NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
71e JAARGANG
JANUARI 2018 - NR. 1

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT
Uitgegeven door het Ministerie van Defensie onder verantwoordelijkheid van de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie

HOOFDREDACTEUR
H. van der Wal
kolonel MHBA MHA EMSD

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

LEDEN VAN DE REDACTIE
Prof. dr. R.A. van Hulst
kapitein ter zee-arts b.d.
S.P. Janssen
kolonel-arts
D.G.A. Knotnerus-Janssen
majoor-apotheker
H.W.P. Meussen
luitenant-kolonel-arts b.d.
E.G.J. Onnouw
luitenant-kolonel-vliegerarts
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

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

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

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

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

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

All rights reserved
ISSN 0369-4844

Van de redactie: ... 3
Aanmelden voor abonnement NMGT ... 26

Mededelingen:
Nieuwsbrief DGO, november 2017 ... 27
Nieuwsbrief DGO, december 2017 ... 28

Oorspronkelijke artikelen:
Levensbedreigend bloedverlies na een aanslag
Prehospitale behandelmogelijkheden in de militaire en civiele hulpverlening
door T.W.H. Rijnhout, dr. L.M.G. Geeraedts jr., drs. S.E. van Oostendorp, dr. G.F. Giannakopoulos en reserve luitenant-kolonel-arts dr. E.C.T.H. Tan ... 4

De militaire psychiatrie in de krijgsmacht: vergeten innovaties en de kloof tussen weten en handelen
door J. Loth MA ... 11

Verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychotrauma bij (ex-)militairen
door kolonel-arts mr. J.H.G. Lankhorst, luitenant-kolonel-arts M.S. Parlevliet en drs. A.M. Koop ... 21

Reacties:
Wat is de sensitiviteit van echografie als triagetest voor het uitsluiten van een peesruptuur van de gluteus medius of de gluteus minimus?
door kolonel-arts F.J. Nap ... 25
Weerwoord op 'Wat is de sensitiviteit van echografie als triagetest voor het uitsluiten van een peesruptuur van de gluteus medius of de gluteus minimus?'
door M.A. Paantjens MPt ... 25

Ingezonden mededelingen:
Bij- en nascholing van de Netherlands School of Public and Occupational Health ... 3,20

From the editor: ... 3
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review ... 26

Announcements:
Newsletter Surgeon General, November 2017 ... 27
Newsletter Surgeon General, December 2017 ... 28

Original contributions:
Life-threatening hemorrhage after an attack
by T.W.H. Rijnhout, L.M.G. Geeraedts jr. MD, PhD, S.E. van Oostendorp MD, G.F. Giannakopoulos MD, PhD and lieutenant colonel mc (res.) E.C.T.H. Tan PhD ... 4

The Dutch military psychological healthcare in the armed forces: innovation and discontinuity
by J. Loth MA ... 11

Insurance medicine assessment of psychotrauma in (ex) military
by colonel mc J.H.G. Lankhorst LL.M., lieutenant colonel mc M.S. Parlevliet and A.M. Koop MD ... 21

Reactions:
What is the sensitivity of musculoskeletal ultrasound as a triage test for ruling out tendon tears of the gluteus medius or gluteus minimus?
by colonel mc F.J. Nap ... 25
Reply to 'What is the sensitivity of musculoskeletal ultrasound as a triage test for ruling out tendon tears of the gluteus medius or gluteus minimus?'
by M.A. Paantjens MPt ... 25

Paragraph advertisement:
The Netherlands School of Public and Occupational Health ... 3,20

VOORPAGINA

In Nederland is een campagne 'Stop de bloeding – red een leven' opgezet. Het doel is om sterfte te beperken door omstanders te scholen in de behandeling van levensbedreigend bloedverlies.
Binnen de krijgsmacht wordt van oudsher veel aandacht geschonken aan het stelpen van catastrofaal bloedverlies. In het artikel 'Levensbedreigend bloedverlies na een aanslag' is de stand van zaken op het gebied van militaire kennis van bloedstelping beschreven en wordt een overzicht van hulpmiddelen gepresenteerd die zowel in het militaire bedrijf als bij de civiele prehospitale hulpverlening worden gebruikt.

Beste lezers,

Het eerste nummer van het NMGT van 2018 staat thans voor u met een aantal aansprekende artikelen. Die lijn hopen we te kunnen vasthouden.
In de laatste aflevering van 2017, het novembernummer, heb ik u in kennis gesteld dat er op 4 december van dat jaar een redactieledenvergadering zou plaatsvinden. Deze vergadering stond in het teken van de voortgang van ons tijdschrift en het goed beheren van het abonneebestand. Over dit laatste onderwerp heb ik u reeds bericht in het maartnummer van 2017 (2-2017).
Tijdens deze vergadering was een van de redactieleden van mening dat het NMGT in beeld zou moeten komen als koepel van de militair geneeskundige verzorging, waarbij niet voorbij mag worden gegaan aan de Instellingsbeschikking van 10 februari 1995 die hierbij leidend dient te zijn. De overige redactieleden waren deze mening eveneens toegedaan.
Als hoofdredacteur heb ik hierover nader overlegd met het betreffende redactielid en zullen we gezamenlijk een toekomstplan opstellen dat zal worden voorgelegd aan Commandant DGO en de redactie.
Dan nu de inhoud van deze aflevering. In het novembernummer van 2017 is van dr. L. van Bergen een artikel verschenen over de psychische problematiek binnen de krijgsmacht. In het voorliggende nummer treft u een uitgebreide samenvatting aan van een masterthesis over dit onderwerp van de hand van mevrouw J. Loth MA. Zij belicht dit issue bij de operationele inzet in voormalig Nederlands-Indië, Korea en Libanon.
Van de heer T.W.M. Rijnhout, student-onderzoeker verbonden aan het Radboudumc te Nijmegen, treft u zowel voor de professional als voor de leek een zeer leerzaam artikel aan over levensbedreigend bloedverlies. Uitgebreid wordt stilgestaan bij de verschillende toe te passen hulpmiddelen om een bloeding te stoppen.
Na zijn eerder in het NMGT verschenen artikel in 2016 over de verzekeringsgeneeskundige dienst vraagt kolonel-arts mr. J.H.G. Lankhorst thans uw aandacht voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychotrauma bij zowel actief dienende militairen als bij ex-militairen.
Ten slotte heeft kolonel-arts F. Nap ons bericht dat zijn reactie op het artikel met de titel “Wat is de sensitiviteit van echografie als triagetest voor het uitsluiten van een peesruptuur van de gluteus medius of de gluteus minimus?” verschenen in het septembernummer van 2017 van fysiotherapeut/manueeltherapeut M.A. Paantjens MPt en het weerwoord daarop van de auteur, heeft geleid tot een mooie discussie.
Ik wens u veel leesplezier.

De hoofdredacteur NMGT
Kolonel H. van der Wal, MHBA MHA EMSD

Netherlands School of Public & Occupational Health

NSPOH

Klik op de titel van een module voor een link naar meer informatie.
Inlichtingen: www.nspoh.nl, telefoon (030) 8100500, e-mail info@nspoh.nl

Stoppen met roken: tabaksverslaving
Stoppen met roken is belangrijk. Maar ook moeilijk. Professionele hulp is altijd nuttig en meestal nodig. Leer wat mensen motiveert tot gedragsverandering en wat jouw rol als professional is in dit proces.
Voor wie: *praktijkondersteuners, (long)verpleegkundigen, doktersassistenten, huisartsen, bedrijfsartsen, longartsen en andere zorgprofessionals*
Datum: *8 februari 2018, Utrecht*

Geneesmiddelen, rijvaardigheid en werk
Ca. 4% van de werknemers slikt geneesmiddelen die de rijvaardigheid en het reactievermogen beïnvloeden. Je hebt dus een belangrijke taak om gevaarlijke situaties te voorkomen. Dat vereist actuele kennis van zaken. Leer meer over geneesmiddelen in het verkeer en over hoe medicijnen het werk kunnen beïnvloeden? Welke risico-inschattingen je kunt maken?
Voor wie: *bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, arboverpleegkundigen en huisartsen*
Datum: *12 februari 2018, Zwolle*

Hoe benut je e-health in de praktijk (nieuw)
E-health en e-mental health maken razendsnelle ontwikkelingen door. Ook organisaties in de public en occupational health hebben te maken met deze innovatie. Maar wat houdt e-health precies in? Welke (on-)mogelijkheden zijn er en hoe kun je de toepassingen benutten in de praktijk?
Voor wie: *professionals in de publieke en bedrijfsgezondheid*
Datum: *13 februari en 13 maart 2018, Utrecht*

Engels voor de bedrijfsarts
Krijg je regelmatig Engelssprekende cliënten? Heb je moeite met de Engelse termen van bedrijfsgeneeskundige termen of de algemene grammatica? Doe dan deze direct toepasbare module. Een must wanneer je als bedrijfsarts Engels moet spreken en schrijven!
Datum: *7 en 21 maart 2018, Utrecht*

Voorjaarsschool voor bedrijfs- en verzekeringsartsen
De jaarlijks geactualiseerde Voorjaarschool is een begrip en snel volgeboekt. Wil jij je kennis en vaardigheden bijspijkeren met een mix van klinische onderwerpen en actuele ontwikkelingen in jouw vakgebied? Wil jij accreditatie verwerven en je netwerk vernieuwen? Volg dan deze intensieve, maar ook ontspannen tweedaagse in een uitstekende ambiance.
Voor wie: *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en medisch adviseurs*
Datum: *8 en 9 maart 2018, Otterlo*

Persoonlijke ontwikkeling via MBTI
Je werkt veel met mensen. Dan is het heel prettig als je inzicht hebt in jouw communicatiestijl en die van anderen. Zoek je een opleiding persoonlijke ontwikkeling? Leer hoe je de samenwerking en communicatie met cliënten en collega’s kunt verbeteren!
Voor wie: *artsen en professionals die het zoeken in de persoonlijke ontwikkeling, (meer) zelfkennis nastreven of hun contactuele vermogen willen verbeteren.*
Datum: *13 en 20 maart 2018, Amersfoort*

Solk en somatoforme stoornissen: beoordelen en begeleiden
Machteloosheid en ergernis wisselen elkaar vaak af als reactie op mensen met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Leer hoe je deze problematiek het best kunt benaderen en oefen het geven van professionele begeleiding.
Voor wie: *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en andere arboprofessionals of re-integratiebegeleiders die te maken hebben met SOLK-problematiek.*
Datum: *13 maart 2018, Utrecht*

Diabetes en werk
Diabetes heeft grote invloed op de belastbaarheid. Dankzij intensief onderzoek naar deze aandoening neemt de kennis snel toe. Het is belangrijk up-to-date te blijven. Leer hoe je diabetici optimaal aan het werk kunt krijgen en houden.
Voor wie: *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en medisch adviseurs.*
Datum: *16 maart 2018, Utrecht*

Je werkdruk de baas!
De werkdruk is hoog. Veel professionals hebben daar last van. Zij hebben het gevoel dat ze geen grip meer hebben op hun agenda. Uiteindelijk gaat dit ten koste van het plezier in het werk. Herken je dit? En streef je een betere balans tussen werk en privé na? Doe dan deze praktische module.
Voor wie: *professionals werkzaam in de public en occupational health.*
Datum: *28 maart 2018, Utrecht*

Training adviesvaardigheden
Adviseren neemt een steeds belangrijkere plaats in binnen organisaties in de publieke gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg. Heb jij een adviserende taak en wil je bekend raken met het proces van adviseren? Zodat jouw adviezen worden opgevolgd? Doe dan deze training.
Voor wie: *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen werkzaam in de public health. En andere professionals in dit vakgebied*
Datum: *4 en 18 april en 16 mei 2018, Utrecht*

Coaching voor professionals: technieken en vaardigheden
Met goede coachingsvaardigheden kun je mensen stimuleren, uitdagen en inspireren. Wil je meer leren over professioneel coachen? Wil je je een werkstijl aanmeten waarmee je de effectiviteit van medewerkers vergroot en de interactie met cliënten verbetert? Volg deze korte en krachtige module.
Voor wie: *professionals die zich een coachende werkstijl willen aanmeten.*
Datum: *9 april en 16 april 2018, Utrecht*

Training debatteren en discussiëren
Loop je er wel eens tegenaan dat je zaken niet voldoende overtuigend kunt bepleiten? Leer hoe je een (beleids-)stelling verdedigt of juist aanvalt, hoe je je visie verwoordt en met argumenten onderbouwt.
Voor wie: *artsen, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, projectleiders en andere professionals die hun verbale presentatie en argumentatie willen verbeteren.*
Datum: *9 april 2018, Utrecht*

Levensbedreigend bloedverlies na een aanslag

Prehospitale behandelmogelijkheden in de militaire en civiele hulpverlening

door Tim W.H. Rijnhout[a], dr. Leo M.G. Geeraedts jr.[b], drs. Stefan E. van Oostendorp[c], dr. Georgios F. Giannakopoulos[d], reserve luitenant-kolonel-arts dr. Edward C.T.H. Tan[e]

Samenvatting

Vanwege het substantiële dreigingsniveau is de kans op een aanslag in Nederland reëel. Verwondingen veroorzaakt door een dergelijke aanslag gaan vaak gepaard met levensbedreigend bloedverlies. Sterfte als gevolg van dit bloedverlies is potentieel te voorkomen wanneer direct wordt gehandeld. De omstander is vaak de eerste hulpverlener ter plaatse en speelt een grote rol bij het uitvoeren van deze levensreddende bloedstelpende handelingen. Bij Defensie heeft men veel ervaring en kennis opgedaan met de behandeling van levensbedreigend bloedverlies bij 'oorlogsverwondingen'. Hierdoor kan Defensie een ondersteunende rol vervullen bij het scholen en trainen van omstanders. Wij onderzochten de stand van zaken op het gebied van bloedstelping in het militaire bedrijf en de translatie van kennis en hulpmiddelen naar de civiele hulpverlening.

Inleiding

Op 22 maart 2016 vonden in Brussel drie explosies plaats: twee op de internationale luchthaven Zaventem en één in het metrostation Maalbeek. Beide plaatsen werden op het moment van de aanslag beveiligd door militairen van het Belgische Bataljon Jagers te Paard. Het gebruik van tourniquets en hemostatische gazen die deze militairen paraat hadden, heeft mogelijk bijgedragen aan het redden van vele levens. Naast België werden wereldwijd diverse andere landen recentelijk getroffen door aanslagen[1]. Sinds 2013 is in Nederland het dreigingsniveau substantieel (4 op een schaal van 5). Dit betekent dat de kans op een aanslag reëel is, maar dat er geen concrete aanwijzingen zijn dat er daadwerkelijk voorbereidingen getroffen worden tot het plegen van een aanslag.

Gebruik van semiautomatische wapens en explosieven bij aanslagen resulteert in een hoog aandeel penetrerende letsels[2]. Voertuigen, zoals gebruikt bij de aanslagen in Berlijn, Barcelona en New York zorgden daarentegen, naast open extremiteitsletsels met levensbedreigend bloedverlies ook voor het ontstaan van inwendige bloedingen als gevolg van stomp trauma. Levensbedreigend bloedverlies is daarmee de nummer één potentieel voorkombare doodsoorzaak in conflictsituaties en staat in de civiele zorg op nummer twee[3,4].

Evaluatie van incidenten in de Verenigde Staten zoals de Boston Marathon bombings in 2013, de Fort Hood Texas shooting in 2009 en de Columbine High School shooting in 1999 hebben in Amerika geleid tot de 'Stop the Bleed, Save a Life' campagne [bron: http://www.bleedingcontrol.org]. Hierin wordt de noodzaak aangegeven voor het direct stoppen van levensbedreigend of catastrofaal bloedverlies door omstanders, zodat de overlevingskansen van slachtoffers worden vergroot en niemand overlijdt ten gevolge van ongecontroleerd bloedverlies[5]. Het nut van omstanderhulp blijkt uit een prospectieve studie waarbij geconcludeerd wordt dat omstanders in 70% van de gevallen levensbedreigend bloedverlies correct kunnen behandelen. Van deze groep omstanders was het grootste deel ongeschoold en had slechts 35% eerstehulptraining gekregen[6]. De omstander vormt, door direct te handelen, de levensreddende brug tot het arriveren van professionele hulpverlening.

Een dergelijke campagne is ook in Nederland opgezet[7]. Het doel is eveneens om sterfte te beperken door omstanders te scholen in de behandeling van levensbedreigend bloedverlies[8-10] [http://www.stopdebloedingredeenleven.nl]. Binnen het militaire bedrijf wordt van oudsher veel aandacht geschonken aan het stelpen van catastrofaal bloedverlies. In dit artikel beschrijven wij de stand van zaken op het gebied van militaire kennis van bloedstelping en presenteren wij een overzicht van hulpmiddelen die zowel het militaire bedrijf als de civiele prehospitale hulpverlening gebruiken.

Methode

Wij maakten gebruik van Pubmed en Embase met als zoektermen 'prehospital' en 'haemorrhage' in combinatie met de volgende termen: 'junctional tourniquet, REBOA, topical haemostatic, haemostatic gauze, pelvic binder, thoracotomy, tourniquet, standard gauze, JETT, SAM-JT, AAJT, CRoC'. Artikelen gepubliceerd na 2001 werden geselecteerd voor inclusie. Het eerste artikel dateert echter van 2004. De gevonden literatuur met betrekking tot prehospitale toepassing van het item werd allereerst gerangschikt naar type bloeding en vervolgens naar behandeling.

Resultaten uitwendige bloedingen

Verwondingen ten gevolge van explosies of kogelinslagen gaan frequent gepaard met zichtbaar uitwendig bloedverlies[11]. Gezien het levensbedreigende karakter van deze bloedingen is het van essentieel belang dat het bloeden zo snel mogelijk wordt gestopt. De eerste stap in de behandeling is het geven van directe druk op de plaats van de bloeding en kan worden uitgevoerd door omstanders ter plaatse. De afgelopen decennia hebben militaire ervaringen in conflictsituaties geleid tot de ontwikkeling van methoden en hulpmiddelen zoals hemostatische verbanden en (verbeterde) tourniquets.

Directe druk

Bij het ontbreken van hulpmiddelen (zie verder) is het geven van directe druk ter plaatse van de bloeding altijd de eerste stap in de behandeling (Fig. 1 t/m 3). Directe druk dient te worden uitgeoefend met beide handen en bij voorkeur in combinatie met een stuk textiel of gaas[12].

[a] Student-onderzoeker, afdeling Heelkunde sectie Traumachirurgie, Radboudumc, Nijmegen. Reserve soldaat 1 Koninklijke Landmacht.
[b] Traumachirurg en klinisch epidemioloog, afdeling Heelkunde, sectie traumachirurgie, VUmc, Amsterdam.
[c] Anios chirurgie, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk. Arts-onderzoeker, afdeling Heelkunde, VUmc, Amsterdam.
[d] Aios traumachirurgie, afdeling Traumachirurgie, VUmc, Amsterdam.
[e] Traumachirurg, afdelingshoofd Spoedeisende hulp Radboudumc, Nijmegen.

Artikel ontvangen november 2017.

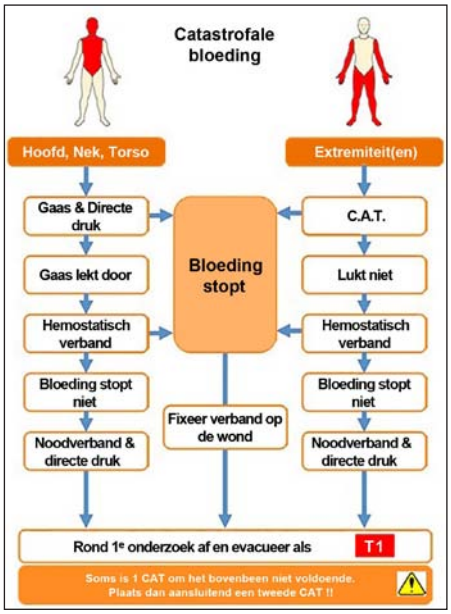


Fig. 1: Stroomschema militaire behandeling catastrofaal of levensbedreigend bloedverlies.
Bron: Battlefield Advanced Trauma Life Support (BATLS) NLD 2011, hfst. 5, p. 72.

Fig. 2 en 3: Stroomschema's ten behoeve van eerstehulpverlening door burgers.
Bron: http://www.stopdebloedingredeenleven.nl

Deze methode is effectief wanneer men de druk in de richting van de bodem uitoefent en pas loslaat wanneer andere mogelijkheden zich voordoen om de bloeding te stoppen. Het effectief toepassen van directe druk voor langere duur kan lastig zijn, maar blijft desondanks de basis van de eerstehulphandeling.

Tourniquets

Bij levensbedreigend bloedverlies aan extremiteiten geniet het gebruik van een tourniquet zowel in militaire als civiele eerstehulpverlening de voorkeur.
De Combat Application Tourniquet™ (C-A-T™) (Afb. 1, Fig. 4) behoort reeds jaren tot de standaarduitrusting van de Nederlandse militair en heeft sinds kort ook een plaats verworven in Nederlandse ambulances[13]. Door verkeerde indicaties, te laat aanleggen of improviseren is de tourniquet in de civiele hulpverlening voor langere tijd niet toegepast. Een studie van de Amerikaanse krijgsmacht laat echter zien dat door aanleg van een tourniquet de mortaliteit door extremiteitbloedingen is gedaald van 9% naar 0-2%[14]. Bij correct gebruik is de tourniquet in hoge mate levensreddend[14-17] en blijkt ook civiel in 98% (60/61) van de gevallen in staat bloedingen te stoppen[17].
De tourniquet kan snel en effectief worden gebruikt door middel van zelfapplicatie. Dit is in het militaire bedrijf van oudsher bekend onder Zelf Hulp Kameraden Hulp (ZHKH). Zelfhulp heeft als voordeel dat de militair niet 'vast' staat op de plaats van behandeling en daarmee dus beschikbaar is voor hulpverlening aan anderen of het uitvoeren van gevechtshandelingen. Wanneer na aanleg de bloeding persisteert kan een tweede tourniquet worden aangelegd (Fig. 1). Door middel van een cursus (Stop een bloeding - red een leven) wordt tourniquetgebruik ook civiel geadviseerd bij een catastrofale bloeding van een extremiteit (Fig. 2)[10].
Wanneer een commercieel tourniquet niet voorhanden is, kan een tourniquet worden geïmproviseerd. Hierbij wordt een niet-elastische doek aangespannen door deze te roteren met een spil (stok of staaf). In de burgerhulpverlening wordt het improviseren van tourniquets afgeraden aangezien deze bij onvoldoende druk alleen veneuze stuwing veroorzaken waardoor de bloeding mogelijk verergert[18,19].
De geadviseerde maximale aanlegduur van de tourniquet bedraagt twee uur, aangezien onderzoek aantoonde dat geen extra amputaties nodig waren bij aanleg korter dan dit tijdsbestek[17]. In conflictsituaties of na een aanslag is het risico aanwezig dat de genoemde twee uur wordt overschreden, bijvoorbeeld door gevechtshandelingen, grotere afstanden tot ziekenhuizen en overbelasting van de hulpverlening. Herbeoordeling door een medisch professional dient echter zo snel mogelijk na aanleg plaats te vinden

Afb. 1: Tourniquetgebruik tijdens de oorlog in Afghanistan.
Foto: Edward Tan / Task Force Uruzgan 2007.

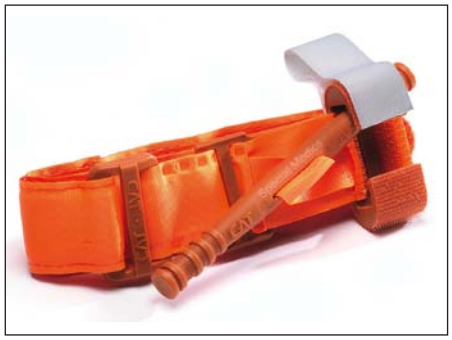


Fig. 4: Commercieel tourniquet (CAT) gebruikt bij Defensie en in de civiele eerstehulpverlening.
Bron: Special Medics BV.

aangezien tourniquetgebruik schade zoals ischemie en zenuwbeschadiging kan veroorzaken[20]. Wanneer na inspectie van de bloedingslocatie geconstateerd wordt dat de bloeding gestelpt is kan conversie van tourniquet naar *wound packing* met hemostatisch gaas plaatsvinden[20,21]. Deze methode berust op het opstoppen van de wond in combinatie met directe druk.

In de ZHKH-richtlijn van militairen wordt het opzoeken van een proximaal drukpunt teneinde de aanvoerende slagader dicht te drukken nog steeds geadviseerd, in tegenstelling tot de nieuwe richtlijnen van het Internationale Rode Kruis[22] en militaire zorgprofessionals[23]. In geval van bloedingen in overgangsgebieden zoals oksels en liezen is het effect van enkel directe druk soms niet toereikend en is wound packing of applicatie van een zogenoemde *junctional tourniquet* noodzakelijk[24]. Een ander hulpmiddel is de traumazwachtel (*Israeli* of *Emergency Bandage)* en kan gebruikt worden bij extremiteitsletsels wanneer een tourniquet niet beschikbaar is.

Met behulp van een hendel kan de hulpverlener het verband strak aantrekken waardoor druk wordt uitgeoefend op de onderliggende wond.

Opstoppen van de wond (wound packing)

Bij bloedingen in overgangsgebieden (oksels, liezen, hals) is het aanleggen van een tourniquet niet mogelijk. Daarnaast is directe druk ineffectief vanwege het ontbreken van onderliggende benige structuren. Met de methode van wound packing tracht men de plaats van de actieve bloeding te tamponneren door de wond zo diep mogelijk op te vullen met (hemostatisch) gaas[23]. Deze handeling wordt gecombineerd met het geven van directe druk. Nadat de wond voldoende is opgestopt kan het gaas worden gefixeerd met een verband. Een hemostatisch gaas onderscheidt zich van een standaard gaas doordat het bestanddelen bevat die een reactie met het bloed aangaan, wat sneller leidt tot hemostase. De afgelopen jaren is er een veelzijdigheid aan hemostatische gazen ontwikkeld die kunnen worden ingedeeld in *factor-contractors,* mucoadhesiva en procoagulantia (Tabel 1).

Het ideale hemostatisch gaas stopt binnen twee à drie minuten een levensbedreigende bloeding, is gemakkelijk aan te brengen, vereist geen medische kennis, is licht in gewicht, kan langere tijd bewaard worden, kan ingezet worden in een breed temperatuurspectrum en is relatief goedkoop[25].
In Nederland worden Hemcon Chitogauze® en Celox™ gebruikt bij ambulancediensten en het Helikoptergebonden Mobiel Medisch Team (H-MMT).

Nieuwe hulpmiddelen voor bloedingen uit overgangsgebieden

In overgangsgebieden is tourniquetgebruik en directe druk niet mogelijk door het ontbreken van benige structuren die voor tegendruk zorgen. De inzet van zogenoemde junctional tourniquets heeft ervoor gezorgd dat dit type

Klasse	Naam	Actieve component	Werkings-mechanisme	Nadelen	Militair	Civiel
Factor contractors	QuikClot® 1e generatie	Zeoliet	Snelle onttrekking van water uit bloed, waardoor stollingsfactoren en trombocyten de stolling accelereren.	- Een exotherme reactie waardoor tweedegraads brandwonden werden gerapporteerd[51-53]	Rhee et al.[51] - 65/69 (94%) controle van de bloeding	Rhee et al.[51] - 30/34 (88%) controle van de bloeding
	QuikClot® 2e generatie	Zeoliet				
Mucoadhesiva	Celox, Chitogauze	Chitosa	Positief geladen deeltje trekt negatief geladen bloedcomponenten aan waardoor stolselvorming versneld optreedt	- 1e generatie was erg stug en kon daarom niet goed op de bloedingsfocus worden geplaatst[23]. - Oppervlak niet toereikend om grote wonden op te stoppen[24]	Anonymous[28] - Gebruik gerapporteerd, gegevens ontbreken	Te Grotenhuis et al.[54] - 46/66 (70%) volledige stop - 13/66 (20%) gedeeltelijke stop Brown et al.[55] - 27/34 (79%) volledige stop Peters et al.[56] - 18/24 (75%) volledige stop - 6/24 (25%) gecontroleerd
		Chitosan			Pozza et al.[57] - 18/21 (86%) volledige stop - 3/21 (14%) volledige stop na verdere applicatie	
Procoagulantia	QuikClot® Combat Gauze™ (3e generatie)	Kaolien	Activatie van de bloedstolling via factor XII, wat de stolling accelereert		Ran et al.[58] - 11/14 (79%) volledige stop	Travers et al.[59] - 22/30 (73%) volledige stop - 6/30 (20%) gedeeltelijke stop

Tabel 1: Hemostatische verbanden. Overzicht van beschikbare hemostatische gazen en de klinische effectiviteit in klinische en militaire omgeving.

Naam	Mechanisme	Civiel	Militair	Eigenschappen/Nadelen
Combat Ready Clamp (CRoC®)	Unilaterale mechanische compressie	Meusnier et al.[60] - 76/84 (90%) volledige occlusie bij gezonde vrijwilligers	Tovmassian et al.[61] - Case report, bloeding gestopt	- Lange aanlegtijd (0.5-2 min)[27,31] - Gewicht[27,31]
Abdominal Aortic Junctional Tourniquet (AAJT™)	Bi- of unilaterale mechanische compressie door middel van een opblaasbare ballon	Croushorn et al.[29] - Case report, bloeding gestopt	Anonymous[28] - Gebruik gerapporteerd, gegevens ontbreken Croushorn et al.[62] - Case report, bloeding gestopt	- Kan worden gebruikt in de oksel - Gaat gemakkelijk stuk - Occlusie abdominale aorta tegen wervelkolom
SAM® Junctional Tourniquet (SAM-JT™)	Bi- of unilaterale mechanische compressie door middel van twee opblaasbare ballonnen	Klotz et al.[30] - Case report, bloeding gestopt		
Junctional Emergency Treatment Tool (JETT™)	Bi- of unilaterale compressie door middel van twee T-vormige hendels	-	-	- Snelle aanlegtijd (29 s) - T-vormige hendels zijn afzonderlijk te bedienen

Tabel 2: Junctional Tourniquets. Overzicht van de beschikbare junctional tourniquets geschikt voor toepassing bij bloedingen in overgangsgebieden. Klinische effectiviteit in civiele en militaire omgeving.

bloeding effectiever te behandelen is in de militaire prehospitale fase[8,26]. Bijkomend voordeel is dat de militair door inzet van deze hulpmiddelen zijn handen vrij heeft.
In tabel 2 zijn de junctional tourniquets met eigenschappen en effectiviteit weergegeven.

CRoC® (Fig. 5)
Dit hulpmiddel bestaat uit een arm met daaronder een stamper. Deze kan men aandraaien waardoor druk op onderliggend oppervlak kan worden gegeven. De aanlegtijd kan worden verkort wanneer het hulpmiddel al is opgebouwd en al stevige druk wordt gegeven op de verticale arm, nog vóór het aandraaien van de hendel[27].

Fig. 5: Combat Ready Clamp (CRoC™). Junctional Tourniquet.
Bron: Combat Medical Systems.

AAJT™ en SAM-JT™ (Afb. 2, Fig. 6)
Deze twee hulpmiddelen zijn beschikbaar in de vorm van een band waarbij manueel een ballon kan worden opgeblazen. De AAJT™ kan over het abdomen worden geplaatst om zo de abdominale aorta dicht te drukken tegen de wervelkolom. Tevens kan dit hulpmiddel worden gebruikt in één van beide liezen of zelfs een oksel om zo een overgangszone

Afb. 2: Abdominal Aortic and Junctional Tourniquet (AAJT™) aangelegd bij een militair.
Foto: Special Medics BV.

Fig. 6: SAM Junctional Tourniquet (SAM-JT™). Deze tourniquet kan ook fungeren als bekkenband.
Bron: SAM Medical®.

te comprimeren. Applicatie van de SAM-JT™ maakt het mogelijk om bilateraal compressie uit te voeren. De AAJT™ en SAM-JT™ werden al succesvol klinisch toegepast in

Fig. 7: Junctional Emergency Treatment Tool (JETT™). De twee T-vormige hendels maken bilaterale compressie mogelijk.
Bron: North American Rescue.

conflictsituaties[28-30]. Helaas blijkt de AAJT™ gemakkelijk stuk te gaan tijdens gebruik[31].

JETT™ (Fig. 7)
Naast het stoppen van bloedverlies kan dit product gebruikt worden voor tijdelijke fixatie van bekkenfracturen[32].

Ook in het veld bleek de JETT™ sneller aan te leggen dan de CRoC® (29 vs. 39 s). Gebruikers verkozen de JETT™ boven de CRoC® op basis van snelle aanlegtijd, gebruiksvriendelijkheid en het niet wegglijden tijdens het aanbrengen[27].

Junctional tourniquets occluderen de arteriële bloedstroom vaak in minder dan zestig seconden en zijn daarom uitermate geschikt als toevoeging op de methode van wound packing[27]. In Nederland zijn deze hulpmiddelen bij Defensie voorhanden, maar behoren ze niet tot de standaarduitrusting. Training is noodzakelijk om dit soort hulpmiddelen effectief aan te kunnen leggen. Gebruik in de civiele zorg is slechts minimaal beschreven in de vorm van enkele case reports (Tabel 2).

Bloedingsplaats	Interventie	Hulpmiddelen
Hoofd/Hals	Directe druk	- Beide handen - (Schone) doek
	Wound packing	- Conventioneel gaas - Hemostatische verbanden
Thorax	Noodthoracotomie	
Abdomen, bekkenholte of beide	Noodthoracotomie met afklemming supradiafragmale aorta	
	REBOA Abdominaal tourniquet *	- AAJT™
Extremiteiten	Tourniquet **	- C-A-T™
	Wound packing	- Conventioneel gaas - Hemostatische verbanden
	Directe druk	- Beide handen - (Schone) doek
	Junctional Tourniquet ***	- SAM-JT™ - AAJT™ - JETT™ - CRoC™

* Bij bloedingen distaal van de aortabifurcatie.
** Bij persisterende bloeding kan een tweede tourniquet worden aangelegd.
*** Bij dusdanig extremiteitsletsel waar een tourniquet niet effectief geplaatst kan worden.

Tabel 3: Prehospitale behandelmogelijkheden. Overzicht van de prehospitale behandelmogelijkheden van levensbedreigend bloedverlies en hulpmiddelen die kunnen worden gebruikt ter ondersteuning.

Resultaten inwendige bloedingen

Een instabiele patiënt met verdenking op een inwendige thoracale, abdominale en/of bekkenbloeding dient men zo snel mogelijk te herkennen en vervolgens te vervoeren naar het dichtstbijzijnde adequate ziekenhuis om daar de bloeding operatief te stoppen.
In de prehospitale fase is het stoppen van dit soort bloedingen voor zowel professional als non-professional nagenoeg onmogelijk. Twee methodes die eventueel door een professional kunnen worden uitgevoerd zijn de noodthoracotomie en de Resuscitatieve Endovasculaire Ballon Occlusie van de Aorta (REBOA)[9].

Noodthoracotomie

Afklemming van de thoracale aorta boven het middenrif door middel van de prehospitale noodthoracotomie of clamshell, waarbij de thorax op straat wordt geopend, kan bloedverlies in het abdomen stoppen[33,34]. Daarnaast kan men intrathoracale bloedingen uit hart, longen, grote bloedvaten en thoraxwand behandelen. In Nederlandse ziekenhuizen wordt deze handeling op de spoedeisende hulp en in de operatiekamer verricht[35]. Ook in de prehospitale fase is deze handeling al enkele malen toegepast door artsen van het H-MMT in Nederland. De behandeling resulteerde bij 27% van de slachtoffers in terugkeer van spontane circulatie[36]. De langetermijnoverleving blijft echter laag (3%).

REBOA

Hierbij wordt via de lies een ballonkatheter opgevoerd tot in de aorta en vervolgens opgeblazen[37,38].

Dit is feitelijk het equivalent van het afklemmen van de aorta en blokkeert daarmee de arteriële bloedtoevoer distaal van de ballon. Redistributie van bloed naar het hart, de longen en hersenen wordt zo bewerkstelligd. De prehospitale implementatie van deze endovasculaire techniek geeft de mogelijkheid om niet-comprimeerbaar levensbedreigend bloedverlies in bekken en buik te beheersen of te stoppen[39,40]. REBOA in het ziekenhuis is mogelijk geassocieerd met een lagere mortaliteit in vergelijking met de noodthoracotomie (relatieve risico 0.818; 95% betrouwbaarheidsinterval [0.683-0.979]), aldus een meta-analyse waarbij enerzijds 873 patiënten een REBOA en anderzijds 403 patiënten een thoracotomie met afklemming van de aorta ondergingen[41]. Wetenschappelijk bewijs dat de civiele prehospitale noodthoracotomie of REBOA-procedure daadwerkelijk positief bijdraagt aan de overleving is er met uitzondering van enkele case reports nog niet[42-44]. Ook militair werd de procedure al enkele keren klinisch toegepast[45,46].

Discussie

Catastrofale bloedingen bij slachtoffers van een terroristische aanslag of alledaagse ongevallen kunnen gepaard gaan met een hoge mate van sterfte. Snelle en adequate behandeling is vereist om bloedverlies zo snel mogelijk te stoppen. De aanslagen in Brussel en Parijs lieten de toegevoegde waarde van militaire kennis en hulpmiddelen bij de eerstehulpbehandeling van slachtoffers zien. Het substantiële dreigingsniveau benadrukt dat ook Nederland zich dient voor te bereiden op een aanslag met meerdere slachtoffers. De militair is getraind in het herkennen en behandelen van 'oorlogsverwondingen' en in het geven van zorg tijdens gevechtshandelingen (*care under fire)* in onveilige situaties. In tegenstelling tot de civiele hulpverlener, die juist getraind wordt in het geven van eerste hulp waarbij eigen veiligheid de prioriteit heeft.

In Nederland wordt het principe van burgerhulpverlening reeds succesvol toegepast door middel van reanimatiecursussen en landelijke verspreiding van automatische externe defibrillators. Hierdoor is de sterfte als gevolg van een circulatiestilstand de afgelopen jaren sterk gedaald[47,48]. Recentelijk is door twee van de auteurs een campagne en cursus gestart [http://www.stopdebloedingredeenleven.nl] om een zo groot mogelijke groep potentiële omstanders te scholen om catastrofale bloedingen te kunnen stelpen[7,49]. Door middel van een stroomschema wordt de burger op een eenvoudige maar duidelijke manier bijgebracht

hoe te handelen bij slachtoffers met levensbedreigend bloedverlies (Fig. 2 en 3). Deze technieken stellen de burger ook in staat om naast bloedverlies na een aanslag ook te handelen in meer alledaagse situaties zoals levensbedreigend bloedverlies na snijwonden of letsels door verkeersongevallen.

Tourniquets, hemostatische gazen en junctional tourniquets zijn bij Defensie al jaren effectief in gebruik, echter translatie naar de civiele eerstehulpverlening vindt pas sinds kort plaats. Zo worden met behulp van de Tactical Emergency Casualty Care (TECC) training ambulancepersoneel en omstanders geschoold om levensreddend te kunnen werken onder onveilige situaties zoals een aanslag[50]. Wij pleiten echter voor een verdere translatie van kennis en kunde van de militaire naar de civiele zorg op het gebied van eerste hulp bij levensbedreigend bloedverlies.

Door het beschikbaar stellen van koffers met daarin hulpmiddelen zoals tourniquets en hemostatische gazen op publiek toegankelijke plaatsen (risico-objecten) en in voertuigen van brandweer, politie en ambulance (zogenoemde Stop de bloeding-sets) wordt ook de omstander in staat gesteld deze middelen te gebruiken. Na het volgen van training zullen niet alleen militairen, maar ook burgers in staat zijn om levensbedreigend bloedverlies te stoppen.

Conclusie

Wegens het huidige dreigingsniveau in Nederland is adequate eerstehulpverlening bij levensbedreigend bloedverlies na een aanslag van eminent belang. Voor zowel professional als non-professional zijn veel hulpmiddelen en methoden beschikbaar om dit bloedverlies te kunnen stelpen. Bij Defensie heeft men al veel ervaring met de behandeling van levensbedreigend bloedverlies als gevolg van oorlogsverwondingen. De militair kan enerzijds door zijn kennis en anderzijds door hulpmiddelen, die hij steeds op de man paraat heeft, direct levensreddende handelingen uitvoeren. Het plaatsen van deze hulpmiddelen op publiek toegankelijke plaatsen stelt ook burgers in staat hiervan gebruik te maken. Daarnaast kan Defensie een rol innemen door aan civiele eerstehulpverleners en leken ondersteunende trainingen te geven in het stoppen van levensbedreigend bloedverlies.

Leerpunten

- Het direct stoppen van levensbedreigend bloedverlies is van levensbelang en voorkomt onnodige sterfte.
- Bij Defensie heeft men al veel ervaring met de behandeling van levensbedreigend bloedverlies bij 'oorlogsverwondingen' en kan betrokken worden bij het overdragen van deze kennis naar de burger.
- De directe omstander speelt een cruciale rol bij de behandeling van levensbedreigend bloedverlies.
- Hulpmiddelen zoals tourniquets en hemostatische gazen die al langere tijd in gebruik zijn bij Defensie behoeven verdere translatie naar de civiele eerstehulpverlening.

SUMMARY

LIFE-THREATENING HEMORRHAGE AFTER AN ATTACK

Due to the substantial threat level, the chance of a terroristic attack in the Netherlands is real. Injuries caused by such an attack often involves life-threatening hemorrhage. Death, as a result of this hemorrhage may possibly be prevented when acted quickly. The bystander is often the first responder on the scene and plays a major role in performing these life-saving interventions. The Dutch Ministry of Defense (DMoD) has gained much experience and knowledge about the treatment of life-threatening hemorrhage of so called: 'injuries of war'. This allows DMoD to play a supporting role in the education and training of bystanders. We investigated the translation of military knowledge about controlling life-threatening hemorrhage towards the civilian prehospital care.

Referenties:

1. Khorram-Manesh A.: Europe on Fire; Medical Management of Terror Attacks - New Era and New considerations. Bull Emerg Trauma 2016;4:183-5.
2. Hirsch M., Carli P., Nizard R. et al.: The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. Lancet (London, England) 2015;386:2535-8.
3. Eastridge B.J., Mabry R.L., Seguin P. et al.: Death on the battlefield (2001-2011): implications for the future of combat casualty care. J Trauma Acute Care Surg 2012;73:S431-7.
4. Teixeira P.G., Inaba K., Hadjizacharia P. et al.: Preventable or potentially preventable mortality at a mature trauma center. J Trauma 2007;63:1338-46; discussion 46-7.
5. Jacobs L.M. Jr.: Joint Committee to Create a National Policy to Enhance Survivability from Mass Casualty Shooting Events: Hartford Consensus II. J Am Coll Surg 2014;218:476-8, 8.e1.
6. Bakke H.K., Steinvik T., Eidissen S.I., Gilbert M., Wisborg T.: Bystander first aid in trauma - prevalence and quality: a prospective observational study. Acta Anaesthesiol Scand 2015;59:1187-93.
7. Geeraedts L.M. Jr., Giannakopoulos G.: Omstanders kunnen levens redden na aanslag. Medisch Contact 22-06-2016.
8. Van Oostendorp S.E., Tan E.C., Geeraedts L.M. Jr.: Prehospital control of life-threatening truncal and junctional haemorrhage is the ultimate challenge in optimizing trauma care; a review of treatment options and their applicability in the civilian trauma setting. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2016;24:110.
9. Geeraedts L.M.G. Jr., Rijnhout T.W.H., Van Oostendorp S.E., Giannakopoulos G.F., Tan E.C.T.H.: How can life-threatening external blood loss be stopped? Treatment options in the prehospital phase. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D1201.
10. Geeraedts L.M.G. Jr. et al.: Stop the bleed - save a life! Introducing civilian bystanders as immediate responders in the Netherlands. Interallied Confederation of Medical Reserve Officers. Prague 2017.
11. Boddaert G., Mordant P., Le Pimpec-Barthes F. et al.: Surgical management of penetrating thoracic injuries during the Paris attacks on 13 November 2015. Eur J Cardiothorac Surg 2017;51: 1195-202.
12. Geeraedts L.M., Jr., Kaasjager H.A., Van Vugt A.B., Frolke J.P.: Exsanguination in trauma: A review of diagnostics and treatment options. Injury 2009;40:11-20.
13. Ambulancezorg Nederland: Landelijk Protocol Ambulancezorg 8.1.2016.
14. Kragh J.F. Jr., Dubick M.A., Aden J.K. et al.: U.S. Military use of tourniquets from 2001 to 2010. Prehosp Emerg Care 2015;19:184-90.
15. Biddinger P.D., Baggish A., Harrington L. et al.: Be Prepared — The Boston Marathon and Mass-Casualty Events. N Engl J Med 2013;368:1958-60.
16. Kue R.C., Temin E.S., Weiner S.G. et al.: Tourniquet Use in a Civilian Emergency Medical Services Setting: A Descriptive Analysis of the Boston EMS Experience. Prehosp Emerg Care 2015;19:399-404.
17. Leonard J., Zietlow J., Morris D. et al.: A multi-institutional study of hemostatic gauze and tourniquets in rural civilian trauma. J Trauma Acute Care Surg 2016;81:441-4.
18. Stewart S.K., Duchesne J.C., Khan M.A.: Improvised tourniquets: Obsolete or obligatory? J Trauma Acute Care Surg 2015;78:178-83.
19. King D.R., Larentzakis A., Ramly E.P.: Tourniquet use at the Boston Marathon bombing: Lost in translation. J Trauma Acute Care Surg 2015;78:594-9.
20. Dayan L., Zinmann C., Stahl S., Norman D.: Complications associated with prolonged tourniquet application on the battlefield. Mil Med 2008;173:63-6.
21. NAEMT: TCCC Guidelines for Medical Personnel. 2017.
22. Societies IFoRCaRC: International first aid and resuscitation guidelines. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 2016;81-3.
23. Ministerie van Defensie: Battlefield advanced trauma life support. Joint Service Publication 570 version 20 2012;3.
24. Douma M., Brindley P.G.: Abdominal aortic and iliac artery compression following penetrating trauma: a study of feasibility. Prehosp Disaster Med 2014;29:299-302.
25. Khoshmohabat H., Paydar S., Kazemi H.M., Dalfardi B.: Overview of Agents Used for Emergency Hemostasis. Trauma Mon 2016;21:e26023.
26. Kotwal R.S., Butler Jr. F.K.: Junctional Hemorrhage Control for Tactical Combat

Casualty Care. Wilderness Environ Med 2017;28:S33-S8.
27. Theodoridis C.A., Kafka K.E. Perez A.M. et al.: Evaluation and Testing of Junctional Tourniquets by Special Operation Forces Personnel: A Comparison of the Combat Ready Clamp and the Junctional Emergency Treatment Tool. J Spec Oper Med 2016;16: 44-50.
28. Anonymous: Abdominal aortic tourniquet? Use in Afghanistan. J Spec Oper Med 2013;13:1-2.
29. Croushorn J.: Abdominal aortic and junctional tourniquet controls hemorrhage from a gunshot wound of the left groin. J Spec Oper Med 2014;14:6-8.
30. Klotz J.K., Leo M., Andersen B.L. et al.: First case report of SAM(r) Junctional tourniquet use in Afghanistan to control inguinal hemorrhage on the battlefield. J Spec Oper Med 2014;14:1-5.
31. Kotwal R.S., Butler F.K., Gross K.R. et al.: Management of Junctional Hemorrhage in Tactical Combat Casualty Care: TCCC Guidelines?Proposed Change 13-03. J Spec Oper Med 2013;13:85-93.
32. Kragh J.F., Kotwal R.S., Cap A.P. et al.: Performance of Junctional Tourniquets in Normal Human Volunteers. Prehosp Emerg Care 2015;19:391-8.
33. Qasim Z., Brenner M., Menaker J., Scalea T.: Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta. Resuscitation 2015;96:275-9.
34. Monsieurs K.G., Nolan J.P., Bossaert L.L. et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 4. Cardiac Arrest in special circumstances. Resuscitation 2015;95:1-80.
35. Van Waes O.J.F., Van Riet P.A., Van Lieshout E.M.M., Hartog D.D.: Immediate thoracotomy for penetrating injuries: ten years' experience at a Dutch level I trauma center. Eur J Trauma Emerg Surg 2012;38:543-51.
36. Van Vledder M.G., Van Waes O.J.F., Kooij F.O., Peters J.H., Van Lieshout E.M.M., Verhofstad M.H.J.: Out of hospital thoracotomy for cardiac arrest after penetrating thoracic trauma. Injury 2017;48:1865-9.
37. Sadek S., Lockey D.J., Lendrum R.A., Perkins Z., Price J., Davies G.E.: Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) in the pre-hospital setting: An additional resuscitation option for uncontrolled catastrophic haemorrhage. Resuscitation 2016;107:135-8.
38. Morrison J.J., Galgon R.E., Jansen J.O., Cannon J.W., Rasmussen T.E., Eliason J.L.: A systematic review of the use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in the management of hemorrhagic shock. J Trauma Acute Care Surg 2016;80:324-34.
39. Ogura T., Lefor A.T., Nakano M., Izawa Y., Morita H.: Nonoperative management of hemodynamically unstable abdominal trauma patients with angioembolization and resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta. J Trauma Acute Care Surg 2015;78:132-5.
40. Tsurukiri J., Akamine I., Sato T. et al.: Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta for uncontrolled haemorrahgic shock as an adjunct to haemostatic procedures in the acute care setting. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2016;24:13.
41. Manzano Nunez R., Naranjo M.P., Foianini E. et al.: A meta-analysis of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) or open aortic cross-clamping by resuscitative thoracotomy in non-compressible torso hemorrhage patients. World J Emerg Surg: WJES 2017;12:30.
42. Sadek S., Lockey D.J., Lendrum R.A., Perkins Z., Price J., Davies G.E.: Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) in the pre-hospital setting: An additional resuscitation option for uncontrolled catastrophic haemorrhage. Resuscitation 2016;107:135-8.
43. Glaser J.J., Teeter W., Gerlach T., Fernandez N.: Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta (REBOA) as an adjunct to damage control surgery for combat trauma. Journal of Endovascular Resuscitation and Trauma Management 2017;58-62%V 1.
44. Morrison J.J., Mellor A., Midwinter M., Mahoney P.F., Clasper J.C.: Is pre-hospital thoracotomy necessary in the military environment? Injury 2011;42:469-73.
45. Manley J.D., Mitchell B.J., DuBose J.J., Rasmussen T.E.: A Modern Case Series of Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta (REBOA) in an Out-of-Hospital, Combat Casualty Care Setting. J Spec Oper Med 2017;17(1):1-8.
46. Reva V.A., Horer T., Makhnovskiy A.I., Sokhranov M.V., Samokhvalov I.M., DuBose J.J.: Field and en route REBOA: A feasible military reality? J Trauma Acute Care Surg 2017, Apr 27.
47. Hartstichting: Reanimatie in Nederland 2016.
48. Lynch B., Einspruch E.L., Nichol G., Becker L.B., Aufderheide T.P., Idris A.: Effectiveness of a 30-min CPR self-instruction program for lay responders: a controlled randomized study. Resuscitation 2005;67: 31-43.
49. Jacobs L.M. Jr.: The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding Control--If you see something do something. Bull Am Coll Surg 2015;100:20-6.
50. Ambulancezorg AvA: Tactical Emergency Casualty Care (TECC) 2017.
51. Rhee P., Brown C., Martin M. et al.: QuikClot use in trauma for hemorrhage control: case series of 103 documented uses. J Trauma 2008;64:1093-9.
52. McManus J., Hurtado T., Pusateri A., Knoop K.J.: A case series describing thermal injury resulting from zeolite use for hemorrhage control in combat operations. Prehosp Emerg Care 2007;11:67-71.
53. Wright J.K., Kalns J., Wolf E.A. et al.: Thermal injury resulting from application of a granular mineral hemostatic agent. J Trauma 2004;57:224-30.
54. Te Grotenhuis R., Van Grunsven P.M., Heutz W.M.J.M., Tan E.C.T.H.: Prehospital use of hemostatic dressings in emergency medical services in the Netherlands: A prospective study of 66 cases. Injury 2016;47:1007-11.
55. Brown M.A., Daya M.R., Worley J.A.: Experience with chitosan dressings in a civilian EMS system. J Emerg Med 2009;37: 1-7.
56. Peters J.H.: Prehospitaal gebruik van hemostatische verbandmaterialen. Ned Tijdschr Traumatol 2014;22:35-41.
57. Pozza M., Millner R.W.: Celox (chitosan) for haemostasis in massive traumatic bleeding: experience in Afghanistan. Eur J Emerg Med 2011;18:31-3.
58. Ran Y., Hadad E., Daher S. et al.: QuikClot Combat Gauze use for hemorrhage control in military trauma: January 2009 Israel Defense Force experience in the Gaza Strip--a preliminary report of 14 cases. Prehosp Disaster Med 2010;25:584-8.
59. Travers S., Lefort H., Ramdani E. et al.: Hemostatic dressings in civil prehospital practice: 30 uses of QuikClot Combat Gauze. Eur J Emerg Med 2016;23:391-4.
60. Meusnier J.G., Dewar C., Mavrovi E., Caremil F., Wey P.F., Martinez J.Y.: Evaluation of Two Junctional Tourniquets Used on the Battlefield: Combat Ready Clamp(R) versus SAM(R) Junctional Tourniquet. J Spec Oper Med 2016;16:41-6.
61. Tovmassian R.V., Kragh J.F. Jr., Dubick M.A., Baer D.G., Blackbourne L.H.: Combat ready clamp medic technique. J Spec Oper Med 2012;12:72-8.
62. Croushorn J., Thomas G., McCord S.R.: Abdominal aortic tourniquet controls junctional hemorrhage from a gunshot wound of the axilla. J Spec Oper Med 2013;13:1-4.

Vrijwilligers gezocht!

Het Epilepsiefonds organiseert speciale reizen voor mensen met epilepsie die niet zonder begeleiding met vakantie kunnen. Hiervoor zoeken wij enthousiaste vrijwilligers. Wil jij mensen met epilepsie een onvergetelijke vakantieweek bezorgen? Op **www.epilepsie.nl/vakantie** vind je meer informatie en kun je je aanmelden.

Epilepsiefonds
De Macht van het Kleine

CBF VOOR GOEDE DOELEN

De militaire psychiatrie in de krijgsmacht: vergeten innovaties en de kloof tussen weten en handelen

door Julia Loth MA

Samenvatting

Dertig jaar na de United Nations Interim Force In Lebanon-missie (UNIFIL, 1979-1985) keert de overheid miljoenen uit aan gedupeerde Libanongangers die nu dertig jaar na de missie nog steeds last hebben van psychische klachten. Dat de overheid niet aan haar zorgplicht heeft voldaan is een symptoom van de moeizame strijd die de militaire psychiatrie heeft moeten leveren om zich te vestigen binnen de Nederlandse krijgsmacht. In het verleden werden bij de operationele inzet geleerde lessen door de militaire organisatie vergeten en werden innovaties in de militaire psychiatrie niet toegepast in het volgende conflict. Tijdens de operationele inzet in Nederlands-Indië, Korea en Libanon blijkt telkens, dat door het heersende gedachtegoed over de oorzaken achter psychische kwalen, belangrijke innoverende behandelingsmethodes niet of maar gedeeltelijk werden toegepast.

Inleiding

Invloedrijke historici in Groot-Brittannië zoals Ben Shephard en in Nederland Hans Binneveld omschrijven de geschiedenis van de militaire psychiatrie als een geschiedenis van discontinuïteit. Hans Binneveld stelde in 1994 ten tijde van de Nederlandse operatie in Bosnië zelfs: 'Het Nederlandse leger heeft nauwelijks een verleden in de psychiatrische zorg. We zullen het dus allemaal opnieuw moeten leren daar in Bosnië.[1]' Het lijkt erop dat Binneveld gelijk heeft. Voorliggend onderzoek laat zien dat de bij elke operationele inzet geleerde lessen door de militaire organisatie zijn vergeten en innovaties in de militaire psychiatrie niet worden toegepast in het volgende conflict.

Dit artikel beschrijft een innovatie die in Nederlandse krijgsmacht maar matig aansloeg, uiteindelijk wel werd geadopteerd, maar later niet werd toegepast: *forward psychiatry*. Deze psychiatrische methode voor de behandeling van shellshock werd ontwikkeld in de Eerste Wereldoorlog en is vandaag de dag de standaard voor interventie bij gevechtsstressreacties[2]. De methode beroept zich op drie principes: nabijheid, snelheid en verwachting van herstel. In de Tweede Wereldoorlog maakten zowel de Amerikanen als de Britten gebruik van de forward psychiatry. De methode werd als zeer effectief beschouwd; de Britten claimden dat 50% van de manschappen die waren uitgevallen door geestelijke problemen binnen een korte periode weer terug konden keren naar het front[2]. Forward psychiatry zorgde ook tijdens de oorlogen in Korea en Vietnam ervoor dat het aantal psychische slachtoffers minimaal bleef[2].

Ondanks deze positieve resultaten moest het wiel voor de gevechtspsychiatrie bij elke operationele inzet opnieuw worden uitgevonden. Dit artikel probeert de achterliggende redenen te achterhalen waarom de lessen van de forward psychiatry telkens opnieuw werden vergeten. Hierbij worden in dit artikel drie casussen als uitgangspunt genomen, namelijk: de dekolonisatie van Nederlands-Indië (1945-1949), de Korea-oorlog (1950-1955) en de UNIFIL-missie in Libanon (1979-1985). Voor deze casussen is gekozen omdat bij deze conflicten Nederlandse militairen grootschalig werden ingezet, met grotere kans op het optreden van psychische klachten. Naar Nederlands-Indië werden meerdere divisies uitgezonden. In Korea en Libanon werd een Nederlands bataljon ingezet. Voordat dieper op deze casussen wordt ingegaan, zal eerst aandacht worden besteed aan het ontstaan van en de theorie achter de drie principes van de forward psychiatry.

Ontstaan

Forward psychiatry als behandelingsmethode werd ontwikkeld in de Eerste Wereldoorlog en past in de opkomst van de militaire psychiatrie naar aanleiding van de massale uitval van militairen door geesteszieken. Tijdens de Eerste Wereldoorlog kregen dokters te maken met een betrekkelijk nieuw fenomeen. Soldaten waren lichamelijk gezond maar hadden te lijden van psychosomatische klachten zoals tijdelijke blindheid, ongecontroleerde bevingen of verlamming. Bij de eerste gevallen werd gedacht dat deze klachten werden veroorzaakt door explosies van mortiergranaten. Om die reden kregen deze symptomen het predicaat shellshock[3]. Toen steeds meer soldaten deze klachten vertoonden zonder in de buurt te zijn geweest van explosies, werden psychologische oorzaken aan het fenomeen shellshock toegeschreven. In het begin van 1916 was het aantal met shellshock gediagnosticeerde Britse soldaten uitgegroeid tot bijna epidemische proporties[3]. Alle aan deze aandoening lijdende militairen werden teruggestuurd naar het moederland en daar opgenomen in militaire hospitalen. Uiteindelijk stroomden de ziekenhuizen vol, omdat het grootste deel van de afgevoerde militairen niet werd teruggestuurd naar de gevechtseenheden. Een andere factor die het veranderende beleid beïnvloedde, was onderzoek van Franse psychiaters naar shellshock. Uit de bevindingen van Georges Guillain bleek dat shellshockpatiënten opnieuw inzetbaar waren indien zij dicht bij het front werden behandeld in plaats van ver in het achterland[2].

In 1917 kreeg Thomas Salmon van de Amerikaanse krijgsmacht de opdracht om een militair-psychiatrische dienst op te zetten voor het expeditieleger dat in Frankrijk zou worden ingezet[4]. Salmon wordt gezien als de bedenker van de basisbeginselen van de moderne militaire psychiatrie voor de behandeling van geesteszieke militairen. Salmon gebruikte de ervaringen van de Franse psychiaters en verwerkte deze in drie basisprincipes: nabijheid, snelheid en positieve verwachting. Het was belangrijk dat de militair zo snel, zo kort en zo dichtbij mogelijk de gevechtszone werd behandeld.

De auteur is Trainee Informatiespecialist bij Spring Professionals.
Samenvatting masterthesis, Universiteit Utrecht.
De volledige scriptie is hier te downloaden.
Artikel ontvangen november 2017.

Afb. 1: Opvang gewonden in een Australisch Advanced Dressing Station tijdens de Eerste Wereldoorlog. De starende soldaat linksvoor is typisch voor shellshock.
Foto: https://nl.wikipedia.org/wiki/Shellshock_(psychiatrie), publiek domein.

Deze principes zorgden ervoor dat een aanzienlijk groter percentage van de militairen dan voorheen weer inzetbaar werd voor het gevecht. Een belangrijke rol zag Salmon weggelegd voor de divisiepsychiater. Deze vervulde de coördinerende rol in de militaire geestelijke gezondheidszorg. Hij werd belast met een groot aantal adviserende taken en droeg de verantwoordelijkheid voor de ambulante zorg en de zorg in kleine mobiele hospitalen[5].
Het basisprincipe snelheid werd in de praktijk gebracht door psychiatrische patiënten zo snel mogelijk naar bataljons- of regimentsverbandplaatsen te brengen en daar te scheiden van de lichamelijk gewonden. Het principe nabijheid kreeg gestalte door vlak achter het front *Exhaustion Centres* op te zetten, mobiele hospitalen speciaal bedoeld voor de verdere behandeling van geestelijke klachten. Als de militair niet herstelde, moest hij worden doorverwezen naar de psychiatrische afdelingen van militaire ziekenhuizen op een hoger echelon[6].

Het basisprincipe positieve verwachting kwam tot uitdrukking in het streven om de militair het gevoel te geven dat zijn zogeheten zenuwinzinking van tijdelijke aard was. Daarbij moest men zoveel mogelijk de sfeer van een hospitaal voor gewonden en zieken vermijden door militairen op veldbedden in tenten te leggen en hen geen hospitaalbedden, lakens of hospitaalkleding te geven. De patiënten dienden zowel zichzelf als hun slaapplaats te verzorgen. Ook kregen zij arbeidstherapie. De behandelaars namen een nieuwe rol aan, namelijk die van officier in plaats van arts. Door de kazernesfeer gingen de militair-psychische klachten sneller over. Daarnaast moest de aard van de behandeling de verwachting wekken dat de geesteszieke soldaat zou terugkeren naar het onderdeel[7].

Het idee achter deze principes was dat hoe dichter de man bij het gevechtsgebied bleef, hoe sterker hij in contact zou blijven met de realiteit van het gevecht, waardoor het gevoel van verbondenheid met zijn onderdeel behouden bleef. Bovendien, hoe verder van het front en hoe dichter bij het veilige achterland, des te sterker de militair gefixeerd zou raken op zijn ziekteverschijnselen[8]. Daarnaast had de behandeling in het achterland een negatieve invloed op het moreel van de troepen. Wanneer zij zagen dat geestelijk ingestorte militairen ver van het front werden behandeld, kwam het vaak voor dat meer militairen psychische ziektes gingen simuleren om niet langer aan gevechtsacties deel te hoeven nemen[8]. Dit maakte dat gevechtsneuroses een onderdeel konden besmetten.

Laat in de Tweede Wereldoorlog werden deze basisprincipes opnieuw ontdekt. Pas in de zomer van 1943 begonnen de Engelsen en de Amerikanen met het opzetten van een behandelingssysteem volgens de principes van Salmon. De basisprincipes snelheid en nabijheid kregen in de Tweede Wereldoorlog wel een andere invulling. Bij het begrip snelheid lag de nadruk op het verdoven van de militair. Met het begrip nabijheid werd niet alleen de behandeling zo dicht mogelijkheid bij het front bedoeld maar werd ook de sociale kring van de militair van belang. Kameradenhulp werd aangemoedigd, waarbij de militair eerst werd opgevangen in eigen kring in gesprekken met kameraden.
De ontwikkelingen in het buitenland in de gevechtspsychiatrie hebben in grote mate de Nederlandse krijgsmacht beïnvloed. Tijdens en vlak na de Tweede Wereldoorlog werd door het ministerie van Oorlog nagedacht over de wederopbouw van het leger en de rol die de psychiatrie hierin kon vervullen. Zoals de gehele Koninklijke Landmacht (KL) werd ook de militaire psychiatrie naar Engels voorbeeld ingericht[9]. Niet alleen de Britse organisatievorm vond navolging in Nederland, ook het Britse gedachtegoed over de militaire psychiatrie werd door Nederlandse zenuwartsen overgenomen. In 1943 werd de psychiater A.M. van Meerlo psychologisch adviseur op het departement en in het jaar daarop werd hij hoofd van de Psychologische Dienst. Tijdens de bezetting was Van Meerlo naar Engeland gevlucht. In Londen onderhield hij nauwe contacten met toonaangevende Britse militaire psychiaters en de psychoanalytische kring rond A. Freud. Op 15 oktober 1945 werd de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg (SGG) van de Inspectie Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht (IGDKL) opgericht, onder leiding van J.A.J. Barnhoorn[10]. Barnhoorn kreeg als taak om, in samenwerking met de Psychologische Dienst van de KL, de legerpsychiatrie te organiseren. Barnhoorn maakte een studiereis naar Groot-Brittannië om zich aldaar op de militaire psychiatrie te oriënteren. Niet alleen door oriëntatiereizen werd de militaire ambulante geestelijke gezondheidszorg naar Angelsaksisch voorbeeld gevormd. Ook in de

stafopleiding van het officierenkorps en officieren van gezondheid werd gesteund op Brits en Amerikaans lesmateriaal. Voor de officieren van gezondheid was eens in de drie weken een cursusdag gereserveerd voor de geestelijke gezondheidszorg.
Hoewel er door middel van studiereizen en films aandacht werd besteed aan de Britse en Amerikaanse ervaringen met ambulante militaire psychiatrie in de Tweede Wereldoorlog, was de ambulante geestelijke gezondheidszorg niet de eerste prioriteit binnen de militaire psychiatrie in de Nederlandse krijgsmacht. Dit kwam mede door de heersende deterministische visie op de oorzaken van oorlogsneuroses. Karaktereigenschappen van de militair zouden de voornaamste oorzaak zijn van psychologische klachten op het slagveld. Een militair die leed aan oorlogsneuroses was min of meer gepredisponeerd om deze te krijgen. Militairen met een gebrekkige intellectuele ontwikkeling en geestelijke rijping, met hysterische en psychopathische karaktertrekken en met neurotische reacties waren volgens de psychiatrische inzichten van die tijd minder goed in staat om zich aan te passen aan de militaire realiteit[11]. Het gebrek aan aanpassingsvermogen leidde op zijn beurt weer tot snelle geestelijke instorting oftewel oorlogsneurose. Naast deze aanleg speelden volgens de artsen ook omgevingsfactoren, zoals de militaire organisatie en de realiteit van het slagveld, een rol in het optreden van psychische klachten[11]. F. van het Hooft vatte deze visie mooi samen: ‘De meeste psychische stoornissen bij militairen in Indonesië kunnen we opvatten als psychopathologische reacties van niet geheel volwaardige persoonlijkheden op zeer moeilijke omstandigheden.[13]’

Deze denkwijze leidde ertoe dat binnen de militaire psychiatrie grote nadruk kwam te liggen op het keuren van de militairen. Door elk individu op basis van zijn persoonlijkheid en zijn positie in het burgerleven te kwalificeren voor een plaats in de krijgsmacht, zou de kersverse militair zich beter kunnen aanpassen aan zijn plaats in het militaire milieu wat weer ten goede kwam aan het moreel en de efficiëntie van de krijgsmacht.

Nederlands-Indië

Toen in 1946 de eerste militairen werden uitgezonden naar Nederlands-Indië, ontstond de mogelijkheid om de militaire psychiatrie toe te passen tijdens een langdurig, grootschalig conflict. Tijdens de operationele acties in Nederlands-Indië werd geheel volgens de Salmon-principes gebruik gemaakt van een divisiepsychiater. Op 19 December 1946 vertrok de reserveofficier van gezondheid 1e klasse W. Kramer naar Nederlands-Indië als divisiepsychiater voor de 1e Divisie. In de gehele 1e Divisie van 20.000 manschappen, in Nederlands-Indië ook wel aangeduid met de C-Divisie, beschikte men met hem over maar één psychiater[14]. Dit gold ook voor de 2e Divisie. Kramer en zijn collega-divisiepsychiater hadden twee taken: advisering over de geestelijke gezondheidszorg en het moreel van de troepen, alsmede het organiseren en leiden van de behandeling van psychologische stoornissen[15].

Afb. 2: Mariniers rennen tijdens een gevechtsactie door een brandende kampong. Omgeving Soerabaja, Oost-Java, Nederlands-Indië, 22 juni 1946.
Bron: NIMH, objectnummer 2158_017820.

Het hooghouden van het moreel van de troep was daartoe een belangrijke factor. Dit gebeurde in samenwerking met de officieren. De militairen moesten psychologisch voorbereid worden op het gevecht. Daarnaast was het de taak van de officier van gezondheid om op individueel niveau psychologische klachten te voorkomen en te behandelen[15]. Het verval van de soldaat werd opgedeeld in twee fasen: eerst trad de *exhaustion state* in; als deze gemoedstoestand te lang werd genegeerd, werden in de daaropvolgende tweede fase psychosomatische functiestoornissen manifest. Hieronder werden angsttoestanden, geheugenverlies, doofheid, desertie, zelfverwonding en psychosen verstaan.
De officier van gezondheid moest op deze exhaustion state anticiperen door in gevechtssituaties voor voldoende nachtrust in een rustige omgeving te zorgen. Militairen die niettemin de exhaustion state hadden bereikt, moesten worden ingezet op brigade- of divisie-stafniveau en moesten niet (langer) aan gevechten worden blootgesteld. De lichtere gevallen werden ter plaatse behandeld, waarbij volgens het principe snelheid de militair flink werd verdoofd met een cocktail van verschillende verdovende middelen[16]. Alle, meer ernstige psychiatrische gevallen moesten worden geëvacueerd. Deze werden door de officieren van gezondheid afgevoerd onder de diagnose ‘psychoneurose’.

Snelheid, nabijheid en positieve verwachting in het conflict

Toen de troepentransportschepen aanmeerden, konden de psychiaters gelijk aan de slag. In elk van deze schepen werden gevallen met geestelijke stoornissen geconstateerd die zich tijdens de reis hadden ontwikkeld. Veelal hadden de militairen last van heimwee, met een depressie tot gevolg. Volgens Kramer had 70% van de polikliniekbezoekers last van psychosomatische klachten als hoofdpijn. Uit het artikel van Kramer blijkt dat van enige psychiatrische behandeling op de poliklinieken weinig terecht kwam. Dit was voor een groot deel te wijten aan de nadruk op de preventieve psychiatrie, waardoor

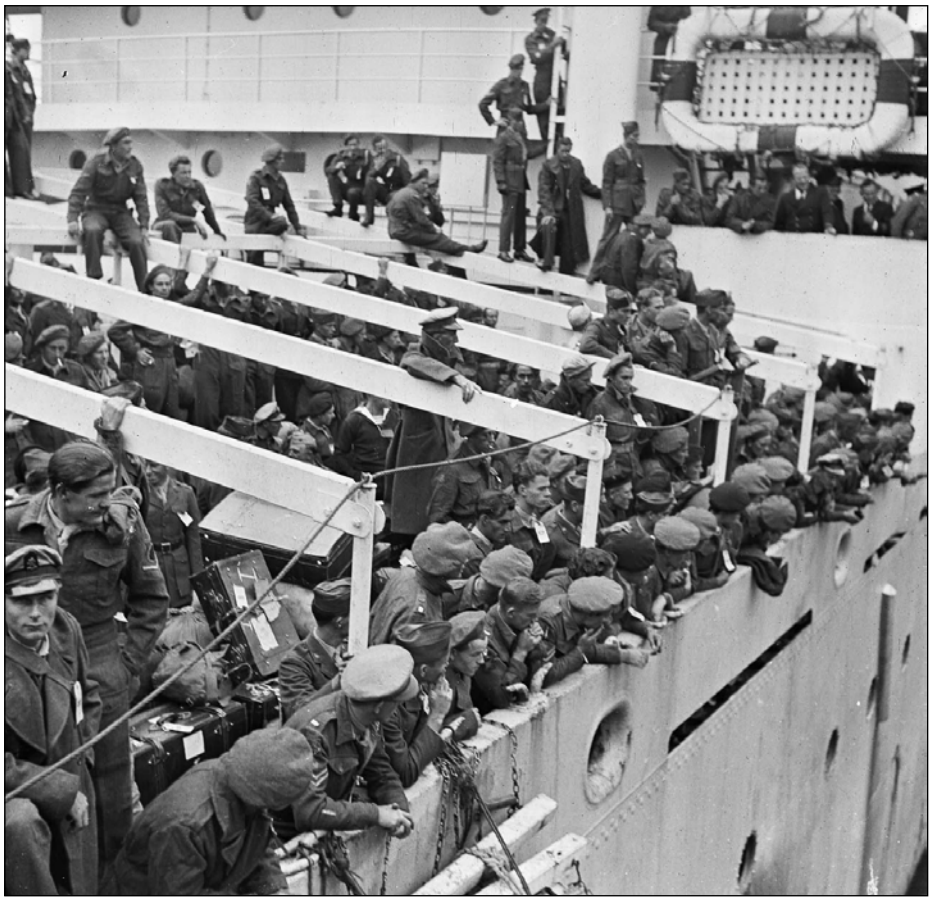
Afb. 3: Militairen van het Regiment Stoottroepen rukken op langs een spoorweg tijdens een actie ten zuiden van Djokjakarta na de Tweede Politionele Actie. Op de achtergrond zijn rookwolken zichtbaar. Omgeving Djokjakarta, Midden-Java, Nederlands-Indië, 1949.
Bron: NIMH, objectnummer 2155_024986.

minder aandacht werd besteed aan curatieve zorg. Kramer constateerde dat patiënten zelf niet beter wilden worden en daardoor weinig toegankelijk waren voor therapieën. Dit stond effectieve behandeling in de weg.

Uit het rapport van Kramer blijkt dat een belangrijk element van forward psychiatry, namelijk de Exhaustion Centres, de mobiele hospitalen aan het front, in Nederlands-Indië niet werden toegepast. Hierdoor kon de militaire psychiatrie niet optimaal functioneren. Volgens het voorschrift *Acute Psychiatrie te Velde* zorgde het gebrek aan Exhaustion Centres ervoor dat de psychiatrische gevallen werden geëvacueerd via de traditionele medische kanalen waardoor de evacuatie van lichamelijk gewonden in het gedrang kwam. Bovendien eiste de evacuatie van psychiatrische patiënten veel toezicht van getraind personeel. Doordat er veel later in het ziektebeeld met specialistische behandeling werd begonnen, trad fixatie op. Daardoor werden de 70 à 80% na drie dagen weer inzetbare militairen van de Exhaustion Centres bij lange na niet gehaald[16].

Het gebrek aan behandelingsmogelijkheden dicht bij de oorlogshandelingen leidde ertoe dat de militaire psychiatrie te kampen kreeg met een geografisch probleem. De psychiatrische patiënten waren verspreid over een gebied dat vele malen groter was dan Nederland. Patiënten moesten lange en gevaarlijke tochten maken om op spreekuur te komen waardoor de psychiater zijn patiënten met onvoldoende regelmaat kon laten terugkomen. De poliklinieken waren hierdoor genoodzaakt om enkel adviezen te geven en kortdurende behandelmethoden te bieden. De inrichting en sfeer aldaar waren volgens Kramer totaal ongeschikt voor de behandeling van psychiatrische patiënten[17].

Uit een rapport van 18 december 1947 van het hoofd van de Militair Geneeskundige Dienst van het Koninklijk Nederlands Indisch Leger (KNIL) J.Th. Wilkens over de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de militairen van de KL en KNIL van de D-Divisie, bleek dat de troepen werden geplaagd door een dalend moreel en toenemende vermoeidheid[18]. Door de groeiende uitval van militairen ontstond een groot personeelstekort waardoor bataljons niet op volledige sterkte konden functioneren. Dit zorgde ervoor dat aan de vraag om demobilisatie, recuperatie en verlof nauwelijks kon worden voldaan, hetgeen leidde tot een neerwaartse spiraal in het moreel omdat de extra belasting en onvoldoende rust resulteerden in grotere geestelijke en lichamelijke vermoeidheid van de militairen. Daarnaast merkte Kramer op dat het nijpende tekort aan manschappen ertoe leidde dat de bataljonsartsen militairen met psychische klachten liever niet doorstuurden naar de psychiater[19]. Het andere uiterste waren militaire psychiaters die ongeacht het personeelsgebrek het basisprincipe



Afb. 4: Aankomst van het troepenschip "Groote Beer" met militairen in Amsterdam na een lange zeereis vanuit Nederlands-Indië. Amsterdam, 20 maart 1948.
Bron: NIMH, objectnummer 2001_N0000289-06.

Afb. 5. Therapeutische bezigheden in het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz. Austerlitz, Utrecht, 27 februari 1948.
Bron: NIMH, objectnummer 2001_N0000217-18.

Afb. 6: Een van de houten gebouwen van het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz. Vanaf 1947 ingericht voor de opvang en behandeling van getraumatiseerde militairen. Austerlitz, Utrecht, 27 februari 1948.
Bron: NIMH, objectnummer 2001_N0000217-03.

positieve verwachting aan hun laars lapten en militairen veel te snel afschreven. Deze militairen kregen dan S5 achter hun naam en werden als 'instabiel' naar huis gestuurd. Over één van deze psychiaters was zelfs een lied gemaakt: 'Ja ja ja Jansen, hij helpt U uit het leger van Jan - want wie de hoogste "S" op zijn kaart heeft staan, die mag met de Groote Beer naar huis toe gaan.[20]' De Groote Beer was het hospitaalschip dat gewonden terug naar Nederland vervoerde. Uitbehandelde militairen keerden terug naar hun onderdeel zonder aanvullende training waardoor zij vaak op halve kracht meedraaiden. Het rapport van Wilkens beschrijft de noodzaak van het oprichten van een neurosecentrum en een reconvalescentendepot. Het gebrek hieraan zorgde ervoor dat het herstel van militairen met psychische klachten ernstig werd belemmerd[18]. In een poging om aan het principe van nabijheid te kunnen voldoen, werd in oktober 1948 in samenwerking met het hoofd van de SGG en IGDKL in Bandoeng een neurosecentrum gebouwd. Voorafgaande aan de bouw werd door zowel het hoofd SGG J.A.J. Barnhoorn als het hoofd van de Militair Geneeskundige Dienst van het KNIL generaal-majoor dr. Wilkens gepleit voor een psychiatrisch centrum in Indië, dat zou fungeren als vooruitgeschoven post van het Militair Neurose Hospitaal te Austerlitz[18].
In dit centrum, dat op legerniveau opereerde, konden aan neurotische stoornissen leidende manschappen van KNIL, KL en Koninklijke Marine worden verpleegd en behandeld.
De bedoeling van het centrum was enkel die gevallen op te nemen waarvan men verwachtte dat zij na psychotherapeutische behandeling zouden herstellen en weer konden worden ingezet. Hoewel de bouw van het neurosecentrum op papier een goed idee leek, bleek de functie van dit instituut minder waardevol dan gedacht. Doordat patiënten alleen door middel van een ingewikkeld opnamesysteem via het Hoofdkwartier Militair Geneeskundige Dienst tot het centrum werden toegelaten, werden er weinig effectieve resultaten geboekt. De omslachtige opnameprocedure leidde ertoe dat psychiaters uit verder afgelegen streken hun patiënten niet naar het centrum zonden, maar hen naar eigen inzicht behandelden[21].

Hoewel de Nederlandse krijgsmacht nauwelijks heeft gevochten in de twee wereldoorlogen, werd in 1945 wel het belang ingezien van de rol die de psychiatrie kon spelen in de krijgsmacht. Leunend op de ervaringen van de Britten in de Tweede Wereldoorlog werden de SGG en de Psychologische Dienst opgericht. Toen Indonesië de onafhankelijkheid uitriep, zag de Nederlandse krijgsmacht zich genoodzaakt om in te grijpen en werd voor het eerst in een conflict de militaire psychiatrie toegepast. Door verschillende factoren werden de beginselen van de forward psychiatry niet in hun geheel toegepast. Het deterministische gedachtegoed dat personen met bepaalde karaktereigenschappen waren voorbestemd om psychische klachten te krijgen, leidde tot de overtuiging dat deze types door een strenge keuringsprocedure vooraf uit de dienst geweerd konden worden. Hoge percentages van uitval wegens psychische klachten werden gezien als een bevestiging dat de keuringsprocedure en herkeuring beter moesten. In de wekelijkse vergadering van de verschillende hoofden van dienst en in de vergaderingen op het hoofdkwartier werd stelselmatig het belang van de selectie onderstreept; als werd geklaagd over uitval van manschappen werd dit geweten aan de kwaliteit van de keuringsprocedure. Barnhoorn verwoordde deze gedachte in een vergadering letterlijk: 'Aan de richtlijnen van de instructie voor de psychiaters bij de Indelingsraden ten aanzien van de waardering van de Stabiliteit dient zeer streng de hand te worden gehouden. Beter enige mensen te weinig naar Indië dan een groot aantal psychiatrische uitvallers in Indië.[22]'
Deze factoren zorgden er met elkaar voor dat de meeste nadruk kwam te liggen op de keuringsprocedure en de persoonlijke omstandigheden van de militair, waardoor een andere belangrijke taak van de SGG werd verwaarloosd - te weten behandeling van geestelijke stoornissen.

Niet alleen het uitgangspunt dat voorkomen beter is dan genezen stond de toepassing van de beginselen van forward psychiatry in de weg, ook de realiteit van het conflict zorgde ervoor dat de militaire psychiatrie te kampen had met grote problemen. Mobiele hospitalen (Exhaustion Centres) werden in Nederlands-Indië niet ingezet, waardoor het basisprincipe nabijheid uit de forward psychiatry niet werd nageleefd. Psychische patiënten moesten om op consultatie te komen grote afstanden afleggen in een gevaarlijk gebied. Daarom werd gekozen voor kortdurende behandelmethoden of alleen advisering. Het tekort aan manschappen maakte dat bataljonsartsen hun mannen niet graag voor behandeling doorstuurden. Aan het basisprincipe positieve verwachting werd zelden voldaan.

Het kwam vaak voor dat militaire psychiaters hun patiënten te snel het label 'instabiel' opplakten waardoor deze militairen gelijk naar huis konden.

Korea

Was de operationele inzet in Nederlands-Indië nog een strikt nationale zaak, de deelname aan het conflict in Korea was de eerste grootschalige Nederlandse deelname aan een VN-vredesmissie. Onder leiding van de Verenigde Staten mengde Nederland zich in deze oorlog, waarbij van 1950 tot 1954 5.300 Nederlandse militairen werden ingezet en 122 militairen sneuvelden. De operationele inzet was voor de Nederlandse krijgsmacht de mogelijkheid om de voorbereidingen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg voor een eventueel groot conflict in Korea door te voeren. Nadat de Nederlandse rol in Nederlands-Indië was uitgespeeld, kon de Nederlandse krijgsmacht, rekening houdend met de Sovjetdreiging, zich richten op de verdediging in Europa. In de jaren 1950 en 1951 voltrok zich bij de KL een grote reorganisatie: de overgang van de Engelse naar de Amerikaanse organisatie. Ook de organisatie en de behandelmethoden van de militaire psychiatrie tijdens de operationele inzet werden ingevoerd naar Amerikaans voorbeeld. Ten tijde van de inzet in Korea werden door het ministerie van Oorlog twee voorschriften uitgegeven, namelijk het voorlopig voorschrift nr. 3304: *De Geestelijke Gezondheidszorg in het Leger* en voorschrift 3308: *De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger.* Uit de voorschriften blijkt dat de lessen uit Nederlands-Indië niet werden toegepast. Zo waren de statistische gegevens over de aard en frequentie van psychiatrische stoornissen aan het front enkel gebaseerd op Amerikaanse cijfers en bronnen, zonder dat het meer recente rapport van de divisiepsychiater Kramer werd verwerkt[23]. In de beschrijving van de verschijningsvormen van psychiatrische stoornissen werden de ervaringen uit Nederlands-Indië evenmin meegenomen[23]. Wel onderschreven de voorschriften de effectiviteit van de forward psychiatry; zelfs werd geclaimd dat de helft van de psychiatrische gevallen aan of dicht achter het front met gunstig resultaat kon worden behandeld[24].

Afb. 7: Een vermoeide soldaat van het NDVN tijdens de beklimming van heuvel 975. Zuid-Korea, mei 1951.
Bron: NIMH, objectnummer 2132-009-043.

Nieuw in de voorbereiding van de militaire psychiatrie voor de Koude Oorlog was aandacht voor de rol van angst. Waar angst eerst werd gezien als slechts een van de oorzaken van oorlogsneurosen, werd zij nu opgevat als hoofdoorzaak. Een doorlopende angstbeleving was de grootste oorzaak van gevechtsuitputting[25]. In het Amerikaanse leger heerste de opvatting dat de kans op oorlogsneuroses minder groot zou zijn als men iedere militair van tevoren vertelde dat hij angstig mocht zijn maar desalniettemin zijn plicht moest vervullen. Angst werd in het leger bespreekbaar gemaakt. Het Amerikaanse leger paste deze nieuwe denkwijze toe in trainingen door groepsdiscussies te houden over angst, waarbij de begeleidende verschijnselen werden genoemd en de manieren werden besproken waarop angst het gemakkelijkst overwonnen kon worden[26].
Het rapport benadrukt dat angst bij militairen geen teken is van lafheid. Ook ging men in trainingen over op het creëren van een realistische situatie, waardoor de kloof tussen training en werkelijkheid in de beleving van de militairen een stuk kleiner werd gemaakt. Deze manier van trainen wordt ook wel *battle inoculation* genoemd. Deze methode werd ingevoerd in het Nederlandse leger[26].

Snelheid, nabijheid en positieve verwachting in het conflict

Maar hoe verhielden deze voorschriften zich met de militaire realiteit van de operationele inzet? Werd er vastgehouden aan de Salmon-principes of werd er voortgebouwd op de ervaringen van de inzet in Nederlands-Indië? De status van de militaire psychiatrie tijdens de Nederlandse operationele inzet in Korea is beschreven in een *Algemeen verslag over de werkzaamheden van het Nederlands Detachement Verenigde Naties (NDVN) bataljon in Korea* door legerarts A.J. van Meurs. Van Meurs heeft hier later ook de dissertatie *Over gevechtsuitputting* aan gewijd[27].
Tijdens de operationele inzet in Korea leken de geleerde lessen door de Nederlandse krijgsmacht vergeten te zijn, ongeacht dat bovengenoemde voorschriften duidelijk vasthielden aan de Salmon-principes. Het feit dat het kopje psychiatrie in *Lessen van de Koreaanse Oorlog* begint met de zin: 'In verband met het feit, dat de ervaringen op dit gebied voor de toekomst van het grootste belang moeten worden geacht [..][28]' en de auteur vervolgens uitgebreid uitweidt over behandeling volgens de Salmon-principes, laat zien dat deze niet altijd effectief werden toegepast. Anders was deze aansporing niet nodig geweest. In Korea werd net als in Nederlands-Indië preventie belangrijker geacht dan genezing. Als er te veel militairen uitvielen met psychische klachten, werd dit geweten aan een slechte keuring. In *Lessen van Korea* stelt Van Meurs dat te weinig werk is gemaakt van grondige keuring, herkeuring en indeling van gevechtssoldaten. Van Meurs staat hierin niet alleen, want uit stukken over de medische verzorging van de militairen van 24 juli 1951 blijkt dat werd opgeroepen tot betere selectie

Afb. 8: Militairen van het NDVN nemen een korte rust bij de beklimming van heuvel 975. Zuid-Korea, mei 1951.
Bron: NIMH, objectnummer 2132-009-042.

omdat de psychische gesteldheid niet voldoende was[29]. Dit kwam doordat men de voornaamste reden voor psychisch instorten zag in het karakter van de militair. Net als in Nederlands-Indië geloofde men dat militairen konden worden ingedeeld in persoonlijkheidstypen en dat men persoonlijk gepredisponeerd was voor oorlogsneuroses. Deze opvatting was tegenstrijdig met de opvattingen van instanties zoals de IGDKL. De geneeskundige organisatie van de krijgsmacht geloofde dat angst de grote veroorzaker van psychisch instorten was. Dus hoewel van bovenaf door instanties zoals de IGDKL de rol van angst werd benadrukt, bleek in de praktijk dat in het Nederlandse leger weinig begrip bestond voor angst. Van Meurs stelde dat, anders dan bij de Amerikanen, in het Engelse en het Nederlandse leger angst nog vaak werd gelijkgesteld aan lafheid[29].
Bij verschillende voorbeelden uit het verslag van Van Meurs kunnen vraagtekens worden gezet bij de opvatting dat psychische ziektes bij de eenheden werden geaccepteerd. Als een militair niet wilde meevechten kreeg hij volgens het verslag een zwijgbehandeling: 'De zwakkere geesten werden meestal op sleeptouw genomen door de sterkeren en kwamen er op die manier doorheen. Iemand echter die onwillig was, werd door de anderen geschuwd en veelal doodgezwegen. [...] Verder was na de gevechten een algemene vergevingsgezindheid ontstaan behalve t.o.v. diegenen, die verzaakt hadden hun soldatenplicht te doen.[29]'

Over een militair met een *anxiety reaction* met hysterische symptomen, werd in het verslag het volgende gezegd: 'Zijn pelotonscommandant zegt van hem: Lui, bang, stiekem, achterbaks, drukker, waardeloos. In het peloton lusten ze hem niet [...] Dit is de reactie, zoals die in het algemeen optreedt bij psychisch defectieve individuen [...] Deze mensen moeten flink worden aangepakt; slapen op de harde grond; alles zelf laten doen zonder hulp van verplegers. Voor de infanterie zijn ze niet geschikt. Het best is hen te zeggen, dat ze in elk geval niet afgevoerd zullen worden buiten het divisiegebied en zij bij de genie etc. physiek hard te laten werken.[30]'
In de voorbereiding voor de Koude Oorlog werden ook op het gebied van de psychiatrie te velde voorzorgsmaatregelen genomen. In de voorschriften wordt afvoer volgens de principes van forward psychiatry uitgebreid beschreven. Tevens is er in het beleid voor de gevechtspsychiatrie een verandering in de opvatting over oorzaken achter psychische klachten zichtbaar. Uit het voorschrift over de behandeling van het angstvraagstuk komt naar voren dat de IGDKL angst als de belangrijkste oorzaak van geestelijk instorten zag en hierdoor een grotere rol toekende aan omgevingsfactoren in plaats van aan karaktereigenschappen.
Tijdens de operationele inzet in Korea werden angstige militairen nog steeds gezien als lafaards, ongeacht het beleid van de IGDKL. Daarnaast komt uit het verslag van Van Meurs naar voren dat geestelijke ziektes niet altijd werden geaccepteerd. Tijdens de Koreamissie blijkt dat nog steeds werd vastgehouden aan de deterministische kijk op karaktereigenschappen als veroorzaker van oorlogsneuroses. Net als in Nederlands-Indië zorgde deze overtuiging ervoor dat het principe 'voorkomen is beter dan genezen' nog steeds een belangrijke pijler was onder het geestelijk gezondheidsbeleid van de Landmacht. In die visie werd uitval door psychische klachten gezien als een teken van een ontoereikende keuring. Tenslotte: dat het belang van forward psychiatry moest worden opgerakeld in een boekje met de titel*: Lessen van de Koreaanse Oorlog*, doet de vraag rijzen hoe effectief de basisbeginselen werden toegepast.

Libanon

Tijdens de operationele inzet in Libanon van 1979 tot en met 1985 werden iets meer dan negenduizend militairen uitgezonden, waarvan er negen omkwamen. Door het predicaat vredesmissie werd de intensiteit van de operationele inzet in Libanon vaak onderschat. De media bestempelden de missie dikwijls als een spannende vakantie. Toch had deze missie voor veel veteranen grote gevolgen. Uit onderzoek blijkt dat bijna een op de vijf Libanonveteranen psychosomatische of psychische klachten kreeg[31]. Daarnaast blijkt dat 5% aan een posttraumatische stressstoornis leed, een zware en langdurige vorm van psychische problematiek. Vanwege het vredeskarakter hebben beleidsmakers destijds niet geanticipeerd op de psychische gevolgen van de operationele inzet voor veel militairen[32].
Hoe was het beleid omtrent de geestelijke gezondheidszorg in Libanon?
De jaren voor de operationele inzet in Libanon werden gekenmerkt door een veranderend beleid van de Nederlandse krijgsmacht ten aanzien van de gevechtspsychiatrie. Een belangrijke katalysator voor deze verandering was het rapport van plaatsvervangend hoofd Sectie Geestelijke Gezondheidszorg Mulder. Hierin stelde hij dat oneigenlijk gebruik werd gemaakt van de militaire geestelijke gezondheidszorg, en dat de militaire psychiatrie eindstation was voor de niet-functionerende militair. Mulder stelde dat de militair te snel werd afgeschreven en daardoor voor zijn disfunctioneren werd beloond. Bovendien konden verklaringen voor het disfunctioneren niet zozeer liggen in de militaire, als wel in de sociale sfeer, zoals problemen in

Afb. 9: Overzicht Post-7.2. Libanon, Shamaa, 1979.
Bron: NIMH, objectnummer 2155_064917.

de relatie met het thuisfront. Dit leidde ertoe dat dienstplichtigen ten onrechte in medische kanalen terecht kwamen. Eenmaal in de medische molen werd de militair in de rol van patiënt geplaatst en gefixeerd, waarbij problemen in bijvoorbeeld de sociale sfeer niet werden opgelost en de militair het label 'moeilijk geval' kreeg opgeplakt. Als oplossing voor deze problematiek stelde Mulder de oprichting voor van een crisisinterventieteam. Een disfunctionerende militair diende niet meer direct in de medische kanalen te worden opgevangen, maar binnen de personeelszorg te worden behandeld, door een sociaal team van een geestelijke verzorger, maatschappelijk werker, personeelsofficier en arts. Dit team bekleedde de functie van een soort voorportaal waarbij echt psychiatrische gevallen werden onderscheiden van disfunctionerende militairen; de psychiatrische gevallen werden dan behandeld binnen het medisch-psychiatrische kanaal. De overige disfunctionerende militairen werden doorbehandeld langs de personeelslijn.
Deze nieuwe benadering binnen de militaire psychiatrie ging gepaard met een nieuwe gedachtegang over de oorzaken achter psychische klachten bij militairen. Psychiaters en artsen zoals Somers keken met een minder deterministische bril naar de oorzaken van psychologische ziektes. Waar de militaire psychiatrie ten tijde van de dekolonisatie van Nederlands-Indië en Korea erin geloofde dat men gepredisponeerd was om te bezwijken aan oorlogsneuroses, zien we in de latere wetenschappelijke verhandelingen dat een groep zich schaarde achter de *nurture* kant van het nature-nurture-debat. Ditmaal werd de term predispositie ingeruild voor de term aanpassingsstoornissen, waarbij de militair met psychische klachten zich simpelweg niet kon aanpassen aan het militaire milieu. De invloedrijke psychiater Somers stelde dat de jonge dienstplichtige niet in staat was zich te conformeren aan het strenge militaire milieu, waardoor geestesziektes ontstonden. Somers en gelijkgestemden waren van mening dat de antiautoritaire tijdgeest had geleid tot een *cultural gap* tussen het burgerbestaan en de militaire dienst.

Snelheid, nabijheid en positieve verwachting in het conflict

Bijzonder voor Libanon is dat de hierboven beschreven softe aanpak voor de psychologische problematiek van militairen tijdens vredestijd werd toegepast op de operationele inzet in conflictgebieden. Na inspectie aldaar door het hoofd Sectie Individuele Hulpverlening werd de uitzending van psychiaters niet noodzakelijk geacht en werd gekozen voor een bedrijfsmaatschappelijke aanpak[32]. De geestelijke gezondheidszorg werd ingericht volgens de hierboven genoemde multidisciplinaire aanpak die vorm kreeg in de Sociale Coördinatie Commissies (SCC's). Het overleg in de SCC Libanon - ook wel het Sociaal Medisch Team genoemd - vond veelvuldiger en meer gestructureerd plaats dan in Nederland[32]. Het SCC was geplaatst op bataljonsniveau en bestond uit het hoofd van de sectie 1 (personeelszaken) van het bataljon, de artsen, twee geestelijk verzorgers en een officier Bedrijfsmaatschappelijk Werk van de Militair Sociale Dienst. De commissie coördineerde de hulpverlening en adviseerde de bataljonscommandant bij structurele problemen. Het beleid van de SCC was erop gericht om militairen met problemen zodanig te begeleiden dat zij in Libanon konden blijven[33]. Doordat de uitzending van psychologen niet noodzakelijk werd geacht, kwam de acute behandeling van militairen met psychische klachten neer op de schouders van de eenheid (de zogenaamde kameradenhulp), de maatschappelijk werker en de geestelijk verzorgers. Dezen bezochten met grote regelmaat de verschillende buitenposten om met de militairen te praten. Als militairen dreigden af te knappen, werden zij naar de stad Haris gestuurd. Van de beginselen van forward psychiatry was weinig sprake. Misschien kon de aanwezigheid van de maatschappelijk werker en opvang door kameraden worden gezien als een manier van nabijheid en snelheid. Dit neemt niet weg dat in Libanon geen psychiater of psycholoog werd meegestuurd dus psychologische behandeling was niet aan de orde. Men kon in gesprek gaan met de maatschappelijk werker maar het takenpakket van deze was meer gericht op arbeids- en gezinsproblematiek.

Opmerkelijk in de aanpak van de SCC's is dat het personeelsbeleid, dat was ontwikkeld voor de problematiek in vredestijd, werd toegepast op de situatie tijdens operationele inzet. De SCC was tot leven geroepen nadat duidelijk werd dat vele, wegens een arbeidsconflict of via S5 thuiszittende militairen, uiteindelijk oneigenlijk de dienst verlieten. Dezelfde aanpak werd toegepast op manschappen in gijzelingssituaties of op militairen die binnen een beperkt geweldsmandaat moesten omgaan met vijandige acties van andere partijen. Hoewel de principes van de forward psychiatry nauwelijks werden toegepast in Libanon en geen psychiater werd uitgezonden, betekende dit niet dat de beginselen van forward psychiatry onbekend waren bij de Nederlandse krijgsmacht. In de handleiding voor de militair geneeskundige opleiding, ook wel de artsenklapper genoemd, werden de principes van forward psychiatry duidelijk uitgelegd. Daarnaast waren passages overgenomen uit voorschrift 3308: *De Psychiatrische*

Verzorging van een Strijdend Leger. De beginselen waren dus zeker bekend tijdens Libanon. Ook de eigen ervaringen in Korea waren niet vergeten. In een brochure over psychische gevechtsreacties werd er verwezen naar Van Meurs.
Het voorbijgaan aan forward psychiatry in Libanon werd niet kritiekloos geaccepteerd. Toen de operationele inzet in Libanon in 1982 in volle gang was, kwam kolonel-arts J.J.P.A. van Besouw met kritiek op het beleid van de geestelijke gezondheidszorg in Libanon, zoals dat gestalte kreeg in de SCC's. Volgens Van Besouw diende de IGDKL beleid te ontwikkelen voor de behandeling en begeleiding in de gevechtszonevan patiënten met psychische stoornissen. Dit was volgens Van Besouw een verantwoordelijkheid van de geneeskundige dienst.
Van Besouw stelde dat het de taak was van de onderdeelsarts om een onderscheid te maken tussen normale gevechtsreacties en echte psychiatrische verschijnselen. Daarnaast moest de geneeskundige dienst een psychiater in dienst nemen die kon beslissen welke patiënten moesten worden geëvacueerd naar Nederland en welke patiënten konden blijven[34].
De geestelijke zorg tijdens de operationele inzet in Libanon werd gekenmerkt door een bedrijfsmaatschappelijke aanpak. Er vond in de jaren zeventig een omslag plaats van een deterministische visie naar meer op nurture georiënteerde visie op het ontstaan van psychologische klachten. De samenleving was zodanig veranderd dat het verschil tussen burgermaatschappij en militaire dienst te groot was geworden waardoor militairen aanpassingsstoornissen konden ontwikkelen. Dit gedachtegoed leidde ertoe dat beleidsmakers vonden dat de militair met psychologische klachten niet via de medische kanalen moest worden afgevoerd, maar dat deze problemen via de bedrijfsmaatschappelijke manier konden worden opgelost. Dit nieuwe gedachtegoed kreeg vorm in de SCC. In Libanon werd de eerstelijns psychologische zorg belegd bij kameradenhulp, de maatschappelijk werker en de geestelijke verzorgers. De in de forward psychiatry gepropageerde manier van evacuatie werd nauwelijks toegepast en er was in Libanon geen specialistische psychologische zorg aanwezig.

Conclusie

De geschiedenis van de forward psychiatry is een geschiedenis van discontinuïteit geweest. De innovatieve beginselen van nabijheid, snelheid en positieve verwachting werden door de beleidsmakers in de geestelijke gezondheidzorg van de KL wel degelijk op waarde geschat. Het onderzoek naar de drie casussen laat zien dat de principes van forward psychiatry elke keer in voorschriften en handboeken opnieuw worden beleden, maar niet nageleefd. Maar de belangrijkste factor was dat het beleid ten aanzien van geestelijke klachten werd gevormd door de denkbeelden over oorzaken achter psychische ziektes. Tijdens de acties in Nederlands-Indië en Korea werd er geloofd dat preventie de beste en voornaamste maatregel was: voorkomen is beter dan genezen. Dit idee zorgde ervoor dat keuring en herselectie werden gezien als de oplossing bij uitstek om uitval tegen te gaan. In verschillende verslagen en rapporten werd opgeroepen tot een betere keuring zodra de cijfers over geestelijke uitval tegenvielen. Door de preoccupatie met preventie kwam de ambulante geestelijke gezondheidszorg te velde in de knel. In het geval van Libanon had men de overtuiging dat de militair met psychologische klachten niet via de medische kanalen moest worden afgevoerd, maar dat zijn problemen beter via de bedrijfsmaatschappelijke manier kon worden opgelost. Het disfunctioneren van de militair lag namelijk niet alleen in de militaire, maar ook in de sociale sfeer. Dit bracht met zich mee dat in Libanon geen psycholoog of psychiater actief hoefde te zijn. Militairen met psychische klachten werden opgevangen door een multidisciplinair team. De principes van forward psychiatry werden maar ten dele toegepast. De principes snelheid en nabijheid kunnen daarentegen in een vernieuwde vorm worden teruggevonden in de kameradenhulp.

SUMMARY

THE DUTCH MILITARY PSYCHOLOGICAL HEALTHCARE IN THE ARMED FORCES: INNOVATION AND DISCONTINUITY

The history of military psychology is described by many historians as a history of discontinuity. These historians claim that whereas innovations were adapted during war, some innovations, are often forgotten or badly understood in the next conflict. This paper contributes to this debate by researching the Dutch military psychological healthcare during warfare, using the implementation of the principles of *forward psychiatry* as the main subject. These principles are: speed, proximity and positive expectation. They have been researched throughout three conflicts: the decolonization of the Dutch East Indies, the Korean War and the civil war in Lebanon.
These three missions considered, it becomes clear that the lessons of forward psychiatry are not forgotten after the researched conflicts, but only partly implemented. The main factor behind the lack of implementation of forward psychiatry were the prevailing ideas about mental illnesses.

During the decolonization of the Dutch East Indies and the deployment in Korea, policy makers were familiar with the principles of forward psychiatry through the British and American experiences during both world wars. Although English field guides stressed the importance of forward psychiatry, the emphasis in Dutch policy was on preventive psychiatry. The deterministic view of mental illness resulted in the selection of troops as the primary means to prevent military psychic collapse. These ideas about illness and selection as a potent panacea for reducing psychological illness resulted in the allocation of attention and budget towards the preventive psychiatry of selection, whereas the more ambulatory care and education that is associated with forward psychiatry was neglected. During the deployment in the Dutch East Indies and Korea high dropout rates due to psychological strain were assigned to the quality of selection and reselection procedures.

At the time of operational deployment in Lebanon there was a serious break with the deterministic philosophy that prevailed during the campaigns in the Dutch East Indies and Korea. Doctors and therapists believed that environmental factors were the underlying causes for mental illnesses. This led to a different approach in the field of mental health. It was believed that a soldier with psychological problems should not be discharged through medical channels, but preferably aided through a soft sector approach that was adopted from the civil society at more peaceful times. This meant that no specialized psychological care in the form of psychiatrists or psychologists was present during operational deployment

in Lebanon. Soldiers were treated by a multidisciplinary team consisting of a social worker, a medical doctor and a chaplain. The principles of forward psychiatry are only visible in the emphasis on comradery help by fellow soldiers and the regular visits by the social worker. Various medical field guides adverted to the principles of forward psychiatry. Over the years, through a vision of both nature and nurture, the views on mental illness were an important reason that the military mental health policy was hardly focused on implementation of forward psychiatry. The cases show that the thinking and culture in the military organization are important factors in adopting and implementing innovations, even more than bare facts and experiences.

Referenties:

1. Traa M.: Oorlog Tussen de Oren, Trouw 20 april 1992.
2. Jones Edgar, Wessely Simon: Forward Psychiatry in the Military: Its Origins and Effectiveness, Journal of Traumatic Stress 16 (2003) 4, 411-419, 411.
3. Shepard Ben: War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Cambridge 2000, 123.
4. Binneveld J.M.W.: Om de Geest van Jan Soldaat, Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie. Erasmus Publishing, Rotterdam 1995, 183.
5. Binneveld J.M.W.: Herstel op bevel. Beknopte geschiedenis van de militaire psychiatrie, in H.M. van der Ploeg en J.M.P. Weerts (red), Veteranen in Nederland. Onderzoek naar de gevolgen van oorlogservaringen Tweede Wereldoorlog, Politionele Acties, Korea. Lisse 1995, 72.
6. Ministerie van Oorlog: Voorschrift nr. 3308. De psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger te Velde. Handleiding voor de Officier van Gezondheid, 21.
7. Ministerie van Oorlog: De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger. Handleiding voor de Officier van Gezondheid. Voorschrift nr. 3308. 22 juli 1952.
8. Van Donk J.A.: De Geneeskundige Troepen. Een dienstvak zonder toekomst? Nederl Mil Geneesk T 24 (1971) 83-92, 86.
9. Nationaal Archief, Den Haag (hierna: NL-HaNA): 2.13.158, Inspecties van de Wapens en Dienstvakken van de Koninklijke Landmacht inv.nr. 107, Rapport No.2 betreffende werkzaamheden der Sectie van het Hoofd der Sectie. 1946.
10. Van 't Hooft F.: Over Psychische Stoornissen bij Nederlandse Militairen in Indonesië'. Nederl Mil Geneesk T 2 (1949) 7, 193-195.
11. NIMH, Den Haag: 057, Losse Stukken inv. nr. 4336, Stafkwartier C Div. 7 Dec, Acute Psychiatrie te Velde, Batavia, 4 Juli 1947.
12. Van 't Hooft F.: 'Over Psychische Stoornissen bij Nederlandse Militairen in Indonesië', Nederl Mil Geneesk T 2 (1949) 7, 193-195.
13. Doelenman F.: De medische Geschiedenis van een Infanterie-Bataljon der Koninklijke Landmacht Gedurende Drie Jaar Actieve Dienst op Java 1946-1950 (Utrecht 1955), 166.
14. NL-HaNA: Defensie/Inspecties, 2.13.158, inv. nr.198, Jaarverslag van het Hoofd der Sectie Geestelijke Gezondheidszorg 1947.
15. NIMH, Den Haag: 057, Losse Stukken inventarisnummer, 4336, Stafkwartier C Div. 7 Dec, Acute Psychiatrie te Velde, Batavia 4 Juli 1947.
16. Kramer W.: Divisiepsychiatrie. Ervaringen in de Tropen. Nederl Mil Geneesk T 3 (1950) 11-12, 238.
17. NL-HaNA: Defensie, 2.13.62.06, Inspecteur-Generaal van de Geneeskundige Dienst der Land- en Zeemacht, inv.nr. 218, Rapport lichamelijke en geestelijke gesteldheid v.d. troep, Afdeling II KNIL-KL Dienst II A, Mil. Gen. Dienst, 18 december 1947.
18. Van de Kamp A.: Een Onverwerkte Ervaring. Nederl Mil Geneesk T 64 (2011), 5-13, 13.
19. NL-HaNA: Defensie, 2.13.56, Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea, inv.nr. 196, Algemeen Verslag van het Nederlands Detachement Verenigde naties in Korea November 1950 - Oktober 1951.
20. NL-HaNA: Defensie/Inspecties, 2.13.158, inv. nr.198, Jaarverslagen 1946 en 1947 van de Sectie Geestelijke Gezondheidszorg IGDKL. 1947-1948.
21. NL-HaNA: Defensie/Inspecties, 2.13.158, inv. nr. 173, Overzicht van de door de Res. Dir. OVG II K.L. J.A.J. Barnhoorn, Hoofd Sectie Geestelijke Gezondheidszorg I.G.D.K.L. verkregen indrukken betreffende het moreel van de K.L.-troepen in Ned.-Indië. Batavia, 10 Juli 1948.
22. Van de Kamp A.: Een onverwerkte ervaring. Militaire psychiatrie ten tijde van de politionele acties. Nederl Mil Geneesk T 64 (2011) 5-13, 11.
23. Ministerie van Oorlog: De Psychiatrische Verzorging van een Strijdend Leger. Handleiding voor de Officier van Gezondheid. Voorschrift nr. 3308. 22 juli 1952, 6.
24. Ibidem: 18.
25. Van Meurs A.J.: Over de Gevechtsuitputting. Rotterdam 1955, 61.
26. .NL-HaNA: Defensie, 2.13.196, Generale Staf/Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten, inv.nr. 3541, Voorschriften nr. 1300-1 en 2 betreffende lessen van de Koreaanse Oorlog, Deel 2 Lessen van de Koreaanse Oorlog.
27. NL-HaNA: Defensie, 2.13.196, Generale Staf/Staf van de Bevelhebber der Landstrijdkrachten 1945-1972), inv.nr. 3596, Stukken betreffende medische verzorging.
28. NL-HaNA: Defensie, 2.13.56, Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea, inv.nr. 196, Algemeen Verslag van het Nederlands Detachement Verenigde Naties in Korea November 1950 - Oktober 1951.
29. Klep C., Van Gils R.: Van Korea tot Kabul. Den Haag 2005, 150.
30. Bijkerk R., Elands M., Kornaat K.: Oorlogen en Vredesmissies. Ervaringen van Nederlandse veteranen 1940-2010. Amsterdam 2010), 111.
31. Schoenmaker B., Roozenbeek H.: Vredesmacht in Libanon. De Nederlandse deelname aan UNIFIL 1979-1985. Amsterdam 2004, 453.
32. NL-HaNA: Defensie/Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 247, Stukken betreffende het verliezen van mankracht door gevechtsneurosen zoals uitputting, angst, flauwvallen en psychische gevechtsreacties., Brochure 'Psychische gevechtsreacties' opgesteld door staf IGDKL april 1983.
33. NL-HaNA: Defensie/Inspecties, 2.13.158, inv.nr. 168, Beleidsconcept van de Inspecteur inzake de afvoer en behandeling psychiatrische patiënten. IGDKL stafgroep/ sectie Plannen mei 1982, Beleidsconcept afvoer en behandeling psychiatrisch patiënten.

MEDEDELING

Netherlands School of Public & Occupational Health

NSPOH

Klik op de titel van een module voor een link naar meer informatie.
Inlichtingen: www.nspoh.nl, telefoon (030) 8100500, e-mail info@nspoh.nl

Van burn-out naar veerkracht (nieuw)
Zie je regelmatig cliënten met burn-outklachten op je spreekuur? Leer hoe je deze verschijnselen kunt ombuigen naar veerkracht en je dit kunt gebruiken in je advies aan medewerker en leidinggevende.
Voor wie: *bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en A&O-psychologen*
Datum: *10 april 2018, Utrecht*

Professioneel presenteren
Boeiend en overtuigend presenteren kun je leren. Wil je leren hoe je een aansprekende, interactieve presentatie geeft? Zonder dat je nog last hebt van plankenkoorts? Doe dan deze module.
Voor wie: *professionals werkzaam in de public en occupational health*
Datum: *10 april en 8 mei 2018, Utrecht*

Depressie en werk
Onderzoek wijst uit dat depressie de hoogte veroorzaker is van arbeidsverzuim. Heb je te maken met werknemers die uitvallen of dreigen uit te vallen door deze aandoening? Leer hoe je de signalen herkent, beoordeelt en hoe je erover adviseert.
Voor wie: *professionals in occupational health, die direct te maken hebben met werknemers met depressieve klachten.*
Datum: *16 april 2018, Utrecht*

Slaap en werk
Slaap en slaapproblemen hebben grote invloed op de werkprestaties en belastbaarheid van werknemers. Wil je je inzicht vergroten op het gebied van slaap en werk? Ontdek welke behandelingen mogelijk zijn.
Voor wie: *bedrijfsartsen en verzekeringsartsen*
Datum: *16 april 2018, Utrecht*

Kennisdelen voor gezondheidsprofessionals (nieuw)
Als gezondheidsprofessional vergaar je veel kennis. Misschien heb je ook betekenisvolle studies uitgevoerd. Wil jij leren hoe die informatie beter bij jouw doelgroep terecht komt? Zodat zij daar hun voordeel mee kunnen doen? En wil je inzicht krijgen in de psychologie achter online marketing? Doe dan deze nieuwe energieke, hands-on module.
Voor wie: *gezondheidsprofessionals die beter willen leren hoe ze hun boodschap online kunnen delen.*
Datum: *14 mei 2018, Utrecht*

Motiverende gespreksvoering
Veel professionals in occupational en public health houden zich bezig met gedragsverandering. Zij willen dat hun cliënten verstandige keuzes maken: dat ze gezond leven, productief werken, hun kinderen effectief opvoeden, zich inzetten in behandelingen enzovoort. Maak kennis met de processen die een rol spelen bij gedragsverandering en leer hoe je daar als professional invloed op uitoefent.
Voor wie: *professionals in occupational en public health*
Datum: *15 en 22 mei 2018, Utrecht*

Verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychotrauma bij (ex-)militairen

door kolonel-arts mr. J.H.G. Lankhorst[a], luitenant-kolonel-arts M.S. Parlevliet[b], drs. A.M. Koop[c]

Samenvatting

Er zijn circa twintig verzekeringsartsen werkzaam bij of voor het ministerie van Defensie. De werkzaamheden van deze artsen zijn toegespitst op de specifieke populatie van (ex-)militairen. In een eerder artikel in het NMGT is uitgebreid ingegaan op de taken van bedoelde verzekeringsartsen en op de regelgeving die de basis vormt voor hun werkzaamheden[1]. Zo dient na zes maanden ziekte de dienstgeschiktheid van de militair te worden vastgesteld, met andere woorden: er dient te worden beoordeeld of de militair nog in staat is het vak van militair in de volle breedte te vervullen. Een militair heeft recht op een militair invaliditeitspensioen (MIP) als hij blijvend letsel oploopt casu quo invalide raakt tijdens en door de uitoefening van de militaire dienst tijdens een uitzending of een langdurige oefening. Er dient voor toekenning van een MIP een medisch causaal verband te bestaan tussen aandoening en werk. Ook het vaststellen van de medische causaliteit en het bijbehorende percentage militaire invaliditeit is een taak van de verzekeringsarts.

Voorliggend artikel geeft een korte samenvatting van de wijze waarop deze beoordeling tot stand komt. Vervolgens wordt het thans in gebruik zijnde PTSS-protocol toegelicht, aan de hand waarvan de berekening van een percentage militaire invaliditeit plaats vindt. Daarna wordt een casus besproken en worden de problemen waarvoor de verzekeringsgeneeskundigen zich gesteld zien bij de afname van een goede en betrouwbare anamnese, geschetst en wordt aangegeven hoe de vertaalslag plaatsvindt naar een bijpassend percentage invaliditeitspensioen. Ten slotte worden enige recente ontwikkelingen beschreven met betrekking tot het PTSS-protocol.

Militair, PTSS, Dienstverband, Causaliteit

De verzekeringsarts bij Defensie krijgt veel gevallen van PTSS ter beoordeling aangeboden[2]. Deze PTSS is veelal ontstaan als gevolg van psychotrauma's die zijn opgelopen in uitzendgebieden als Libanon, Bosnië, Afghanistan, Irak, enzovoort. Het barema waarmee in geval van fysieke letsels het percentage invaliditeit wordt vastgesteld – De War Pension Committee scale – is gebaseerd op een NAVO-verdrag uit 1949, door Nederland ondertekend in 1953. De door Defensie gehanteerde definitie van het begrip invaliditeit ten tijde van de totstandkoming van de WPC luidde als volgt: 'een vermindering van de anatomische integriteit of functionele capaciteit'. Het ging dus om het missen of niet meer kunnen gebruiken van een lichaamsdeel. Sinds het eind van de jaren zestig werd invaliditeit door de CRvB[3] gedefinieerd als 'de in een percentage uit te drukken mate van lichamelijke en geestelijke tekortkomingen welke de belanghebbende in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in het dagelijks leven in het algemeen ondervindt'. Hier wordt gedoeld op activiteiten in het dagelijks leven, met andere woorden ADL en BDL (bezigheden in het dagelijks leven). Het invaliditeitspensioen werd gezien als periodiek smartengeld; voor de eventuele inkomstenderving was er de WAO en tegenwoordig de WIA.

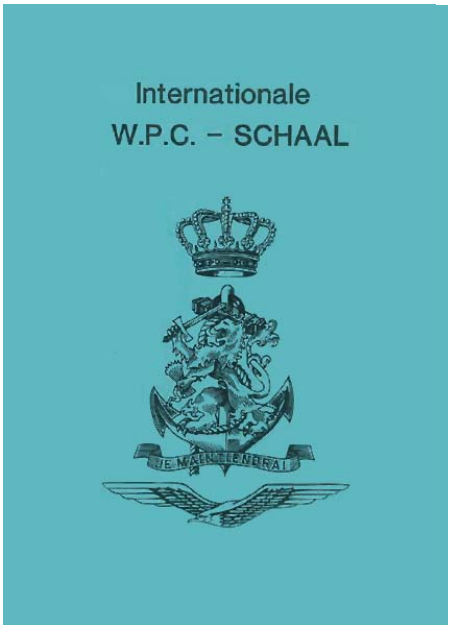


Fig. 1: De WPC-schaal.

Het PTSS-protocol, in gebruik bij de verzekeringsarts van Defensie

De War Pension Committee scale geeft geen richtlijnen voor psychische invaliditeit, bijvoorbeeld in het geval van angststoornissen, zoals blijkt uit onderstaande tekst uit de WPC.

> **Psychoneurosen, neurosen**
> Deze groep omvat de angstreacties, obsessies, phobieën, neurastenie, hysterie en mengvormen, waarvan de terminologie wisselt in de verschillende betrokken landen. Het is niet mogelijk of raadzaam gebleken een schaal op te maken waarnaar de invaliditeit vastgesteld kan worden. Ieder geval is met zijn individuele factoren als afzonderlijk probleem te beschouwen en moet daarnaar beoordeeld worden.

Ook de vorige AMA-guides, de vijfde editie, gaven geen duidelijke handvatten voor het vaststellen van percentages blijvende invaliditeit bij psychische aandoeningen. Daarom is sinds 2004 gewerkt aan de totstandkoming van een protocol om deze percentages vast te stellen[4].
In 2008 werd het PTSS-protocol ingevoerd. In tegenstelling tot hetgeen de naam aangeeft, wordt het protocol bij alle dienstgerelateerde psychische aandoeningen gebruikt. Het protocol is met behulp van externe deskundigen tot stand gekomen[5].
In 2011 heeft onderzoek plaatsgevonden naar de betrouwbaarheid van het protocol. Daaruit kwam naar voren dat de interdokterbetrouwbaarheid goed is en de intradokterbetrouwbaarheid goed tot zeer goed[6].

[a] Verzekeringsarts en van 2013-2018 commandant van het Bedrijf voor Bijzondere Medische Beoordelingen, onderdeel van de Defensie Gezondheidszorg Organisatie van het ministerie van Defensie.
[b] Verzekeringsarts, Bedrijf voor Bijzondere Medische Beoordelingen.
[c] Verzekeringsarts, Bureau Sociaal Medisch Onderzoek, Bijzondere Regelingen Defensie van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds.

Het artikel is met toestemming van de redactie overgenomen uit het Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV) 2017(25);9: 422-426.

Na het verschijnen van de zesde editie van de AMA-guides in 2009, waarin een duidelijke methodiek staat beschreven voor het toekennen van het percentage invaliditeit in geval van psychische schade, heeft een onderzoek plaatsgevonden naar de correlatie tussen percentages invaliditeit, berekend op basis van de AMA-guides en het PTSS-protocol. Het bleek dat er een goede correlatie bestond tussen beide methodieken, waarbij grofweg het PTSS-protocol een tweemaal zo hoog percentage invaliditeit toekende als de AMA-guides zesde editie. Daarnaast bleek dat de uitkomst van het schattingsinstrument bij de beoordeling van de ernst van beperkingen bij psychische aandoeningen onafhankelijk was van de – getrainde – verzekeringsarts[7]. Het PTSS-protocol bevat, evenals de vijfde editie van de AMA-guides, vier rubrieken, te weten activiteiten van het dagelijks leven, sociaal functioneren, adaptatie aan stressvolle gebeurtenissen en de rubriek concentratie, doorzettingsvermogen en tempo. Deze rubrieken zijn onderverdeeld in tien subrubrieken. Zo is de rubriek activiteiten van het dagelijks leven onderverdeeld in de subrubrieken persoonlijke hygiëne en zelfzorg, mobiliteit, slapen en seksuele functie. Iedere subrubriek is onderverdeeld in zes klassen, variërend van 0 (geen beperkingen) tot 5 (extreme beperkingen). Iedere rubriek telt even zwaar en iedere subrubriek telt binnen de rubriek even zwaar, uiteindelijk kan hypothetisch 100% worden gescoord. In tabel 2 wordt voor subrubriek 2 (mobiliteit) de indeling per klasse weergegeven.

Eind 2016 hebben onderzoekers van Toegepast Gezondheid Onderzoek, afdeling Gezondheidswetenschappen van het UMCG, een evaluatie van het protocol uitgevoerd naar aanleiding van gebruikerservaringen die zijn opgedaan sinds de invoering van het protocol[8]. Met de implementatie van de aanbevelingen uit het rapport moet nog een aanvang genomen worden en daarom wordt in dit artikel nog uitgegaan van de oude versie van het protocol.

Een casus uit de praktijk

Het betreft een Afghanistanveteraan, een dertiger. Hij heeft een normale jeugd gehad en vindt zichzelf na zijn uitzending veranderd, hij wil graag weer de 'oude' worden. Nu zijn er problemen in de relatie en is hij vanwege zijn psychische klachten uitgevallen in zijn baan in de metaalindustrie. Hij klaagt over een kort lontje en heeft vaak conflicten. Hij schrikt vaak bij vallende voorwerpen op de werkvloer. Ook heeft hij moeite om zich te concentreren en maakt hij meer fouten. Om dit te voorkomen heeft hij voor zichzelf extra werkcontroles ingebouwd. Het werktempo is daardoor ten opzichte van zijn collega's afgenomen. Hij heeft zich in verband met zijn psychische klachten drie jaar geleden voor de eerste keer ziek gemeld. Hij heeft zijn werk hervat maar is opnieuw uitgevallen. Hij is onlangs voor de WIA-keuring geweest. Hij is gestopt met voetballen, in wedstrijden bleek hij te agressief en kreeg hij keer op keer conflicten. Hij drinkt 's avonds veel alcohol, waarna hij vaak ruzie

Activiteiten van het dagelijkse leven	
Subrubriek 1	Persoonlijke hygiëne, zelfzorg
Subrubriek 2	Mobiliteit
Subrubriek 3	Slapen
Subrubriek 4	Seksuele functie
Sociaal functioneren	
Subrubriek 5	Basale communicatie
Subrubriek 6	Sociale activiteiten
Subrubriek 7	Communicatieve emotionele vaardigheden
Concentratie, doorzettingsvermogen en tempo	
Subrubriek 8	Structuur aanbrengen
Subrubriek 9	Huishoudelijke activiteiten
Adaptatie stressvolle gebeurtenissen	
Subrubriek 10	Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

Tabel 1: De vier rubrieken en tien subrubrieken van het PTSS-protocol.

Mobiliteit (subrubriek 2)*		
Score	Klasse 0 (Definitie)	Zelfstandig met het openbaar vervoer kunnen reizen naar (on)bekende bestemmingen onder wisselende omstandigheden en in wisselende tijdsduur, plannen en vinden route, vervoersbewijs verzorgen en kunnen overstappen. Zelfstandig met auto of fiets deelnemen aan het verkeer in de omgeving van betrokkene.
	Klasse 1	Heeft soms (niet elke dag) moeite met het vinden van de juiste routes. Mist door persoonlijk verminderd functioneren soms aansluitingen openbaar vervoer. Onderkent dit en kan dit zelf corrigeren. Komt zelfstandig op de bestemming aan. Behoeft geen hulp.
	Klasse 2	Heeft soms moeite met het vinden van de juiste routes. Vermijdt druk (stads)verkeer. Vermijdt verblijf langer dan gemiddeld één uur in het openbaar vervoer. Mist soms, niet elke dag, aansluitingen in het openbaar vervoer. Komt wel zelfstandig op bestemming aan. Mijdt onbekende bestemmingen. Wijkt met auto en/of fiets zo weinig mogelijk af van de vaste routes, maar kan dit wel.
	Klasse 3	Mobiliteit is beperkt tot vaste, bekende routes. Niet in staat in druk (stads)verkeer zichzelf te vervoeren. Niet in staat tot verblijf in openbaar vervoer langer dan gemiddeld één uur. Moet in openbaar vervoer om hulp vragen bij het overstappen. Niet in staat tot vervoer per auto/fiets naar onbekende bestemmingen of naar locaties waar betrokkene maar enkele malen per jaar kwam. Beroepsmatig gebruik van eigen vervoer, inclusief woon-werkverkeer niet mogelijk.
	Klasse 4	Zelfstandig vervoer per fiets en auto niet meer mogelijk. Openbaar vervoer alleen mogelijk op vaste rustige stukken zonder overstappen. Anders begeleiding nodig.
	Klasse 5	Volstrekt onmogelijk zelfstandig met openbaar vervoer te reizen. Niet in staat tot vervoer met auto of fiets.

Tabel 2: De indeling in klassen van subrubriek 2: mobiliteit.

heeft met zijn partner. Hij verdraagt het gehuil van zijn pasgeboren baby niet en gaat dan naar buiten, waarna hij soms wel een uur (of langer) weg blijft. Desgevraagd vertelt hij dat het hem doet denken aan zijn traumatische incidenten tijdens de uitzending naar Afghanistan, waar hij veel kinderen heeft horen huilen. Op een dergelijk moment ontstaat er, zo blijkt anamnestisch, een vorm van herbeleving met bijbehorende fysiologische verschijnselen. Hij slaapt slecht in en door. Ook is hij voortdurend op zijn hoede. Uit het dagverhaal blijkt verder dat hij nauwelijks meer het huis uit komt. Hij is het liefst binnenshuis, zit vaak op de bank en komt dan tot niets. Hij gaat niet meer mee uit of mee met boodschappen doen. Hij zet zijn vrouw onder druk om alcohol voor hem te kopen. Zijn vrouw verzucht: 'Ik heb er nog een kind bij'. Zij moet hem instrueren voor alles wat ze gedaan wil hebben. Hij wordt behandeld in een ggz-instelling en volgt momenteel dagtherapie. De diagnose PTSS is gesteld. Er zijn psychofarmaca inclusief slaapmedicatie voorgeschreven.

Het afnemen van de anamnese: een 'kunst'

Tijdens het spreekuur is er aandacht voor de klachten en beperkingen van de veteraan, zijn levensloop (voor, tijdens en na uitzending) en het dagverhaal, met bespreking van eventuele werkzaamheden, hobby's en sociale contacten. Voor het spreekuur wordt ruim de tijd genomen, er moet sprake zijn van daadwerkelijk contact met de veteraan, en deze moet bereid zijn om over zijn klachten te vertellen. Doorgaans duurt een spreekuurcontact 2 uur of meer. Omdat de spanning bij betrokkene tijdens het gesprek fors kan oplopen (bijvoorbeeld tijdens het bespreken van de als traumatisch ervaren incidenten) bestaat de mogelijkheid tot het nemen van een pauze. Ook kan worden vastgesteld hoe betrokkene het gesprek voert, wat zijn concentratievermogen aankan en of hij de structuur in het gesprek kan vasthouden. Indien lichamelijke klachten naar voren worden gebracht, vindt er een lichamelijk onderzoek plaats.

Iedere arts leert tijdens zijn opleiding om een anamnese af te nemen, maar het afnemen van een goede anamnese is een kunst. Voor de verzekeringsartsen die een advies moeten geven over mogelijke dienstverbandaanspraken en een eventueel militair invaliditeitspensioen is het een vereiste om deze kunst goed te verstaan. Ongeacht de omstandigheid dat er bij de cliënt allerlei belangen kunnen spelen, is het voor de arts noodzakelijk het vertrouwen van de cliënt te winnen. Hoewel de verzekeringsarts geen financiële belangen heeft en het ministerie van Defensie een zorgplicht heeft, zijn sommige cliënten (in eerste instantie) wantrouwig. Met een goede introductie en een uitgebreide uitleg over het doel van het onderzoek en de procedure doet de verzekeringsarts een poging het wantrouwen weg te nemen en de cliënt op zijn gemak te stellen.

Het komt voor dat cliënten tijdens de anamnese op verschillende momenten tegenstrijdige antwoorden geven. Het is dan de taak van de verzekeringsarts om deze discrepanties op te helderen. Zo vertelde deze veteraan bijvoorbeeld tijdens de anamnese dat hij zijn huis (bijna) niet uit komt, terwijl hij tijdens de tractusanamnese vertelde dat hij tijdens een voetbaltoernooi afgelopen week geblesseerd geraakt is aan zijn knie. De eerste gedachte zou kunnen zijn dat het dus wel meevalt met het niet uit huis komen. Daarom is het zaak hierover door te vragen. Wat was het voor een toernooi? Wie waren er aanwezig? Op welke positie speelde je? Ben je een goede voetballer? Hebben jullie gewonnen? Dit soort bijkomende vragen zullen mogelijk een heel andere beeld geven. Zo kan hij op advies van zijn behandelaar naar dit toernooi zijn gegaan, maar eerder naar huis zijn gegaan omdat hij de spanning en de grote hoeveelheid mensen niet aankon.

Het is dus belangrijk dat de verzekeringsarts niet te snel tot een bepaalde conclusie komt. Wat helpt is om op verschillende momenten in de anamnese terug te komen op eerdere uitspraken van een cliënt. Vragen als: 'Hoe komt het dat je ondanks je angst om met onbekende mensen te praten toch naar een voetbaltoernooi bent gegaan?' helpen bij de verduidelijking. Ook het vragen om concrete voorbeelden helpt de verzekeringsarts om een goed beeld te krijgen. Pas als de cliënt uitlegt dat constant op zijn hoede zijn in zijn geval betekent dat hij meubels voor zijn slaapkamerraam heeft geschoven en dat hij door de overgebleven kier 's nachts de straat in de gaten houdt, wordt de impact hiervan duidelijk.

Het vaststellen van de mate van beperkingen

De verzekeringsarts werkzaam bij het ministerie van Defensie dient een antwoord te geven op onder andere de volgende vragen:

- Is er sprake van een ziekte, gebrek of verwonding?
- Is er een medisch causaal verband tussen de ziekte, het gebrek of de verwonding en de uitoefening van de militaire dienst?
- Zo ja, wat is de (gemiddelde) mate van invaliditeit ten gevolge van de dienstverbandaandoening(en)?

Gelet op deze vragen wordt tijdens het spreekuur, op grond van het PTSS-protocol, getoetst of de door de behandelende sector gestelde diagnose (in casu PTSS) op de juiste gronden is gesteld. Bij twijfel kan er zo nodig een psychiatrische expertise plaatsvinden. Het PTSS-protocol is gebaseerd op de DSM-IV-TR. Een van de belangrijke traumatische criteria behelst een gevoelskwestie: 'Wat voelde de veteraan op dat moment?'

A. De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn: (1) … (2) tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw;
DSM-IV-TR, A-criterium PTSS.

Overigens is dit gevoelscriterium in het kader van de DSM-5 verlaten.

In casu is er bij betrokkene sprake van trauma's met ervaren doodsangsten: hij was op korte afstand meerdere keren bedreigd, zag hoe een voertuig dat voor hem reed op een bermbom reed, heeft eerste hulp verleend, enzovoort. Daarnaast is sprake van uitzendingsgebonden nachtmerries/herbelevingen, geprikkeldheid (ook tijdens het spreekuur), slaapproblemen en vermijdingsgedrag ten aanzien van uitzendingsgebonden onderwerpen. Zo kijkt hij geen oorlogsfilms op tv, beperkt hij het contact met veteranen, wil hij nooit meer terug naar Afghanistan, is hij bij confrontatie met moslims in traditionele kledij bijzonder op zijn hoede en wantrouwt hij onbekenden, wat inhoudt dat hij bij nieuwe contacten eerst 'de kat uit de boom kijkt'. Hij zegt niet meer over obstakels op het wegdek te rijden, waarmee hij doelt op putdeksels, overwaaiende plastic zakken en dergelijke. Daarnaast heeft hij veel beveiliging, waaronder extra sloten, aangebracht in zijn woonhuis en heeft hij een honkbalknuppel naast zijn bed liggen.

Als de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er sprake is van een medisch causaal verband tussen de aandoening en het werken bij Defensie onder bijzondere

omstandigheden, spreken we van een ‘dienstverbandaandoening’. Cliënt heeft dan ‘dienstverbandaanspraken’. Vervolgens dient de verzekeringsarts een zo zorgvuldig mogelijke vertaling van de klachten naar de feitelijke beperkingen en het daarbij behorende invaliditeitspercentage te maken.
Het verzekeringsgeneeskundig protocol angststoornissen van de Gezondheidsraad geeft aan dat het spectrum van mogelijke functiebeperkingen kan variëren van zeer breed tot zeer specifiek en ook afhankelijk is van comorbiditeit[9], maar het geeft geen adviezen over de manier waarop de verzekeringsarts de beperkingen moet vaststellen.
Het eerdergenoemde PTSS-protocol helpt de verzekeringsarts door middel van een scoringslijst om te adviseren over een invaliditeitspercentage passend bij de ervaren beperkingen.
Overigens heeft het vaststellen van de beperkingen niet als doel te beoordelen in hoeverre de cliënt nog in staat is loonvormende arbeid te verrichten, maar wel in hoeverre hij nog in staat is te functioneren in ADL en BDL, gelet op de eerder gegeven definitie van invaliditeit. Dit leidt ertoe dat de beperkingen zoals omschreven door de arts werkzaam bij Defensie, van een totaal andere aard zijn. Er worden geen beperkingen in het werk vastgesteld, die worden vastgelegd in een FML, maar beperkingen in bijvoorbeeld de persoonlijke hygiëne en zelfzorg, de mobiliteit, het slapen en de seksuele functie.

Aandachtspunten

- Voor het toekennen van een militair invaliditeitspensioen dient er sprake te zijn van medische causaliteit tussen aandoening en werk.
- In 2008 werd het PTSS-protocol ingevoerd.
- Door middel van het PTSS-protocol wordt het percentage invaliditeit berekend bij alle dienstgerelateerde psychische aandoeningen.
- Een uitgebreide en diepgaande anamnese is onontbeerlijk bij het vaststellen van de beperkingen.
- Evaluatie van het PTSS-protocol heeft tegengestelde belangen gesignaleerd.

Tot slot

Na het vaststellen en scoren van de beperkingen wordt de score geconverteerd in een percentage militaire invaliditeit. Dit percentage wordt meegedeeld aan het ABP (Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds), waarna tot betaling kan worden overgegaan. De hoogte van dit militaire invaliditeitspensioen hangt samen met de ernst van de beperkingen. Dit leidt ertoe dat de behandeling, die tot doel heeft de klachten te reduceren, op gespannen voet staat met de beoordeling, waarbij ernstiger klachten leiden tot een hoger percentage MIP. Gedurende de evaluatie van het PTSS-protocol zijn deze tegengestelde belangen gesignaleerd. ‘De aandacht voor het MIP-percentage verstoort de behandelingsvoortgang.[10]’ Daarnaast bleek gedurende de evaluatie bijvoorbeeld ook dat de invoering van het PTSS- protocol heeft geleid tot een aanzienlijke daling van het gemiddelde percentage toegekende MIP. Ook bleek een subrubriek, te weten seksuele functie (subrubriek 4), vrijwel altijd de score 0 op te leveren. Met het nader uitwerken van de aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie, en het omzetten daarvan in aanpassingen aan protocol en werkwijze, moet nog een aanvang worden gemaakt. Mogelijk kan in een volgend artikel aan de orde komen hoe met deze en andere knelpunten is omgegaan.

SUMMARY

INSURANCE MEDICINE ASSESSMENT OF PSYCHOTRAUMA IN (EX) MILITARY

In an earlier article on insurance medicine, policies, laws and regulations concerning the work of the insurance physicians working for the Dutch MOD, were described (see footnote 1). In the present article a brief summary of the work of these insurance physicians and the regulations used is given. Subsequently the protocol (*PTSS-protocol*) used to determine the impairment rate is explained. Thereafter a case of a soldier who developed PTSS after returning from a mission, is given. The problems an insurance physician faces when trying to obtain a good and reliable anamnesis, are described. Next the conversion into a matching impairment rate is elaborated upon. At last some recent developments concerning the PTSS-protocol are given.

Referenties:

1. Lankhorst J.H.G.: Verzekeringsgeneeskunde en het ministerie van Defensie; een bijzondere combinatie? Nederl Mil Geneesk T 2016;69:64-72.
2. De Raad J., Mooren R., De Boer H.: De incidentie van erkende, uitzendgerelateerde psychische klachten onder militairen bij pensioenkeuringen van 2008 tot en met 2010. TBV 2012;20(6):261-5.
3. Bijvoorbeeld: CRvB 2 december 1971, AMP 1971/3; MRT 1972:223.
4. PTSS WIA-IP protocol Defensie 2007.
5. Willems J.H.B.M., Paulusma-de Waal J.H., Van Kessel J.G.F.M.: De beoordeling van psychische invaliditeit bij uitgezonden militairen: een voorstel voor een nieuw meetinstrument. TBV 2007;15(2):61-7.
6. Fokkens A.S., Groothoff J.W., Van der Klink J.J.L., Popping R., Stewart R.E., Van de Ven L. et al.: The mental disability military assessment tool: a reliable tool for determining disability in veterans with post-traumatic stress disorder. J Occup Rehabil DOI 1O.1007/slO926-014-9563-0, published online 09 januari 2015.
7. Fokkens A.S., Groothoff J.W., Van der Klink J.J.L., Popping R., Stewart R.E., Van de Ven L. et al.: Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol. GAVscoop 2015;1:8-11.
   Fokkens A.S., Groothoff J.W., Van der Klink J.J.L., Tuinstra J.: Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol, II. Een vergelijking tussen de schattingsmethodiek PTSS protocol, het PIM rapport en de schattingsmethodiek AMA-guides 6e druk, bij psychische aandoeningen. TGO, UMCG; 2012.
8. Fokkens A., Bakker R.H., Brouwer S., Holwerda A., Tuinstra J., Dijkstra G.: Evaluatie Schattingsmethodiek PTSS-protocol. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen/Toegepast Onderzoek; december 2016;172. http://www.rug.nl/research/portal/publications/ evaluatie-schattingsmethodiek-ptssprotocol(- 5d21ee3f-72a8-4d2b-9ff4-537b41e81a3b).html
9. Verzekeringsgeneeskundige protocollen Angststoornissen Beroerte Borstkanker, Gezondheidsraad; 2007:17.
10. Aanbieding evaluatie PTSS-protocol, Minister van Defensie, 22-12-2016, BS2016034744. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/ 2016/12/22/aanbiedingsbrief-met-evaluatie-ptss-protocol

Met bovengemiddelde belangstelling heb ik als radioloog en echografieliefhebber het artikel 'Wat is de sensitiviteit van echografie als triagetest voor het uitsluiten van een peesruptuur van de gluteus medius of de gluteus minimus?" van M.A. Paantjens in het NMGT van september jl. gelezen.

Graag wil ik door middel van dit schrijven reageren op het artikel.

Allereerst wil ik over de opzet van de critical appraised topic (CAT) het volgende kwijt. Er wordt in het artikel de vraag gesteld met welke zekerheid echografie in staat is een ruptuur van de gluteuspezen uit te sluiten. Om deze vraag te beantwoorden wordt in dit artikel de sensitiviteit als testkarakteristiek besproken. Echter in de praktijk zijn clinici met name geïnteresseerd in de voorspellende waarde (positief en negatief voorspellende waarde [PVW en NVW] van een test). Mijns inziens is bij de vraag met welke zekerheid echografie in staat is om een ruptuur van de gluteuspezen uit te sluiten met name de NVW van echografie van belang. Vervolgens wordt er echter gesproken over de sensitiviteit van echografie.

De 'NVW' en de 'sensitiviteit' zijn evenals de 'PVW' en 'specificiteit' verschillende entiteiten. De in het artikel van Paantjens vermelde ezelsbrug met de acroniemen SPIN (Specificity rule in) en SNOUT (Sensitivity rules out) geeft aan dat er een sterke relatie bestaat tussen deze entiteiten. Maar de sensitiviteit van een diagnostisch onderzoek is wel degelijk iets anders dan de NVW. De NVW zou dus een beter antwoord geven op de gestelde onderzoeksvraag met welke zekerheid echografie in staat is een ruptuur van de gluteuspezen uit te sluiten.

Bij het interpreteren van predictieve waardes is de prevalentie van de aandoening in de onderzoekspopulatie cruciaal. De prevalentie beïnvloedt de voorspellende waarde van elke test. Dat wil zeggen dat dezelfde diagnostische test een verschillende voorspellende accuratesse heeft, afhankelijk van de onderzoekspopulatie waarin je hem toepast.

De studie van Fearon, een pilotstudie in 24 patiënten, includeert 24 patiënten waarvan allen een gluteus minimus of medius peesruptuur hebben. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de PVW 100% is. De NVW wordt niet vermeld want deze kan ook niet berekend worden (er zijn namelijk geen zogenaamde 'true-negatives' geïncludeerd). De studie van Fearon kan dan ook mijns inziens niet gebruikt worden om de vraagstelling van de CAT te beantwoorden.

De studie van Connell includeert 75 patiënten waarbij in 22 een operatie is verricht. Als gouden standaard werd de bevinding tijdens chirurgie gebruikt. Wat de gouden standaard in de overige patiënten was is mij niet duidelijk.

In mijn dagelijkse (echo)praktijk met militairen in het Centraal Militair Hospitaal, maar ook oudere patiënten en (top) sporters in het Universitair Medisch Centrum Utrecht ervaar ik dat het echografisch stellen van de diagnose peesruptuur van de gluteus musculatuur (medius dan wel minimus) erg lastig is. In de klinische praktijk wordt bij onduidelijkheid op basis van echografisch onderzoek meestal een MRI-scan vervaardigd en niet direct een operatie verricht. Door het verloop van de genoemde gluteuspezen ter hoogte van de aanhechting op het trochantermassief heeft echografie namelijk snel last van anisotropie (artefactvorming). Daarnaast is er vooral bij de niet-militaire of sportende patiënt regelmatig veel tussenliggend vetweefsel in deze regio, wat het zicht verstoord. Verder kan het echografisch lastig zijn vocht in een bursa te onderscheiden van vocht in het kader van een ruptuur. Om deze redenen was ik verrast door de hoge PVW van 95% en NVW van 96% die in een van de twee door Paantjens bestudeerde onderzoeken (Connell et al.) die specifiek over echografie bij gluteusrupturen gaan, staan vermeld. Op basis van deze getallen formuleert Paantjens de volgende conclusie: *'Uit de primaire studies kan worden geconcludeerd dat echografie voor een peesruptuur van de gluteus medius of de gluteus minimus, een sensitiviteit heeft van 79-90%. Daarmee lijkt echografie een bruikbare triagetest voor het uitsluiten van een ruptuur'.*

Helaas volgt de nuancering pas na de conclusie in het commentaar waarin Paantjens uitlegt dat de resultaten zijn gebaseerd op slechts twee studies van lage kwaliteit waarin multiple soorten bias een rol spelen. Om te voorkomen dat we vanaf nu enorme aantallen echoaanvragen krijgen met de vraagstelling gluteusruptuur, waarbij we aanvragers en patiënten moeten teleurstellen met inconclusief onderzoek, wil ik pleiten voor een conclusie waarin het 'commentaar' wordt meegenomen.

Een mijns inziens meer passende conclusie zou dan als volgt kunnen luiden:
'Uit de literatuurstudie blijkt dat er geen goed onderzoek beschikbaar is ten aanzien van de waarde van echografie voor de diagnostiek van een peesruptuur van de gluteus medius of gluteus minimus. De gevonden literatuur suggereert een bruikbare rol voor echografie, maar hier moet meer onderzoek naar worden gedaan'.

Met vriendelijke groet,

Kolonel-arts Frank Nap
Radioloog

In aansluiting op deze reactie schreef de auteur het volgende weerwoord:

Ik wil collega Nap bedanken voor zijn interesse en reactie op het artikel: "Wat is de sensitiviteit van echografie als triagetest voor het uitsluiten van een peesruptuur van de gluteus medius of de gluteus minimus?"

Ik kan mij prima vinden in het voorstel om de sectie conclusie uit het artikel te nuanceren met de sectie commentaar. Het echografisch aantonen of insluiten van pathologische veranderingen van de gluteus mediuspees of de gluteus minimuspees, valt echter volledig buiten de scope van dit artikel.

Echografie is ingezet als triagetest, zoals in de titel en klinische vraagstelling is aangegeven.
De doelstelling van triagediagnostiek richt zich niet primair op het verbeteren van de diagnostische accuratesse, maar op het reduceren van de hoeveelheid invasieve, patiënt belastende, of kostbare onderzoeken[1]. Bij triage wil je, vanwege gevolgen voor verdere diagnostiek of behandeling, vroeg in het diagnostisch proces een aandoening uitsluiten. Dit scenario is van toepassing op de patiënt in dit "critical appraised topic". Voor triageren is sensitiviteit wel degelijk de aangewezen diagnostische waarde[2]. Een negatieve

testuitslag van een hoog sensitieve test zal, naarmate te sensitiviteit hoger is, resulteren in een beperkter aantal fout-negatieve testuitslagen.
Als clinicus wil je met een triagetest fout-negatieve testuitslagen immers zoveel mogelijk beperken.

De negatief voorspellende waarde is inderdaad sterk afhankelijk van de prevalentie van ziekte.
De resultaten van negatief voorspellende waardes uit diagnostische studies, die veelal worden verricht in tweedelijnspopulaties, zijn daarom vaak niet generaliseerbaar naar andere patiëntpopulaties, zoals een sportmedische populatie.

M.A. Paantjens MPt
Fysiotherapeut/manueeltherapeut en onderzoeker
Afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie
Koninklijke Landmacht

Referenties
1. Bossuyt P.M., Irwig L., Craig J., Glasziou P.: Comparative accuracy: assessing new tests against existing diagnostic pathways. BMJ 2006 May 6;332(7549):1089-92.
2. Scholten R.J.P.M., Offringa M., Assendelft W.J.J.: Inleiding in evidence based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Vierde druk. Houten 2014. Pagina 46.

Aanmelden voor abonnement NMGT

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

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

Uitstromend personeel
Wanneer u als militair of burgermedewerker binnenkort de dienst verlaat dan kunt u het abonnement op het digitale NMGT kosteloos voortzetten.
U hoeft dan alleen maar uw naam, adres, woonplaats en e-mailadres door te geven aan de secretaris van het tijdschrift.
E-mailadres: a.sondeijker.01@mindef.nl of a.sondeijker@kpnmail.nl

De secretaris NMGT
A. Sondeijker

Defensie Ondersteuningscommando
Ministerie van Defensie

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 11, november 2017

Veiligheid en Arbo

Aanvragen beeldschermbril tijdelijk niet mogelijk

Het is momenteel niet mogelijk om een beeldschermbril aan te vragen. Zodra meer bekend is over de (nieuwe) aanvraagprocedure, wordt dit op DIGION vermeld.

Bedrijven DGO

Column Commandant Defensie Tandheelkundige Dienst

Kapitein ter zee-tandarts Bart van den Heuvel, commandant Defensie Tandheelkundige Dienst, heeft het 'estafettestokje' voor de driewekelijks verschijnende column op de DGO-site overgenomen van commandeur-arts Remco Blom. Lees hier op intranet zijn column.
Kolonel Rik Bergman, commandant Militair Geestelijke Gezondheidszorg heeft de volgende column geschreven. Zijn column leest u hier op intranet.

(Civiele)Richtlijnen/instructies

KNMG-handreiking voor artsen over het opnemen van gesprekken door patiënten

Veel artsen hebben wel eens meegemaakt dat een patiënt een gesprek wil opnemen. Een geluidsopname kan de zorgverlening ondersteunen en patiënten grip geven op het zorgtraject. Vooral bij een emotioneel beladen gesprek kan het voor een patiënt prettig zijn een gesprek terug te luisteren om samen met naasten de gedachten op een rij te zetten en een besluit te nemen. Tegelijk kan het maken van een geluidsopname ook ongemakkelijk voelen en het gesprek beïnvloeden. Een deel van de artsen maakt zich bijvoorbeeld zorgen over verspreiding van de opname via social media en verstoring van de vertrouwensrelatie. Met de '*Handreiking voor artsen over het opnemen van gesprekken door patiënten'* wil de KNMG artsen ondersteunen bij het goed integreren van het opnemen van gesprekken in de praktijk. In de handreiking wordt beschreven wat de regels zijn en hoe hiermee om te gaan. De handreiking is hier via internet te downloaden.

Rapporten

Twee promotieonderzoeken over teken

Het aantal gevallen van de ziekte van Lyme en andere ziekten die teken kunnen overbrengen neemt toe. Dit concluderen twee RIVM-onderzoekers die onlangs promoveerden met hun onderzoek naar teken en ziekteverwekkers die door teken overgedragen kunnen worden. Teken kunnen de bacterie die de ziekte van Lyme veroorzaakt met zich meedragen, maar ook allerlei andere bacteriën en virussen. Zo toonde onderzoekster Seta Jahfari voor het eerst het tekenencefalitisvirus en Borrelia miyamotoi in Nederland aan. Beide kunnen hersen(vlies) ontsteking veroorzaken. Jahfari concludeert in haar onderzoek dat ongeveer de helft van alle teken één of meerdere ziekteverwekkers met zich meedraagt.
Agnetha Hofhuis laat met haar onderzoek zien dat het aantal gevallen van een rode vlek of ring – een zogenoemde erythema migrans – tussen 1994 en 2014 verviervoudigde. Hofhuis laat met haar onderzoek zien dat de gemiddelde kans om de ziekte van Lyme te krijgen na een tekenbeet 2,6% is.
Beide promovenda geven als aanbeveling mee dat artsen moeten letten op mogelijke co-infecties bij de verdenking op de ziekte van Lyme. Jahfari pleit voor aanvullend onderzoek bij patiënten die aanhoudende symptomen hebben na een tekenbeet of de ziekte van Lyme. Hierbij geeft ze mee dat antibiotica niet helpen bij virussen of infecties met protozoa (kleine eencellige organismen) die in teken voor kunnen komen. Hofhuis en Jahfari pleiten daarnaast voor de ontwikkeling en validatie van nieuwe laboratoriumtests om tekenoverdraagbare ziekten, anders dan de ziekte van Lyme, te kunnen identificeren.
De proefschriften zijn via de internetsite van het RIVM te downloaden.

18 januari Kennissharing operationele gezondheidszorg

Op 18 januari organiseert het kenniscentrum Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum alweer de zevende kennissharing operationele gezondheidszorg. De onderwerpen van deze middag zijn: Frontex, Geneeskundig logistieke keten en assortiment, Resolute Support Afghanistan en Algemeen Militair Verpleegkundige tijdens Vessel Protection Detachment inzet. Voor artsen en verpleegkundigen zijn accreditatiepunten aangevraagd. De registratie hiervoor vindt op de dag zelf plaats, zowel bij binnenkomst als na afloop van de middag. Vooraf aanmelden is noodzakelijk. Diegenen die voor accreditatiepunten in aanmerking willen komen, moeten daarvoor bij aanmelding hun BIG-registratienummer opgeven. U kunt zich per e-mail opgeven bij: EC.Wilcke@mindef.nl
Praktische informatie:
Ontvangst: 13.00 - 13.30 uur.
Tijd programma: 13.30 - 17.00 uur.
Locatie: Dr. Aletta Jacobszaal, KEK-complex, Korporaal van Oudheusdenkazerne in Hilversum (Noodweg 37).
Voor meer informatie kijk ook op de site van het kenniscentrum.

Jaarlijkse oefening Calamiteitenhospitaal

Op zaterdag 4 november is de jaarlijkse oefening van het Calamiteitenhospitaal in Utrecht gehouden. Het Calamiteitenhospitaal is de enige in zijn soort in Europa en gaat alleen bij een ramp of calamiteit open. Om getraind te blijven is er één keer per jaar een (grote) oefening om de procedures te testen. Werkt de medische keten naar behoren? Hoe komen de patiënten binnen? Hoe verloopt hun registratie? Het scenario voor deze oefening kwam van binnenuit; er was een gasexplosie in het Centraal Militair Hospitaal. Lees hier op intranet het volledige nieuwsbericht over de oefening.

Duurzaam Gezond Inzetbaar

Terugblik op het DGO-symposium

Nadat plaatsvervangend Commandant der Strijdkrachten, luitenant-generaal Martin Wijnen en Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie, commandeur-arts Remco Blom het symposium openden, was arts-onderzoeker Machteld Huber de eerste plenaire spreker. Zij trapte de dag meteen passend

af, door de 'nieuwe' definitie van gezondheid toe te lichten: *Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.* Verschillende facetten van deze brede definitie van gezondheid worden onderscheiden en geoperationaliseerd door het Instituut voor Positieve Gezondheid (iPH, meer informatie zie internet). Deze facetten overlappen met de vier kwadranten waar het Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI) team zich mee bezighoudt, en waar de subsessies tijdens het symposium naar ingedeeld waren: beweging, voeding, slaap en mentale kracht. Tijdens deze subsessies kwamen sprekers van Defensie, de wetenschap, de civiele zorg, de industrie en de topsport aan het woord om hun visie, projecten en producten te delen.
Het DGI-team kijkt positief terug op het symposium. Tijdens de dag is veel gediscussieerd en er zijn veel ideeën ontstaan en aangeleverd. Ook de reacties van de deelnemers zijn overwegend positief: het symposium werd gemiddeld met een 8 beoordeeld en 89% van deelnemers vond het programma inhoudelijk goed of uitstekend. Aan het eind van de dag gaf 68% van de aanwezigen aan dat zij wisten wat 'duurzaam gezond inzetbaar' voor hen kon betekenen en nog eens 29% gaf aan al een beter beeld hiervan te hebben gekregen na het symposium. Het DGI-team heeft veel werk voor de boeg binnen de organisatie en praat graag verder met geïnteresseerden! Op de intranetpagina van het DGI-kernteam kunt u meer informatie en onze contactgegevens vinden.
De beschikbaar gestelde presentaties van het symposium zijn hier op intranet terug te vinden.

Onderhoud

Wijziging aanvraag onderhoud

Met ingang van 1 oktober is er een wijziging met betrekking tot de aanvraag van preventief en correctief onderhoud bij het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC). De wijziging houdt in dat alle verzoeken voor onderhoud vanaf 1 oktober via SAP aangevraagd moeten worden. Voor een toelichting op deze nieuwe werkwijze verwijst het MGLC naar de nieuwe werkinstructie (Werkinstructie aanvraag onderhoud aan gnk gebr app bij het MGLC WIK 400) welke u kunt vinden op de webpagina.

Therapieën/behandelmethodes

Artikelen m.b.t onderbeenklachten in het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift (NMGT)

In het novembernummer (2017, nr. 6, p. 138-148) van het NMGT is een drietal artikelen verschenen over onderbeenklachten. Eén artikel over de follow-up van de pilot naar de toepassing van patiëntgerapporteerde uitkomsten, een artikel over de toepasbaarheid van Patient Reported Outcome Measures (PROMs) en Patient Reported Experience Measures (PREMs) en tot slot een artikel over de preventie van onderbeenklachten bij de aanstellingskeuring. De artikelen zijn hier op intranet te lezen.

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

Reacties of onderwerpen kunt u mailen naar p.burema@mindef.nl
Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het intranet en op de startpagina Gezondheidszorg Defensie:
Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247 of per e-mail: p.burema@mindef.nl

Defensie Ondersteuningscommando
Ministerie van Defensie

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 12 december 2017

(Civiele) Richtlijnen/instructies

Richtlijn Militair geneeskundig verwijs- en terugkoppelingsbeleid herzien (RMG/003)

De richtlijn Militair geneeskundig verwijs- en terugkoppelingsbeleid (RMG/003) is herzien. Deze richtlijn beschrijft het militair verwijsbeleid naar civiele zorgverlening door of namens de verantwoordelijk militair arts (VMA) of militair tandarts en het terugkoppelingsbeleid van Univé / Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) aan Defensie.
De voornaamste wijziging betreft de verduidelijking van de verwijscriteria, die beter zijn afgestemd op de geldende voorwaarden van de SZVK.
In de richtlijn wordt verwezen naar de folder 'De militair en civiele zorgverlening: folder voor militairen in actieve dienst'.
Deze folder is herzien en gelijktijdig met deze herziening is de 'Brochure geneeskundig verwijsbeleid militairen' ingetrokken.
De vernieuwde folder kan hier op intranet worden gedownload.
Op intranet is ook de reproversie gepubliceerd. Gezondheidscentra kunnen deze versie aan de 'eigen' reproafdeling aanbieden om te laten drukken tot folder.

Jaarverslagen

Toezichtplannen FG en IMG

Onlangs is het toezichtjaarplan van de Functionaris voor de Gegevensbescherming (FG) verschenen. De eerste helft van 2018 zal zij voornamelijk toezicht houden op de uitvoering van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).
De Wbp-meldingen van verwerkingen van persoonsgegevens, met complete bijbehorende dossiers zoals bewerkersovereenkomsten met externe partijen zijn een aandachtspunt. Gedurende het jaar voert de FG toezichtbezoeken uit, al dan niet samen met de Beveiligingsautoriteit (BA) en de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG). Gepland is dat de FG voor eind mei 2018 DGO-bedrijven zal bezoeken, zoals het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid en het Centraal Militair Hospitaal. De Wbp-Points of Contact van de DGO-bedrijven zijn separaat geïnformeerd.

In het toezichtjaarplan van de IMG is te lezen dat zij in 2018 de nadruk legt op de operationele zorg (borging deskundigheidsonderhoud operationele zorgverleners, materiële

en personele capaciteit, geneeskundige planning en logistiek en de organisatie van de gewondenafvoerketen) en infrastructuur van het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf / de Defensie Tandheelkundige Dienst (en Paresto).

In totaal kent Defensie vijf toezichthouders (Directeur Militaire Luchtvaart Autoriteit; Commandant Korps Militaire Controleurs Gevaarlijke Stoffen; Inspecteur Militaire Gezondheidszorg, Functionaris voor de Gegevensbescherming en de Hoofddirecteur Bedrijfsvoering in zijn rol van Beveiligingsautoriteit).
Alle toezichtjaarplannen zijn hier op intranet gepubliceerd te vinden.

Operationele gezondheidszorg

Kamerbrief 'Medische zorg in Mali'
Het kabinet heeft bevestiging gekregen van de Verenigde Naties (VN) met betrekking tot de afspraken over de medische keten in Mali. In de kamerbrief 'Medische zorg in Mali' zijn drie punten vastgelegd die voor Nederland van belang zijn. Het kabinet is van mening dat de afspraken die Nederland met de VN heeft gemaakt over de inzet voor medische evacuatie, meer dan voldoende zijn om de operaties vanuit en rondom de militaire basis in Kidal te hervatten. Lees hier op intranet de volledige kamerbrief.

Therapieën/behandelmethodes

Scheenbeenklachten doorverwijzen naar Onderbeenspreekuur poli Chirurgie
Het komt voor dat verwijzers van gezondheidscentra cliënten met scheenbeenklachten doorverwijzen naar de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF). Dit is niet juist. Deze cliënten moeten worden doorverwezen naar het Onderbeenspreekuur poli Chirurgie CMH (combinatiespreekuur van sportarts TGTF, chirurg en revalidatiearts). De poli is telefonisch bereikbaar onder nummer 030-2502025.

Medische dossiers

Wijziging postbusnummer Semi-Statisch InformatieBeheer
In verband met de verhuizing van de Defensie Materieel Organisatie naar Utrecht is het postbusnummer van de afdeling Semi-Statisch InformatieBeheer (SIB) gewijzigd. U kunt bij het SIB onder andere terecht voor het laten archiveren van medische dossiers.
Het volledige postadres is:
Semi-Statisch InformatieBeheer (SIB)
Defensie Materieel Organisatie
Ministerie van Defensie
Postbus 90125 I 3509 BB I Utrecht I MPC 59K

Bedrijven DGO

Revalidatie-Elektronisch Patiëntendossier (R-EPD) voor het Militair Revalidatiecentrum Aardenburg (MRC)
Vanaf 4 december werken de artsen en behandelaars bij het Militair Revalidatiecentrum Aardenburg (MRC) niet meer met papieren, maar met digitale dossiers om de gegevens van de revalidanten in op te slaan. Met behulp van het zogeheten R-EPD (Revalidatie-Elektronisch Patiëntendossier) verloopt dossiervorming en gegevensuitwisseling efficiënt en effectief en de privacy van de revalidanten is hiermee nog beter gewaarborgd. Een andere belangrijke reden om op het R-EPD over te gaan is de 24/7-beschikbaarheid van het dossier en de dienstdoende professionals kunnen het dossier inzien en bijwerken op verschillende werkplekken op het terrein van het MRC. Hierdoor kan efficiënter samengewerkt worden dan met een papieren dossier en is de afstemming tussen de behandelaars een stuk eenvoudiger.

Telefonische bereikbaarheid Frontoffice MGLC uitgebreid
Om klanten nog beter van dienst te kunnen zijn heeft het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC) met ingang van 4 december 2017 de telefonische bereikbaarheid van de Frontoffice MGLC uitgebreid. De Frontoffice is nu tijdens werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 16.00 uur.

Vakmensen in beeld
Om te laten zien wie nu eigenlijk bij het Defensie Ondersteuningscommando werken en wat zij voor de klant kunnen betekenen is op intranet een serie gestart waar iedere keer iemand anders een kijkje in zijn/haar werk geeft. Vanuit de Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) is aan deze serie meegewerkt door onder andere majoor-arts Maarten, huisarts bij het Eerstelijns Gezondheidsbedrijf (EGB) en luitenant ter zee der eerste klasse Lianne, tandarts bij de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD).
De volledige serie is hier op intranet terug te vinden.

De mens in de militaire gezondheidszorg
Geen organisatie kan draaien zonder mensen. Hoeveel machines er ook zijn, de mens bouwt en bedient nog altijd deze machines. De mens is onmisbaar in een organisatie. Dat geldt zeker ook voor Defensie en in het bijzonder de militaire gezondheidszorg. Zo begint de column van de commandant DGO in de reeks van de driewekelijks verschijnende columns op de DGO-site.
Lees hier verder.

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Decemberduik Onderzeedienst voor meer vitaliteit
Een wat vreemde gewaarwording op Marinebasis Den Helder halverwege december. Een grote groep mannen in zwembroek rent over het terrein richting Onderzeedienst. Nog opmerkelijker: ze springen vanaf onderzeeboot Zr. Ms. Walrus in het koude zeewater.
Voor ongeveer vijftig operationele bemanningsleden van de Onderzeedienst stond de dag volledig in het teken van het project Das Boost: het vitaliteitsprogramma voor het welzijn van de onderzeedienstmedewerkers aan boord. Het trotseren van het koude havenwater vormde een teambuildingactiviteit die de rest van de dag inleidde.
De Onderzeedienst deed de afgelopen twee jaar aan boord van de boten onderzoek. In de onderzeeboten zijn de mogelijkheden voor sport en beweging beperkt, de luchtkwaliteit neemt tijdens operaties af en lang slapen zit er niet in door de intensieve wachtcycli. Daar staat tegenover dat bemanningsleden aan strenge medische eisen moeten voldoen om inzetbaar te zijn, zowel psychisch als lichamelijk.
Lees het volledige nieuwsbericht op intranet.

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

Reacties of onderwerpen kunt u mailen naar p.burema@mindef.nl
Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het intranet en op de startpagina Gezondheidszorg Defensie:
Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247 of per e-mail: p.burema@mindef.nl

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

E-mail: nmgt@mindef.nl