door de CDS onderschreven en geaccepteerd. Ondanks dat een extra budgettoekenning op schrift werd gesteld kwam er nooit extra geld beschikbaar. Met het invoeren van de medic Special Forces (SF) bij de Koninklijke Marechaussee (KMAR) werden keurig de stafprocessen bij het Hoofd Directie Personeel/Directie Militaire Gezondheidzorg (HDP/DMG) doorlopen). Toestemming werd verkregen en het aantal potentiële leerlingen steeg. Jammer alleen dat goedkeuring van de HDP niet leidt tot meer geld of instructeurs bij het IDGO. Het laatste voorbeeld is het meest bepalend geweest: de BGGZ heeft de laatste jaren naar rato van de gehele organisatie mee mogen delen in de bezuinigingen van het CDC. Nu wil het feit dat wegens de wettelijk verplichtingen (en de inkomsten vanuit de verzekeraar) nauwelijks kon worden bezuinigd op de zorgbedrijven. Het IDGO als niet zorgbedrijf werd daardoor dubbel getroffen terwijl de klanten in die tijd niet bezuinigden en dus geen kleinere klantvraag hadden.

Een derde probleem was het implementeren van beleid via het IDGO. Dat is al het geval sinds de invoering van de Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV) en de Algemeen Militaire Arts (AMA). De opleidingen zijn de Operationele Commando's (OPCO's) als het ware door de strot gewrongen: 'one size fits all' en het IDGO mocht dat verkopen. Het sterkste voorbeeld is het schrappen van de 'incompany' opleidingen tot verpleegkundigen. Het IDGO is met ingang van 2013 volledig gekort op het budget terwijl de opleidingen tot 2015 doorlopen. Daarnaast werd het stoppen dubbelzinnig gecommuniceerd zodat de klanten pas in overleg met het IDGO de onmogelijkheden ontdekten. Het is niet moeilijk voor te stellen dat er de laatste jaren wel eens wrijvingen zijn geweest tussen staf BGGZ, het IDGO en de klanten.

Maar als we de emoties voorbij zijn en de verpaarsing van halverwege de negentiger jaren eens langs onze meetlat leggen.

Evaluatie

Synergie

Er is niet veel synergiewinst geweest bij de vorming van het IDGO. De KM heeft grote delen van de algemene en deelkwalificaties van de AMV aangedragen, terwijl de KL grote delen van de opleidingen voor geneeskundige neventakers al in de greep had. Van leren van elkaar zal zeker sprake zijn, maar het gaat te ver om dat wezenlijke synergiewinst te noemen. (±)

Robuustheid

De robuustheid van het IDGO is vooral afhankelijk van externe ondersteuning. Elke docent die omvalt, moet van buiten de organisatie vervangen worden, a fortiori, het IDGO maakt standaard gebruik van docenten werkzaam bij de OPCO's. Het paarse bestaan maakt het voor het IDGO heel moeizaam om docenten aan zich te trekken. Ook afzeggingen op het laatste moment komen voor.

Commandanten die keuzen moeten maken kiezen toch veel vaker voor zichzelf dan voor een paars bedrijf. (-)

Flexibiliteit
Zeker sinds de laatste reorganisatie is de flexibiliteit van het IDGO aanmerkelijk toegenomen. Instructeurs kunnen meer taken aan en men kan snel en soepel inspelen op een wijzigende klantvraag. (++)

Efficiëntie
Als je naar de krimp van het IDGO kijkt, zou je een veel efficiëntere organisatie verwachten. Maar als je verder kijkt, zie je dat er geen onderwijs innovaties zijn aan te wijzen die tot die extra efficiëntie hebben geleid. Het IDGO heeft nog steeds een behoorlijke overhead.

Effectiviteit
Hier kunnen we heel positief over zijn. Het IDGO is de laatste jaren in staat geweest op de juiste momenten nieuwe opleidingen aan te bieden die voldeden aan de wens van de krijgsmacht (nog voor de krijgsmacht zich hiervan bewust was). De BATLS UK en de medic SF zijn voorbeelden waarnaar met trots gekeken kan worden. (++)

Kwaliteit
Het IDGO is in staat om alle opleidingen op de juiste wijze te geven. De geschiktheid van docenten wordt bewaakt (ook van externe docenten) en er is een goede balans tussen de lesvraag en aanbod van docenten en middelen. Er is een juiste balans gevonden tussen zelf doen en uitbesteden en er zijn daartoe meerdere allianties aangegaan met civiele partijen. (++)

Afsluiting IDGO
De verpaarsing van het IDGO moet als een succes worden gezien. Het heeft ons inhoudelijk gebracht waar we nu staan: een organisatie waar het personeel de vaardigheden en kwaliteiten heeft die zij nodig hebben om de operationele eenheden te ondersteunen. Naar de beste internationale normen en zeker gelijkwaardig aan de civiele normen in Nederland. Ik zie niet hoe dat op een andere manier bereikt had kunnen worden. Er is echter nog ruimte voor verbetering. Niet alleen door de komende reorganisatie van het IDGO maar ook door de intensievere samenwerking met het EGB en Tweedelijns Gezondheidsbedrijf (TGB) mogen we hopen dat er nog stappen gezet gaan worden op het terrein van de synergie, robuustheid en efficiëntie.

Het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB)

Context
Het EGB is in de beleidsbrief reorganisatie geboren onder een verkeerd gesternte. De scheiding tussen role 1 en de reguliere zorg is artificieel en schept vele scheidingsvlakken die elk met veel energie weer overbrugd moeten worden. Toch is de oprichting van het EGB de enige mogelijkheid om te voldoen aan de bezuinigingstaakstelling. Die taakstelling is zo groot (meer dan 40%) dat je je soms afvraagt of de huidige organisatie capaciteiten verspilt of dat we iets groots over het hoofd zien. Maar hoe we ook rekenen: de taak moet met de voorgeschreven 306 vte zijn uit te voeren.

Binnen het programmabureau van de reorganisatie bestaat al sinds de start het gevoel dat binnen het EGB, buiten de grote bezuiniging, een grote winst is te behalen. De OPCO's bieden op basis van dezelfde wet- en regelgeving een ander soort zorg. De verschillen zitten soms in de details maar zijn ook vaak zeer zichtbaar. Het valt niet uit te leggen waarom KL-militairen gekeurd moeten worden voor de Defensie Conditieproef (DCP) terwijl de anderen dat niet hoeven. Sommige gezondheidscentra bieden preventieve controles, terwijl sommige nog rechtspositionele Periodiek Geneeskundige Onderzoeken (PGO's) bieden. Dat kan beter.

Met de vorming van het EGB kan eindelijk een einde komen aan de totale verwarring rond het Geneeskundig Informatiesysteem DefenSie (GIDS). Dit voor het eerstelijnszorg randvoorwaardelijke systeem heeft geleden onder een gebrek aan beleid, gebrek aan discipline bij de gebruikers en een gebrek aan regie bij het onderhoud. De wijzigingsvoorstellen vullen alle bureaulades van het functioneel beheer, die er niets mee kan omdat er geen lijn in zit en geen prioriteiten zijn gesteld.

Er bestaan nu drie kwaliteitssystemen die elk andere kwaliteits- en managementinformatie genereren. Hoewel het in elkaar vlechten een heidens karwei zal zijn, is er een hoop winst te behalen zodra dat gelukt is.

Evaluatie
Synergie
De huidige situatie houdt dossiers in een houdgreep (kwaliteitsbeleid, eenheid van beleid, eenheid van managementinformatie, GIDS). Als er wordt samengewerkt moet er wel een synergetisch effect ontstaan. (+)

Robuustheid
Hier zal een afvlakking naar het gemiddelde ontstaan. Het EGB wordt kleiner dan de huidige vergelijkbare CLAS-organisatie. Daar valt geen winst te zien. Voor de kleinere donateurs zal er wel enige winst te behalen zijn. (±)

Flexibiliteit
De kritische succesfactor is de samenwerking tussen het EGB en de role 1. Het is niet op voorhand gegeven dat het hier een succes zal betreffen. Er is nog veel boosheid en verdriet over de huidige reorganisatie en de scheiding tussen operationele en reguliere zorg. De totale capaciteit is afgenomen dus het risico is levensgroot dat de bereidheid om aan het geheel bij te dragen zal afnemen. Deze factoren vragen om leiderschap waarbij men breder kan kijken dan de eigen eenheid. (?)

Effectiviteit / efficiëntie
Er hoeft geen twijfel te zijn dat het EGB zijn doelen zal halen. Een risico is wel dat, gedwongen door de bezuinigingen, de doelen zo nauw gedefinieerd zijn dat optimalisatie bij de eenheid gerealiseerd wordt en niet voor de krijgsmacht als geheel. (±)

Kwaliteit
Met het realiseren van één kwaliteitssysteem zal de McDonaldskwaliteit zeker vooruit gaan. Of de deugdelijkheid zal toenemen is afhankelijk van een cultuurproces waarbij er transparantie ontstaat en er verantwoording wordt afgelegd over de prestaties. (+)

Afsluiting EGB
De vorming van het EGB is geen instant succes. Er moet na de vorming nog veel werk worden verzet om een eenheid te creëren die in balans is met haar omgeving. Er zal veel van het leiderschap worden gevraagd niet alleen bij DGO maar ook van de stafartsen en hun organisaties. Er is geen weg terug: met de aantallen personeel na de reorganisaties zijn er geen levensvatbare eenheden per OPCO meer te realiseren.

De Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD)

Context
Rond 2007 concludeerden de staftandartsen al dat één tandheelkundige dienst bij de krijgsmacht een uitstekende optie was. Zij zagen synergie, efficiency en

flexibiliteitsvoordelen. Vanzelfsprekend zagen zij ook hun eigen macht toenemen. Van gemarginaliseerd binnen de geneeskundige afdelingen van de OPCO's naar zelfstandig, sterk en zelfverzekerd.

Binnen de KM ontstond een aantal jaar later de vrees dat de tandheelkunde niet robuust genoeg was om in de toekomst dezelfde kwaliteit te garanderen. Het succes van de dienst was gekoppeld aan een gering aantal gedreven personen die ook goede carrièrekansen buiten Defensie zouden hebben. De marineleiding stemde in met een onderzoek naar verpaarsing.

Kort daarna stemde ook de DMG en HDP daarmee in. Zeker omdat er een niet aflatende stroom kritiek was van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) en de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde in een rapport over de tandheelkundige dienst van CLAS een volledig nieuwe structuur voorstelde.

Het lijkt een cynische grap dat de reorganisatie die het meest van alle door de werkvloer wordt gedragen en meervoudig is beargumenteerd tot de meeste problemen leidt in het reorganisatieproces met de Tijdelijke Reorganisatie Medezeggenschaps-Commissie (TRMC).

Evaluatie

Synergie

Er zit veel talent bij alle drie de diensten en een wil bij de leiding om samenwerkend de zaken nog beter voor elkaar te krijgen. Doordat op sommige onderdelen een grote afstand tot de ideale praktijkvoering bestaat kan de gezamenlijke energie snel tot resultaat leiden. (++)

Robuustheid

Door de samenvoeging komt er meer kwaliteit in één organisatie. Er zal een eigen bestuur door professionals ontstaan waarbij men elkaars taak kan overnemen. Door een veranderde cultuur in de organisatie zal werving en selectie van tandartsen eenvoudiger worden. (++)

Flexibiliteit

Door de omvang van de organisatie en de militaire focus zal er eenvoudig uitgewisseld kunnen worden tussen het operationele en reguliere domein. Door het inzetten van flexibele praktijkplekken (de tandartsbussen) kan de capaciteit worden aangepast aan de klantvraag. Hoewel dit concept binnen Defensie nog onbekend is, is de waarde elders wel al bewezen. (++)

Effectiviteit

Op dit moment is er nog steeds een lage 'dental fitness' bij de krijgsmacht. Dat komt niet door een gebrek aan capaciteit maar door de versnippering, het niet efficiënt inzetten van de capaciteit en door een gebrekkige samenwerking met commandanten waardoor vraag en aanbod slecht zijn afgestemd. Hier is veel winst mogelijk. (++)

Efficiëntie

De DTD is klaar voor het sturen op basis van productiecijfers en omzet. Hoewel dit geen doel op zich is kan naar een optimale mix tussen een efficiënte reguliere en effectieve operationele zorg worden gewerkt. De DTD heeft slechts een zeer geringe overhead. (++)

Kwaliteit

Door het standaardiseren van de infrastructuur, intervisie / supervisie systematiek, het implementeren van één kwaliteitssysteem en het adopteren van best practices is nog aanmerkelijke winst te boeken. (++)

Afsluiting DTD

Als er één organisatie is met beloftes en potentie is het de DTD wel. Dat wil niet zeggen dat er sprake is van een gelopen race. Er moet nog veel werk verzet worden maar de winst voor patiënten, commandanten en het eigen personeel moet snel zichtbaar kunnen worden.

Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF)

Context

TGTF zou als kennisinstituut gezamenlijk met het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML) en het Duik Medisch Centrum (DMC) worden opgenomen in het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) en zo een nieuw geïntegreerd kennisinstituut vormen. Al snel na het accepteren van de plannen kwam de KLu in het geweer: het CML hoorde integraal bij de KLu. Zo werd ook besloten waarop het idee van een nieuw kennisinstituut werd verlaten en het DMC bij het EGB en het TGTF bij het TGB werd ingedeeld. Kort daarna startte de KM de strijd om het DMC terug te krijgen, een strijd waar CLAS zich ten opzichte van het TGTF graag bij aansloot. Beide kregen hun zin, zodat elk OPCO nu weer een eigen geneeskundig kennisinstituut heeft.

Evaluatie

De evaluatie gaat er vanuit dat het TGTF wel werd toegevoegd aan het TGB. Als er dus positief wordt gescoord, is dat in werkelijkheid een gemiste kans. Bij een negatieve score is het maar goed dat de samenvoeging niet doorgaat.

Synergie

De overlap met de capaciteiten bij MRC en CMH zijn evident. Met een gezamenlijk gebruik van de infrastructuur en naamsbekendheid van het MRC ontstaat een krachtige organisatie die zich niet alleen hoeft te richten op militairen maar, ter verhoging van de eigen kwaliteit, bijvoorbeeld ook op civiele topsporters. (++)

Robuustheid

De aantrekkelijkheid voor de topprofessionals zal aanmerkelijk toenemen als er een instituut ontstaat met deze bundeling van capaciteit en goede naam (+)

Flexibiliteit

De flexibiliteit geldt nu de enige klant (CLAS) waar het TGTF uitdrukkelijk op is ingesteld. Het delen van de capaciteiten met anderen maakt het TGTF aanmerkelijk minder toegewijd. (--)

Effectiviteit

De effectiviteit van de wetenschappelijk / adviserende kant van TGTF voor de enige klant zal afnemen. Het TGTF komt in een meer curatieve setting alwaar ook de winst wordt geboekt. De effectiviteit voor de patiënt zal wel toenemen. (-)

Efficiëntie

Door het delen van infrastructuur, het binnenhalen van een derde geldstroom (declareren bij verzekeraar), een vermindering van overhead en het focussen op de juiste patiënt op de juiste plaats zal een aanmerkelijke toename mogelijk zijn. (++)

Kwaliteit

Door focus op de juiste patiënt, het effect van de synergie, de aantrekkingskracht van de nieuwe organisatie en de drempelloze beschikbaarheid van topzorg voor alle patiënten van Defensie zal de kwaliteit over het geheel toenemen. (++)

Afsluiting TGTF

Wellicht heeft CLAS voor de eigen organisatie de juiste keuze gemaakt door het TGTF binnenboord te houden. Voor de krijgsmacht als geheel en voor de patiënt gaat er echter potentieel veel verloren. Als we in staat zijn de komende periode niet vanuit eigenaarschap maar vanuit de eigen kracht tot samenwerking te komen dan

kan er zonder een organisatorische samenwerking toch een organische samenwerking ontstaan. Misschien dat de effecten voor CLAS daarin gemitigeerd kunnen worden. Anderzijds moet het mogelijk zijn om eigen voordelen los te laten ten bate van alle patiënten bij de krijgsmacht.

Afsluiting

Ik heb u meegenomen van de felle strijd tegen verpaarsing van de afgelopen twintig jaar. Een strijd die futiel bleek te zijn in zijn doeltreffendheid maar wel schade heeft aangericht die tot op vandaag voelbaar is. Ook op de keuzes zoals ze voor lopende reorganisaties zijn gemaakt, valt wel wat af te dingen. Dat is verder van geen belang. De teerling is geworpen en we moeten een succes maken van de geneeskundige verzorging bij de krijgsmacht binnen de gegeven organisatorische randvoorwaarden.
Dat is nog een hele toer.

MEDEDELING

Netherlands School of Public & Occupational Health

Inlichtingen: telefoon 020-4097000, e-mail info@nspoh.nl

Lobbyen en netwerken

Leer hoe u invloed uit kunt oefenen in de public en occupational health met lobbyen. Hoe maakt u een lobbyplan, bepaalt u de timing van uw actie en maakt u optimaal gebruik van wisselende netwerken?
Doelgroep: *professionals in de public en occupational health*
Data: *woensdag 15 en 29 mei 2013*
Kosten: *€ 770*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=488*

Opfrissen richtlijn psychische problemen (filevrij)

Korte en deels filevrije module om uw kennis en vaardigheden van de NVAB Richtlijn psychische problemen te updaten.
Doelgroep: *geregistreerde verzekerings- en bedrijfsartsen*
Data: *donderdag 16 mei en 6 juni 2013*
Kosten: *€ 525*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=14*

Kanker: moeheid en andere gevolgen voor werk

U krijgt meer zicht op de invloed van moeheid na kanker op de belastbaarheid van uw cliënt. U breidt uw eigen begeleidings- en beoordelingsrepertoire uit.
Doelgroep: *bedrijfs- en verzekeringsartsen en medisch adviseurs*
Data: *donderdag 16 en 30 mei 2013*
Kosten: *€ 725*
Locatie: *Amsterdam*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=323*

Training Individuele Leefstijl Interventies (TiLi)

De training ondersteunt u in uw begeleiding van individuele cliënten bij gerichte gezondheidsbevordering. U verstevigt uw achtergrondkennis en uw praktische vaardigheden zodat u met zelfvertrouwen en overtuiging (gezondheids-) gedrag kunt beïnvloeden.
Doelgroep: *professionals in occupational en public health die in hun werk te maken hebben met cliënten die iets aan hun leefstijl willen of moeten veranderen.*
Data: *maandag 27 mei en 10 juni 2013*
Kosten: *€ 945*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=405*

Arbeidsrecht en sociale zekerheidsrecht

Leer en actualiseer uw kennis over alle relevante wet- en regelgeving met betrekking tot het arbeids- en sociale zekerheidsrecht, jurisprudentie en te verwachten ontwikkelingen, in relatie tot uw beroep.
Doelgroep: *bedrijfs- en verzekeringsartsen en professionals die werkzaam zijn op het gebied van arbeid en gezondheid.*
Data: *dinsdag 28 mei en 4 juni 2013*
Kosten: *€ 900*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=29*

Hart en werk

Leer op verantwoorde wijze omgaan met werknemers na een hartincident. Hoe begeleidt u hen, hoe objectiveert u de belastbaarheid in relatie tot werk en wanneer biedt u welke begeleiding? U krijgt inzicht in de NVAB Richtlijn over ischemische hartziekten.
Doelgroep: *bedrijfsartsen*
Datum: *maandag 3 juni 2013*
Kosten: *€ 495*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=443*

Huid en werk

Leer meer over preventie, behandeling en begeleiding van werknemers met een (beroeps)huidaandoening. Oefen diagnostiek en krijg een helder beeld, vooral van contacteczeem en interventies op het werk, conform de NVAB Richtlijn contacteczeem: preventie en behandeling.
Doelgroep: *geregistreerde bedrijfsartsen, arbeidshygiënisten, arboverpleegkundigen, huisartsen.*
Datum: *dinsdag 4 juni 2013*
Kosten: *€ 440*
Locatie: *Amersfoort*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=342*

Tour de France - Preventiegerichte bedrijfsgezondheidszorg in Frankrijk

Intensief programma in Frankrijk over preventieve bedrijfsgezondheidszorg 'pur sang' met reflectie over de wijze van uitoefenen van uw vak als arboprofessional in Nederland. U doet werkplekonderzoek bij diverse soorten bedrijven, bezoekt een grote arbodienst en volgt actuele, relevante scholing (in het Nederlands). De middag is vrij om te fietsen, wandelen, golfen of te ontspannen.
Doelgroep: *bedrijfsartsen, sociaal geneeskundigen en medisch adviseurs of arboprofessionals die zich nader willen verdiepen of oriënteren op wijze van uitoefening van hun eigen vak en hierbij over (vak)grenzen willen kijken.*
Data: *zondag 16 t/m vrijdag 21 juni 2013*
Kosten: *€ 1750*
Locatie: *Orléans, Loiregebied, Frankrijk*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=414*

E-health interventies en kwaliteit (nieuw)

Online interventies zijn “booming”. Maar zijn ze ook bewezen effectief? Met een concrete casus krijgt u inzicht in de mogelijkheden om e-interventies in te zetten in uw eigen primaire werkproces in de public of occupational health.
Doelgroep: *de professional in de public of occupational health*
Datum: *donderdag 13 juni 2013*
Kosten: *€ 425*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=767*

Weerstand begrijpen en ombuigen

U leert weerstand herkennen in uw advisering of bij veranderingsprocessen. Daarnaast ontwikkelt u een breed repertoire om stagnaties door weerstand om te buigen.
Doelgroep: *professionals in de publieke- en bedrijfsgezondheid die geregeld adviseren of als projectmanager of leidinggevende betrokken zijn bij het invoeren van vernieuwingen en veranderingen*
Data: *dinsdag 18 en woensdag 19 juni 2013*
Kosten: *€ 770*
Locatie: *Utrecht*
Link: *http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=517*

CIOMR Mid Winter Meeting, Brussel, België, 30 januari - 2 februari 2013

Frontline medicine: resuscitation, evacuation and stabilisation of battlefield casualties

door reserve kolonel-arts prof. dr. Olaf Penn[a], reserve majoor-arts dr. Christine Vermeulen[b], reserve majoor-arts Edward Pasman[c], reserve kapitein-arts Rob Favié[d] en reserve luitenant-kolonel-arts dr. Edward Tan[e]

Jaarlijks houdt de Confédération Interalliée des Officiers Medicaux de Réserve (CIOMR) zijn Mid Winter Meeting (MWM) in het NAVO Hoofdkwartier te Brussel. Het CIOMR doet dit samen met de Confedération Interalliée des Officiers de Réserve (CIOR) en het National Reserve Forces Committee (NRFC). Het congres bestaat uit een officieel, een huishoudelijk en een wetenschappelijk gedeelte.

Voorafgaand aan het congres werd de workshop “Get acquainted with BATLS” gehouden door reserve kolonel-arts b.d. Walter Henny, NLD en reserve luitenant ter zee Chris Rankin, GBR.

Tijdens de officiële opening, in de Joseph Lunszaal, werden welkomstwoorden uitgesproken door de President van het CIOR en de Internationale Vice-President CIOMR, majoor Christine Vermeulen. De President CIOMR, kolonel Olaf Penn, sprak op dat moment het NRFC toe over het onderwerp: “Attraction, Recruitment and Retention of NATO Reserve Military Medical Professionals”.

Vervolgens sprak de plaatsvervangend secretaris-generaal van de NAVO, ambassadeur Alexander Vershbow, over: “How our reserve systems, from each of our nations, could best match the requirement of the current NATO challenge”.

Tijdens het Executive Council, de algemene ledenvergadering, werd reserve majoor-tandarts Tinne Zetterstrøm, DNK, onderscheiden met de CIOMR Medal of Merit. Gedurende tientallen jaren bekleedde zij, op voortreffelijke wijze, meerdere functies binnen het CIOMR. Bij verstek legde reserve kapitein-luitenant ter zee Stef Stienstra, tijdens de vergadering van het Wetenschappelijke Comité, zijn functie van voorzitter neer.

Wetenschappelijk programma

Voor het wetenschappelijke programma was gekozen voor het thema: “Frontline medicine: resuscitation, evacuation and stabilisation of battlefield casualties”.

Casualty Care Management: The French Approach

Door kolonel-arts Marc Puidupin, FRA, hoofd afdeling Anesthesiologie, Intensive Care, Spoedeisende Hulp, Operatiekamers en de Combat Trauma Care Academy van het opleidingsziekenhuis van de Franse krijgsmacht in Lyon.

Wanneer men het levensreddende ingrijpen op het slagveld (Sauvetage au Combat) indeelt in drie fasen: 1) Care under Fire, 2) Tactical Field Care en 3) Resuscitative Medical Care, dan bestaat de zogenaamde “Franse benadering” uit een maximale inzet in de eerste fase. Daar bestaat namelijk de mogelijkheid om de meeste levens te redden! Zoals dat wordt gesteld: “het eerste uur geeft je de rest van het leven”. Frankrijk maakt hierbij gebruik van het inzetten van een (vooruitgeschoven) dokter. Het is hen namelijk gebleken dat de paramedische zorg tekortschiet om een optimale kwaliteit van de medische zorg te kunnen garanderen.
Omdat leiderschap belangrijk is bij een dergelijke missie krijgt deze medicus daar een speciale training in. Ook wordt deze verder getraind in coördinatie, aanpassing, management en de organisatie van de specifieke missie.
Medisch gezien ligt voor Frankrijk dus het zwaartepunt op “het voorkomen van overlijden” en ter evaluatie wordt een “gewondenregistratiesysteem” bijgehouden (Forward Health Registry). Met behulp van dit “gewondenregistratiesysteem” is gebleken dat 42% van de slachtoffers direct dood is (Killed in Action, KIA) en dat 87% van de rest een ernstige bloeding heeft. Daarvan heeft 25% binnen 5 minuten hulp nodig, 15% tussen 5 en 30 minuten en 5% binnen meer dan 30 minuten. Samen vormt dat het zogenaamde “Golden Hour”. Voor de gewonde slachtoffers (Wounded in Action, WIA) betekent dus “tijd = leven”.

Afb. 1: Z.E. ambassadeur Alexander Vershbow, plaatsvervangend secretaris-generaal van de NAVO.
Foto: Henri Plimack.

[a] President CIOMR
[b] Internationale Vice-President CIOMR.
[c] Vice-voorzitter Wetenschappelijke Comité CIOMR.
[d] Nationale Vice-President CIOMR, Liaisonofficier CIOMR-400 Gnkbat.
[e] Liaisonofficier CIOMR-IDR.

Artikel ontvangen maart 2012.

Afb. 2: Reserve majoor-arts dr. Christine Vermeulen, NLD, Internationale Vice-President CIOMR.
Foto: Henri Plimack.

Er werd een afname in dodelijke verwondingen waargenomen door het gebruik van helm en scherfwerend vest, door Tactical Combat Casualty Care (TCCC) en door snelle (<2h) Damage Control Chirurgie.
Met "Care under Fire" wordt bedoeld: brand blussen, situatie beoordelen, persoonlijke veiligheid beoordelen en het nemen van maatregelen, het beginnen met triage en ABC (luchtweg, ademhaling en circulatie). Onder "Tactical Field Care" wordt verstaan: het stelpen van grote bloedingen en onder "Damage Control Resuscitation": het verzorgen van de luchtweg (intubatie of chirurgische coniotomie) en thoraxdrainage (thoracostomie).

Tactical Combat Casualty Care, the German approach
Door luitenant-kolonel-arts A. Schwartz, DEU, anesthesioloog in het Militaire Ziekenhuis van Ulm.

De Duitse benadering bestaat uit het terugdringen van de sterfte ten gevolge van gevechtshandelingen door het opvoeren van training als aanvulling op de civiele vaardigheden.
Opgewaardeerde trainingen worden gegeven aan medisch personeel, verpleegkundigen, paramedici en "troepers". De training omvat Pre-Hospital Trauma Life Support (PHTLS) en aanvullende training voor uitzending. Opmerkelijk is dat ook getraind wordt onder stress en 's nachts. Er wordt getraind zoals wordt gevochten (Train as you Fight) met resuscitatie en vaardigheden.
Bij bloedingen gaat het dan om het gebruik van de tourniquet, het inpakken (packing) en het gebruik van bloedstelpende middelen. Bij luchtwegbehandeling gaat het om het gebruik van een Wendl-tube (nasopharyngeaal), gewoon intuberen en cricothyreotomie.
Vervolgens worden ademhaling en circulatie veiliggesteld en TCCC toegepast.
Vastgesteld is in ieder geval dat de civiele training tekortschiet voor het behandelen van oorlogsverwondingen.
Bovendien bestaat een groot verschil in "omgeving"; wordt de civiele situatie beheerst door de patiënt, de militaire omgeving wordt beheerst door de tactische situatie. Ook leveren gevechtshandelingen een grote variëteit aan medische extremen op. Zoals bijvoorbeeld ten aanzien van leeftijden, wonden (kogel-scherven-blast) en verder ten aanzien van multinationaliteit, met zijn taal en medische problemen.
De door Duitsland waargenomen mortaliteit werd in 78% veroorzaakt door bloedingen, voor 12% door ademhalingsstoornissen, voor 4% door aandoeningen van het centraal zenuwstelsel en voor 6% door multi-orgaanfalen. Van de gewonden is 31% direct overleden, 59% overleed vóór het bereiken van Role 2 en 10% overleed in Role 2.

War surgery in Kandahar Airfield Hospital
Door majoor-arts Dominique Misselyn, BEL, van het Militair Ziekenhuis "Koningin Astrid", Brussel.

Deze Belgische traumachirurg verbleef vier maanden in het Role 3 Multinationale Ziekenhuis van de luchtbasis Kandahar (KAF), AFG. Hij beschreef zijn verblijf daar als een ruige missie, zonder comfort, in een heet klimaat, met matig voedsel, gebrek aan vrije tijd en met vreselijke, te behandelen, verwondingen.
Het ziekenhuis vormt een onderdeel van de Amerikaanse organisatie. De luchtmachtbasis is druk, met ongeveer 5000 vluchten per week en ongeveer 800 vluchten per dag, die samen een aanzienlijke geluidsoverlast opleveren. De afdeling Spoed Eisende Hulp ontving ongeveer elf zwaargewonden per dag. Toch lukte het hen een overlevingspercentage van 95% te bereiken.
Hij noemde de Belmont-pomp (Rapid Infusion Pump) als een waardevol instrument bij de acute opvang van zwaargewonden. Ook de bloedbank speelt een cruciale rol in dit geheel. Dagelijks moet de voorraad worden gecontroleerd en zo nodig dient de zogenaamde "Walking Blood Bank" te worden aangesproken.

PHANTOM/MAN Computer Code: A tool for Evaluating (Ballistic) Threats Against the Human Body Caused by Spin-Stabilized Projectiles (Bullets)
Door dr. Wibo Crucq, NLD, expert member Joint Civil Military Medical Group, Insensitive Munitions Information Centre and the Behind Armour Blunt Trauma Expert Panel.

Het computer model PHANTOM/MAN geeft een representatie van de menselijke anatomie en fysiologie en is ontwikkeld voor het simuleren van kogelverwondingen. Berekend kunnen worden: de invaliditeit als gevolg van kogelverwondingen, de mortaliteit en de biomedische consequenties (zoals bloedbenodigdheden, duur ziekenhuisverblijf en benodigde tijd voor chirurgische interventie). Het model geeft een door de computer ontworpen beeld van kogels en berekent de uitwendige ballistiek, de wondballistiek (na inslag in het lichaam) en de menselijke kwetsbaarheid (onbeschermde en vitale delen). Het systeem bepaalt ook de effectiviteit van de persoonlijke bescherming en kan een gedetailleerde berekening maken van het al of niet gebruiken van deze uitrusting. Het PHANTOM/MAN computermodel zou standaard gebruikt worden binnen de NAVO voor het analyseren van wondballistiek en menselijke kwetsbaarheid.

Military and Civilian handover communication in the emergency department: a literature review
Door korporaal Rowena Slope, Royal Air Force Auxiliary Reserve, 4626 Aero medical Evacuation Squadron en verpleegkundige Spoed Eisende Hulp

in het Academisch ziekenhuis NHS Trust in Southampton, GBR.

Deze spreker deed een literatuuronderzoek naar de kwaliteit van de communicatie met betrekking tot militaire en civiele patiëntenoverdrachten tussen paramedische en ontvangende staf bij spoedeisende gevallen. De literatuur blijkt tekort te schieten maar de belangrijkste bevindingen onderstrepen toch de noodzaak van een effectief multidisciplinair teamwerk en een goede communicatie. De noodzaak voor verdere evaluatie blijft natuurlijk bestaan.
Het door hen gebruikte systeem heet ATMIST (Age, Time, Mechanism, Injury, Signs & Symptoms en Treatment) en zou 20 tot 30 seconden in beslag nemen. Een aparte paramedicus doet de registratie en ook de overdracht zodat de noodzaak van multipele overdrachten, met hun gevaar op fouten, vervalt.
Als positieve aspecten worden gezien dat een goede communicatie de veiligheid van de patiënt verbetert, dat overdrachtsmiddelen nuttig zijn en structuur geven, dat de kwaliteit van de overdrachtsmiddelen varieert maar over het algemeen als goed worden bevonden.
Als negatief wordt ervaren dat de overdracht belastend is, de informatie matig en dat het moeilijk valt om tegelijkertijd te luisteren en te werken. In de overdrachten wordt een foutenpercentage van 26% gevonden en er is zelfs wel eens sprake van tegenstrijdige bevindingen. Ook wordt een groot verschil gevonden in de diverse omgevingen, dat wil zeggen de militaire en de civiele situatie.

Update on COMEDS and the relation between CIOMR and COMEDS
Door luitenant-generaal-arts George Nedellec, FRA, voorzitter COMEDS.

Het Committee of Chiefs of Military Medical Services in NATO (COMEDS) is het hoogste comité voor militaire medische zorg binnen de NAVO-organisatie. Het fungeert als een centraal punt voor de ontwikkeling en de coördinatie van militair medische zaken en voor het verschaffen van medisch advies aan het NAVO Militaire Comité (MC).
De militair medische gemeenschap speelt een sleutelrol binnen de NAVO en, meer specifiek, binnen het NAVO-verdedigingsplanningproces. De militaire medische gemeenschap verzorgt niet alleen de medische zorg maar ook de preventieve zorg met inbegrip van veterinaire en psychologische ondersteuning voor de uitgezonden militairen. Ook wordt essentiële zorg geleverd voor gevechtseenheden, hetgeen COMEDS maakt tot een van de “sleutel”-planningsonderdelen voor operaties, samen met bewapening, logistiek, luchtondersteuning en andere gebieden van specialisatie. COMEDS doet aanbevelingen betreffende de ontwikkeling en de organisatie van NAVO’s militair medische beleid en betreffende procedures voor medische ondersteuning. Het probeert de bestaande overeenkomsten tussen lidstaten te verbeteren op het gebied van coördinatie, standaardisatie en interoperabiliteit. Ook helpt het om de uitwisseling van informatie te verbeteren tussen landen om, bijvoorbeeld, bepaalde vooruitgang van een land beschikbaar te stellen voor allen. Aanvullend voert COMEDS studies uit van algemeen of bijzonder belang zoals preventieve geneeskunde, tandheelkunde, voedselhygiëne en militaire psychiatrie. Om deze reden heeft COMEDS verschillende ondergeschikte werkgroepen en expertpanels die bijdragen aan deze onderwerpen. CIOMR wordt door COMEDS erkend als een groep van experts en deze zouden elkaar kunnen vinden in het “samen” trainen. Voor COMEDS valt CIOMR onder het hoofdstuk van “Smart Defence”, een nieuwe manier van denken ten aanzien van het genereren van moderne competenties. Daarnaast hebben COMEDS en CIOMR een gemeenschappelijk doel namelijk het werven en behouden van militair medische expertise.
Op dit moment heeft CIOMR de rol van “observer” bij COMEDS-vergaderingen en rapporteert CIOMR tweemaal per jaar aan COMEDS. COMEDS is echter geïnteresseerd om de band met CIOMR nog verder te verbeteren. Als mogelijke obstakels daarbij worden genoemd de nationale politiek, de beschikbaarheid voor uitzendingen en voorbereidingen daarvoor, multinationaliteit en landen die geen lid zijn van de NAVO maar wel van CIOMR.

Flexible ballistic collar
Door ir. Pim Rensink, NLD, TNO Soesterberg.

Tijdens het CIOR/CIOMR/NRFC-zomercongres 2012 in Kopenhagen, DNK, trachtte luitenant-kolonel-vlieger Larkin, GBR, een discussie op gang te brengen ten aanzien van de slechte bescherming van de hals van de moderne infanterist[1]. Een vijftal parameters speelt daarbij een rol: voldoende bescherming, de beweeglijkheid van het hoofd, verandering van het beschermde gebied door hoofdbewegingen en tenslotte de interactie tussen helm en persoonlijke bescherming.
TNO heeft nu een nieuwe flexibele beschermende kraag ontwikkeld en getest. Bij de ontwikkeling werd gebruik gemaakt van moderne vezels om een zachte bescherming te krijgen en de driedimensionale configuratie aan te passen aan de voortdurend veranderende vorm van de hals.
De prototypes zijn ontwikkeld om de invloed van herhaalde kraagvervorming te onderzoeken en ze zijn daarop ook mechanisch en ballistisch getest. Mechanische tests betreffen compressietests terwijl ballistische tests het “stoppend” vermogen betreffen. Ballistische test werden uitgevoerd met 1,1 gram zogenaamde Fragment Simulating Projectielen. Er werd een minimale penetratiesnelheid gevonden van 400m/s, hetgeen zou moeten kunnen leiden tot een aanzienlijke reductie van verwondingen. TNO ziet de soldaat als een systeem en denkt in noden en functie. Ze willen de lichamelijke prestatie verbeteren terwijl de veiligheid optimaal blijft.
Er bestaat verschil tussen actieve en passieve protectie maar in dit geval wordt gezocht naar actieve protectie, dat wil zeggen: maximale veiligheid bij grote beweeglijkheid. Daarom is gekozen voor een combinatie van stijve en zachte materialen temeer daar bij een soldaat een compatibiliteit van hoofd en wapen (tijdens het richten) moet blijven bestaan. Verder onderzoek wordt gedaan om de geometrie en de flexibiliteit van deze nieuwe kraag verder te verbeteren.

A novel device, the ITClamp, controls severe bleeding
Door kapitein-luitenant ter zee b.d. Dennis Filips, CAN, Chief Executive Officer (CEO) van Innovative Trauma Care Inc.

Aangezien bloeding de belangrijkste doodsoorzaak is op het slagveld, blijft de noodzaak bestaan voor innovatieve oplossingen. De huidige in gebruik zijnde instrumenten schieten tekort op diverse niveaus (de Combat Ready Clamp is effectief maar onhandig). De firma Innovative Trauma Care (ITC) heeft daarom een instrument ontworpen voor snelle tijdelijke wondsluiting, de ITC-klem, die veelbelovend is omdat deze ook een snelle hemostase zou geven.

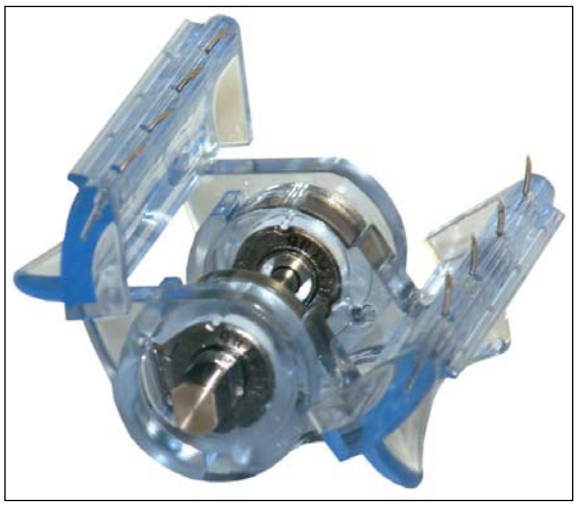


Fig. 1: ITClamp.
Bron: Innovative Trauma Care Inc.

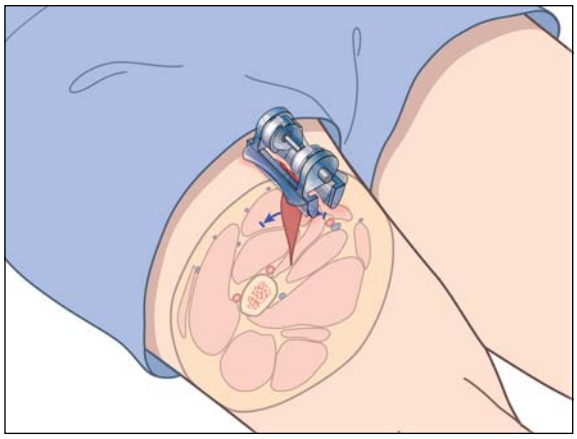


Fig. 2 en 3: Wondsluiting met de ITClamp.
Bron: Innovative Trauma Care Inc.

De ITC-klem is vergelijkbaar met een "haarklem", maar met scherpe tanden om een goede greep te hebben op de huid. Daarbij moet een dermate groot volume aan onderhuids weefsel worden geïncludeerd zodat tegendruk kan worden gegeven tegen de bloeddruk. Als zodanig is ook het veer- en sluitmechanisme ontworpen. Er is een preklinische studie uitgevoerd die liet zien dat met de ITC-klem het bloedverlies sterk gereduceerd kan worden en de overleving langer is. Zo zou een slagaderlijke bloeding binnen de vijf seconden kunnen worden gestopt. Verder is de klem gebruikersvriendelijk, is deze overal te gebruiken en zou de selectieve controle/beheersbaarheid goed zijn. De ITC-klem heeft de EMS World 2012 Innovation Award gewonnen voor zijn ongeëvenaarde medische kwaliteiten, gebruikersgemak, draagbaarheid, lage kosten en effectiviteit.

Specialized Nutritional Support Therapy (SNST) for the severely injured war casualty: Who, When, What to feed and Why
Door reserve majoor b.d. Linda Hall, USA, diëtiste in Landstuhl Regional Medical Centre, Duitsland.

Reeds tientallen jaren wordt aandacht besteed aan gespecialiseerde voeding voor ernstig zieken om calorieën, eiwitten, elektrolyten, vitaminen, mineralen, sporenelementen en vocht toe te dienen, zowel enteraal (sondevoeding in maag, duodenum of jejunum) of parenteraal (intraveneus). Enteraal heeft de voorkeur maar bij contra-indicaties moet parenteraal worden gevoed. Bekend is dat bij een goede voedingstoestand van de patiënt de genezing wordt bevorderd en complicaties worden vermeden. Daarom moet SNST worden gegeven bij ernstige hersenbeschadigingen, brandwonden en veelvuldige trauma, zoals oorlogsverwondingen. Er bestaan inmiddels internationale richtlijnen voor klinische toepassing bij verschillende specialismen.

Prevention and treatment of CRUSH syndrome in natural and Man-Made disaster
Door Rogier Caluwé, BEL, nephroloog in het Onze Lieve Vrouwe ziekenhuis in Aalst.

Een "crush-syndroom" kan leiden tot afbraak van spieren (rhabdomyolyse), met als gevolg hoge concentraties plasma myoglobine. Het neerslaan van deze eiwitten in de nieren kan leiden tot acuut nierfalen. Ook komt veel kalium vrij hetgeen kan leiden tot een levensbedreigende hyperkaliemie. Het crush-syndroom heeft een hoge mortaliteit, het is de tweede meest voorkomende doodsoorzaak na trauma, maar is omkeerbaar indien het goed behandeld wordt. De Internationale Vereniging voor Nierziekten heeft een "Renal Disaster Relief Task Force" opgericht ter voorkoming of behandeling van acuut nierfalen bij natuurrampen of oorlogshandelingen. Als medische interventie bij het crush-syndroom wordt, om de nieren te sparen, aangeraden een isotone zoutoplossing te geven (verdunning) gecombineerd met kaliumbinders en bicarbonaat. Een crush-syndroom ontstaat door direct trauma, door instortingsmateriaal en puin, of door circulatiestoornissen en kan leiden tot een zogenaamd "compartimentsyndroom". Wanneer aan de basis van het compartimentsyndroom een verstoorde weefselperfusie ligt wordt chirurgisch een fasciotomie (klieven van de spierfascies) uitgevoerd om de circulatie te herstellen. Helaas kent de fasciotomie ook zijn complicaties, te weten: infectie en daaraan gerelateerde mortaliteit.

Medical Emergency Response Team (MERT); Bringing Damage Control Resuscitation to the Battlefield
Door reserve luitenant-kolonel-arts Giles Nordman, GBR, kinder-anesthesioloog MDHU Derriford, anesthesioloog 16^{e} medische regiment en Research Fellow, Defence Science and Technology Laboratory.

Vliegend in een Chinook helikopter wordt het MERT-team naar het slagveld gebracht. Een dergelijk team bestaat uit een dokter, een verpleegkundige en twee paramedici. Een Chinook kan ongeveer 24 patiënten meenemen waarvan 8 liggend op stretchers. Resuscitatie is moeilijk aan boord van een dergelijke helikopter: er is veel en constant lawaai, er zijn heftige bewegingen en trillingen, de temperatuur is hoog, het licht is slecht en er is constant gevaar in oorlogsgebieden. De Damage Control Resuscitation bestaat uit hypotensieve resuscitatie (Novel Hybrid Resuscitation, NHR) gedurende 1 uur gevolgd door normotensieve resuscitatie. De bloeddruk blijft dan rond de 80 mmHg, hetwelk neerkomt op een voelbare radialis pols. Tijdens NHR wordt de bloeding gestelpt. Er wordt een snelle toegang voor infuusvloeistoffen gezocht: een centrale lijn of in het bot. Er wordt geoxygeneerd en zonodig geïntubeerd. Bloed en bloedproducten worden verwarmd toegediend.
Een door trauma-geïnduceerde stollingsstoornis (verbruikscoagulopathie) wordt door hem een "bloody vicious cycle" genoemd. Het bestaan van een coagulopathie verhoogt namelijk direct

de mortaliteit. Daarom worden door hen bloed en vers gevroren plasma (fresh frozen plasma, FFP) toegediend en daarnaast wordt calciumchloride gegeven en één gram tranexaminezuur om de stolling te bevorderen.

French medical response in situation of mass casualties
Door reserve luitenant-kolonel-arts Eric Lecarpentier, FRA, Defensie Gezondheidszorg Organisatie, Frankrijk.

In Frankrijk heeft de civiele organisatie voor spoedeisende hulp zich laten inspireren door de medische concepten van de Defensie Gezondheidszorg Organisatie. De filosofie van triage ter plaatse en snel verplaatsbare ambulances, zoals indertijd ontwikkeld door Dominique Larrey, liggen hier aan ten grondslag. Civiel-militaire co-operatie staat op medisch gebied in Frankrijk hoog in het vaandel: men weet van elkaars mogelijkheden en tekortkomingen maar de wederzijdse capaciteiten zijn goed omschreven. Beide partijen wordt de mogelijkheid gegeven om te reageren bij spoedklussen. Civiel-militair werden gezamenlijk al ongeveer 69 operaties door Frankrijk uitgevoerd.

Assessing the health risk of flood water exposure for military personnel
Door reserve majoor-dierenarts dr. Joris Wijnker, NLD, 1 CIMIC Bataljon.

Militairen komen vaak in contact met oppervlaktewater tijdens trainingen, humanitair werk (evacuatie van burgers bij overstromingen) en tactische operaties te water, zoals bij de mariniers. Bij al deze situaties mag niet vergeten worden dat oppervlaktewater zwaar verontreinigd kan zijn door fecaal materiaal; ten gevolge van bemesting, overstroming van riolen of waterwegen in gebruik als riool in ontwikkelingslanden. Na zware regenval neemt de vervuiling van het oppervlaktewater toe omdat het vuil van de wegen in de sloten stroomt. Deze verontreiniging betekent een potentieel gevaar voor de militairen. In gecontamineerd oppervlaktewater kunnen hoge concentraties van verschillende pathogenen worden aangetroffen zoals Enterobacteria, E. Coli, Campylobacter, Giardia, Legionella, Norovirus, Enterovirus en Leptospira. Blootstelling aan deze ziektekiemen leidt echter niet direct tot een groot verlies aan operationele capaciteit door de bestaande vaccinatieschema's, opgebouwde immuniteit door regelmatige blootstelling aan lage doses en toegepaste hygiënische maatregelen. Toch is kennis omtrent deze mogelijke gevaren relevant om vast te kunnen stellen of oppervlaktewater geschikt is voor training of recreatie. Daardoor kunnen voorbereidingen worden getroffen en instructies worden uitgevaardigd om gezondheidsrisico's tijdens uitzendingen te voorkomen. Het is een vorm van Force Health Protection. Bij sommige beroepen is het innemen van oppervlaktewater gemeengoed, zoals bij duikers. Dit dient dan gekwantificeerd te worden.

Men outside the studies: Antibiotic Dosing in Previously Young Healthy Males with Acute Traumatic Amputations
Door Teri Ogg, farmacoloog US Army en intensive care klinisch farmacoloog in het Landstuhl Regional Medical Center (LRMC), Duitsland.

Patiënten die traumatische amputaties moeten ondergaan in Afghanistan worden gestabiliseerd en binnen enkele dagen getransporteerd naar het LRMC. Zij hebben een groot risico op infecties vanwege de aanzienlijke hoeveelheid vreemd materiaal waarmee hun wonden zijn gecontamineerd. Wanneer deze patiënten op breedspectrum antibiotische bescherming moeten worden gezet, in afwachting van de kweken, kan het doseren op gewicht met antibiotica zoals Tobramycine en Vancomycine gecompliceerd worden door de ernst van de verwondingen. De verdeling in het lichaam verandert namelijk in een dergelijk geval. Een patiëntenpopulatie als deze is daarom niet vergelijkbaar met de meeste populaties uit antibioticastudies.
Het is overigens een bekend gegeven dat de fysisch chemische eigenschappen van de stof en de fysieke toestand van de patiënt een rol spelen in de farmacokinetiek. Naast diffusie vindt ook binding van farmaca aan componenten in het bloed of aan celbestanddelen van weefsels plaats. Bindt een stof zich sterk aan een of meer weefsels buiten de bloedbaan, dan zal een groot deel van de toegediende dosis zich uiteindelijk daar ophopen en de hoeveelheid in het bloed relatief klein zijn. Als gevolg hiervan is dan de plasmaconcentratie laag ten opzichte van de totale hoeveelheid in het lichaam. Op basis van dit mechanisme kunnen in het wondvocht soms hogere concentraties Vancomycine worden gevonden dan in het bloed.

Het CIOR/CIOMR/NRFC-zomercongres zal worden gehouden in Brno, CZE, van 29 juli tot 4 augustus 2013. Het thema van het wetenschappelijke congres zal zijn: "Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and high yield explosives (CBRNe)".

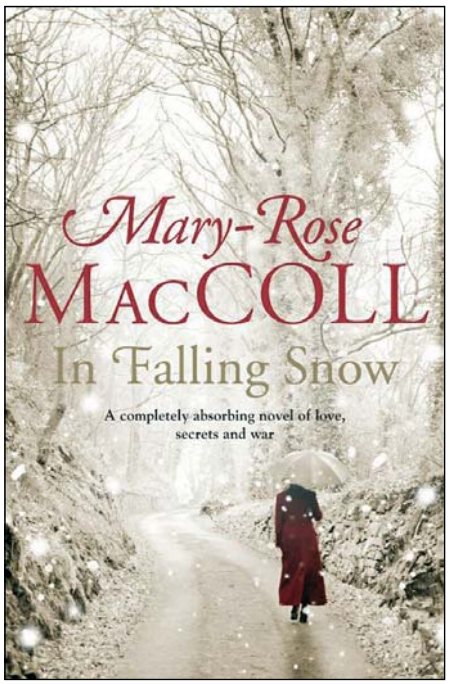
Programma met abstracts MWM:
http://www.ciomr.org/en/history/past/mwm2013
Website CIOMR:
http://ciomr.org
Website CIOR:
http://cior.net/home.aspx

SUMMARY

CIOMR MID WINTER MEETING 2013 BRUSSELS (BELGIUM)
The Mid Winter Meeting of the Interallied Confederation of Military Medical Reserve Officers (CIOMR) was held from January 30, till February 2, 2013, at the NATO Headquarters in Brussels, BEL. The theme of the Scientific Meetings was "Frontline Medicine: Resuscitation, Evacuation and Stabilisation of Battlefield Casualties". Both France and Germany presented their measures to improve Combat Casualty Care Management. From The Netherlands two speakers were present, one from Applied Scientific Research (TNO) about a flexible ballistic collar and one about a computer model for evaluating ballistic threats. A novel device was presented, the ITCclamp, developed to control severe bleeding immediately on the battlefield. An important event was the visit of the Chairman of the Committee of Chiefs of Military Medical Services in NATO (COMEDS) who presented a lecture about an update on COMEDS and the relationship between CIOMR and COMEDS. It is very promising that COMEDS has the intention to reinforce its links with CIOMR.
The next congress will be from July 29, till August 4, 2013, in Brno, CZE, about the theme: Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and high yield explosives (CNRNe).

Referenties:
1. Penn Olaf, Favié Rob, Vermeulen Christine: Het 65e CIOR/CIOMR/NRFC-zomercongres, Kopenhagen, Denemarken, 30 juli - 4 augustus 2012. Head and neck trauma, prevention, treatment and long term care. Nederl Mil Geneesk T, 2012 (65);5:180.

De vrouwen van Royaumont



Mary-Rose MacColl, ***In Falling Snow***
Sydney: Allen & Unwin, 2012, p. 448
ISBN: 978 1 74331 121 9

De Eerste Wereldoorlog was, dat moge duidelijk zijn, een tijd van extreem geweld. Negen miljoen dode soldaten, tientallen miljoenen gewond al dan niet permanent. De straten van de oorlogvoerende landen werden bevolkt door mensen zonder benen of armen. De geestelijk gewonden en gezichtsmismaakten bleven meestentijds binnenshuis of binnenshospitaal.

De tijd voor, tijdens en na de oorlog was echter ook een tijd van vrouwenemancipatie, met name toespitsend op het stemrecht, *suffrage* in het Engels. Deze twee zaken - vernietiging en emancipatie - kwamen zeer goed samen bij de zogenaamde *women of Royaumont*, een groep van oorspong, maar al snel niet meer louter Schotse vrouwen die bij het plaatsje Royaumont een hospitaal opzetten en bestierden, geheel 'bemand' (*excusez le mot*) door vrouwen: artsen, verpleegsters, zelfs ambulancechauffeurs. Met name foto's en beschrijvingen van die laatste - *big smile*, leren jack, lange broek of waar ze ook maar de hand op konden leggen - geven zeer duidelijk de geest van avontuur en strijd voor gelijkberechtiging weer die menigeen van hen in de greep had. De woorden 'we can do it, we're women' lag hen op de lippen bestorven.
Wetenschappelijk zijn de vrouwen van Royaumont beschreven in het boek van Eileen Crofton, *The Women of Royaumont*[1]. Enkele jaren geleden kwam dit boek in handen van de Australische schrijfster Mary-Rose MacColl. Zij vereeuwigde vervolgens het hospitaal in een roman, geheel gegrepen door de kracht en potentie van dit verhaal: een groep vrouwen die zich een plaats probeert te veroveren in een wereld die in dubbel opzicht een mannenwereld was, die van de oorlog en die van de geneeskunde.

In Falling Snow is geschreven min of meer in de traditie van bijvoorbeeld Pat Barkers boeken over de Eerste Wereldoorlog. Niet alleen omdat ook die zich merendeels afspelen aan de medische zijde van de krijg, maar ook omdat ook zij deels door fictieve en deels door niet-fictieve personages worden bevolkt. Verschil is wel dat waar bij Barker de werkelijk bestaande figuren - W.H.R. Rivers, Wilfred Owen, Siegfried Sassoon, Henry Tonks - vaak de belangrijkste figuren zijn, bij MacColl de echte artsen van Royaumont een bijrol spelen.
Het verhaal draait om een hoogbejaarde Australische vrouw, Iris, die in de jaren zeventig een uitnodiging krijgt voor een reünie van het Royaumont-hospitaal. Nu kon het nog want langzaam maar zeker begonnen de leden daarvan het tijdelijke voor het eeuwige in te wisselen. Ook zij zal uiteindelijk de reünie niet meer halen en in plaats van haar gaat haar kleindochter, Grace, die door haar is opgevoed. Zij is een gynaecologe in het plaatselijk hospitaal en heeft een ziek kind. De aandoening van dat kind blijkt niet geheel toevallig, maar daarop ingaan zou teveel van het verhaal weggeven.
In gedachten neemt Iris ons mee naar de loopgraven en ambulances van het Westelijk Front en de strijd die de vrouwen moesten leveren om geaccepteerd te worden door de militair-medische instanties. Het had overigens helemaal niet in de bedoeling van Iris gelegen om zich bij de vrouwen van Royaumont aan te sluiten. Dat was het simpele gevolg van een toevallige ontmoeting op een station in Parijs met degene die de boel had opgezet, de arts Mary Ivens. Eigenlijk was Iris naar Frankrijk afgereisd om haar broer, die zich liegend over zijn leeftijd bij het leger had aangemeld, weer mee terug te nemen. Dat lukt haar niet, maar door zich bij het vrouwenhospitaal aan te sluiten houdt ze wel contact en lukt het haar hem tot bijna het einde van de oorlog buiten gevechtssituaties te houden. Bijna.
Op de reünie zal de kleindochter toch letterlijk en figuurlijk haar oma, die eveneens letterlijk en figuurlijk altijd wat afstandelijk was gebleven, leren kennen.
Een prachtig boek.

Leo van Bergen

Norah Neilson-Gray (1882-1931). The Scottish Women's Hospital: In The Cloister of the Abbaye at Royaumont. Dr. Frances Ivens inspecting a French patient. Oil painting, Imperial War Museum, London.

Noot:
1. Eileen Crofton, The Women of Royaumont. A Scottish Women's Hospital on the Western Front. East Linton: Tuckwell Press, 1999.

Reorganisatie Militaire Gezondheidszorg

Oprichting Defensie Gezondheidszorg Organisatie

Voortgang reorganisatie

Nummer 7, februari 2013

Met de oprichting van de Divisie Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) ontstaan diverse bedrijven en een staf. Voor de reguliere zorg ontstaan vier elementen: het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB), het Tweedelijns Gezondheidszorg Bedrijf (TGB), de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) en de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ). Daarnaast worden de volgende bestaande organisaties gereorganiseerd: het Instituut Defensie Geneeskundige Opleidingen (IDGO), het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) en het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC). Binnen de Operationele Commando's vindt tegelijkertijd de herinrichting van de operationele gezondheidszorgelementen, de Role 1 en Role 2, plaats.

Voorwoord nieuwe kwartiermaker DGO

"Het EGB en de DTD worden naar verwachting dit najaar opgericht. De bonden en verschillende zorgverleners zijn ongerust dat na de oprichting van het EGB en de DTD de kwaliteit van zorg afneemt en dat de continuïteit in gevaar is. Ik kan mij de ongerustheid voorstellen. Die komt onder andere voort uit de idee dat de vraag naar gezondheidszorg tussen 2013 en 2016 groter is dan de zorg die kan worden geboden vanuit de reguliere zorgelementen waaronder het EGB en de DTD. Het gevoel wordt versterkt door de personele reducties en de sterke vermindering van het aantal gezondheids- en tandheelkundige centra. Echter, ik ben ervan overtuigd dat het verschil in vraag en aanbod te beheersen is door het nemen van een aantal maatregelen in de bedrijfsvoering. Die maatregelen komen verderop in deze nieuwsbrief aan bod.

Wat iedereen daarnaast bezig houdt, zijn de perikelen rondom de Wet Uniformering Loonbegrip (WUL). Het besluit van de bonden de medewerking bij de personele implementatie voorlopig op te schorten, heeft zijn weerslag op de voortgang van alle reorganisaties. Natuurlijk zitten wij niet stil en gaan de projectmanagers door met de voorbereidingen om verdere vertraging zo goed mogelijk te beheersen.

Wat ik merk in de gesprekken die ik voer met diverse functionarissen uit het geneeskundig functiegebied is dat er breed het besef ontstaat dat we straks één militaire gezondheidszorg vormen. Ik ben blij met deze ontwikkeling. Want de zorg voor onze militairen is een gedeelde taak en verantwoordelijkheid."

Afstemming zorgvraag en zorgaanbod na oprichting EGB en DTD

Welke maatregelen worden genomen om de vraag naar gezondheidszorg tussen 2013 en 2016 af te stemmen op de capaciteit? Hieronder een overzicht.

Aanpassing capaciteit op verhoogde zorgvraag

Door de verdeling van de centra over het land is de extra belasting per centrum tot 2016 beperkt. Door de centrale aansturing van EGB en DTD kan er worden geschoven met capaciteit en kan deze alternatief worden ingezet bij een tijdelijk en/of plaatselijk verhoogde zorgvraag.

Extra inzet van operationeel geneeskundig personeel

Daarnaast kan eventueel ondersteuning worden verleend door de extra inzet van operationeel geneeskundig personeel, in samenspraak met de Opco's. We kunnen tijdelijk een groter beroep doen op geneeskundig personeel dat op een operationele functie is geplaatst, maar niet voor een operationele opdracht is ingedeeld. Hierover vindt overleg plaats tussen het EGB en de DTD en de stafartsen van de Opco's.

Inhuur

De capaciteit kan tijdelijk worden verhoogd door inhuur. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de budgetten van CDC/DGO. De gemaakte kosten worden terugverdiend door de tijdelijke toename van de declarabele zorg.

Civiele zorg voor uitstromend personeel

Defensiepersoneel dat gebruik maakt van het Sociaal Beleidskader (SBK) kan, door tussenkomst van het EGB, met machtiging worden verwezen naar de civiele eerste lijn. Dit personeel heeft behoefte aan curatieve zorg, zonder directe koppeling aan de inzetbaarheid van de militair. Omdat er geen geïntegreerde zorg hoeft te worden verleend is zorgconsumptie binnen het systeem van de militaire gezondheidszorg niet strikt noodzakelijk. Als dit personeel zelf de wens heeft gebruik te maken van militaire gezondheidszorg dan blijft dat uiteraard mogelijk.

Gevoel van verlies van binding met de Opco's

Daarnaast bestaat de vrees bij gezondheidszorgpersoneel dat na de oprichting van het EGB en de DTD de binding met en de dienstverlening aan het eigen Opco verloren gaat, doordat gewerkt wordt vanuit een bepaalde regio-indeling. Vanuit EGB en DTD zal echter in goed overleg met de Opco's bepaald worden waar differentiatie nodig is om die manier specifieke ondersteuning te kunnen bieden. Denk hierbij aan behoeften van Opco's op het gebied van zorgverlening en uitwisseling van personeel voor zorg- en operationele taken.
Vooruitlopend op de oprichting van het EGB en de DTD vindt al overleg plaats met de stafartsen van de Opco's over de uitrol van de nieuwe bedrijfsvoering. De evaluatie van de reorganisatie en het formuleren van aanpassingen vinden plaats in nauwe samenspraak met ketenpartners en medezeggenschap.

Voortgang diverse reorganisaties

Oprichting staf DGO

Naar aanleiding van de WUL-problematiek heeft er geen overleg plaatsgevonden met de bonden over de verdere personele implementatie van de reorganisatie staf DGO. Het geplande tweede Begeleidingscommissie personele implementatie (BCO2) overleg heeft niet plaatsgevonden, waardoor het proces van definitieve plaatsingen nog niet is afgerond. Daardoor kunnen de vacatures nog niet worden gepubliceerd. Voorlopig zijn alle activiteiten die moeten leiden tot een gevulde staf opgeschort en wachten we de verdere ontwikkelingen af.

In afstemming met de Tijdelijke Reorganisatie MedezeggenschapsCommissie (TRMC) zijn de kernfuncties wel gevuld. Kernfuncties zijn de functies die bij de inrichting en voorbereiding van de nieuwe organisatie essentieel zijn. Binnen staf DGO zijn de functies van plaatsvervangend commandant DGO i.o. en de directiesecretaris aangemerkt als kernfuncties.

Kolonel-arts Jan van den Ham is aangesteld in de functie van plaatsvervangend commandant. In die functie blijft hij tevens projectmanager voor de oprichting van het EGB. Luitenant ter zee der 1e klasse Marinus Willemsen is geplaatst op de functie van directiesecretaris. Beide functionarissen verrichten werkzaamheden in de aanloop naar de vorming van staf DGO.

EGB en DTD
Terwijl het overleg met de bonden is opgeschort, is de afgelopen periode veel informeel contact geweest met de TRMC's van het EGB en DTD. Daarbij is ook overleg geweest tussen C-CDC, de kwartiermaker DGO en de TRMC EGB en DTD. Binnenkort wordt verder overleg gevoerd over de lijst met bespreekpunten met de TRMC's van het EGB en de DTD.

Start inventarisatie gezondheidscentra en tandheelkundige locaties
De reorganisatie van de militaire gezondheidszorg heeft gevolgen voor de infrastructuur van de gezondheids- en tandheelkundige centra. Diverse locaties sluiten hun deuren, een aantal panden is verouderd en toe aan een opknapbeurt. Op een aantal plaatsen is zelfs nieuwbouw nodig. Van de staat van het vastgoed wordt een inventarisatie gemaakt. Bij die inventarisatie wordt ook de inboedel bekeken. Het is de bedoeling dat bij de oprichting van de DGO onder andere voorraden en medische apparatuur 'versapt' over gaan. Mede om deze reden worden nu alle gezondheidszorglocaties bezocht.

Er is een projectgroep samengesteld, die de infrastructuur en het materiaal van gezondheidscentra en tandheelkundige centra gaat beoordelen. Op 14 februari was het eerste inventarisatiebezoek in Den Helder. Daar werden Marinevliegkamp De Kooy, Willemsoord en Erfprins bezocht. Bij die bezoeken is een heel spectrum aan zaken geïnventariseerd. Niet alleen de staat van het vastgoed en het materiaal komt aan de orde, maar ook van werkkleding en voertuigen. Daarnaast wordt onder meer nagegaan welke (afroep)contracten er per locatie zijn, of het materieel- en voorraadbeheer op orde is, wat de kennis van Systems Applications & Products (SAP) is bij de medewerkers en of voldaan kan worden aan de hygiëne-eisen.

Het is de bedoeling inzicht te krijgen in het totaal aan vastgoed, voorraden, medische apparatuur en materiaal en dit in SAP te registeren. Dan kan vanuit SAP een herverdeling gemaakt, ten behoeve van de toekomstige EGB en DTD locaties. Uiteraard vergen de veranderingen in huisvesting van de gezondheids- en tandartscentra een investering. Deze is geraamd op € 34 miljoen. Dit geld is toegekend in het Herbeleggingsplan Vastgoed Defensie (http://intranet.mindef.nl/portaal/images/120625%20-%20brief%20Mindef%20-%20herbeleggingsplan_tcm4-898342.pdf), fase 2a.

Reorganisatie MGLC
Recent is SAP Warehousemanagement ingevoerd. Dit heeft nog niet geleid tot een stabiele bedrijfsvoering. De analyse van de ingebruikname van SAP wordt bemoeilijkt doordat het systeem nog verschillende fouten bevat. Het MGLC wordt vanuit het project Speer ondersteund met extra capaciteit om het gebruik van SAP vlot te trekken. Wat het effect is van de implementatie van SAP en wat dat betekent voor de reorganisatie wordt nog bezien. De TRMC is betrokken bij de totstandkoming van de reorganisatieplannen.

Oprichting Tweedelijns Gezondheidszorg Bedrijf
De afgelopen periode heeft frequent overleg plaatsgevonden tussen kolonel Bek, projectmanager TGB, en de projectleden. Het projectteam TGB schrijft gezamenlijk aan een PTOW (plan, taken, organisatie en werkwijze). Met behulp van het PTOW wordt inhoudelijk discussie gevoerd, wat moet leiden tot een gezamenlijk gedragen concept Voorlopig Reorganisatieplan (cVRP).

IDGO
Op 21 december is het beleidsvoornemen ondertekend. Inmiddels is het projectteam gestart met de voorbereidingen voor het cVRP. Deze moet op 8 april moet ingeleverd zijn bij het programmabureau van het CDC op 8 april. Het Kennis- en Trainingscentrum van het CLAS en het Geneeskundig Oefen- en Trainingscentrum van CLSK gaan deel uitmaken van het IDGO. Ook komen er trainingstaken over van het CZSK. Na de rangverdeling per krijgsmachtdeel zal het aantal IDGO medewerkers van het CLAS dan ook afnemen en het aantal medewerkers van het CZSK en het CLSK toenemen. Na de samenvoeging van de bovengenoemde organisatie-eenheden bestaat het IDGO uit ongeveer 175 VTE. Na de reorganisatie blijft daarvan 127 VTE over. Vorige week woensdag, 6 februari, heeft de instellingsvergadering van de TRMC plaatsgehad in bijzijn van het hoofd van de diensteenheid (HDE).

CEAG
De reorganisatie van het CEAG volgt dezelfde planning als die van het IDGO. Het projectteam levert uiterlijk 8 april een cVRP op voor verdere besluitvorming binnen CDC. Het projectteam, waarin ook vertegenwoordigers van de medezeggenschap zijn opgenomen, is inmiddels gestart met het opstellen van het cVRP. Afgelopen vrijdag was de oprichtingsvergadering van de TRMC CEAG in bijzijn van de HDE.

Woensdag 6 februari bracht generaal Johan de Graaf een werkbezoek aan de bedrijfsgezondheidszorgvestiging van het CEAG in Oirschot. Daar sprak hij met een aantal medewerkers over onder meer de oprichting van het EGB en de reorganisatie van het CEAG. De taken van de, nu nog in het CEAG ondergebrachte, afdeling bedrijfsgezondheidszorg worden immers ondergebracht in het EGB. Zie http://intranet.mindef.nl/cdc/gezondheidszorg/actueel/nieuws/2013/20130206_werkbezoek_CEAG.aspx voor het uitgebreide bericht.

Ook heeft hij een bezoek gebracht aan 43 Geneeskundige Compagnie waar hij sprak met de commandogroep. Dit contact staat in het teken van de verbinding van de verschillende elementen van de militaire gezondheidszorg.

Colofon
Dit is een uitgifte van het programmabureau Defensie Gezondheidszorg Organisatie.
Contactpersoon: Cynthia den Blanken (cjm.d.blanken@mindef.nl)

Nieuwsbrief Militaire Gezondheidszorg

Nummer 2, februari 2013

DMG-personeel is verhuisd naar de Kromhoutkazerne

Met ingang van maandag 18 februari zijn nagenoeg alle stafmedewerkers van de Directie Militaire Gezondheidszorg (DMG) verhuisd naar gebouw K2 (1e etage) van de Kromhoutkazerne in Utrecht, waar de Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) i.o. is gevestigd. De bereikbaarheid van deze stafmedewerkers is via de 'Wie is Wie'-pagina (http://intranet.mindef.nl/portaal/pp/mgz/Wie_is_wie/Wie_is_wie.aspx) terug te vinden.

Adresgegevens/bereikbaarheid Centrale Klachten Commissie (CKC) gewijzigd

Ook het secretariaat van de Centrale Klachten Commissie (CKC) is vanaf heden gevestigd op de Kromhoutkazerne. Het secretariaat is bereikbaar per e-mail (ckc@mindef.nl), telefonisch: 06-10263703 of per post (CKC, MPC 55 A, Postbus 90.004, 3509 AA Utrecht). Meer informatie over de CKC is via de Wiki-site (http://wiki.mindef.nl/ckc/index.php/Hoofdpagina) terug te lezen.

Tarieven SZVK 2013

De vastgestelde 'Tarieven geneeskundige behandelingen curatieve zorg door Defensie' voor 2013 zijn op intranet (http://intranet.mindef.nl/portaal/images/Tarieven%20SZVK%202013_tcm4-865462,pdf) gepubliceerd. Deze tarieven zijn in samenspraak tussen SZVK/Univé en de DMG tot stand gekomen.

Penwijziging DMG/048 'Gezondheidszorg bij kleinschalige militaire activiteiten'

In de DMG-aanwijzing 048 'Gezondheidszorg bij kleinschalige militaire activiteiten is in bijlage D: Opleidingssituaties werken onder overdruk' een wijziging aangebracht. In deze bijlage worden de opleidingssituaties benoemd met de vermelding van het daarbij verplicht aanwezige personeel. Verder zijn bij hoofdstuk 6 'Gerelateerde beleidsaanwijzing' de vervallen voorschriften (MP 35-050 en VS 5-72/VVKM 123) vervangen door het hiervoor in de plaats gekomen VKM 007 (Arbeid onder overdruk) deel 1 t/m 3. U kunt de gewijzigde aanwijzing op intranet (http://intranet.mindef.nl/portaal/images/DMG%20048%20jan%202013_tcm4-54494.pdf) vinden.

Vooraankondiging afscheidssymposium dr. P.P.A.M. van Thiel

Op vrijdag 21 juni 2013 wordt er ter gelegenheid van de pensionering van dr. P.P.A.M. van Thiel (internist-infectioloog en consulent voor Defensie bij het Tropencentrum AMC) een afscheidssymposium gehouden, waarbij hij tevens zijn werkzaamheden overdraagt aan zijn opvolger kapitein ter zee-arts C. Stijnis. Het symposium zal plaatsvinden van 13.00 - 16.30 uur in één van de collegezalen van het AMC te Amsterdam. Nadere informatie over het programma volgt nog. Aansluitend op het symposium vindt de receptie plaats waarbij afscheid genomen kan worden van dr. P.P.A.M. van Thiel en kennis gemaakt kan worden met kapitein ter zee-arts C. Stijnis. Er zal accreditatie worden aangevraagd voor huisartsen (CvAH), sociaal geneeskundigen (SbAg), reizigersgeneeskunde (LCR) en internisten (NIV).Voor inlichtingen kunt u terecht bij majoor b.d. C. van Amstel (per e-mail: c.vanamstel@amc.nl of telefonisch: 06-23277677).

Geen Wet cliëntenrechten zorg

De Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), waaraan al sinds 2007 wordt gewerkt, gaat niet door. Het was oorspronkelijk de bedoeling dat dit wetsvoorstel vijf verouderde regelingen zou vervangen. Er kwam echter zoveel kritiek op de 'mega'-wet dat deze jarenlang op de plank bleef liggen. De minister en de staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wilden snel voortgang maken met de herziening van het klachtrecht, maar omdat dit een onderdeel is van het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg, bleef ook dit liggen. Ze hebben op grond hiervan besloten af te zien van de 'mega'-Wet cliëntenrechten zorg en knippen deze weer op in vijf delen. Na het klachtrecht staan dit jaar nieuwe wetsvoorstellen voor goed bestuur en medezeggenschap op de agenda.

Werkbezoek C-DGO i.o. aan Bedrijfsgezondheidszorg vestiging CEAG in Oirschot

Woensdag 6 februari jl. hebben brigade-generaal-arts De Graaf (C-DGO i.o.) en zijn stafadjudant Ritsema een werkbezoek afgelegd bij de bedrijfsgezondheidszorgvestiging van het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) in Oirschot. Voor het volledige bericht zie http://intranet.mindef.nl/cdc/gezondheidszorg/actueel/nieuws/2013/20130206_werkbezoek_CEAG.aspx

Onderzoek naar suïcide onder veteranen

Met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn onlangs de mogelijkheden besproken om te komen tot een nader onderzoek naar suïcide onder veteranen. Het RIVM heeft in het verleden al onderzoek gedaan naar de gezondheid van militairen die waren uitgezonden naar de Balkan en naar de effecten van werken met PX-10. De noodzaak om onderzoek te doen naar het voorkomen van suïcide onder veteranen is al langer onderkend en binnen de Hoofddirectie Personeel (HDP) was daarvoor ook al budget gereserveerd, wat in het kader van de ontvlechting van de Directie Militaire Gezondheidszorg (DMG) aan staf Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) i.o. zal worden overgedragen zodat het ingezette onderzoekstraject kan worden voortgezet.

15 november 2013: Middagsymposium Stichting dr. G.F. Pop

Op 15 november 2013 zal door de Stichting dr. G.F. Pop een middagsymposium georganiseerd worden, met als thema 'Capita selecta voor de militaire gezondheidszorg'. Noteer deze datum vast in uw agenda. Nadere gegevens over locatie en programma zullen in de loop van dit jaar in deze nieuwsbrief en via intranet bekend gesteld worden.

Blauwdruk mentale zorglijn politie

Minister Opstelten heeft op 4 februari jl. de 'Blauwdruk mentale zorglijn politie' van prof. dr. Gersons in ontvangst genomen. Deze blauwdruk bevat een aantal aanbevelingen die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de totstandkoming van een verbeterd psychosociaal zorgsysteem voor de politie. Sinds vorig jaar krijgen alle politiemensen die in de frontlinie werken, de mentale krachttraining. Daarnaast is er een suïcideregistratiepunt ingericht waar elke zelfdoding onder politieagenten wordt gemeld en onderzocht. Voor agenten (en familieleden) is eveneens een loket ingericht waar zij - 24 uur per dag, zeven dagen per week - bij psychosociale nood terecht kunnen voor hulp, advies en informatie.
Prof. dr. Gersons deed eerder onderzoek bij militairen, waaruit het rapport 'Bijzondere missie: geestelijke gezondheidszorg voor militairen en veteranen (1 juni 2005)' is voortgekomen. Bij de opzet van de blauwdruk voor de politie zijn deze ervaringen meegenomen.

Deze nieuwsbrief is een maandelijkse uitgave van de Directie Militaire Gezondheidszorg (DMG)

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: http://intranet.mindef.nl/portaal/pp/mgz/index.aspx en op de startpagina Gezondheidszorg Defensie: http://intranet.mindef.nl/portaal/pp/gezondheidszorg_defensie/index.aspx
Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247 of per e-mail: p.burema@mindef.nl

Calendar 2013

International Committee of Military Medicine

APRIL	**April 17-21, Nouakchott, MAURITANIA** 3rd ICMM Maghrebian Congress on Military Medicine. **April 18-20, Lilienberg, SWITZERLAND** 3rd ICMM Workshop on Military Medical Ethical Dilemmas at Forum Lilienberg (LOAC).
MAY	**May 14-21, Tunis, TUNISIA** 2nd Regional Session of the Course on the Law Of Armed Conflict (LOAC).
JUNE	**June 3-7 or July 1-5, Kuala Lumpur, MALAYSIA** 2nd Regional Session of the Course on the Law Of Armed Conflict (LOAC). (to be confirmed)
JULY	**June 3-7 or July 1-5, Kuala Lumpur, MALAYSIA** 2nd Regional Session of the Course on the Law Of Armed Conflict (LOAC). (to be confirmed) **July 22-26, Beijing, CHINA** 1st Regional Asia Pacific Session of the Course on the Law Of Armed Conflict (LOAC).
AUGUST	**August 15-23, Spiez, SWITZERLAND** 15th Annual Course International on the Law Of Armed Conflict (LOAC) **August 15-23, Spiez, SWITZERLAND** 2nd Advanced Course International Humanitarian Law (IHL) and Medical Ethical Dilemmas (MME).
SEPTEMBER	**September 23-27, Jakarta, INDONESIA** 3rd Regional Session of the Course on the Law Of Armed Conflict (LOAC).
OCTOBER	**October 20-27, Capetown, SOUTH AFRICA** 5th Regional Session of the Course on the Law Of Armed Conflict (LOAC).
NOVEMBER	**November, Tozeur, TUNISIA** 5th Annual International ICMM Course for Health Support in Saharan Environment.
DECEMBER	**December 7-12, Jeddah, SAUDI ARABIA** 40th World Congress of Military Medicine.

WENKEN VOOR INZENDERS VAN KOPIJ

1. ALGEMEEN

a. Wijze van inzenden
Zend uw kopij met alle bijlagen aan het redactieadres, dat u vindt in de colofon op de eerste tekstpagina van dit tijdschrift.

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

c. Uitvoering
Gebruik voor het opstellen van uw kopij een computer. Bied uw tekst in MS Word aan in platte tekst zonder opmaakkenmerken via e-mail of op een cd-rom; voeg dan één afdruk op papier bij. Geef in de tekst de plaats aan van de afbeeldingen, tabellen en grafieken. Voeg de afbeeldingen separaat bij (zie 3.b.). Handgeschreven teksten worden niet in behandeling genomen maar teruggezonden.

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

e. Drukproeven
Drukproeven worden in eerste instantie door de redactie gecorrigeerd; vervolgens ontvangt de auteur een kopie van de voorgecorrigeerde drukproef voor verdere correctie. Dit mag nimmer inhouden dat een eenmaal gezette tekst door de auteur wordt herzien.

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

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

2. TEKST

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

b. Inhoud
Nummer de bladzijden van uw manuscript. Verdeel uw tekst in hoofdstukken en paragrafen; deze worden **niet** genummerd. Gebruik zo weinig mogelijk afkortingen en dan alleen die welke in het Nederlandse spraakgebruik gangbaar zijn. Indien wetenschappelijke of militaire afkortingen worden gebruikt dienen deze de eerste maal te worden voorafgegaan door de volledige omschrijving.

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

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

e. Samenvatting
Begin uw artikel met een duidelijke, bondige samenvatting.

f. "Summary"
Voeg bij uw artikel een vertaling van de titel en van de samenvatting in het Engels. Dit geldt ook indien het artikel in een andere taal dan Nederlands of Engels is geschreven.

3. ILLUSTRATIES

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

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

c. Tabellen en grafieken
Produceer tabellen en grafieken bij voorkeur in MS Word.

d. Onderschriften
Vermeld de onderschriften op een afzonderlijk bladzijde of aan het einde van het artikel, in volgorde van nummering. Vermeld tevens de bron/fotograaf.

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

4. RUBRIEKEN

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

b. Casuïstieke mededelingen
Onder deze rubriek worden korte artikelen geplaatst waarin een bepaalde casus wordt gesproken. Opmaken zoals voor een oorspronkelijk artikel.

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

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

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

5. HONORARIUM

a. Bedrag
- Voor oorspronkelijke artikelen welke niet reeds elders zijn gepubliceerd of voorgedragen € 34,- per gedrukte bladzijde, illustraties inbegrepen.
- Voor scripties, voordrachten, artikelen die reeds elders zijn gepubliceerd (mits schriftelijke toestemming van de betrokken redactie wordt overlegd), referaten, studies in dienstverband gemaakt e.d. € 34,- per gedrukte bladzijde, illustraties inbegrepen.
- Voor recensies van boekwerken: medewerkers die van de redactie een boek ter recensie ontvangen, mogen het gerecenseerde werk in eigendom behouden, dan wel zij retourneren het boek en ontvangen het hierboven vermelde honorarium.
- Voor het opnemen van een ingezonden mededeling wordt geen betaling verlangd, noch wordt een honorarium toegekend.

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

SUMMARY

NOTICES TO AUTHORS

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

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DIRECTIE MILITAIRE GEZONDHEIDSZORG

E-mail: nmgt@mindef.nl