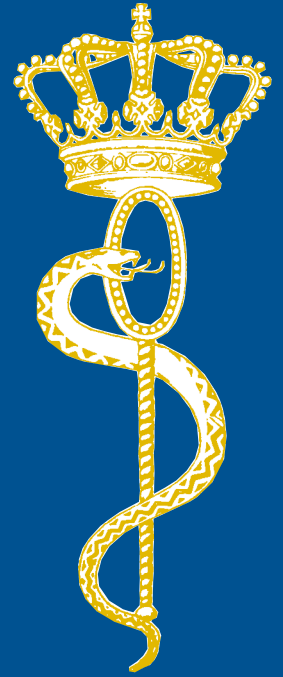


# NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS  
74e JAARGANG  
SEPTEMBER 2021 - NR. 5



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**

**D.G.A. Knotnerus-Janssen**  
majoor-apotheker  
**E.G.J. Onnouw**  
kolonel-vliegerarts  
**R.A.G. Sanches**  
kapitein-luitenant ter zee-arts b.d.  
**F.J.G. van Silfhout**  
luitenant-kolonel-tandarts  
**N.R. van der Struijs**  
kapitein ter zee-arts  
**Prof. dr. H.G.J.M. Vermetten**  
kolonel-arts  
**Prof. dr. W.O. Zimmermann**  
luitenant-kolonel-arts

**ADMINISTRATIE**

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

**AANMELDEN ABONNEMENT**

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

**VOORBEHOUD**

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

Niets uit deze uitgave mag worden veeleevoudigd  
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:** ..... 209  
Aanmelden voor abonnement NMGT ..... 223

**Mededelingen:**  
Nieuwsbrief DGO, juli en augustus 2021 ..... 230  
Nieuwsbrief DGO, september 2021 ..... 236

**Oorspronkelijke artikelen:**

Geschiedenis van de MARCH, CABCD, THREAT en S-CAB acroniemen  
Prioritering van massief bloedverlies in de militaire en civiele traumazorg  
*door drs. M. Leeflang, reserve luitenant ter zee der 3e klasse R. Woets en  
drs. C.M.N. Veltman* ..... 210

Bescherming van gewonden in conflictgebieden: respect voor het Rode Kruis redt levens  
*door kapitein-luitenant ter zee van speciale diensten b.d. dr. M. Meijer en  
drs. P. Kruit* ..... 217

De oprichting van het militair hospitaal in Maastricht  
*door drs. J. Notermans* ..... 224

**Ingezonden mededelingen:**

Bij- en nascholing van de Netherlands School of Public and Occupational Health ..... 209,243

**CONTENTS**

**VOLUME 74 – SEPTEMBER 2021 – ISSUE 5**



**From the editor:** ..... 209  
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review ..... 223

**Announcements:**  
Newsletter Surgeon General, July and August 2021 ..... 230  
Newsletter Surgeon General, September 2021 ..... 236

**Original contributions:**

History of MARCH, CABCD, THREAT and S-CAB Acronyms  
Prioritizing massive hemorrhage in military and civil trauma care  
*by M. Leeflang MD, Sub Lieutenant (R. Neth. Navy res.) R. Woets and  
C.M.N. Veltman MD* ..... 210

Protection of the wounded in regions of conflict: respecting the Red Cross saves lives?  
*by Commander (R. Neth. Navy ret.) M. Meijer PhD and P. Kruit MSc* ..... 217

The establishment of the military hospital in Maastricht  
*by J. Notermans MD* ..... 224

**Paragraph advertisement:**

The Netherlands School of Public and Occupational Health ..... 209,243

**VOORPAGINA**

**Behandeling van massief bloedverlies. Prioriteit geven aan de onmiddellijke behandeling van comprimeerbare catastrofale bloedingen is een belangrijke militaire bijdrage aan de zorg voor traumapatiënten.**

Foto: Collectie C.M.N. Veltman.



Beste lezers,

Bij deze uitgave van het NMGT zal ik het COVID-19-virus laten rusten; elders in de media krijgt dit onderwerp ruimschoots alle aandacht. Ik hoop alleen dat de ontkenner van dit virus dat wereldwijd al zoveel slachtoffers heeft geëist en nog steeds eist, deze ontkenningfase zullen afsluiten.

Dan de inhoud van deze aflevering.

In de aflevering van mei van dit jaar (74-3) is door drs. Leeflang et al. uitgebreid aandacht besteed aan de Tactical Combat Casualty Care (TCCC) doctrine m.b.t. de militaire prehospitalische gezondheidszorg. In deze uitgave nemen drs. Leeflang et al. u mee in de geschiedenis van het prioriteren, opsporen en stoppen van levensbedreigende bloedingen en wat we kunnen leren van deze geschiedenis. MARCH<sup>1</sup> en <C>ABCDE<sup>2</sup> zijn geheugensteuntjes die de volgorde aangeven van de handelingen bij het verlenen van eerste hulp.

Kapitein-luitenant ter zee van speciale diensten b.d. dr. Meijer et al. beschrijven in hun bijdrage dat de aan het Rode Kruis toegekende privileges ingevolge de Conventies van Genève door de strijdende partijen niet altijd worden geëerbiedigd en dat vaak deze privileges zelfs worden misbruikt. Ten slotte neemt drs. Notermans u mee naar de roerige jaren 1670-1678. Die jaren waren nogal onstuimig als gevolg van de Franse belegering en bezetting. De situatie was zo nijpend dat het stadsbestuur van Maastricht zich genoodzaakt zag een garnizoenshospitaal op te zetten dat uiteindelijk in gebruik werd gesteld in 1680. Het is het eerste militair hospitaal in de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden.

Ik wens u veel leesplezier,

1. MARCH = Massive hemorrhage, Airway, Respiration, Circulation, Head injuries/Hypothermia  
2. <C>ABCDE = <Catastrophic hemorrhage>, Airway with spinal protection, Breathing, Circulation, Disability, Environment//Exposure

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

## MEDEDELING



### Netherlands School of Public & Occupational Health



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

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

#### Jobcrafting: zelfsturing in je werk (nieuw)

Een leukere baan zonder weg te gaan. Vergroot je werkplezier door te jobcraften. Medewerkers die jobcraften zijn gelukkiger en meer bevlogen, doordat ze de regie pakken in het werk. Klinkt je dat als muziek in de oren? Doe dan mee met deze nieuwe training.

Voor wie: professionals in occupational & public health

Datum: 1 november 2021

*willen verbeteren*

Datum: 3, 17 november en 8 december 2021

#### Infectieziekten: van cel tot melding

Wil je je verder specialiseren in het complexe werkveld van de AGZ? Maak kennis met de keten van infectieziektebestrijding: van besmetting en verspreiding tot en met contactonderzoek en surveillance.

Voor wie: verpleegkundigen

Datum: 4, 11 en 18 november en 9 december 2021

#### Omgaan met weerstand

Als adviseur kun je te maken krijgen met mensen die het oneens zijn met je voorstel om een verandering in een organisatie door te voeren. Wil jij leren hoe je het probleem kunt benoemen, erkennen en bevragen? Zodat je niet verzandt in discussie? Wil je leren hoe je blokkades en impasses kunt ombuigen in de goede richting? Volg dan deze vier dagdelen.

Voor wie: professionals, betrokken bij advisering en het begeleiden van vernieuwingen en veranderingen in organisaties

Datum: 2 november (9.00-12.30 uur), 16 november (9.00-16.30 uur) en 7 december 2021 (9.00-12.30 uur)

#### Basismodule reizigersadviesing voor verpleegkundigen

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

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

Datum: 5, 12, 22 en 29 november en 6 en 13 december 2021

#### Schrijfvaardigheid en argumentatie

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

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

#### Juridische aspecten bij Arbeid en Gezondheid

Kennis en interpretatie van arbeidsrecht, sociaal zekerheidsrecht, arbowetgeving en gezondheidsrecht is essentieel wanneer je adviseert over arbeid en inzetbaarheid. Wil jij leren wat de juridische consequenties zijn van jouw advies? In vier dagen leer je de relevante vraagstukken en wetgeving kennen en toepassen in je eigen praktijk.

Voor wie: professionals met adviserende taken op het gebied van arbeid en gezondheid

Datum: 5, 12 en 26 november en 3 december 2021



# History of MARCH, CABCD, THREAT and S-CAB Acronyms

## Prioritizing massive hemorrhage in military and civil trauma care

by Maarten Leeftang MD<sup>a</sup>, Sub Lieutenant (R. Neth. Navy res.) Ryan Woets<sup>b</sup> and Cyrille M.N. Veltman MD<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Former SOF medic trainer.

<sup>b</sup> Former SOF medic, currently working as an offshore medic.

<sup>c</sup> Retired SOF medic trainer.

Article received July 2021.

### Summary

**Prioritizing the immediate treatment of compressible catastrophic hemorrhage is a significant military contribution to the care of trauma patients. Over one hundred years ago, experienced military first responders realized the importance of prioritizing, detecting and stopping life-threatening hemorrhage. Despite all the experience, it took a long time before awareness of this and the fact that many soldiers died while providing medical assistance led to the adjustment of priorities in guidelines, education and training. What was the cause of this and what can we learn from history? MARCH and CABCD are both mnemonics that represent the sequence of actions when administering first aid. Unlike the ABCD(E) method developed in the United States as part of the Advanced Trauma Life Support course, CABCD(E) and MARCH give priority to detecting and stopping life-threatening external bleeding. Crucial factors for improvement include access to clear data on military prehospital care and bringing together various specialists to arrive at an evidence-based working method. The final aim should be completing the mission and reducing the number of 'preventable deaths' to zero.**

### Introduction

Prioritizing the treatment of catastrophic compressible hemorrhage is likely the single most important military contribution to the survival of trauma patients<sup>1</sup>. In previous wars such as World War I and II, the Korea and Vietnam Wars, military personnel had experienced that many military casualties died before reaching a medical treatment facility due to the consequences of massive blood loss<sup>2</sup>. Furthermore, it was often the soldier who attempted or provided aid to his fellow soldier who died, because the fight was not yet terminated. Although data on this is scarce, it is suggested that around 20% of deaths on the battlefield were caused this way<sup>3</sup>.

In 1978 the Advanced Trauma Life Support (ATLS) was created by the American College of Surgeons for use in a civilian care environment and was primarily based on civilian data and experience. Up until this point the delivery of trauma care in the United States was at best inconsistent<sup>4</sup>. Despite the vast military war experience up to and including the Vietnam War (concluding in 1975), and the fact that ATLS was not based on military data nor designed for the military working environment, military medics, nurses and physicians were trained using the ATLS doctrine. Military medics already doubted the effectiveness of the ABC doctrine for its use in military prehospital trauma care, but it took until 1996, to formulate the Tactical Combat Casualty Care (TCCC) approach<sup>5-11</sup>. Why did it take two decades before experiences from the battlefield (WW2, Korea, Vietnam, Gulf War) were translated into an effective protocol for prehospital first responders?

By studying history, we learn valuable lessons for the future. It was discovered that the prehospital military care experiences from the aforementioned wars, was not captured into reliable data. Data which is required to conduct basic scientific research and to discover relations, which play a crucial role.

In addition, it seems that insufficient attention was paid to experienced medical colleagues and that there was too much reasoning and judgment based on personal experience, often leading to misunderstanding. An important merit of the TCCC project and later the Committee on TCCC (CoTCCC) was that all interest groups were represented<sup>12</sup> and that a joint evidence-based model for combat casualty care was developed, working towards a joint goal, namely 'zero preventable deaths'.

### The era before TCCC

The main cause of potentially survivable deaths on the battlefield was, based on military experience, exsanguination rather than respiratory problems. Maughon described that the number of deaths associated with extremity exsanguination reached as high as 7,4% of all deaths in Vietnam<sup>2</sup>. Champion states that progress in the care of trauma patients since the end of the Vietnam War had mainly taken place in the civilian environment<sup>13</sup>. At the time it was not known whether these civilian developments were also useful in the military prehospital work environment because the military environment differs from the civilian environment in the following ways:

- The military objective competes with medical treatment required
- Unique trauma mechanisms and injury patterns
- Prolonged and delayed evacuation times
- Differences in level of training and experience of the first responders
- Battlefield constraints

Since the introduction of ATLS<sup>14</sup>, structured treatment of trauma patients according to the ABCD doctrine has become the worldwide standard. The Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) course was developed for prehospital care providers, including military first responders who followed PHTLS principles from 1988<sup>15</sup>. After becoming acquainted with the civilian ATLS principles, military medical specialists developed the Battlefield Advanced Trauma Life Support (BATLS), a variant of the ATLS for doctors, that was adapted to meet the requirements of the unique military environment. The first BATLS course in the UK took place in 1987<sup>16</sup>. A similar course for nurses and first responders, called Battlefield Advanced Resuscitation Techniques and Skills (BARTS), was created a few years later. Both courses used the ATLS format and were based on the ABCD doctrine<sup>17</sup>. During the execution of operations worldwide, special units had already experienced the application of the ABCD doctrine and discovered its shortcomings in the military prehospital setting<sup>18</sup>. The need for a doctrine that accounts for the unique military prehospital setting with all its complex and dynamic challenges was identified.

From the Wound Data and Munitions Effectiveness Team (WDMET) database, it became apparent that 90% of the deceased patients of war had died before reaching a medical treatment facility and that a lot of progress could be made<sup>3,17</sup>. Of the Killed in Action (KIA) patients, with optimal care and evacuation, about 25% could have been saved, of which 10% by immediate surgical intervention and 15% by life-saving action on scene. Data showed that the prognosis of military trauma patients who arrived at the hospital alive had improved enormously in the previous century, in strong contrast to prehospital military care, which had hardly improved during this time.

This led to the start of an extended study on combat casualty care techniques, initiated by the US Naval Special Warfare Command in 1993. In this review, the literature and data were studied and workshops were held involving experts with different backgrounds and experience (Special Operations Forces (SOF) physicians, physician assistants and medics). This resulted, among other things, in the publication of the groundbreaking article *Tactical Combat Casualty Care in Special Operations* in 1996<sup>3</sup>. From its very beginning, TCCC has stressed responding as needed on the tactical situation and controlling life-threatening external hemorrhage as the top priorities in battlefield trauma care.

Parallel to these developments in the United States, the British were also working on adapting the ATLS doctrine for application in military prehospital conditions by the Special Air Service (SAS) and Special Boat Service (SBS)<sup>18,19</sup>. Within eight months the Combat Trauma Life Support (CTLS/CATLS), created an evidence based adaptable model to teach prehospital trauma care to special forces. Civilian, military medical, and operational experts from the special forces community were involved. In addition, military medical experts from the United States were consulted. The Dutch defense was also represented at the first course. The order of the first examination in the CTLS remained ABCD. A unique feature of the CTLS was the subordination of medical considerations to military concerns, leading to ongoing debate. A medic at the time described the CTLS as ATLS donned in a green suit.

On the development of Tactical Medicine within the Special Operations community, Hagmann later commented: “British and Russian Special Forces were doing basically the same thing as the US special forces when it came to the treatment of combat casualties over the years”.

### The ‘MARCH’ acronym and from ABC to <C>ABC

Butler’s 1996 article<sup>3</sup>, divided the prehospital military care into three phases: care under fire (CUF), tactical field care (TFC), and casualty evacuation (CASEVAC), while emphasizing the importance of completing the mission, preventing additional casualties, and treating the casualties. This led to British special forces medic-instructors designing the MARCH acronym in 1998 and upon receiving permission, they introduced this during their SOF medical courses. In this original MARCH acronym, the ‘M’ stood for massive hemorrhage, the ‘A’ for airway, the ‘R’ for respiration, the ‘C’ for circulation and the ‘H’ for head injuries. In fact, it was an obvious mnemonic for the sequence of action, which prioritized the detection and treatment of life-threatening hemorrhage.

The UK Special Forces Trauma Course (SFTC) in Hereford welcomed guest instructors and had good relationships with US experts. One of them, Dr Hagmann, was introduced to the MARCH acronym, and subsequently introduced this acronym into the Operational Emergency Medical Course (OEMS) provided by Deployment Medicine International (DMI) between 2001 and 2005. In April 2003, the Canadians trialed a TCCC course, in which the TFC phase started with monitoring life-threatening bleeding, if this had not already been done in the CUF<sup>20</sup>.

The 7/7 terrorist attack on the London public transport system in 2005 created momentum for military doctrine to be applied in civilian prehospital care in the UK. Around 2005/2006 the MARCH idea was converted to <C>ABCD by Hodgetts, Russell and Mahony and was included in the BATLS UK JSP 570 handbook.<sup>21,22</sup> As the authors state: “<C>ABCD gives priority to the most common cause of preventable deaths, namely exsanguination as a result of external blood loss.”

The Joint Service Publication (JSP) 570 handbook describes that both MARCH and <C>ABCD are compliant, however BATLS UK chose <C>ABCDE to stay in line with the ATLS doctrine. The ‘H’ of MARCH and ‘D’ of Disability initially had the same content. In 2007, the <C>ABCD was also accepted by the South Western Ambulance NHS Foundation Thrust (SWASFT) as the order for conducting the primary survey. The content was based on Hodgetts’ 2006 article ‘redefining the military trauma paradigm’ and within six months it was adopted by all ambulance services in the UK. <C>ABCD preferred over MARCH to stay in line with the PHTLS doctrine<sup>23</sup>. The implementation was partly due to the close cooperation with the British defense. It was believed that Hodgetts’ work was applicable and necessary for civilian prehospital care.

In the sixth edition of the military PHTLS (2007) there is no mention of MARCH or <C>ABCD.

Nor can the term ‘MARCH’ be found in the 2007 Ranger Medic Handbook<sup>24</sup>.

However, it does mention the <C>ABCD: “During Combat Operations, while operating under the auspices of TCCC, the primary survey is conducted as C-A-B-C-D-E instead of A-B-C-D-E.”

The 2008 Tactical Emergency Medical Support (TEMS) Tactical Medical Handbook does describe

the MARCH acronym. In addition, the letter 'W' is placed in front which represents Weapon (remove weapon, activate safety, remove magazine and chambered rounds). Hypothermia was added to 'H' with head<sup>25</sup>. Three years later, Erin Savage described in her article *Tactical Combat Casualty Care in the Canadian Forces: lessons learned from the Afghan war* the MARCH-E protocol that was used at that moment by the Canadian army<sup>26</sup>. In MARCH-E, the 'H' stands for Head injury/Hypothermia and the E stands for 'Everything Else'. For the E one uses M-PHAAT-D (Monitoring, Pain, Head to Toe, Address all Wounds, Antibiotics, Tactical evacuation procedure and Documentation of Care). The MARCH acronym had been used informally within the TCCC community for many years until 2012, when the 6th Edition of the Advanced Tactical Practitioner Training Supplement (United States Special Operations Command) formally recommended the use of the MARCH acronym<sup>27</sup>.

### The Introduction of the THREAT Acronym

Shortly after the active shooter incident at the Sandy Hook Elementary School in Newton in December 2012, civilian and military experts gathered in Hartford. The aim was to improve the

THREAT	
T	Threat Suppression
H	Hemorrhage Control
RE	Rapid Extrication to Safety
A	Assessment by medical care providers
T	Transport to definitive care

Table 1: Meaning of the THREAT acronym.

survival rate of patients from a 'mass casualty' incident in the future. The resulting draft document is known as 'The Hartford Consensus' and describes the acronym THREAT (Table 1), in which detecting and stopping massive blood loss is the first medical priority<sup>28</sup>. 'Nobody should die from uncontrollable blood loss' was one of the statements and a 'stop the bleeding' campaign was started from the White House in 2015 to ensure that the first link in the care chain, i.e. injured people and bystanders, are able to quickly stop life-threatening bleeding<sup>29</sup>.

### Tactical Field Care and the priority of massive hemorrhage in TCCC

In the TCCC guideline changes of 2016/03, there is a paragraph under the heading 'discussion of recommended changes', regarding adding massive hemorrhage as the first intervention in TFC<sup>30</sup>. In earlier phases of the TCCC guidelines, the staunching of massive blood loss by means of tourniquets and hemostatic dressings was described in the CUF phase. However, the Combat Medical Providers TCCC guidelines emphasized that adequate application of hemostatic dressings required at least three minutes of direct pressure, making it unsuitable for the care under fire phase. Hence, hemostatic dressings were moved to the tactical field care phase. However, it was not mentioned that applying hemostatic dressings had priority over Airway management and Breathing during tactical field care.

S-CAB	
S	Scene security and situational awareness
C	Control life-threatening bleeding
A	Airway. Check the airway and open as needed
B	assess Breathing

Table 2: Meaning of the S-CAB acronym.

In the June 2016 TCCC guidelines, massive blood loss in tactical field care came after the management of Airway and Breathing. In the 2016 TCCC curriculum for medical personnel and the eighth edition of the military version of PHTLS, treatment of life-threatening extremity hemorrhage is the only medical intervention within CUF and control of massive blood loss is the first priority in TFC. In the eighth edition of the military version of PHTLS handbook, MARCH is discussed as a tool

to remember the sequence of actions in the primary survey. Also the S-CAB mnemonic (Table 2) is discussed, to emphasize that the need for tactical situational awareness remains paramount during tactical field care. In that phase of care the threat of hostile fire is still present<sup>31</sup>.

In 2017 MARCH was included in the TCCC guidelines.

## Prioritizing massive hemorrhage in ATLS and PHTLS

CABC is not included in the 10th edition of the ATLS handbook, which may be related to differences in injury mechanisms and a lower incidence of catastrophic hemorrhage. In Appendix C a reference is made to ATLS in the operational environment (ATLS-OE). Primary Survey in that environment is done according to the XABCDE mnemonic where 'X' stands for eXanguinating hemorrhage<sup>4</sup>. A potential concern is that catastrophic hemorrhage may lead to (preventable) death when attention directed to it is too little or too late<sup>1,32</sup>. In the ninth edition of the PHTLS textbook (October 2019), the abbreviation X-ABCD is introduced for civil prehospital care, where X stands for 'major external hemorrhage'. In fact, this is the same as <C>ABCD. MARCH PAWS is introduced in the chapter on 'wilderness EMS patient care considerations'<sup>33</sup>.

## MARCH acronym variants

Studying TCCC policy documents it becomes apparent that the 'H' of MARCH is interpreted in varying ways. Sometimes the 'H' stands for 'hypothermia' and in other documents it is used to mean head injury/hypothermia or vice versa<sup>34</sup>. Currently, TCCC is working to further streamline the guidelines on traumatic brain injury (TBI) and is expected to provide clarity.

In recent years, various resourceful tactical medicine providers have adapted or expanded the MARCH acronym. Examples include:

- MARCH-E (Everything else Canadian Army)
- MARCH-H (Head injuries)
- MARCH-HE (Head injuries & Everything else)
- MARCH-E (Eye injuries)
- S-MARCH-RV (Security, Recovery Position & Vital signs)
- MARCH-PAWS-B (Pain control, Antibiotics, Wound dressings, Splinting - Burn Treatment)<sup>35</sup>
- MARCHE protocol in which Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (CBRN) protocols and trauma care are combined<sup>36</sup>.

Similar deviations can be noted of the CABCD protocol. Understandably this may lead to discussion.

## Why did prioritizing massive hemorrhage in military and civil trauma care take so long?

### Lack of reliable data

In order to learn from (military) experience in an evidence-based way, data is needed, which must be collected, documented and studied in a scientific manner. Historically, many databases proved inadequate for thorough research, which hampered the possibility of scientific research on prehospital military trauma care. Data files such as the WDMET database (Vietnam) and the Joint Theater Trauma Registry (now the Department of Defense Trauma Registry (DoDTR)) allowed relevant research. Shortly after the end of the Vietnam War in 1975, the ATLS doctrine emerged based on civilian data and research. It seems that after Vietnam, military prehospital care knowledge and experience has been lost. Only with the experience from the later conflicts (Falklands, Somalia, Gulf war, Operations Iraqi Freedom and Enduring Freedom) it became clear that there was a military knowledge and skill deficit that had to be resolved.

Now that NATO countries are withdrawing from conflict areas there is the risk of knowledge and experience being lost if lessons identified from the past are not applied. When war ends military doctors and nurses return to their civilian working environment where they use their experience to give civilian care a quality boost. Military first responders (medics, combat lifesavers) rely on the quality of their training between conflicts, but do not gain interim experience with patients. In addition, many experienced medics leave the military after periods of conflict end and so a lot of military experience will be lost. The American CoTCCC endeavors the continued development of high quality combat casualty care after the theaters of war have been left.



## Acceptance of new ideas and insights

Tactical medicine in particular is a field where different areas of expertise, gained in different working environments, are combined into a single shared working method. Military first responders provide information from the field, as well as new ideas and demands, as they have personally experienced what works and what does not work. In addition, many specialists are necessary, such as: physicians who know from experience what is medical best practice, technicians who can translate needs from the field into new and better products, training specialists who can translate the needs into education, training and guidelines and finally policy makers who can facilitate the process. When new insights clashes with long-standing medical beliefs, it takes valuable time before they will be accepted. Silver described this phenomenon as early as 1965 in the ten steps from idea to acceptance. History shows that it is essential to listen to each other's experiences and ideas in order to arrive at evidence-based models.

Bringing together various specialists to arrive at an evidence-based working method, to develop a joint mental model with the aim of accomplishing the mission and reducing the number of 'preventable deaths' to zero, is one of the merits of the CoTCCC. This has been aided by the creation of the internet allowing for easier and quicker communications between medical professionals and changing of hierarchal relationships.

Recently the COVID pandemic showed how worldwide cooperation between experts of different origin and research of new data can lead to rapid improvement of medical care.

Let's work together to ensure that we learn from the lessons of the recent past and preserve the knowledge and experience gained.

## A personal note from the authors

Ending in an appropriate quote:

"The nation that will insist on drawing a broad line of demarcation between the fighting man and the thinking man is liable to find its fighting done by fools and its thinking done by cowards." (William Francis Butler 1889)

We don't think in binary groups at all but we do believe that it is only when we leave our egos at the door and work together, that we can reach our goals efficiently.

## Disclaimer

The opinions or assertions contained herein are the private views of the authors and are not be construed as official or as reflecting the views of the Netherlands Defense Healthcare Organization or Ministry of Defense.

## Disclosures

The authors have no financial relationships or conflicts to disclose.

## SAMENVATTING

### GESCHIEDENIS VAN DE MARCH, CABCD, THREAT EN S-CAB ACRONIEMEN

#### Prioritering van massief bloedverlies in de militaire en civiele traumazorg

Prioriteit geven aan de onmiddellijke behandeling van comprimeerbare catastrofale bloedingen is een belangrijke militaire bijdrage aan de zorg voor traumapatiënten. Meer dan 100 jaar geleden realiseerden ervaren militaire eerstehulpverleners zich het belang van het prioriteren, detecteren en stoppen van levensbedreigende bloedingen. Ondanks dat besef duurde het lang voordat dit leidde tot aanpassing van richtlijnen, opleiding en training. Wat was hiervan de oorzaak en wat kunnen we leren van de geschiedenis? MARCH en CABCD zijn beiden geheugensteuntjes die

de volgorde van handelingen weergeven bij het verlenen van eerste hulp. In tegenstelling tot de ABCD(E)-methode die in de Verenigde Staten is ontwikkeld als onderdeel van de Advanced Trauma Life Support-cursus, geven CABCD(E) en MARCH prioriteit aan het opsporen en stoppen van levensbedreigende uitwendige bloedingen. Factoren die uiteindelijk hebben geleid tot het prioriteren van massief bloedverlies zijn betrouwbare militair medische databestanden en het samenbrengen van verschillende specialisten om te komen tot evidence-based richtlijnen. Doelstelling daarbij zijn het voltooien van de missie en het tot nul reduceren van het aantal 'vermijdbare sterfgevallen'.

#### References:

1. Nandra R., Parker P., Porter K.: From the Bastion to Birmingham. What have we learnt from acute military trauma care and how has it impacted on emergency treatment of civilian trauma? *Journal of Orthoplastic Surgery*. 2018;1-7.
2. Maughon J.S.: An inquiry into the nature of wounds resulting in killed in action in Vietnam. *Mil Med*. 1970;135:8-13.
3. Butler F.K., Hagmann J., Butler E.G.: Tactical Combat Casualty Care in Special Operations. *Mil Med*. 1996;161 suppl;1-16.
4. Advanced Trauma Life Support 10th Edition Student Course Manual Paperback.
5. Bellamy R.F.: The causes of death in conventional land warfare: implications for combat casualty care research. *Mil Med*. 1984;149:55-62.
6. Bellamy R.F.: How shall we train for combat casualty care? *Mil Med*. 1987;152:617-621.
7. Ekblad G.S.: Training medics for the combat environment of tomorrow. *Mil Med*. 1990;155:232-234.
8. Zatchuk R., Jenkins D.P., Bellamy R.F. et al.: Combat Casualty Care Guidelines for Operation Desert Storm. Washington, DC, Office of the Army Surgeon General, February 1991.
9. Wiedeman J.E., Jennings S.A.: Applying ATLS to the Gulf War. *Mil Med*. 1993;158:121-126.
10. Baker M.S.: Advanced trauma life support: is it adequate stand-alone training for military medicine? *Mil Med*. 1994;159:587-90.
11. Heiskell L.E., Carmona R.H.: Tactical emergency medical services: an emerging subspecialty of emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 1994;23:778-85.
12. Butler F.K., Blackburn L.H., Gross K.: The Combat Medic Aid Bag: 2025, CoTCCC Top 10 Recommended Battlefield Trauma Care Research, Development, and Evaluation Priorities for 2015. *J Spec Oper Med*. 2015;15:7-19.
13. Champion H.R., Bellamy R.F., Roberts M.B.E., Leppaniemi A.: A Profile of Combat Injury. *J Trauma*. 2003;54:S13-S19.
14. Advanced Trauma Life Support (ATLS), 1978.
15. 30 Years of NAEMT.
16. Lundberg L.: BATLS/BARTS/BBTSL training for Swedish Armed Forces medical personnel-a ten year retrospective study. *JR Army Med Corps*. 2008;154:34-37.
17. Battlefield Advanced Trauma Life Support (BATLS). *JR Army Corps*. 2000;146:110-114
18. Navein J.F., Dunn R.L.R.: The Combat Trauma Life Support Course: Resource-Constrained First Responder Trauma Care for Special Forces Medics. *Mil Med*. 2002;167:566-572.
19. Navein J., Coupland R., Dunn R.: The Tourniquet Controversy. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*. 2003;54:S219-220.
20. Voss C.R.: Dispatched Lessons Learned for Soldiers. The Army lessons learned Centre. Canada 2004:10.
21. Hodgetts T.J., Mahony P.F., Russell M.Q., Byers M.: ABC to <C>ABC: redefining the military trauma paradigm. *Emerg Med J*. 2006;23:745-746.
22. Hodgetts T.J. et al.: Battlefield Advanced Trauma Life Support 2005TM. Joint Service Publication 570.
23. Halliwell D.: The revision of the primary survey: a 2011 review. *Journal of Paramedic Practice*. 2011;3(7):366-374.
24. Hammesfahr R., Kotwal R.S., Montgomery H.R.: Ranger Medical Handbook 2007. Cielo Azul Publications.
25. Hammesfahr R., Collins D.: Tactical Medical Emergency Support. The Tactical Medical Handbook 2008. Cielo Azul Publications.
26. Savage E. et al.: Tactical Combat Casualty Care in the Canadian Forces: lessons learned from the Afghan war. *Can J Surg*. 2011 Dec;54 (6 Suppl):S118-S123.
27. Advanced Tactical Practitioner 2012 Training Supplement, 6th edition.
28. Strategies to Enhance Survival in Active Shooter and Intentional Mass Casualty Events: A Compendium. September 2015 ACS Bulletin Supplement.
29. <https://www.ems.gov/projects/stop-the-bleed.html>
30. Montgomery H.R., Butler F.K., Jerr W. et al.: TCCC guidelines Comprehensive Review and Update. TCCC Guidelines Change 16-03. *J Spec Oper Med*. 2017 Summer;17(2):21-38.
31. National Association of Emergency Medical Technicians. Prehospital Trauma Life Support. 8th military edition 2016.
32. Dorlac W.C., Debakey M.E., Holcomb J.B. et al.: Mortality from Isolated Civilian Penetrating Extremity Injury. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*. 2005 (59) 217-222.
33. National Association of Emergency Medical Technicians. Prehospital Trauma Life Support. 9th military edition 2019.
34. <https://deployedmedicine.com/>
35. Kosequat J. et al.: Efficacy of the mnemonic device "MARCH PAWS" as a checklist for paramedics during tactical field care and tactical evacuation. *J Spec Oper Med*. 2017;17(4):80-4
36. DeFeo D.R., Givens M.L.: Integrating Chemical Biological, Radiologic and Nuclear (CBRN) Protocols Into TCCC. *J Spec Oper Med*. 2018(18)118-123.



# Bescherming van gewonden in conflictgebieden: respect voor het Rode Kruis redt levens

door kapitein-luitenant ter zee van speciale diensten b.d. dr. M. Meijer<sup>a</sup> en drs. P. Kruit<sup>b</sup>

- <sup>a</sup> De auteur was van 1986 tot en met 2020 werkzaam bij Defensie, onder andere in de geestelijke gezondheidszorg. Ook deed hij onderzoek naar de effectiviteit van deze zorg. Tevens vervulde hij als marineofficier diverse adviesfuncties voor de NAVO in Frankrijk, Noorwegen, Italië en de Verenigde Staten van Amerika en werd hij onder andere uitgezonden naar Somalië en Ethiopië.
- <sup>b</sup> De auteur studeerde Militaire Geschiedenis en Europese Internationale Betrekkingen aan de Universiteit van Amsterdam. Hij deed onderzoek naar en publiceerde over de medische evacuatie en de tactische gevechten van mei 1940, Europese militaire samenwerking na 1945, civiel-militaire verhoudingen in oorlogszones en traumaverwerking bij slachtoffers en daders van genocide. Daarvoor werkte hij als onderzoeker voor het Nederlandse Rode Kruis. Ook was hij coördinator van de Werkgroep Vermiste Personen uit de Tweede Wereldoorlog. Hierna werkte hij voor de NAVO, TNO en niet-overheidsorganisaties in Afrika en Zuidoost-Azië.

Artikel ontvangen augustus 2021.

## Samenvatting

**De Geneefse Conventies geven privileges aan het Rode Kruis, maar deze privileges worden niet altijd gerespecteerd door strijdende partijen in gewapende conflicten. Ook blijkt misbruik te worden gemaakt van deze privileges. Uit een beknopte beschrijving en analyse van historische, maar ook meer recente gevallen van dit misbruik blijkt dat dit niet incidenteel is. Derhalve is er behoefte aan striktere naleving van de bestaande regelgeving in gewapende conflicten, zodat de privileges van het Rode Kruis beter worden beschermd. Aanbevolen wordt gevallen van dergelijk misbruik zorgvuldig te onderzoeken en te laten vervolgen door het internationale gerechtshof in Den Haag.**

## Inleiding

Het humanitair oorlogsrecht staat beschreven in de Conventies van Genève ofwel de Verdragen van Genève. Het eerste Verdrag van Genève werd in 1864 opgesteld op initiatief van Rode Kruis-oprichter Henry Dunant, en is een codificering van de door de eeuwen ontstane gebruiken ten tijde van oorlog tussen Europese staten. Als ooggetuige van de gruwelijke gevolgen van de Slag om Solferino op 24 juni 1859 riep de jonge Geneefse bankier Jean Henry Dunant (1828-1910) op tot het opstellen van internationale regels over oorlogsvoering<sup>1</sup>. Het huidige pakket van vier verdragen dateert uit 1949 en is later aangevuld met een aantal protocollen. Alle landen ter wereld hebben de Verdragen van Genève over de regels die gelden in oorlogstijd ondertekend en het zijn daarmee een van de weinige verdragen ter wereld die universeel zijn ondertekend. Veel taken van het Rode Kruis zijn opgenomen in voornoemde verdragen en protocollen. Zo is vastgelegd dat gewonden verzorgd moeten worden zonder onderscheid naar nationaliteit. Ook zijn medisch personeel en medische instellingen en eenheden neutraal. Zij mogen daarom niet worden aangevallen als zij het rode kruis, de rode halve maan of het rode kristal (ook wel rode ruit genoemd) op een wit veld voeren als een onderscheidend teken dat staat voor bescherming. De rode davidster is inmiddels ook erkend, net als de Iraanse rode leeuw<sup>2</sup>.

Na afloop van de Eerste Wereldoorlog, die aan miljoenen mensen het leven kostte, is in de Geneefse Conventies vastgelegd dat gewondenvervoer tijdens gewapende conflicten bescherming verdient. In de Tweede Wereldoorlog bleek echter dat deze bescherming niet altijd door de strijdende partijen werd gegeven. Ook bleek dat Duitse militairen met werkzaamheden in het gewondenvervoer onder de vlag van het Rode Kruis toch aan gevechtshandelingen deelnamen en krijgsgevangenen maakten, hetgeen als oorlogsmisdaad moet worden gezien. In meer recente gewapende conflicten, zoals de dreigende burgeroorlog in Myanmar, het voormalige Birma, blijkt opnieuw dat de Rode Kruisvlag niet wordt gerespecteerd. In dit artikel worden enkele dramatische voorbeelden van dit misbruik beschreven en geanalyseerd. Het artikel besluit met aanbevelingen om dit misbruik terug te dringen.

## Vier verdragen ter bescherming van gewonden

Oorspronkelijke verdragen over het humanitair oorlogsrecht dateren uit 1864, 1868 en 1929.

De belangrijkste ontwikkelingen kwamen na de Tweede Wereldoorlog.

In 1949 werden de volgende vier verdragen aangenomen:

- Het Eerste Verdrag van Genève gaat over de verbetering van het lot van gewonden en zieken, die zich bevinden bij de strijdkrachten ter plaatse.
- Het Tweede Verdrag van Genève gaat over de verbetering van het lot van gewonden, zieken en schipbreukelingen van de strijdkrachten op zee.
- Het Derde Verdrag van Genève gaat over de behandeling van krijgsgevangenen.
- Het Vierde Verdrag van Genève gaat over de bescherming van burgers in oorlogstijd.

## Aanvullende protocollen

De conventies zijn in 1977 met twee protocollen aangevuld, die niet door alle landen zijn geratificeerd. Het Eerste Aanvullend Protocol bij de Verdragen van Genève gaat over de bescherming van slachtoffers van internationale gewapende conflicten. Dit betreft oorlogen tussen verschillende landen. Het Tweede Aanvullend Protocol bij de Verdragen van Genève gaat over de bescherming van slachtoffers van niet-internationale gewapende conflicten. Dit betreft conflicten waarin één of meer gewapende groepen tegen een land vecht(en). In 2005 is nog een derde aanvullend protocol aan de Verdragen van Genève toegevoegd. Dit verdrag stelt het 'rode kristal' als aanvullend onderscheidend embleem in naast het rode kruis en de rode halve maan<sup>3</sup>.

Deel drie van het Tweede Aanvullend Protocol uit 1977, dat overigens niet door bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Israël is ondertekend, bevat onder andere de volgende artikelen<sup>4</sup>:

### Artikel 7. Bescherming en verzorging

Alle gewonden, zieken en schipbreukelingen dienen te worden ontzien en beschermd, ongeacht of zij aan het gewapende conflict hebben deelgenomen of niet. Zij moeten onder alle omstandigheden menselijk worden behandeld en in de grootst mogelijke mate en binnen de kortst mogelijke tijd de medische verzorging en aandacht ontvangen, die hun toestand vereist. Er mag op geen andere dan op medische gronden onderscheid tussen hen worden gemaakt.

### Artikel 8. Zoekacties

Telkens wanneer de omstandigheden dat toelaten en in het bijzonder na een gewapend treffen dienen onverwijld alle mogelijke maatregelen te worden genomen om naar de gewonden, zieken en schipbreukelingen te zoeken, hen te verzamelen, tegen plundering en kwalijke behandeling te beschermen en te verzekeren dat zij op passende wijze worden verzorgd, alsmede om naar de doden te zoeken, te beletten dat zij worden beroofd, en om hun de laatste eer te bewijzen.

### Artikel 9. Bescherming van medisch personeel en geestelijke verzorgers

Medisch personeel en geestelijke verzorgers dienen te worden ontzien en beschermd, en dienen met alle beschikbare middelen hulp te ontvangen voor de vervulling van hun taak. Zij mogen niet worden verplicht taken te verrichten die onvereenigbaar zijn met hun humanitaire opdracht.

Van het medische personeel mag niet worden verlangd dat het bij de uitoefening van zijn taak voorrang geeft aan enige persoon, behalve op medische gronden.

### Artikel 10. Algemene bescherming van de medische taakvervulling

Niemand mag, onder welke omstandigheden ook, worden gestraft voor het feit dat hij medische handelingen heeft uitgevoerd die met de medische ethiek in overeenstemming zijn, ongeacht degenen aan wie deze handelingen ten goede zijn gekomen. Personen die medische handelingen uitvoeren, mogen noch worden verplicht daden of werkzaamheden

te verrichten die in strijd zijn met de regels van de medische ethiek of met andere regels, opgesteld in het belang van de gewonden en de zieken, of met dit protocol, noch mogen zij worden verplicht af te zien van het verrichten van daden of werkzaamheden die worden voorgeschreven door bovengenoemde regels of door dit protocol.

De beroepsverplichtingen van personen die medische handelingen uitvoeren met betrekking tot informatie die zij ten aanzien van de gewonden en zieken, met de zorg waarvoor zij zijn belast, mocht verkrijgen, moeten, behoudens de bepalingen van het nationale recht, worden gerespecteerd.

Behoudens de bepalingen van het nationale recht mogen tegen niemand die medische handelingen uitvoert op welke wijze ook sancties worden genomen wegens het weigeren inlichtingen te verstrekken betreffende de gewonden en zieken, met de zorg waarvoor hij is belast of is belast geweest, of wegens het in gebreke blijven dergelijke inlichtingen te verstrekken.

### **Artikel 11. Bescherming van medische formaties en vervoermiddelen**

Medische formaties en vervoermiddelen dienen te allen tijde te worden ontzien en beschermd en mogen niet worden aangevallen.

De bescherming waarop de medische formaties en vervoermiddelen recht hebben, eindigt alleen wanneer deze worden gebruikt om buiten hun humanitaire taak vijandelijke handelingen te verrichten. De bescherming eindigt evenwel slechts nadat een waarschuwing is gegeven waarin, telkens wanneer daartoe aanleiding is, een redelijke termijn wordt gesteld, en nadat aan die waarschuwing geen gevolg is gegeven.

### **Artikel 12. Het embleem**

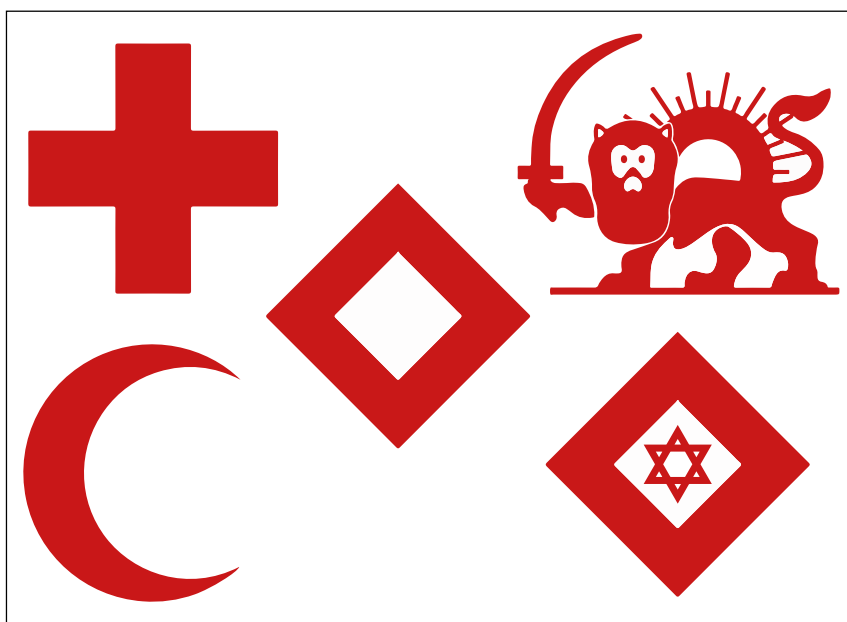


Fig. 1: De emblemen van het Rode Kruis.

Volgens voorschriften van de betrokken bevoegde autoriteit moet het embleem – het rode kruis, de rode halve maan, de rode leeuw met zon op een wit veld, het rode kristal en de rode davidsster (Fig. 1) – zichtbaar worden gedragen door het medische personeel en de geestelijke verzorgers, en moet het zichtbaar zijn aangebracht op medische formaties en vervoermiddelen. Het dient onder alle omstandigheden te worden geëerbiedigd. Het mag niet worden misbruikt.

De hiervoor beschreven artikelen en protocollen zien derhalve toe op bescherming van medisch personeel, krijgsgevangenen, gewonden en medische faciliteiten in gewapende conflicten. Hierna wordt beschreven of deze bescherming altijd plaatsvindt en hoe deze bescherming kan worden bevorderd.

### **Misbruik van de Rode Kruisvlag in de Tweede Wereldoorlog?**

Een omstrede<sup>5</sup> geval van vermeend misbruik van de Rode Kruisvlag tijdens de Tweede Wereldoorlog staat beschreven in het boek 'Ik had mijn Roode Kruisband afgedaan'<sup>6</sup>. Deze titel zou zijn ontleend aan een verklaring van een militaire arts die tijdens de meidagen van 1940 twee Duitse militairen zou hebben doodgeschoten, al dan niet in de omgeving van een met een

Rode Kruisvlag gemarkeerde gewondenopvangpost en al dan niet met zijn Rode Kruisband (nog) om. In de gevechten van die dagen werd ook melding gemaakt van gewapende Duitse militairen, die met een Rode Kruisband om hun arm op zoek waren naar gewonde Duitse militairen, maar daarbij ook Nederlandse militairen gevangen namen. Zoals zo vaak op een slagveld is de waarheid over dergelijke voorvallen het eerste slachtoffer op het strijdtoneel<sup>7</sup>. Buiten Europa is het beroep op de Geneefse Conventies mogelijk nog lastiger omdat deze daar veel minder bekend zijn. Bovendien zijn zij soms strijdig met de heersende cultuur, waarin bijvoorbeeld van militairen verwacht wordt dat zij zich niet overgeven, maar door blijven vechten tot zij sneuvelen. Krijgsgevangenen of gewonde militairen verdienen in een dergelijke cultuur geen bescherming, maar verachting<sup>8</sup>.

### Gebruik van de Rode Kruisvlag in meer recente conflicten

Tijdens de voorbereiding van NAVO-operaties wordt zonder uitzondering het *International Committee of the Red Cross/Red Crescent* uitgenodigd om deel te nemen aan de strategische planningsactiviteiten, zodat tijdig kan worden voorzien in de bescherming en afvoer van krijgsgevangenen of gewonden bij een eventueel gewapend conflict. Ook bij de voorbereiding van grote NAVO-oefeningen is dit het geval. De soms strijdige belangen van het Rode Kruis en de NAVO komen bij deze planning ook goed in beeld, bijvoorbeeld al bij het uitwisselen van informatie over locaties van de NAVO-eenheden, maar ook van vijandelijke eenheden. De NAVO moet immers kunnen en leren vertrouwen op de onpartijdigheid van het Rode Kruis, bijvoorbeeld bij het delen van informatie over bepaalde locaties in operatiegebieden.



Afb. 1: Een landingsvaartuig van de Koninklijke Marine diende in 2012 in de Somalische kustwateren als Rode Kruispost. Foto: M. Meijer.

Deze vraag wordt heel concreet als het gaat om het al dan niet verlenen van fysieke toegang van Rode Kruismedewerkers tot planningslocaties en -informatie. Omgekeerd kan informatie uit medische contacten gebruik worden om een militaire missie te doen slagen<sup>9</sup>. Ook andere niet-overheidsorganisaties zijn soms beter op de hoogte van lokale omstandigheden, vooral als zij al langer in het gebied aanwezig zijn

dan de militairen<sup>10</sup>. Op operationeel of tactisch niveau is voor goed overleg met het Rode Kruis niet altijd gelegenheid, maar moet het medisch personeel naar eigen inzicht in de operatie de Rode Kruisvlag tijdig en gepast inzetten. Dit gebeurde bijvoorbeeld tijdens de afronding van de NAVO-antipiraterijoperatie Ocean Shield in 2012. De Nederlandse eskadercommandant van het NAVO-vlaggenschip Zr.Ms. Rotterdam besloot tijdens het vertrek uit het operatiegebied in de Golf van Aden voor de kust van Somalië op landingsvaartuigen een drijvende verbandpost in te richten, aan boord waarvan de Somalische bevolking medische hulp kon krijgen (Afb. 1), omdat het NAVO-mandaat niet toestond om in Somalië aan land te gaan voor deze hulp.

### Respect voor het Rode Kruis in Myanmar?

Eén dag nadat het leger – ook wel Tatmadaw genoemd – in februari 2021 de macht overnam in Myanmar, installeerde generaal Min Aung Hlaing de State Administrative Council als hoogste bestuursorgaan van het land. Nadat Myanmar onafhankelijk werd van het Verenigd Koninkrijk in

1948 is het land onophoudelijk geteisterd door interne conflicten<sup>11</sup>, die ook ondanks de huidige protesten doorgaan. Het grootste verschil met eerdere protestbewegingen is de brede steun voor de protesten door de belangrijkste etnische groep in Myanmar, de Bamar. De Bamar worden daarom nu ook het slachtoffer van massale en grove schendingen van de Geneefse Conventies. De Tatmadaw trad namelijk in het verleden alleen hard op tegen andere etniciteiten, aan de randen van het land, vaak ver weg van de camera's en in de jungles van het land.

Generaal Min Aung Hlaing bezocht in juni 2021 de Russische Federatie om hulp te vragen in de strijd tegen de tweede golf van de COVID-19-pandemie, die het land sinds juni 2021 zwaar treft. Helaas kwam er tot nu toe weinig van die hulp daadwerkelijk op gang.

Op 14 juli 2021 zat de generaal een landelijke conferentie voor in Naypyidaw, sinds 2006 de nieuwe hoofdstad van Myanmar, waarbij hij opriep tot strikte naleving van het anti-COVID-19-beleid, zoals het vermijden van grote groepen, het dragen van mondkapjes en het regelmatig wassen van handen. Ook sloot hij formeel met onmiddellijke ingang alle scholen in Myanmar en drong hij aan op een gezonde leefwijze om de weerstand van mensen te verhogen. Op 28 juli 2021, in een poging weifelende Association of Southeast Asian Nations (ASEAN)-leden te verleiden tot erkenning van zijn regime, riep generaal Hlaing ASEAN op om aan Myanmar COVID-19-hulp te verlenen, maar ook die oproep vond weinig weerklank<sup>12</sup>.

Voor het toeziend oog van de wereld doet generaal Hlaing daarmee wat van een staatshoofd verwacht mag worden, ook al is hij de leider van een militaire coup en is hij niet democratisch verkozen. Voor ingewijden zijn dit echter weinig effectieve maatregelen. Veel onderwijzend personeel staakte toch al als protest tegen zijn regime. Studenten kwamen al lange tijd niet opdagen en steunen de opstand. Miljoenen mensen lijden honger vanwege het ineenstorten van de economie door COVID-19 en de coup. Een gezonde leefwijze is daardoor feitelijk onmogelijk. Het is ook duidelijk dat de Tatmadaw zuurstofflessen voor hulp aan ernstig lijdende COVID-19-patiënten met geweld uit ziekenhuizen haalt en dat militaire ziekenhuizen via dit soort gewelddadige vorderingen bevoorrad worden. Legereenheden arresteren medisch personeel in ziekenhuizen en verhinderen daarmee dat zij hun werk voor besmette COVID-19-patiënten uit kunnen voeren<sup>13</sup>. Politie en leger arresteren ook personeel van medische organisaties, inclusief het Rode Kruis zelf, waarvan zij weten dat die gewonde anti-coupdemonstranten medische hulp verlenen<sup>14</sup>. Dit personeel is systematisch slachtoffer van nachtelijke ontvoeringen, gewelddadige raids en arrestaties. De arts die aan het hoofd stond van het nationale COVID-vaccinatieprogramma in Myanmar, dr. Htar Har Lin, is samen met haar man en zevenjarige zontje in maart 2021 gearresteerd<sup>15</sup> en aangeklaagd voor hoogverraad.

Het lijkt er veel op dat de politie en het leger in Myanmar de oorlog aan medisch personeel hebben verklaard. Dit is per definitie een schending van de Geneefse Conventies, maar opvallend genoeg worden deze schendingen nog niet als zodanig in internationale fora gerapporteerd.

In het buurland Thailand ontbreekt het niet aan voorbeelden van deze schendingen. Volgens de in Thailand gevestigde hulporganisatie Assistance Association of Political Prisoners (AAPP), die zelf bestaat uit voormalige politieke gevangenen, zijn sinds het begin van de protesten tegen de militaire machtsovername 119 medici gearresteerd en zijn momenteel arrestatiebevelen afgegeven tegen 558 ziekenbroeders, -zusters en artsen<sup>16</sup>. Andere bronnen spreken van een veel hoger aantal gearresteerden en noemen een getal van 159<sup>15</sup>.

Naast deze arrestaties hebben in het eerste half jaar na de coup volgens een rapport van de organisatie Physicians for Human Rights, die onder andere samenwerkt met de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 252 gewelddadige incidenten tegen medische professionals plaatsgevonden in Myanmar. Die vonden plaats tussen 1 februari en 31 juli 2021 en bij deze

incidenten was de Tatmadaw in 234 gevallen verantwoordelijk voor het geweld<sup>17</sup>. De World Health Organization telt wereldwijd 508 gevallen, waarvan 240 in Myanmar<sup>15</sup>. Voor medisch personeel is Myanmar nu het gevaarlijkste land ter wereld om te werken.

Het leger maakte de medici tot doelwit nadat de meeste artsen en verpleegkundigen de kant van de protesten koos. Op 20 maart jl. schoot de Tatmadaw de 20-jarige verpleegster in opleiding Thinzar Hein dood, terwijl ze een gewonde demonstrant verzorgde<sup>18</sup>. Een arts in Mandalay beschreef hoe hij doelwit was van de Tatmadaw terwijl hij en zijn team duidelijk herkenbare medische kleding droegen met een stethoscoop, uniform en medische symbolen. De ambulance waarin deze arts reed werd tijdens een andere gelegenheid beschoten en zijn collega's zijn opgepakt en mishandeld toen zij weer enkele dagen later een overleden persoon moesten ophalen<sup>18</sup>.

Vanwege hun goede organisatie en hun maatschappelijke aanzien wil de Tatmadaw het artsenverzet breken. Veel medisch personeel voelde zich gedwongen onder te duiken en in sommige gevallen zijn familieleden gegijzeld door het leger. In andere gevallen hebben gevluchte medici verbandposten in de bergen en jungles opgezet. Artsen in dienst van de overheid zoals dr. Zaw moesten moeilijke ethische keuzes maken. Middenin een pandemie gaan staken tegen de junta leidde tot ethische dilemma's en dr. Zaw begon daarom in clandestiene klinieken gewonde burgers te helpen.

Dr. Zaw zette een veldhospitaal op in een boeddhistisch klooster, met donaties van een kliniek waar ze eerder gewerkt had. Ze is haar door de overheid ter beschikking gestelde huis ontvlucht en slaapt nu op een dun vloermatje net boven de kliniek, samen met collega-artsen en verpleegkundigen. Ze verlaat de compound niet meer: het leger jaagt op klinieken als deze en ook op haar<sup>15</sup>. Ze draaien hun hand er ook niet voor om dergelijke klinieken onder vuur te nemen<sup>15</sup>. Het leger publiceert posters met foto's van artsen en verplegers en hun arrestatiebevelen, schaamteloos in medisch uniform.

## Conclusies en aanbevelingen

Uit de hiervoor beschreven schendingen van de Geneefse Conventies in conflictgebieden kan worden geconcludeerd dat deze schendingen regelmatig plaatsvinden. Triaert genoeg geldt in conflictgebieden vaak alleen het recht van de sterkste, net als op het militaire slagveld en niet het recht van de wet of de conventie, die daar blijkbaar worden vergeten<sup>19</sup>. Schendingen van de Geneefse Conventies zijn daarbij in conflictgebieden of op het slagveld in het algemeen lastig te bewijzen, omdat waarheid in conflictgebieden vaak het eerste slachtoffer is. Wordt er een waarheid aangenomen, dan is het vaak de waarheid van de overwinnaar, de sterkste in het conflict of op het slagveld. Niet voor niets wordt het Engelse woord voor geschiedenis, 'history', wel eens uitgelegd als 'his story'. Toch moeten deze schendingen van de Geneefse Conventies zo goed en zuiver mogelijk worden beschreven en waar mogelijk worden berecht in het internationaal gerechtshof in Den Haag.

Medische organisaties, zowel van de lokale of nationale overheid of in particuliere handen, en hun sponsors zouden het waarborgen van de Geneefse Conventies expliciet moeten steunen in hun gezondheidscampagnes. In conflictgebieden, zoals Myanmar, waar deze Geneefse Conventies relatief onbekend zijn, kunnen deze sponsororganisaties het geven van hulp koppelen aan het geven van voorlichting over deze conventies. Ook voor buitenlandse hulp kunnen sponsors en medische organisaties de voorwaarde stellen dat de ontvangers van de hulp de Geneefse Conventies naleven. Dit geeft een sterkere juridische en morele positie voor deze hulp en geeft tevens de legitieme basis voor blijvende steun aan strijdende partijen en burgers vanuit de internationale gemeenschap. Zoals bij andere gewapende conflicten dient het comité van het Internationale Rode Kruis hierin een voortrekkersrol te vervullen.



## PROTECTION OF THE WOUNDED IN REGIONS OF CONFLICT: RESPECTING THE RED CROSS SAVES LIVES?

The Geneva Conventions give privileges to the Red Cross, but these privileges are not always respected by warring parties in armed conflicts. It also appears that these privileges are being abused. A brief description and analysis of historical, and more recent cases shows that the abuse is not incidental. Therefore, there is a need for stricter compliance with existing regulations in armed conflict, so as to better protect the Red Cross' privileges against abuse. It is recommended that offenders be prosecuted by the International Criminal Court in The Hague.

### Literatuur:

1. Grueter R.: Kwesties van Leven en Dood. Het Nederlandse Rode Kruis in de Tweede Wereldoorlog. Amsterdam: Uitgeverij Balans. 2017.
2. [https://en.wikipedia.org/wiki/Emblems\\_of\\_the\\_International\\_Red\\_Cross\\_and\\_Red\\_Crescent\\_Movement](https://en.wikipedia.org/wiki/Emblems_of_the_International_Red_Cross_and_Red_Crescent_Movement)
3. <https://www.rodekruis.nl/wie-zijn-wij/verdragen-van-geneve/>
4. [https://nl.wikisource.org/wiki/Tweede\\_Aanvullend\\_Protocol\\_bij\\_de\\_Verdragen\\_van\\_Geneve](https://nl.wikisource.org/wiki/Tweede_Aanvullend_Protocol_bij_de_Verdragen_van_Geneve)
5. <https://www.grebbeberg.nl/index.php?page=een-kritische-brochure>
6. Van Amersfoort H.: Ik had mijn Roode Kruisband afgedaan. Den Haag: Sdu Uitgevers. 2005.
7. Meijer M.: Fake news in spreek- en wachtkamers. Nederl Mil Geneesk T, 2019, vol. 72, p.136.
8. Hakkert A.: Wel vergeven, niet vergeten. Soesterberg: Uitgeverij Aspekt. 2003, p. 366.
9. Van Bergen L.: Over oorlogsslachtoffers, hulpverleners en humanitaire acties. Nederl Mil Geneesk T, 1999, vol 52.
10. Van Leusden A.J., Hoejenbos M.J.J.: Morele dilemma's in de militaire gezondheidszorg. In: Baarda Th.A., Verweij D.E.M. (red): Praktijkboek Militaire Ethiek. Budel: Uitgeverij Damon. 2010.
11. <https://www.rulac.org/browse/conflicts/non-international-armed-conflict-in-myanmar#collapse2accord>
12. <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/myanmar-junta-seeks-international-cooperation-over-covid-19-crisis-2021-07-28/>
13. <https://www.irrawaddy.com/news/burma/myanmar-junta-arrests-doctors-after-luring-them-with-fake-covid-emergency.html>
14. <https://www.irrawaddy.com/news/burma/myanmars-rescue-workers-medical-volunteers-targeted-security-forces.html>
15. <https://apnews.com/article/only-on-ap-myanmar-business-science-coronavirus-pandemic-3b4c3e6d711b5eac1209a2c8fd90b2b4>
16. <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/9dd29405-3992-44a9-a025-1abff2a60b99/page/aso4B>
17. <https://phr.org/our-work/resources/violence-against-health-care-in-myanmar/>
18. <https://www.theguardian.com/world/2021/apr/10/doctors-under-fire-as-myanmar-military-targets-efforts-to-aid-injured-protesters>
19. Mercx K.B.J.A.: Worden wetten en ethiek in oorlogstijd vergeten? Nederl Mil Geneesk T, 1993, vol. 46, no.6.



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

De secretaris NMGT A. Sondeijker

# De oprichting van het militair hospitaal in Maastricht

door drs. Jos Notermans

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

## Samenvatting

In de periode 1672-1680 probeerden het stadsbestuur van Maastricht en de Staten-Generaal van de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden een militair hospitaal voor het garnizoen op te zetten. Dit artikel beschrijft de historische context waarin dit plaats vond en de ontwikkelingen op weg naar het eerste garnizoenshospitaal van de Republiek in een tijd waarin goede medische zorg voor militairen lang niet vanzelfsprekend was.

## Het Rampjaar in Maastricht

De vesting Maastricht wordt in het Rampjaar 1672 gezien als een belangrijke militaire voorpost van de Republiek. Als de Franse Zonnekoning Lodewijk XIV op 6 april de Republiek de oorlog verklaart, is het de bedoeling dat deze vestingstad de eerste klap opvangt. Het zal echter heel anders verlopen dan gepland, de Fransen trekken weliswaar door het Maasdal naar het noorden, maar gaan niet over tot een belegering, sluiten de vesting in en trekken met het gros van de troepen verder naar het noorden<sup>1</sup>.

Maastricht is intussen wel in staat van verdediging gebracht en dat betekent onder andere dat het garnizoen wordt versterkt tot maar liefst 11.000 man<sup>2</sup>. Om dit in perspectief te plaatsen is het goed te weten dat de stad in de jaren 1670-1679 ongeveer 21.000 bewoners telt<sup>3</sup>. Dat een dergelijke concentratie van krijgsvolk binnen de stadsmuren tot grote medische en hygiënische problemen leidt, mag duidelijk zijn.

De medische zorg voor het leger staat dan nog in de kinderschoenen en het is gebruikelijk dat zieke en gewonde soldaten in stedelijke gasthuizen worden opgenomen. De Republiek krijgt in deze tijd meer belangstelling voor de medische zorg in het leger en een ordonnantie van de Staten-Generaal uit 1673 wordt beschouwd als het eerste begin van een militair geneeskundige dienst<sup>4</sup>. Tegen deze achtergrond worden in Maastricht de eerste stappen gezet om te komen tot een militair hospitaal.



**Afb. 1: Het Paradijs gasthuis lag in deze omgeving, tussen de Helpoort en de eerste stadsmuur en een Jekerarm die hier op de voorgrond net niet zichtbaar is.** Bron: Regionaal Historisch Centrum Limburg, collectie GAM-16140.

## Het Paradijsgasthuis

In de loop van het jaar 1672 wordt een groot aantal zieke en gewonde soldaten opgenomen in 'het sieckhuys genaamt het Paradijs'. Dit is het stedelijk pesthuis, een uit barakken bestaand complex in een omsloten uithoek van de stad bij de Helpoort, waar bij epidemieën zieken worden geïsoleerd. Aan de verzorging van de militairen mankeert er in dat jaar wel het een en ander. Als namelijk een commissie bestaande uit vertegenwoordigers van stadsbestuur en garnizoen de instelling in het najaar

inspecteert, blijkt dat de opgenomen soldaten 'seer quaelyck geacomodeert syn, ende miserabel blijven liggen'. Een van de oorzaken daarvan is dat de verantwoordelijke officieren geen financiële bijdrage leveren aan verpleging en verzorging terwijl dat wel de bedoeling is. Daarnaast verblijven er veel gezonde personen in het gasthuis die op stadskosten worden gevoed en bestaat er 'weinigh ordre ... in 't tracteeren en cureren der siecken en gequetsten'. Tot overmaat van ramp blijkt dat 'den binnenvader oft Opsiender oock de minste Capaciteyt niet en scheen te hebben om soo danich sieckhuys waar te neemen ...'.

De commissie grijpt in en bepaalt dat de niet-zieken het gasthuis onmiddellijk moeten verlaten en dat de stadsdoktoren en -chirurgijns voor een behoorlijke behandeling van de opgenomen

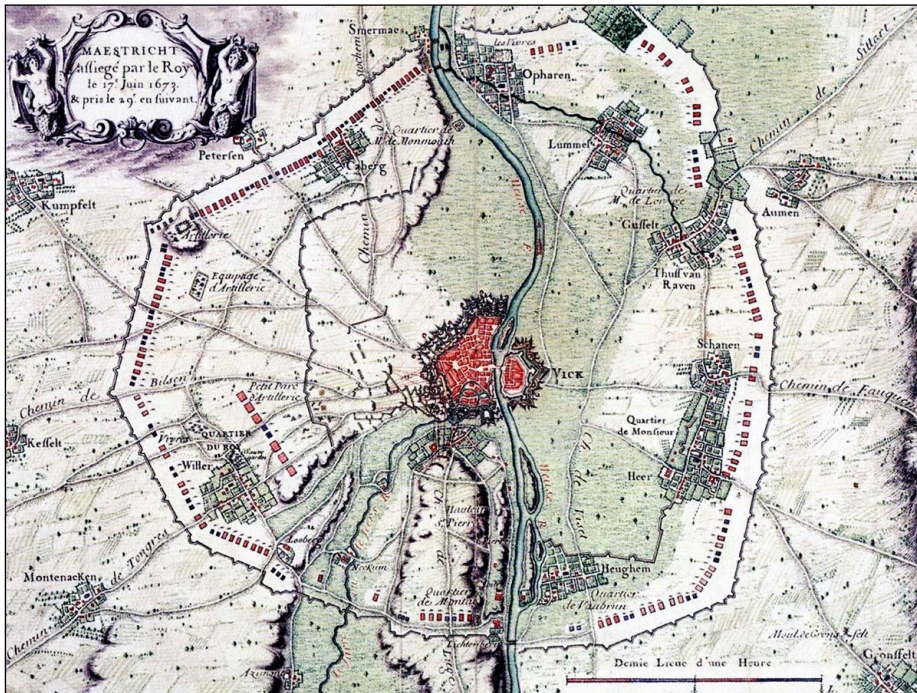
militairen moeten zorgen. Daarnaast gaat zij op zoek naar alternatieve huisvesting en bezoekt in dat kader een drietal kloosters maar die worden niet geschikt bevonden om er de komende winter zieken en gewonden onder te brengen. Het Minderbroedersklooster (zie kader) valt wel in de smaak onder andere door zijn ligging aan het riviertje de Jeker dat bij Maastricht in de Maas uitmondt. Er verblijven daar weliswaar weeskinderen, maar die kunnen tijdelijk verhuizen naar het Jezuïetenklooster. Het stadsbestuur ondersteunt het plan, maar voor de winter komt er geen oplossing, want de Staten-Generaal geven pas op 19 mei 1673 toestemming tot uitvoering. De belegering door de Fransen en de capitulatie van de stad op 30 juni van dat jaar gooien dan echter roet in het eten<sup>5</sup>.

### **Het Minderbroedersklooster in Maastricht**

De minderbroeders hebben sinds de dertiende eeuw een klooster in Maastricht. Na de verovering van de stad door de protestante prins Frederik Hendrik in 1632 worden zij in 1638 verdacht van betrokkenheid bij een poging de stad weer in Spaanse - katholieke - handen te spelen. Zij weigeren bovendien een eed van trouw aan de Republiek af te leggen en worden in 1639 uit de stad verdreven. Hun klooster krijgt in 1640 de functie van gereformeerd weeshuis. Het garnizoen krijgt in 1672 belangstelling voor het gebouwencomplex en vanaf 1680 wordt het daadwerkelijk in gebruik genomen als militair hospitaal en als arsenaal. Het hospitaal blijft er tot in het tweede decennium van de negentiende eeuw en het complex behoudt tot in de twintigste eeuw een militaire bestemming. Tegenwoordig is er het Regionaal Historisch Centrum Limburg gevestigd. De oostelijke en zuidelijke vleugels van het klooster waarin het hospitaal was gevestigd, zijn al langere tijd geleden gesloopt<sup>10</sup>.

### **Een gasthuis 'ten dienste van de militie deses guarnisoens'**

Parallel aan de plannen om het Minderbroedersklooster tijdelijk als hospitaal te gaan gebruiken, lanceert de stad het initiatief tot de oprichting van een 'nieuw gasthuys voor de arme siecke borgerije en de soldaeten'. Dit gasthuis moet een overheidsinstelling worden die in stand zal worden gehouden 'sonder incommoditeijt van particulieren'. Al snel worden er pogingen in het werk gesteld kapitaal voor de oprichting van deze instelling te verkrijgen. Zo houdt de stad in januari 1673 een collecte die in de kerken tijdens de preek wordt aangekondigd. Van de Staten-Generaal krijgt zij toestemming een deel van de gelden die beschikbaar komen door de verkoop van enkele kanunnikenplaatsen in de kapittels van Sint Servaas en Onze Lieve Vrouwe voor het gasthuis te reserveren. Dit laatste levert een bedrag van fl. 15.800,-- op, over de opbrengst van de collecte is niets bekend. De gelden worden gereserveerd voor het gereformeerd gasthuis waarvan inmiddels wordt gezegd dat het 'ten dienste van de militie deses guarnisoens' zal zijn. Het lijkt er dus op dat de plannen zijn aangepast en dat men nu een echt militair hospitaal voor ogen heeft. Ook deze plannen worden doorkruist door de belegering en inname van de stad in juni 1673<sup>5</sup>.



**Afb. 2: Plattegrond van Maastricht tijdens de belegering van 1673 met in een grote kring om de stad heen de Franse kampementen en aanvalswerken.**

Bron: [Wikipedia](#), publiek domein.

## De belegering van 1673

Er is geen beschrijving overgeleverd van de manier waarop de geneeskundige zorg tijdens dit beleg wordt georganiseerd. We kunnen slechts proberen ons daar een voorstelling van te maken op basis van zeer fragmentarische informatie.

Ten tijde van de belegering blijkt het weeshuis nog niet te zijn ontruimd om plaats te maken voor een hospitaal, dat zal pas lukken na de inname van de stad door de Fransen. Voorafgaand aan de belegering worden het Paradijs en de Croonenhoff, een tweede locatie van het stedelijke pesthuis, in gereedheid

gebracht om zieken en gewonden te kunnen opvangen en ook in diverse kloosters wordt voor dat doel ruimte gereserveerd. We weten zeker dat in het Predikherenklooster, thans in gebruik als boekhandel Dominicanen, daadwerkelijk gewonden zijn verzorgd omdat deze kloosterorde hier op 5 juli 1673 een vergoeding voor krijgt<sup>5</sup>.

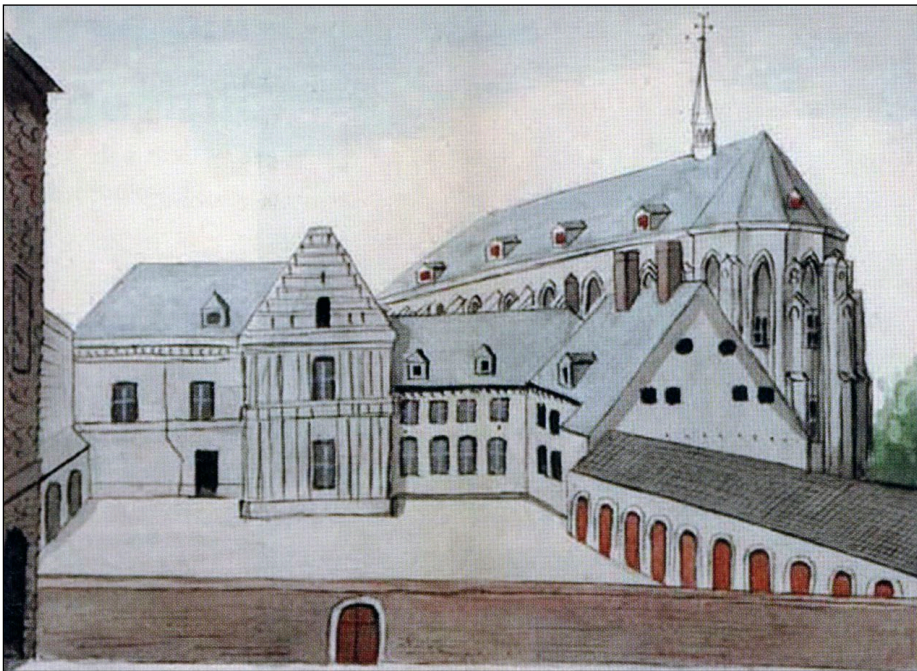
Het linnen voor de verzorging en behandeling zal door de stadsbouwmeester worden geleverd. Als aanvulling daarop moeten de wijkmeesters ervoor zorgen dat ook de burgers van de stad linnen beschikbaar stellen. De stadsdoktoren krijgen opdracht bij apothekers en chirurgijns na te gaan welke medicamenten aanwezig zijn en in welke hoeveelheden. Aan de krijgsraad wordt het verzoek overgebracht te regelen dat elke kapitein de soldij van opgenomen soldaten afstaat aan de gasthuizen. Tot slot bestaat er nog een lijst van chirurgijns die op 25 juni 1673 op het stadhuis zijn opgetrommeld, waarschijnlijk om afspraken te maken over de condities waaronder zij aan de slag kunnen gaan<sup>5</sup>. Er zouden ten gevolge van de krijgshandelingen onder de militairen van het garnizoen 1.800 doden en gewonden zijn gevallen<sup>6</sup>. We mogen aannemen dat dit tot grote problemen in de behandeling en verzorging moet hebben geleid.

## Onder Frans bewind (1673-1678)

Na de inname van de stad laten ook de Fransen hun oog vallen op het Minderbroedersklooster als locatie voor hun militair hospitaal en het weeshuis wordt daartoe ontruimd. De Fransen hebben behalve dit klooster ook het eerdergenoemde Paradijs gasthuis met zekerheid als hospitaal gebruikt. De instelling blijkt namelijk in juni 1675 volledig bezet door zieke en gewonde soldaten. Dat is op dat moment tamelijk bezwaarlijk omdat het stadsbestuur reden heeft aan te nemen dat de stad door een besmettelijke ziekte zou kunnen worden getroffen. Er heerst namelijk een ziekte in de omgeving, levensmiddelen zijn schaars en er is sprake van 'ongetemperhey' van de lucht. De Franse militaire gouverneur krijgt dan ook het verzoek ervoor te zorgen dat de barakken beschikbaar komen voor burgers.

Meer gegevens over het Franse militaire hospitaal in Maastricht ontbreken, maar zijn mogelijk nog op te sporen in Franse archieven. De enige mededeling die ons nog een indruk kan geven van de omvang is dat het stadsbestuur op 12 juli 1673, vlak na de belegering, besluit duizend matrassen met bijbehorend beddengoed te laten maken voor zieke en gewonde soldaten<sup>7</sup>.

Ook over de medische zorg tijdens de mislukte belegering van 1676 door het Staatse leger ontbreekt de informatie.



**Afb. 3: Het Minderbroedersklooster op een tekening van Philip van Gulpen. Het militaire hospitaal was gevestigd in de kloostervleugel waar we recht tegen aan kijken en de kloostervleugel links in beeld. Helemaal links zien we nog net een glimp van de Helpoort.**

Bron: Regionaal Historisch Centrum Limburg, prenten- en tekeningencollectie GAM 33.

### Op weg naar een Staats garnizoenshospitaal in Maastricht

Als gevolg van de Vrede van Nijmegen verlaten de Fransen de vesting op 6 november 1678 en nog diezelfde dag krijgt zij weer een Staats garnizoen. Enkele dagen later staat het 'toecomende hospitaal van de militie deser stad' alweer op de agenda van het stadsbestuur, dat zestig bedden en matrassen beschikbaar stelt. De plannen tot oprichting van een militair hospitaal zijn blijkbaar ook al in bredere kring bekend, want in januari 1679 meldt zich al een gegadigde voor het leveren van medicamenten. Dat is blijkbaar een slimme zet,

want het stadsbestuur gaat onder voorbehoud alvast een overeenkomst met hem aan.

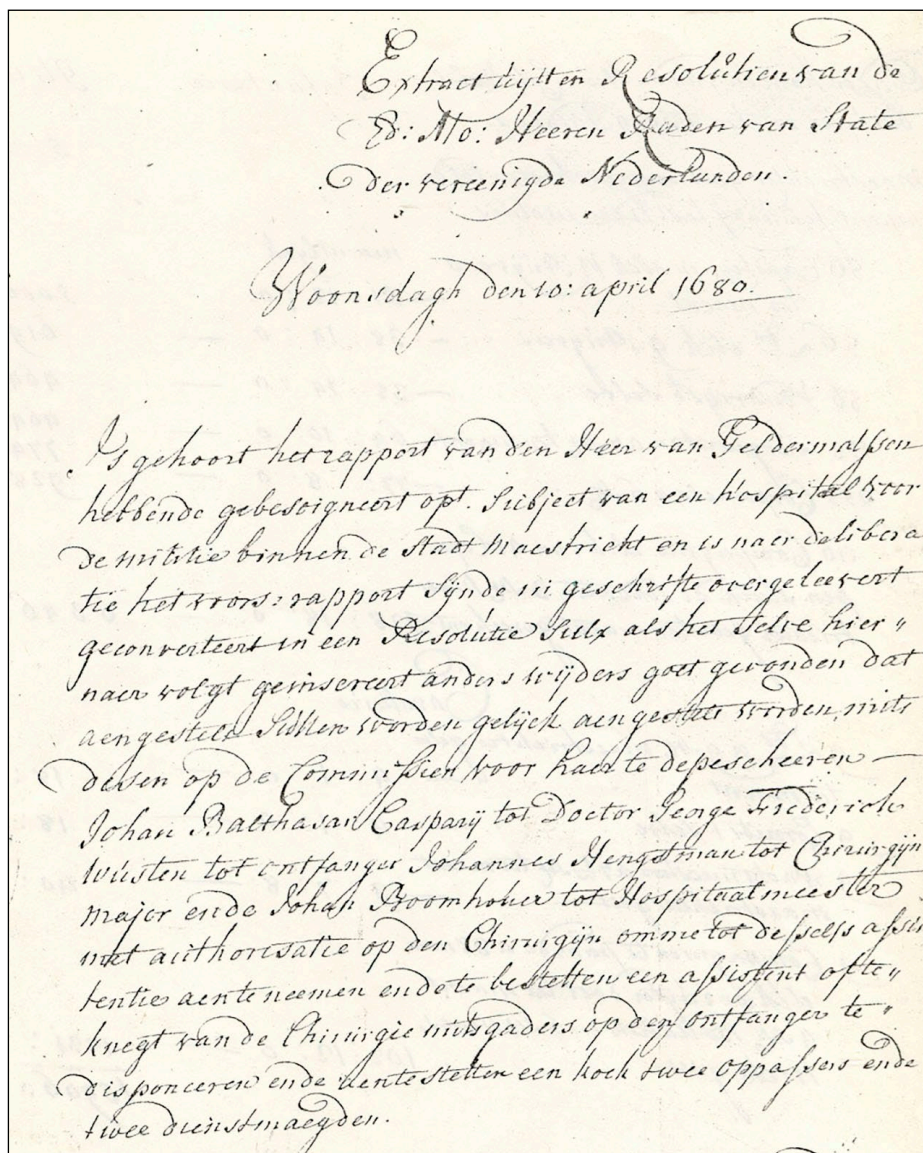
Er bestaat op dat moment wel al een niet nader aangeduid gasthuis voor soldaten, dat niet in het Minderbroedersklooster is gehuisvest. Daar zijn namelijk onder Frans bewind de weeskinderen weer teruggekeerd. Zij moeten het klooster delen met een aantal minderbroeders die vanaf mei 1678 dankzij Franse medewerking het gebouw weer mogen betrekken.

De Staten-Generaal stellen in mei 1679 een eerste aanzet tot een reglement voor het hospitaal op en sturen, dit aan het stadsbestuur. In dit document worden vooral materiële zaken geregeld. Men grijpt ook terug op de voorbereidingen die al voor de Franse bezetting zijn gemaakt en op de financiële middelen die destijds beschikbaar zijn gekomen. Ook de rente over dat kapitaal moet voor de instelling beschikbaar komen. Het stadsbestuur wordt opgeroepen zo snel mogelijk een geschikte plaats aan te wijzen en de al beschikbare inventaris moet waar nodig worden aangevuld. Om het hospitaal financieel gezond te houden, wordt er een soort van ziekenfondssysteem ingevoerd, daartoe zal op de wekelijkse soldij van een soldaat een halve stuiver en op die van een ruiter een stuiver worden ingehouden en in de hospitaalkas gestort. Bij daadwerkelijke opname kost dat nog eens drie stuivers per dag die eveneens op de soldij worden ingehouden. Als aanvulling hierop zal jaarlijks een collecte onder de burgerij en de soldaten van het garnizoen worden gehouden.

Het militaire hospitaal lijkt overigens vooral bedoeld te zijn voor ongehuwde soldaten die geen echtgenote of bedienden hebben en die daardoor bij ziekte 'seer miserabel zouden weesen, ende haere medeslaepers in die staet mede incommoderen ende infecteren ...'. Dit laatste kunnen we pas goed begrijpen als we ons realiseren dat er destijds in de kazernes per twee soldaten werd gerekend op een bed(stede).

De Raad van State neemt het benodigde personeel voor het hospitaal op 10 april 1680 in dienst. Dat is medicinae doctor Johan Balthasar Casparij tegen een jaarsalaris van fl. 700,--, chirurgijn-major Johannes Hengstman voor fl. 600,--, hospitaalmeester Johan Boomhouer voor fl. 300,--, ontvanger George Frederick Wusten voor fl. 550,--, een chirurgijnsknecht voor fl. 250,--, een kok voor fl. 100,-- en twee oppassers en twee meiden samen voor fl. 300,--. De hospitaalmeester wordt blijkbaar verondersteld zijn echtgenote mee te nemen en zij is dan ook in het jaarsalaris meegenomen evenals gratis kost en inwoning in het hospitaal voor beiden. Ook de kok, de oppassers en de meiden krijgen kost en inwoning en zijn daarmee waarschijnlijk altijd beschikbaar

voor werkzaamheden. Een deel van het al vaker genoemde Minderbroedersklooster komt in de loop van het jaar 1680 beschikbaar. Hiermee komt het eerste garnizoenshospitaal van de Republiek tot stand<sup>8</sup>.



Afb. 4: Een afschrift van de resolutie van de Raad van State van 10 april 1680 waarin de oprichting van het militair hospitaal van Maastricht wordt geregeld.

Bron: Nationaal Archief, Raad van State, resolutie 10 april 1680.

het hospitaal aanwezig te zijn omdat hij bij 'oculaire inspectie' beter in staat zal zijn tekortkomingen vast te stellen. Als een soldaat uit het hospitaal wordt ontslagen of er komt te overlijden, moet de ontvanger het liggeld van inmiddels vijf stuivers per dag innen bij de verantwoordelijke officier. De ontvanger rapporteert rechtstreeks aan de gouverneur van de vesting, de hoogste militaire autoriteit in de stad.

De hospitaalmeester woont in het hospitaal en zal er 'gedurigh' blijven. Hij moet een inventarislijst bijhouden van alle hospitaalgoederen waarvan met name worden genoemd bedden, matrassen, lakens, hemden, dekens en alle andere 'meubilen'. Hij moet ook een register bijhouden van inkomende en vertrekkende zieken en gewonden en daarbij de naam van kapitein en regiment vermelden. Bij de ochtendvisite van medicinae doctor en chirurgijn is hij aanwezig zodat hij op de hoogte is van hetgeen de patiënt nodig heeft. 's Middags moet hij zelf een ronde maken om zich ervan te overtuigen dat alles naar wens verloopt. Hij heeft het toezicht op de kok of kokkin en moet ervoor zorgen dat de zieken op tijd eten krijgen en vooral dat dit goed bereid en gaar is. Hij is in feite verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken in het hospitaal en dient zich bij onvoorziene zaken te wenden tot de ontvanger of via deze tot de gouverneur<sup>9</sup>.

### Het reglement van 1680

Tegelijk met de aanstelling van het personeel verschijnen er op 10 april 1680 een begroting en instructies voor de ontvanger en de hospitaalmeester. Een gezonde financiële basis voor de instelling is blijkbaar van zeer groot belang. Aan de inkomstenkant van de begroting zien we dat het ziekenfondssysteem inmiddels is uitgebreid tot het hele garnizoen, hetgeen betekent dat ook officieren en onderofficieren bijdragen. Aan de uitgavenkant gaat de begroting ervan uit dat er dagelijks vijftig zieke soldaten opgenomen zullen zijn. Hiervoor wordt een bedrag van ruim fl. 4.500 begroot, daarnaast zijn er posten voor medicijnen, voor vuur en licht en voor de salarissen. De ontvanger krijgt de instructie dat hij ervoor verantwoordelijk is dat de overeengekomen financiële bijdragen vanuit het garnizoen ook binnenkomen. Hij krijgt het advies frequent in persoon in

## Conclusie

In de roerige jaren van de oorlog met Frankrijk in de jaren 1672-1678 wordt in Maastricht, min of meer uit de nood geboren, een initiatief ontwikkeld tot het opzetten van een garnizoenshospitaal. Dit instituut dat uiteindelijk in 1680 tot stand komt, is gericht op de verzorging en medische behandeling van zieke en gewonde soldaten van het garnizoen. Een arts, medicinae doctor, en een chirurgijn krijgen een vaste aanstelling bij dit hospitaal. Deze ontwikkelingen vinden plaats in een tijd waarin de geneeskundige zorg in het leger nog in de kinderschoenen staat.

## SUMMARY

### THE ESTABLISHMENT OF THE MILITARY HOSPITAL IN MAASTRICHT

In the period 1672-1680 the city council of Maastricht and the government of the Dutch Republic tried to establish a hospital for the soldiers of the garrison. This article describes the historical context in which these events took place and the developments that led to the institution of the first military hospital in a fortified city of the Republic. It all took place in a period when medical care for the army was not self-evident.

#### Literatuur:

1. **Ramakers E.:** De oorlog van 1672 en de jaren daarna. In: Bordaz O. e.a., D'Artagnan gevallen vóór Maastricht. Maastricht 2003, p. 170-171.
2. **Morreau L.J.:** Die Yseren Stadt Maestricht. Maastricht 1973, p. 50.
3. **Ubachs P., Evers I.:** Historische Encyclopedie Maastricht. Zutphen 2005, p. 60.
4. **Verdoorn J.A.:** Arts en Oorlog. Rotterdam 1995, p. 104-105.
5. Regionaal Historisch Centrum Limburg (RHCL), 20.001A Indivieze Raad Maastricht 1316-1795 raadsverdragen 1672-1673.
6. **Morreau:** p. 57.
7. RHCL, Raadsverdragen 1673-678.
8. **Kerkhoff A.:** Over de geneeskundige verzorging in het Staatse leger. Nijmegen 1976, p. 82.
9. Nationaal Archief, Raad van State, Resolutie van 10 april 1680.
10. **Dingemans P.:** De Oude Minderbroeders, het eerste Minderbroedersklooster. Maastricht 1983.



OP WEG NAAR EEN  
**ROOKVRIJE  
GENERATIE**



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



# Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 7 en 8, juli en augustus 2021

## Veiligheid

### Medewerking artsen en andere BIG-geregistreerden aan onderzoeken

Binnen en buiten Defensie worden door verschillende autoriteiten een veelheid aan onderzoeken ingesteld, bijvoorbeeld strafrechtelijk, een civiele of tuchtrechtelijke zaak, of met veiligheid als doel.

BIG-geregistreerden worden regelmatig benaderd door betrokken onderzoekers. Men is op zoek naar expertise of gegevens uit het geneeskundig dossier. Daarbij worden verschillende handswijzen gehanteerd, dat kan lopen van het aanbod om in de onderzoekscommissie zitting te nemen, het verzoek een deskundigenoordeel c.q. getuigenverklaring te geven tot een gerechtelijk bevel.

Er is een aantal richtlijnen:

- Er mag niet als onderzoeker of deskundige worden meegewerkt aan een onderzoek van de Inspectie Veiligheid Defensie (IVD), noch mogen patiëntgegevens worden gedeeld met de IVD zonder dat voorafgaand de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) is geïnformeerd en de IMG richtlijnen heeft gegeven. Deze richtlijnen dienen gevolgd te worden. Het overdragen van patiëntgegevens aan de IVD behoeft altijd de instemming van de IMG.
- Betrokkenheid bij een onderzoek naar luchtvaartongevallen (door anderen dan de IVD) kan alleen door tussenkomst en met instemming van de stafarts Commando Luchtstrijdkrachten.
- Bij verzoeken of bevelen van de politie, het Openbaar Ministerie of de Koninklijke Marechaussee is elke medewerking verboden voordat hierover overleg is geweest met de Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA), in deze uitgevoerd door één van de stafjuristen. Tevens dient de verantwoordelijk BIG-geregistreerde zich te verzetten tegen inbeslagname van patiëntgegevens en eisen dat (als de opsporingsambtenaar toch overgaat tot in beslagname) alle patiëntgegevens direct in een verzegelde enveloppe worden bewaard tot er een rechtelijke uitspraak is aangaande de rechtmatigheid van de inbeslagname.

Geadviseerd wordt om altijd contact op te nemen met (de staf van) uw stafarts. Algemene informatie is te vinden op [internet](#) in de richtlijn omgaan met medische gegevens van de KNMG.

En onthoud: hoe 'hoog' de autoriteit ook is die u bevrageet, u bent altijd gebonden aan uw geheimhoudingsplicht.

## Instructies

### I-MGA/024 Internationaal vervoer Opiumwetmiddelen

Voor middelen die onder de Opiumwet vallen geldt nationaal en internationaal strikte regelgeving om misbruik ervan te beperken. De wet- en regelgeving van landen waar een inzet of oefening plaatsvindt kan verschillen van de Nederlandse wet- en regelgeving. Het komt regelmatig voor dat bijvoorbeeld een Algemeen Militair Arts (AMA) of een Algemeen Militair Verpleegkundige (AMV), opiumwetmiddelen (OW-middelen) meeneemt over de grens. Er bestaan voor deze situatie geen vaste afspraken of bindende regels tussen landen over het vervoer van deze middelen van het ene naar het andere land. Bij afwezigheid van deze vaste afspraken of bindende regels is een verklaring opgesteld waarmee de militair deze middelen mee kan nemen over de grens. Met deze verklaring wordt het risico op mogelijke sancties voor de militair en Defensie naar huidig inzicht tot het minimum beperkt. De instructie I-MGA/024 beschrijft de werkwijze hoe deze verklaring moet worden ingevuld, welke functionarissen daarbij betrokken zijn en welke OW-middelen genoteerd moeten worden. Deze werkwijze is afgestemd met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

De I-MGA/024 gaat niet over het over de grens meenemen van OW-middelen die met een recept op naam gesteld zijn voor persoonlijk gebruik. De verklaring is nodig voor zowel lijst 1 als lijst 2 OW-middelen.

De [instructie](#) en de digitaal invulbare word-versie van de [verklaring](#) zijn terug te vinden op het Publicatieportaal.



## **DMG/030 Geïntegreerde gezondheidszorg ingetrokken**

De beleidsaanwijzing DMG/030 'Geïntegreerde gezondheidszorg' is [ingetrokken](#). Deze aanwijzing beschreef de filosofie achter en de doelstelling van het geïntegreerd zorgmodel, de wettelijke kaders en de operationele en professionele eisen en randvoorwaarden. Inmiddels is de DMG/030 sterk gedateerd en is binnen de hele militaire gezondheidszorg een verbeterslag doorgevoerd wat betreft het vastleggen van beleid, kaderstelling en uitvoering in de vorm van aanwijzingen, instructies en protocollen. Ook is tot op uitvoeringsniveau de inrichting en kwaliteit van zorg beschreven in de kwaliteitsmanagementsystemen bij de operationele commando's (OPCO's) en DGO-bedrijven.

## **MGZ 2020**

### **Beëindiging programma MGZ 2020**

Op 1 juli jl. is met een [MT-50](#) het programma Militaire Gezondheidszorg (MGZ) 2020 geëindigd. De directe aanleiding voor de oprichting van het programma MGZ 2020 was het mortierongeval in Mali (2016) en het daaropvolgende onderzoek van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Er bleken aanzienlijke tekortkomingen op het gebied van sturing, procedures, bemensing en materieel. MGZ 2020 pakte deze problemen aan, samen met de zorgbedrijven van DGO en de operationele geneeskundige eenheden. Om de kwaliteit van de gezondheidszorg aan militairen structureel te verbeteren, zijn acht samenhangende projecten uitgevoerd. Met de Directie Aansturen Operationele Gereedstelling en operationele planners in de geneeskundige keten werd een eenduidige geneeskundige gereedstellingsopdracht vastgesteld. Opleiding en trainingen zijn in lijn gebracht met kwalificatieprofielen en de werkelijkheid bij de operationele eenheden. Verder zijn alle (zorg)bedrijven van de DGO nu gecertificeerd op de civiel zorgnorm. Voor de operationele geneeskundige eenheden gebeurt dit later dit jaar en 400 Geneeskundig Bataljon in het voorjaar van 2022. De doelstellingen van het programma MGZ 2020 zijn nog steeds actueel. Met de vastgestelde [strategische kaart 2021-2025](#) voor de MGZ zijn de doelen geborgd voor de toekomst. Door het uitvoeren van diverse projecten is de MGZ bezig de strategische doelen te halen. Een aantal projecten is op de MT-50 gepresenteerd. Hieronder een korte toelichting op de gegeven presentaties.

#### *Doorlichting keten MGZ: Zorgaanbiederschap*

In de nieuwsbrief/e-bulletin ([nummer 10](#)) van oktober 2020 werd toelichting gegeven op de doorlichting van de functionele keten MGZ. Deze is naar aanleiding van de invoering van de (nieuwe) topstructuur uitgevoerd om inzicht te krijgen in de huidige en toekomstige situatie en de eventuele aanpassingen die mogelijk nodig zijn om de topstructuur ook in het MGZ-domein te volgen. Het onderbouwd advies ten aanzien van aanpassingen die uit het onderzoek naar voren komen zou eind 2020 gereed zijn, maar heeft enige tijd moeten wachten op de conclusies van een extern onderzoek over het zorgaanbiederschap. Inmiddels heeft dat onderzoek duidelijk gemaakt dat, waar Defensie er steeds vanuit ging dat de minister van Defensie zorgaanbieder was, dit juridisch niet klopt en vindt overleg plaats met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hoe dit wel vorm kan krijgen, aansluitend bij de doelstelling van de MGZ, maar zich ook juist verhoudend tot de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Inmiddels krijgt ook de opvolger van de aanwijzing Hoofddirectie Bedrijfsvoering (HDBV)-002 steeds meer vorm wat ook concreter zicht geeft op de wijzigingen rond het proceseigenaarschap van de MGZ. Dit alles heeft recent geleid tot een herstart van de doorlichting en een verwachte afronding in juli 2021. Daarna zal het advies besproken worden in de diverse beraden die een besluit zullen nemen over het vervolg van deze adviezen.

#### *Opleiden en trainen*

Het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) heeft laten zien dat het opleiden en kwalificeren van goed functionerende medewerkers een kwestie is van samenwerken. Door in samenspraak met (operationele) eenheden invulling te geven aan opleiden en individueel trainen kunnen de eenheden blijven beschikken over goed opgeleide functionarissen die in staat zijn hun taken op een goede manier te vervullen.

#### *Leren en Verbeteren*

Het project leren en verbeteren is onderdeel van kwaliteitsmanagement binnen de MGZ. Begin 2021 is er een herstart geweest met een nieuw projectplan. Het project wil een structuur inrichten binnen de

MGZ waarin continu aandacht is voor het bespreekbaar maken en leren van fouten en waar kansen en verbeteringen tijdig worden opgepakt.

### *Kwaliteitsmanagement bij 11Gnkcie*



11 Geneeskundige compagnie (11 Gnkcie) is hard bezig om haar kwaliteitsmanagement op orde te krijgen. Omdat het een tactische eenheid is die als product operationele gezondheidszorg levert van punt gewond raken via Role 1 naar Role 2, is voor vrijwel elk brondocument een vertaalslag nodig. Dit om de van civiel afgeleide normen in te kunnen bedden in de operationele context. Dit biedt vele uitdagingen en de commandant 11 Gnkcie heeft een aantal gepresenteerd. Zowel op P-gebied, M-gebied en OG-gebied wordt hard gewerkt aan het leveren van bestendige kwaliteit. De foto laat een van de ontwikkelingen op M-gebied zien. De huidige materialen voldoen niet meer om in Hoofdtak 1 te kunnen

optreden. Daarom experimenteert 11 Gnkcie, in samenwerking met het Kenniscentrum DGOTC, met een nieuwe lichtere configuratie van een Role 1. Het is nog niet af, maar de eerste tekenen zijn veelbelovend.

### *Kwaliteit in beeld*

De Commandant der Strijdkrachten (CDS) gaf in 2017 opdracht tot het programma Kwaliteit in Beeld (KiB). Doel: een verbeterd inzicht in de kwalitatieve kant van individuele Personele Gereedheid (iPG) en daarmee in de specifieke kennis en vaardigheden van het personeel. Kortom, een verbeterd inzicht in wat ons personeel kan en moet kunnen.

Met de CDS-aanwijzing [A-703](#) is vastgelegd hoe we dit doen. Binnen het geneeskundige domein wordt momenteel hard gewerkt aan dit verbeterd inzicht. Achter de schermen worden de kwalificaties die bij functies horen doorgelicht en binnenkort zal ook het personeel benaderd worden om een check te doen op de eigen kwalificaties.

Het systeem van vastleggen van kwalificaties is toegelicht. KiB heeft een duidelijke link naar het dashboard MGZ. Verder moet een systeem ontwikkeld worden waarin MGZ-breed individuele bekwaamheden op zowel geneeskundig handelen als bediening van medische apparatuur uniform kan worden vastgelegd.

### *Personeelsbeleid/HR-transitie*

Vanuit het project personeel is vooral ingegaan op het spanningsveld tussen de P-verantwoordelijkheid van de MGA en het gegeven dat militair MGZ-personeel is ingedeeld bij de OPCO's. Een OPCO overstijgende afstemming is daarom essentieel en dat is vormgegeven door de oprichting van het Wkkgz art. 3-team en het strategisch P-overleg MGZ (POMG). Vervolgens zijn de uit de visie van de MGA voortvloeiende P-opdrachten met de behaalde resultaten en de huidige stand van zaken (1/7/2021) toegelicht. Tevens is ingezoomd op de HR-transitie binnen de MGZ.

### *Verbetering operationele planning MGZ en VAM*

Vaststellen van de processen om tot verbeteren van operationele planning MGZ te komen heeft een sterke samenhang met de governance binnen de MGZ. Om de CDS en MGA de tools te geven om te sturen op gereedstelling, inzet en kwaliteit zijn de processen, ter uitvoering, overgedragen aan de reguliere bedrijfsvoering staf DGO.

### *Operationele geneeskundige protocollen (R2E):*

Alle inspanningen van het (para)medisch specialistische personeel, de Defensie Farmaceutische Dienst (DFD), 400 Geneeskundig Bataljon en de ondersteuning vanuit MGZ 2020 en het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) hebben geleid tot de totstandkoming van de eerste set operationeel geneeskundige protocollen (R2E). Deze eerste set protocollen (en de animatie) is gepubliceerd op het DGOTC-portaal onder de tegel [Protocollen en nota's; Operationeel Geneeskundige Protocollen](#). De beheerprocedure wordt nog vastgelegd in de (concept) I-MGA/038.

## Bedrijven DGO

### Samenwerking Defensie en relatieziekenhuizen vernieuwd

De samenwerking tussen Defensie en civiele ziekenhuizen is vernieuwd. Defensie tekende vrijdag 9 juli de contracten met 4 nieuwe ziekenhuizen, namelijk de universitaire medische centra van Amsterdam, Leiden, Maastricht en Utrecht. Daarnaast werd de samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum, het Radboud Universitair Medisch Centrum en het Haaglanden Medisch Centrum opnieuw bekrachtigd. Het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) coördineert de samenwerking. Nieuw is de coördinerende rol van het IDR bij de zogenoemde praktische tewerkstelling (PTW) van algemeen militair verpleegkundigen bij de aangesloten ziekenhuizen. Door deze PTW aan te bieden in de relatieziekenhuizen, sluit het werk van de militair verpleegkundigen meer aan bij wat er operationeel van ze gevraagd wordt. Lees het volledige bericht over de vernieuwde samenwerking op [intranet](#).

### Aangepaste openingstijden gezondheidscentra in de zomer

In de zomerperiode zijn een aantal gezondheidscentra voor een paar weken gesloten. In elke regio is altijd minimaal één gezondheidscentrum geopend. Kijk [hier](#) voor het overzicht of kijk op de [intranetpagina](#) van het betreffende gezondheidscentrum om te zien of en wanneer dat centrum sluit.

### Verbouwing Centraal Militaire Apotheek

Maandag 9 augustus start de verbouwing/renovatie van de Centraal Militaire Apotheek. Deze verbouwing duurt ca. vier maanden. Voorafgaand aan de verbouwing wordt deze maand een tijdelijke huisvesting voor de apotheek gerealiseerd op de vide tussen het restaurant en de receptie van het Centraal Militair Hospitaal. Hierin komt de tijdelijke medicatierobot te staan en worden de werkzaamheden verricht door de collega's van de apotheek.

## Kwaliteit van zorg

### Succesvolle audit voor de Centraal Militaire Apotheek

Gedurende een tweedaagse audit op donderdag 15 en vrijdag 16 juli heeft de externe certificerende instelling (Lloyds Register) getoetst of de Centraal Militaire Apotheek voldoet aan de vastgestelde Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)-norm. De auditor heeft de medewerkers bevraagd, de processen en procedures uitvoerig bestudeerd en inzage gekregen in het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS). Dit alles met positief resultaat: het HKZ-certificaat is wederom met drie jaar verlengd.

## COVID-19

### Produceren medicinale zuurstof in Suriname



Het team van 400 Geneeskundig Bataljon (400 Gnkbataillon) onder leiding van kapitein-apotheker van de Defensie Farmaceutische Dienst, Daan de Jong, is sinds 2 juni in Suriname aanwezig om twee zuurstofconcentratoren van 400 Gnkbataillon op te stellen bij het Diaconessenhuis in Paramaribo en medicinale zuurstof te produceren (inclusief een volledige kwaliteitscontrole). Daarnaast leiden zij een ploeg Surinaamse defensiecollega's op.

### CoronaCheck-app

De gezondheidscentra van het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB) krijgen veel vragen over het registreren van de vaccinatie in de CoronaCheck-app. Achter de schermen wordt hard gewerkt aan een nieuwe en uitgebreide FAQ-pagina. Tot die tijd kan iedereen met vragen over registratie terecht bij de Taskforce [TFCOVID@mindef.nl](mailto:TFCOVID@mindef.nl). Het EGB hoopt zo de druk op de gezondheidscentra wat te kunnen verlichten.

## Stand van zaken COVID-vaccinatie

De grote vaccinatiecampagne is nu bij bijna alle gezondheidscentra van het EGB achter de rug. Het blijft mogelijk om gevaccineerd te worden door Defensie. Dit kan met het Janssen-vaccin bij de centra in Den Haag, Den Helder, Garderen, Gilze Rijen, Havelte en Utrecht. Voor uitzendingen is een mRNA-vaccin vereist. Voor militairen die zijn aangewezen voor uitzending kan alleen een mRNA-vaccinatie (BioNTech/Pfizer of Moderna) verplicht gesteld worden. Hiervoor kan men terecht bij gezondheidscentrum Utrecht. Wanneer er te weinig tijd zit tussen aanwijzing en uitzending om met twee mRNA-vaccins gevaccineerd te worden, kan de minister het eenmalige Janssen-vaccin verplicht stellen.

## Procesbeschrijving ketenzorg persisterende COVID-klachten (PB 159)

De procesbeschrijving ketenzorg persisterende COVID-klachten ([PB 159](#)) is een routekaart voor de zorgverlener. Dit document geeft inzicht in de ketensamenwerking van de diagnostiek en behandeling van patiënten met persisterende COVID-klachten en patiënten met een vermoeden van doorgemaakte COVID-19. Dit draagt bij aan een heldere werkwijze rondom de verwijzing van de eerste en tweedelijns zorgprofessionals en laagdrempelig onderling contact.

## Jaarverslagen

### Jaarverslag Militair Revalidatie Centrum Aardenburg 2020

Het jaarverslag van het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg (MRC) staat online. Het jaar 2020, een jaar waarin de begrippen mondkapjes, R-getal, face shields, zorg op afstand en cohort ineens een andere lading hebben gekregen. Toch zou een jaarverslag alleen gericht op corona tekortdoen aan alles wat het afgelopen jaar is gerealiseerd binnen het MRC en de inspanningen die hiervoor zijn geleverd. Lees alles over deze ontwikkelingen in het online jaarverslag via [internet](#).

## Klantberichten MGCL

### Update t.a.v. First Aid artikelen

In februari dit jaar is via een klantbericht Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC) bekend gesteld dat de normbedragen raamovereenkomsten, voor het afroepen van *First Aid* artikelen, ruim overschreden zijn en dat deze artikelen daarom tijdelijk beperkt tot niet leverbaar waren. In de tussentijd is voor de overbruggingsperiode een overeenkomst afgesloten om de meest noodzakelijke klantbehoeftes te kunnen vervullen totdat er een definitieve raamovereenkomst is. De eerste artikelen vanuit deze overbruggingsovereenkomst zijn sinds kort beschikbaar voor uitlevering, maar kunnen de openstaande behoeftestellingen niet afdekken. Om tot een zorgvuldige uitlevering te komen is in nauw overleg met vertegenwoordigers van de defensieonderdelen een pragmatische werkwijze overeengekomen. Lees in het [klantbericht](#) hoe de uitlevering van *First Aid* artikelen verloopt totdat de tekorten zijn opgeheven.

### Lijst gecontroleerde artikelen

Als gevolg van de pandemie was er vorig jaar aan het begin van de COVID-19-periode in het hele land een tekort aan COVID-19-gerelateerde artikelen. Daarom werd een lijst opgesteld, met daarop onder andere desinfectiemiddelen en medische persoonlijke beschermingsmiddelen waarvoor bij bestellen hiervan toestemming gevraagd moest worden aan de stafartsen van de OPCO's. De afgelopen periode zijn de artikelen op de markt weer voldoende beschikbaar en is de voorraad van deze artikelen bij het MGLC weer op peil gebracht. Dit betekent dat er niet langer toestemming gevraagd hoeft te worden voor het bestellen van deze artikelen. De FrontOffice van het MGLC zal desondanks wel blijven controleren om onnodige grote aanvragen te voorkomen. Lees [hier](#) het volledige klantbericht.

## Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

### Yogalessen Defensie worden weer opgepakt

Langzamerhand worden de yogalessen op de defensielocaties weer opgepakt! Ben je benieuwd wat yoga voor jou kan betekenen? Kijk op de [SharePoint-pagina](#) van het Yoga Netwerk Defensie (YND) naar het lesrooster of de docenten op jouw locatie. De yogastijl van de meeste docenten bij Defensie is een actieve stijl: je beweegt in het ritme van de ademhaling en je kunt een flow ervaren. Je kunt niet goed of slecht zijn in yoga, maar je voert het uit in je eigen kunnen: je leert je lichaam te observeren terwijl je de houdingen aanneemt binnen jouw fysieke mogelijkheden.

## **Leefstijlcursus voor patiënten MGGZ in Zwolle**

Afgelopen maart-april hebben zeven patiënten van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) in Zwolle deelgenomen aan een leefstijlcursus, gegeven door de leefstijlcoaches van DGI Regio Noord/Oost en psychologen van de MGGZ. Aanleiding van deze pilot was dat de MGGZ al lange tijd de wens had om een leefstijlgerichte interventie aan te bieden.

De leefstijlcursus bestond uit vier bijeenkomsten waar diverse leefstijlthema's werden behandeld, zoals bewegen, voeding, middelengebruik, slaap en ontspanning. Naast kennisoverdracht werd ook ingegaan op gedragsverandering en was er een actief beweegmoment om daadwerkelijk (weer) in beweging te komen. De cursus is zo'n succes gebleken dat er een volgende serie start in september-oktober. Hierna vindt een evaluatie plaats om te kijken hoe/of dit te bestendigen is.

## **DOSCO-serie 'Onze vakmensen'**

### **Psychologie**

Annelie is militair psycholoog. Ze geeft aan dat gegeven het feit dat vier van de tien Nederlanders eens of vaker in hun leven psychische klachten ervaren, het logisch is dat militairen ook wel eens hulp nodig hebben. Bovendien worden militairen in hun werk vaker dan de gemiddelde Nederlander blootgesteld aan stressvolle, extreme omstandigheden. Daardoor zijn ze in theorie extra kwetsbaar voor psychische klachten. Het is dus heel belangrijk dat er laagdrempelig een psycholoog beschikbaar is die zorgdraagt voor het psychische welzijn. Als militair psycholoog ontvangt Annelie militairen en veteranen die kampen met allerlei psychische klachten. Dat kan gaan om somberheid- of angstklachten en ook om klachten die het gevolg zijn van traumatische ervaringen. Omdat het voorkomen van psychische klachten ook erg belangrijk is geeft Annelie les over hoe je stress bij jezelf en anderen kunt herkennen en hoe je ermee kunt omgaan. Daarnaast is ze gespecialiseerd in cognitieve gedragstherapie, een behandelmethode waarbij je kijkt naar de invloed van gedachten en gedrag op het gevoel. Het volledige interview met Annelie is op [intranet](#) te lezen.

## **Interne dienstverlening Militair Revalidatie Centrum Aardenburg**

Tara is hoofd interne dienstverlening bij het Militair Revalidatie Centrum (MRC) Aardenburg. Ze is in die functie een duizendpoot, zo ondersteunt zij het zorgproces door in de randvoorwaarden te voorzien die de specialisten nodig hebben om zorg te kunnen verlenen. Denk bijvoorbeeld aan inkoopaanvragen en het afhandelen van facturen. Maar ook facilitaire zaken zoals defecten en onderhoud binnen en buiten de gebouwen van het MRC lost zij op. Tara vindt het prettig om in een complex netwerk te werken. Het is belangrijk om een vertaalslag te kunnen maken van ondersteunende zaken naar de invloed op het zorgproces. Daarnaast is Tara hoofd bedrijfshulpverlener en beveiligingsfunctionaris. Dat betekent veel coördineren met externen. Lees [hier](#) het volledige interview met Tara.

## **Parlementaria**

### **Beantwoorde Kamervragen over de beleidsreactie 'RIVM-onderzoek naar blootstelling aan chroom-6 en arbeidsomstandigheden op defensielocaties'**

Er zijn aan de Kamervragen gesteld over de beleidsreactie 'RIVM-onderzoek naar blootstelling aan chroom-6 en arbeidsomstandigheden op defensielocaties'. Kijk [hier](#) voor de beantwoording van deze vragen.

## **Jaarrapport 2021 Visitatiecommissie Defensie en Veiligheid**

De minister en de Staf van Defensie hebben eind juni het derde en laatste jaarrapport van de Visitatiecommissie Defensie en Veiligheid aan de Kamer aangeboden. De commissie heeft tussen 2018 en 2020 de voortgang en doelbereiking van het plan van aanpak 'een veilige defensieorganisatie' getoetst. In dit jaarrapport onder andere aandacht voor de gezondheid van medewerkers en de gezondheidsmonitoring. Het rapport is via [internet](#) en [intranet](#) te downloaden.

## **Boekbespreking**

### **Boekbespreking 'Professionaliteit in de zorg: reflecteren op je professie'**

Het blijven knagende vragen: Wat is goede zorg? Hoe blijf je een bezielde dokter bij hoge werkdruk? Hoe ga je om met conflicten, met (medische) fouten, met medicalisering, de farmaceutische industrie, kwesties van

leven en dood? Het boek 'Professionaliteit in de zorg' omvat een grote reeks, betrekkelijk beknopte en over het algemeen leesbare bespiegelingen over deze en aanpalende onderwerpen die ook in Medisch Contact met enige regelmaat aan de orde komen. De bijdragen zijn geschreven door ervaren artsen en andere experts, onder wie Pieter Barnhoorn, Bert Keizer, Jet Bussemaker, Rudi Westendorp en Anna Verhulst (voorzitter Raad van Advies Medisch Contact) en kunnen heel goed dienen als discussiestof voor reflectie of intervisie. Belangrijk boek, zeker voor artsen die net aan hun loopbaan beginnen.  
Professionaliteit in de zorg, P.J. van Dijken e.a. (red.), Bohn Stafleu van Loghum.

## Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

### NMGT, nr. 4 (juli 2021)

Nummer vier van het NMGT is verschenen, met hierin o.a. een artikel over hostiliteit na de missie, en of dit problematisch is of niet. Hostiliteit wordt gedefinieerd als een vijandige houding naar of beoordeling van mensen of dingen. Het is een op zichzelf staande psychische klacht. Alle verschenen nummers van het NMGT, vanaf 2004-heden, zijn op [intranet](#) terug te vinden.

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

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

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#) 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](mailto:p.burema@mindef.nl)



Defensie Ondersteuningscommando  
Ministerie van Defensie

## Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 9, september 2021

### Instructies

#### I-MGA/040 Laboratoriumonderzoeken per operationeel niveau

De DMG/040 'Laboratorium onderzoeken per operationeel niveau' is omgezet naar de instructie MGA/040. In deze instructie wordt beschreven hoe de governance binnen het vakgebied laboratoriumonderzoek is belegd en hoe wordt voorzien in laboratoriumonderzoek capaciteit voor de militaire gezondheidszorg onder operationele omstandigheden, binnen de vigerende wettelijke kaders. Dit is in [bijlage A](#) in detail uitgewerkt per uit te voeren onderzoek, per zorgniveau, per *capability* en per operationeel commando (OPCO). Wijzigingen ten opzichte van de oude DMG/040 zijn o.a. de voor de Role 1 en Role 2 geneeskundige faciliteiten geïntroduceerde sneltesten. De instructie is per direct van kracht, maar om tot een goede implementatie te komen van deze instructie moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Omdat niet per direct aan alle randvoorwaarden kan worden voldaan, wordt tot 1 juni 2022 het niet volledig kunnen voldoen aan deze instructie geaccepteerd.

#### I-MGA/049 NATO standaardisatie documenten

De nationale standaardisatieprocedure van NAVO-stukken is vastgelegd in de CDS-Aanwijzing 1700. De Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA) is verantwoordelijk voor het proces van NAVO-standaardisatiedocumenten die betrekking hebben op de militaire gezondheidszorg. Het doel van de I-MGA/049 is in de eerste plaats de beschrijving van het proces hoe we na de ontwikkeling binnen de militaire gezondheidszorg tot een nationaal standpunt komen, gedurende de ratificatie en implementatie van operationele NAVO-standaarden die gerelateerd zijn aan de militaire gezondheidszorg. In de tweede plaats is deze instructie bedoeld om duidelijkheid te scheppen over taken, verantwoordelijkheden en mandaten binnen dit proces.

## Veiligheid

### Aanvulling op bericht ‘Medewerking artsen en andere BIG-geregistreerden aan onderzoeken’

In het vorige nieuwsbrief/e-bulletin ([juli/augustus](#)) stond een bericht over hoe als BIG-geregistreerde om te gaan met verzoeken om mee te werken aan onderzoeken bijvoorbeeld een strafrechtelijk, een civiele of tuchtrechtelijk zaak, of met veiligheid als doel.

In dat bericht werd o.a. aangegeven dat een BIG-geregistreerde zich bij verzoeken of bevelen van de politie, het Openbaar Ministerie of de Koninklijke Marechaussee moet verzetten tegen inbeslagname van patiëntgegevens en moet eisen dat (als de opsporingsambtenaar toch overgaat tot in beslagname) alle patiëntgegevens direct in een verzegelde envelop bewaard moet worden tot er een rechtelijke uitspraak is aangaande de rechtmatigheid van inbeslagname. Terecht werd in reactie op dit bericht door iemand de vraag gesteld hoe dat gaat bij digitale patiëntgegevens. Daarom hierbij een aanvulling op dat punt: Tevens dient de verantwoordelijke BIG-geregistreerde zich op het verschoningsrecht te beroepen, te wijzen op het beslagverbod en de opsporingsambtenaar te verzoeken dat er eerst overleg plaatsvindt tussen de Officier van Justitie die het onderzoek leidt en een jurist van staf DGO, zoals gebruikelijk is. Worden er toch gegevensdragers in beslag genomen, dan moet worden geëist dat deze verzegeld worden (envelop, dichtgeplakte doos) totdat het eerdergenoemde overleg heeft plaatsgevonden. Kijk voor alle informatie over medewerking aan onderzoeken op deze [site](#).

## Operationele gezondheidszorg

### Aanpassing werkwijze CEAG m.b.t. landenadviezen

Naar aanleiding van de opdracht (vaststellingsnota [vRAO](#)) die de Commandant der Strijdkrachten (CDS) aan zijn ondercommandanten heeft gegeven m.b.t. het inzichtelijk maken van operationele risico's heeft het Coördinatiecentrum Expertise en Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) zijn werkwijze aangepast. Om de commandant en zijn staf te ondersteunen heeft CEAG een [Sharepointpagina](#) met 'generieke informatie' per land opgemaakt. Deze pagina geeft per land een overzicht over CEAG-gerelateerde onderwerpen en de impact hiervan op een planning van een activiteit. Met de informatie op deze pagina kan een (verbeterde) risicoanalyse operationele activiteiten (vRAO) worden opgemaakt. Als er aanvullende vragen zijn over de gevonden onderwerpen kan hiervoor een specifieke aanvraag worden ingediend bij [CEAG.Frontoffice@mindef.nl](mailto:CEAG.Frontoffice@mindef.nl) (*Zo'n specifieke vraag zou een: Maat Eisen Transport Hygiëne (METH) of een vaccinatieadvies kunnen zijn*). Hieruit volgt de specifieke CEAG-informatie voor een inzet of land, die gepubliceerd worden op SharePoint onder CEAG Specifieke Landeninformatie.

### Advies Afrikaanse varkenspest Duitsland

In Duitsland is sinds september 2020 een uitbraak van de Afrikaanse varkenspest (AVP) gaande in de populatie wilde zwijnen. AVP is als A-status dierziekte (vergelijkbare status als die van COVID-19) gecategoriseerd. Defensie vervoert weliswaar geen vee maar oefent/verplaatst zich wel in natuurgebieden waar wilde zwijnen voorkomen. Hierdoor ontstaat het risico dat materieel besmet raakt met het AVP-virus. Het Coördinatiecentrum Expertise en Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) heeft t.b.v. de Commandant der Strijdkrachten (CDS) en risicoanalyse gemaakt. De maatregelen die van kracht zijn om het risico van versleping van AVP te mitigeren zijn in [deze nota](#) na te lezen.

### Tijdelijk gebruik oude stempel IGDKL t.b.v. Rode Kruis Armband (RKA)

Zoals beschreven in art. 40 van het Eerste Verdrag van Genève, moet de Rode Kruis Armband (RKA) voorzien zijn van een stempel van de bevoegde militaire autoriteit. Tot recent werd daarvoor gebruik gemaakt van de stempel van de 'Inspecteur Geneeskundige Dienst KL (IGDKL)'. Omdat het traject van de ontwikkeling/verwerving van een actuele stempel tijd vergt en er nu een oplossing noodzakelijk is om de armbanden te valideren heeft de MGA toestemming gegeven om de oude IGDKL-stempel te blijven gebruiken totdat de vervanging hiervan geregeld is, zie [nota](#).

*\*Bij andere operationele commando's (OPCO's) zijn mogelijk ook verouderde stempels/waarmerken in gebruik, ook deze worden vooralsnog geaccepteerd ter validatie van de armbanden en kaarten.*

## Digitalisering informatievoorziening

### Zorgplatform van start binnen de MGZ

Zorgplatform is een uitwisselingsplatform dat ondersteunt bij het verwijzen van patiënten, de overdracht

van patiënten, de gezamenlijke behandeling (shared care), het meekijken naar en consulteren van elkaars patiënten bij zorg op afstand. Met de verschillende elektronisch patiëntendossier (EPD)/huisartsinformatiesysteem (HIS) vervangingstrajecten gaat de militaire gezondheidszorg (MGZ) integraal gebruik maken van het Defensie-Health Information eXchange (D-HIX). Hiermee wordt een stevige basis gelegd voor ketenregie en -samenwerking binnen de MGZ. Doordat het Eerstelijns Gezondheidsbedrijf, Militair Revalidatie Centrum en Centraal Militair Hospitaal gebruik (gaan) maken van hetzelfde softwarepakket kunnen registratieprocessen meer uniform volgens eenduidige informatiestandaarden plaatsvinden. Het zorgplatform dat op 11 augustus functioneel in productie is genomen speelt daar een belangrijke rol in. Het volledige nieuwsbericht lees je [hier](#).

## COVID-19

### Minister De Jonge van VWS bedankt Defensie

Vorige maand stuurde demissionair minister De Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een [bedankbrief](#) naar de minister van Defensie, Ank Bijleveld en de Commandant der Strijdkrachten. Aanleiding hiervoor was de officiële beëindiging van de inzet van militaire zorgverleners in het Universitair Medisch Centrum Utrecht per 1 juli. Minister De Jonge bedankt alle medewerkers van Defensie voor de omvangrijke ondersteuning die ze hebben geboden tijdens de coronacrisis.

## Wetenschappelijk onderzoek

### Promotieonderzoek

Op 28 september zal majoor-apotheker Debbie Knotnerus-Janssen haar proefschrift *Psychotropic medication use in the Armed Forces – prescription patterns and treatment after trauma* om 14.15 uur verdedigen in de senaatszaal van het Academiegebouw in Utrecht. De vraag ‘welke trends zijn er in het gebruik van psychofarmaca bij Nederlandse militairen?’ staat centraal in dit proefschrift waarin de kenmerken van psychofarmaca gebruik binnen de Nederlandse krijgsmacht en bij een cohort na opname op een intensive care geëvalueerd worden. Ook werd de behandeling met psychofarmaca van uitzendingsgerelateerd trauma bij Nederlandse veteranen onderzocht.

Militairen hebben in de uitoefening van hun functie en in het bijzonder de blootstelling aan potentiële traumatische gebeurtenissen tijdens uitzending een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problemen zoals een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De behandeling van deze problemen bestaat uit psychotherapie en psychofarmacagebruik (zoals benzodiazepines, antidepressiva, antipsychotica, anti-epileptica en psychostimulantia). Zowel de psychische problemen als de gebruikte psychofarmaca maken een militair verminderd inzetbaar.

Binnen de krijgsmacht is het psychofarmacagebruik over een periode van tien jaar sterk toegenomen. Het is verdrievoudigd bij militairen na uitzending. Ondanks deze toename gebruikten Nederlandse militairen significant minder psychofarmaca dan de Nederlandse bevolking. Verder valt op dat antidepressiva, die een belangrijk deel uitmaken van de psychofarmaca, vaak slechts kort worden gebruikt. Dit verhoogt het risico op onvoldoende behandelresultaat en terugval in de loop van de tijd.

De behandeling van veteranen met PTSS is niet altijd eenvoudig. Psychofarmaca lijken een positief, maar bescheiden, effect te hebben op het behandelresultaat bij veteranen met PTSS die ook psychotherapie krijgen. Innovatief hierin is het gebruik van medicinale cannabis. Veteranen met PTSS vermelden belangrijke therapeutische effecten, waaronder een betere slaapkwaliteit. Echter, stigma blijkt een belangrijke rol te spelen bij de overweging om te starten.

## Revalidatie

### Nieuw beweegplein Militair Revalidatiecentrum

De commandant van het Militair Revalidatiecentrum Aardenburg (MRC), kolonel Leon Jans heeft 31 augustus het [beweegplein](#) op het MRC geopend. Het beweegplein is een ruimte in de openlucht bij het sportcomplex, waar revalidanten, burgers en militairen terecht kunnen voor een goede workout, geïnspireerd op crossfit. Revalidanten kunnen er onder begeleiding van hun therapeut werken aan hun herstel. De afdelingen sporttherapie, met Rick Smulders als initiator en drijvende kracht, de stafafdeling van het MRC, het Facilitair Bedrijf Defensie en het Rijksvastgoedbedrijf, zijn in samenwerking met de leverancier twee jaar bezig geweest om dit beweegplein te realiseren.



## Kwaliteit van zorg

### **CGS & RGS: Coulancregeling herregistratie verruimd (deskundigheidsbevordering)**

Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) heeft in samenwerking met de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) de coulancregeling herregistratie verruimd. Door de nieuwe regeling kunnen geneeskundig specialisten en profielartsen in aanmerking komen voor een vermindering van maximaal 66 uren deskundigheidsbevordering. Het gaat om een korting van 3 uur per maand over de periode 1 maart 2020 tot en met 31 december 2021. Deze nieuwe regeling houdt in dat de RGS bij specialisten en profielartsen van wie de registratie uiterlijk 31 december 2026 verloopt, het aantal te behalen uren deskundigheidsbevordering met maximaal 66 vermindert.

Voor elke maand van de beoordelingsperiode van de aanvraag tot herregistratie die in de periode 1 maart 2020 tot en met 31 december 2021 valt, vermindert de RGS het aantal te behalen uren deskundigheidsbevordering met 3 uur per maand. Maximaal gaat het om 22 maanden x 3 uur = 66 uren deskundigheidsbevordering.

Het CGS en de RGS gaan ervan uit dat het voor specialisten in deze periode door de coronacrisis moeilijker is om deel te nemen aan congressen en andere vormen van geaccrediteerde deskundigheidsbevordering. Als er vanwege een eerdere regeling al punten toegekend zijn in het Gemeenschappelijke Accreditatie internet Applicatie (GAIA)-dossier worden deze in mindering gebracht op de maximaal 66 punten. Enkele voorbeelden ter illustratie zijn terug te vinden op [internet](#).

## Bedrijven DGO

### **Centraal Militair Hospitaal bestaat 30 jaar**

Op 1 september 2021 bestond het Centraal Militair Hospitaal (CMH) 30 jaar. Het CMH ontstond na een gedwongen sluiting van de twee bestaande militaire ziekenhuizen. De redenen van toen zijn nog steeds herkenbaar: een overschot aan bedden in de regio/Nederland, een slimme keuze voor een veel kleiner paars of joint militair ziekenhuis in een tijdfase waarin de dienstplicht werd opgeschort en het aantal militaire patiënten waarschijnlijk kleiner zou worden. Met het samengaan van die twee ziekenhuizen werden feitelijk ook twee culturen gedwongen samen te werken, namelijk de geneeskundig systemen van de Landmacht en Marine. Nu na 30 jaar heeft het CMH een eigen systeem van bewaking, verbetering en innovatie van de geleverde kwaliteit van zorg en een passende zorgvisie op datgene waarvan het zou moeten zijn en welke kant het in de nabije toekomst op moet gaan.

### **Commando-overdracht IDR**

Woensdag 1 september heeft kolonel Henk van der Wal het commando over het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR) overgedragen aan kolonel Peter Maarse. De ceremonie vond plaats op de Korporaal van Oudheusdenkazerne in Hilversum. Kolonel Van der Wal is een kleine vijf jaar commandant geweest van het IDR. In die periode is hard gewerkt aan de doorontwikkeling van het IDR, zodat de eenheid straks perfect aansluit bij de hedendaagse taken van de krijgsmacht en de ontwikkelingen in de civiele gezondheidszorg. Ontwikkelingen bij Defensie en in de civiele traumazorg zijn aanleiding om de overeenkomsten met relatieziekenhuizen te herzien. De nieuwe commandant wil dan ook verder werken aan de doorontwikkeling van het IDR. Lees [hier](#) het volledige bericht.

## Reorganisatie

### **Beleidsvoornemen staf DGO van 17 april 2019 is ingetrokken**

Op 17 april 2019 werd het Beleidsvoornemen 'Verbetering besturing en ondersteuning militaire gezondheidszorg en DGO' van staf DGO vastgesteld. In de daaropvolgende fase, bij het opstellen van het concept Voorlopig Reorganisatieplan (cVRP) en het formuleren van de concrete wijzigingen in de organisatie, zijn extra mogelijkheden ontstaan vanuit de P-agenda. Er wordt zowel intern als extern DGO onderzoek gedaan naar de governance van de militaire gezondheidszorg en daarmee samenhangend de inrichting van de bedrijfsvoering bij (staf) DGO. Het eerder uitgegeven beleidsvoornemen is hierdoor niet meer actueel en daarom ingetrokken. Zodra het extra onderzoek in voldoende mate is afgerond wordt er een nieuw beleidsvoornemen opgesteld.

## Onderscheidingen

### Ereteken voor Verdienste in brons voor stafadjutant DGO



Tot zijn grote verrassing kreeg stafadjutant DGO, adjudant-onderofficier Henny van Huit op zijn laatste werkdag bij staf DGO het Ereteken voor Verdienste in brons uitgereikt door de commandant DOSCO. Hij ontving deze onderscheiding voor zijn uitzonderlijke inzet voor de gehele militaire gezondheidszorg, waarbij veel van zijn aandacht uitging naar het op strategisch niveau uitwerken van hoe we nu en in de toekomst over voldoende algemeen militair verpleegkundigen kunnen beschikken en deze categorie aan de militaire gezondheidszorg kunnen binden en boeien. Door de inspanningen van adjudant Van Huit is er veel bereikt op dit vlak. De commandant DGO gaf aan zich geen betere stafadjutant te kunnen wensen.

## Personele mededelingen

### Nieuwe stafadjutant DGO



Per 1 september is de nieuwe stafadjutant adjudant-onderofficier logistieke dienst geneeskundige dienst Sandra Daaleman onder gelijktijdige bevordering gestart bij staf DGO. Zij neemt deze functie over van adjudant-onderofficier Henny van Huit, die samen met commandeur-arts Remco Blom de nieuwe onderscheidingstekens aanbracht.

### Nieuwe afdelingshoofden staf DGO

De afgelopen maand waren er een aantal wisselingen van afdelingshoofden bij staf DGO. Kolonel Albert Riedstra (hoofd Strategische Militaire Gezondheidszorg) is medio augustus gestart als hoofd Cluster Gezondheidskundig Beleid bij de Hoofddirectie Personeel. Hij is opgevolgd door kapitein ter zee-arts Donald Verschoor.

Kapitein ter zee-arts Ernst-Paul van Etten heeft onder gelijktijdige bevordering, de functie van hoofd Operationele Militaire Gezondheidszorg overgenomen van Donald Verschoor. Kijk op [wie is wie](#) voor een overzicht van de medewerkers binnen staf DGO.

### TGTF is een militair sportarts rijker



Bij de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) komt sportmedische en wetenschappelijke kennis samen, om de inzetbaarheid van de militair te vergroten. Gijs Lentjes werkt sinds januari 2020 als sportarts bij TGTF. Op 1 juli 2021 heeft hij met succes zijn opleiding tot Officier Specialist aan de Koninklijke Militaire Academie afgerond. Daarmee heeft TGTF nu drie militaire sportartsen in dienst.

### Innovatie in de zorg Levensreddende app

In 2015 werden vanuit Vitals IQ de eerste contacten gelegd met Defensie voor het ontwikkelen van een app die in minder dan een seconde alle medische waarden (zoals temperatuur, ademhaling en hartslag) van een gewonde militair weer geeft. Sergeant der 1e klasse Volkert Deen vertelt in een interview voor het blad STERKER: *in de ideale situatie draagt elke militair in het gevechtveld een sensor 'op de man'. Het liefst verwerkt in het oortje voor radioverkeer dat de militair toch al draagt. Een Polsbandje mag ook. Raakt iemand gewond dan koppelt de algemeen militaire verpleegkundige (AMV) een device bijv. een mobiele telefoon aan de sensor van het slachtoffer.* Een groot voordeel van dit systeem is dat de AMV meerdere slachtoffers tegelijk in de gaten kan houden en nog verder vooruitkijkend kunnen alle patiëntgegevens direct vanuit het veld doorgestuurd worden naar de Role 1, zodat er geen overdracht meer nodig is en de spullen al klaarliggen voordat het slachtoffer er is. Zover is het nog niet, maar de laatste versie van Vitals IQ is een koffer met daarin meerdere mobieltjes en sensoren. Via een app op de mobieltjes zijn de *real-*

time patiëntgegevens te zien. Volgend jaar september loopt het project af en is Vitals IQ volledig klaar voor gebruik. Het volledige artikel is te lezen in het tijdschrift STERKER (nummer 4, augustus 2021) die eind augustus bij alle defensiemedewerkers thuis is bezorgd.

## Militaire gezondheidszorg in de media

### Koffieco-podcast

In samenwerking met Medisch Contact maken geneeskundestudenten de podcastserie Koffieco over bekende en minder bekende medisch specialismen. Het doel hiervan is een brug te slaan tussen de coassistent, de jonge dokter en de specialist. In augustus zijn luitenant ter zee-arts der 1e klasse Thijs Wingelaar (duikerarts) en majoor-vliegerarts Yara Wingelaar-Jagt geïnterviewd. Eerder was er al een interview met kapitein-arts Moreno Monteiro over militaire geneeskunde. Beide afleveringen van ca. 45 minuten zijn via *internet* ([afl. 1](#) / [afl. 2](#)) te beluisteren.

## Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

### Baas over je e-mail? Dat kan!

Binnen Defensie worden jaarlijks zo'n 200 miljoen e-mails verstuurd. Dertig procent van de mensen ervaart stress door e-mail. Heb jij dat ook en wil je ervan af? Meld je via [werkplezier@mindef.nl](mailto:werkplezier@mindef.nl) aan voor de workshop 'Laat Outlook voor je werken' van CiEP Training en Coaching.

De cursus wordt volledig online gegeven en bestaat uit een eendaags programma, inzet van een buddy system en terugkomsessie van een half dagdeel. Tevens krijgt iedere deelnemer een jaar lang toegang tot het platform van CiEP Online. Bekijk voor meer informatie de [flyer](#) en klik [hier](#) voor de data van de workshops.

## Diploma-uitreiking Yoga Teacher Training Defensie



Op vrijdag 3 september vond de diploma-uitreiking van de Yoga Teacher Training Defensie plaats. Een bijzondere dag omdat enerzijds hiermee de laatste groep door de Nieuwe Yoga School Amsterdam is opgeleid; het afroepcontract tussen Defensie en de Nieuwe Yoga School eindigt na vijf jaar en anderzijds omdat groepen van twee leerjaren hun diploma in ontvangst mochten nemen. Leerjaar 2019/2020 moest een jaar op de diploma-uitreiking wachten omdat de coronamaatregelen roet in het eten gooiden. Met de 44 geslaagden van beide leergangen heeft Defensie de beschikking over 174 opgeleide yogadocenten. Ook mochten twee

collega's van de politie hun diploma in ontvangst nemen die in de defensieopleiding participeerden. Met het huidige bestand aan vrijwillige yogadocenten hebben we de mogelijkheid om op elke defensielocatie in Nederland yoga (in Vinyasa-stijl) te verzorgen. De Vinyasa-stijl houdt in dat je beweegt in het ritme van de ademhaling. Daarmee ervaar je wat jij met jouw lichaam kunt en word je uitgenodigd om je grenzen op te zoeken maar die vooral ook te respecteren. Voor yoga hoeft je dus niet lenig te zijn maar door yogabeoefening leer je jezelf wellicht beter kennen. Mocht je belangstelling hebben om lessen te volgen, houd dan [hier](#) de site in de gaten. Vanwege COVID-19 wordt flink gewerkt om de lessen weer op te starten, dus laat de site in ieder geval uitnodigen om contact op te nemen met de verschillende contactpersonen voor de actuele stand van zaken. Of mail naar [yoga.netwerk.defensie@mindef.nl](mailto:yoga.netwerk.defensie@mindef.nl).

## Defensie Bewakings- en Beveiligingsorganisatie (DBBO) Shift Support Studie: Onderzoek naar de effectiviteit van lichtbrillen voor beveiligers van de DBBO

Afgelopen voorjaar is door afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) in samenwerking met het Kernteam DGI een studie uitgevoerd naar de effectiviteit van lichtbrillen in het ondersteunen van defensiebeveiligers tijdens hun nachtwerk. Een lichtbril is een soort zonnebril met led-lichtjes in het montuur die, zonder dat de gebruiker daar last van heeft, op het oog schijnen. Dit zorgt ervoor dat een remming plaatsvindt van de hormonen die normaal gesproken voor slaperigheid zorgen als de duisternis invalt. Het idee is dat de gebruiker hierdoor tijdens nachtelijke werkzaamheden alerter blijft, of bijvoorbeeld bij

het vliegen door tijdzones minder last krijgt van een jetlag en zich sneller aanpast aan de tijdzone van de bestemming. De lichtbril is eerder met wisselend succes uitgetest bij populaties topsporters, verplegers en patiënten met Alzheimer.

Aan de DBBO-studie hebben 86 beveiligers meegewerkt vanuit 8 patrouillegebieden. Het betrof een gerandomiseerde gecontroleerde cross-over studie. Elke deelnemer kon de lichtbril vijf weken gebruiken, met daarin circa zeven geplande (weekend)nachtdiensten. Deze zgn. interventieperiode werd vergeleken met een reguliere vijfweekse werkperiode zonder lichtbril. Men werd geïnstrueerd om de lichtbril een half uur in de eerste helft van de nachtdienst te dragen. Met behulp van vragenlijsten werden een aantal aspecten van vermoeidheid (overall en door het werk) gemeten. Daarnaast droegen de deelnemers tijdens de studie driemaal vijf dagen een fitness tracker om een indruk van het stressniveau van het individu te krijgen.

De resultaten van de studie laten zien dat de lichtbril niet significant heeft bijgedragen aan verbeteringen in vermoeidheid of stressniveau tijdens de interventieperiode. Daarbij moet worden opgemerkt dat deelnemers, om verschillende redenen, slechts 43% van de geplande nachtdiensten de lichtbril hebben gedragen (257 van de 602 nachtdiensten). De ervaringen van de deelnemers zelf waren wisselend: 44% had niet de intentie de lichtbril in de toekomst te gaan gebruiken versus 36% die wel daarvoor enthousiast was en 17% die twijfelde. Een 'langere periode om uit te proberen' was de meest gehoorde opmerking. Alle deelnemers hebben een terugkoppeling van hun resultaten gekregen. Met staf DBBO wordt momenteel bekeken of en, zo ja, hoe de lichtbril in de toekomst beschikbaar gesteld wordt binnen de organisatie.

De DBBO Shift Support Studie is onderdeel van het TGTF Onderzoeksprogramma Operationele Slaap Management (voor meer informatie: dr. Pieter Helmhout, [ph.helmhout.01@mindef.nl](mailto:ph.helmhout.01@mindef.nl)) en gelieerd aan het DBBO Programma Duurzaam Inzetbaar Bewaken (voor meer informatie: Luitenant ter zee der 1<sup>e</sup> klasse Doenja Zwaan, MSc, [D.Zwaan@mindef.nl](mailto:D.Zwaan@mindef.nl)).

## DGI op LinkedIn

Om nog meer defensiemedewerkers te bereiken en te informeren over een gezonde leefstijl, heeft DGI een LinkedIn-pagina opgericht. Vind DGI op 'Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI) Defensie' en volg hen voor tips en tricks en om op te hoogte te blijven van hun activiteiten!

## Symposia/nascholingen/Informatiebijeenkomsten

### 21 september: Centennial Talks

Het International Committee of Military Medicine (ICMM) ondersteunt al 100 jaar de professionele samenwerking tussen de Armed Forces Medical Services van alle staten.

Dit jaar organiseert het ICMM een hybride event: *Centennial Talks* op 21 september 2021 van 16:00 -18:30 u. Het event wordt in België georganiseerd voor een beperkt aantal deelnemers, maar is tegelijkertijd voor iedereen (gratis) beschikbaar online als webinar. Prof. dr. W.O. Zimmermann, sportarts bij de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF), is een van de keynote sprekers. Zijn presentatie gaat over sportgeneeskunde in de militaire gezondheidszorg. Met name de behandeling en preventie van overbelastingsblessures om militaire inzetbaarheid te optimaliseren. Kijk voor meer informatie of het volledige programma op [internet](#).

### 15 en 16 november: 9th Disaster & Military Medicine Conference in Dusseldorf

Het thema van de 9th Disaster & Military Medicine Conference is 'COVID-19: *The Sequel* implicaties voor de toekomstige omgang met rampen en militaire geneeskunde'. Het programma omvat modules over CBRN, infectieziekten, geestelijke gezondheidszorg en militaire en civiele samenwerking. Daarnaast zal er een selectie zijn van *hot topics* geselecteerd door het Wetenschappelijk Comité op basis van hun potentiële interesse en relevantie voor de aanwezigen. Kijk voor meer informatie over dit evenement dat op 15 en 16 november in Düsseldorf plaatsvindt op [internet](#).

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

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

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#) 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](mailto:p.burema@mindef.nl)

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

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

#### Ploegendienst: gezondheid en veiligheid

Slapen overdag, werken 's nachts. Onze biologische klok kan daardoor behoorlijk van slag raken, wat weer kan leiden tot klachten en gezondheidsrisico's. Wil je leren hoe je vroegtijdig problemen signaleert? Zodat je gedragsveranderingen of aanpassingen aan de werksituatie beter kunt aansturen? Doe dan deze module.

*Voor wie: artsen en arboprofessionals die mensen in ploegdiensten begeleiden*

*Datum: 8 november 2021*

#### Engels voor de bedrijfsarts

Krijg je in je werk regelmatig Engelssprekende cliënten op je spreekuur? Heb je moeite met de Engelse vertaling van bedrijfsgeneeskundige termen of het opstellen van een Engelstalige rapportage? Doe dan de direct toepasbare module. Een must wanneer je als bedrijfsarts Engels moet spreken en schrijven!

*Voor wie: bedrijfsartsen*

*Datum: 11 november (9-13 uur) en 9 december 2021*

#### Van mentaal werkvermogen naar werk

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

*Voor wie: bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en andere professionals in occupational health*

*Datum: 11 november 2021*

#### Depressie en werk

Onderzoek wijst uit dat depressie de hoogste veroorzaker is van arbeidsverzuim. Heb je in je werk te maken met werknemers die uitvallen of dreigen uit te vallen door deze aandoening? Leer hoe je de signalen herkent, beoordeelt en hoe je er over adviseert.

*Voor wie: professionals in de bedrijfsgezondheidszorg, die direct te maken hebben met werknemers met depressieve klachten*

*Datum: 12 november 2021*

#### Werken met ADHD

ADHD gaat niet over met het stijgen der jaren. De aandoening manifesteert zich op volwassen leeftijd op vrijwel dezelfde manier en met dezelfde kenmerken. In werksituaties kan dit leiden tot frequent en/of langdurig verzuim. Leer hoe je de symptomen herkent, zodat je mensen met ADHD optimaal kunt begeleiden.

*Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen, A&O-deskundigen en andere arbodienstverleners of re-integratieprofessionals die mensen met ADHD begeleiden*

*Datum: 15 november 2021*

#### EMDR in de sociaal geneeskundige praktijk

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een relatief nieuwe therapie. Momenteel is EMDR de eerste keuze voor behandeling van psychotrauma. Ongeveer 95% van de Nederlandse psychologen die volgens evidence-based richtlijnen werkt, past de therapie toe. In deze module leer je over EMDR in de sociaal geneeskundige praktijk.

*Voor wie: bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en artsen Maatschappij & Gezondheid*

*Datum: 16 november 2021*

#### Spoedeisende hulp en AED in bedrijf

Wil je leren hoe je omgaat met een AED en een spoedeisende patiënt bij een ongeval op het werk verantwoord en systematisch benadert – conform de nieuwste richtlijn en triage? Leer hoe je daarbij het hoofd koel houdt en professionele meerwaarde biedt.

*Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen, sociaal geneeskundigen, artsen Maatschappij & Gezondheid en arboverpleegkundigen*

*Datum: 17 november 2021*

#### Samenwerken met bloggers, vloggers en social influencers

Facebook en Twitter hebben gelijkgestemden met elkaar verbonden in online communities. Vaak zijn die georganiseerd rond niche-thema's, zoals sport of voeding. Hierin zijn ook social influencers (bloggers en vloggers) actief. In deze module leer je hoe je met hen kunt samenwerken om je boodschap bij een breder publiek onder de aandacht te brengen.

*Voor wie: professionals in de publieke gezondheidszorg en die de mogelijkheden willen verkennen van samenwerking met zogenaamde social influencers*

*Datum: 18 november 2021*

#### Verslaving en werk

Het overmatig gebruik van drugs of alcohol leidt tot verminderde arbeidsprestaties en roept vaak negatieve gevoelens op. Zowel bij de persoon zelf als bij collega's in de werkomgeving. Deze problematiek vereist een gerichte en professionele aanpak. Leer hoe je verslavingsproblematiek aanpakt.

*Voor wie: artsen, arbeidsdeskundigen, A&O-psychologen, A&O-deskundigen, verpleegkundigen en beleids- en preventied medewerkers die werknemers met (een vermoeden van) een verslaving begeleiden*

*Datum: 18 november en 2 december 2021*

#### Epilepsie en werk

Werk jij met mensen die epilepsie hebben? En wil je op de hoogte worden gebracht van de nieuwste inzichten op het gebied van epilepsie en werken? Op deze dag leer je hoe je de arbeidsmogelijkheden van mensen met epilepsie nauwkeuriger kunt inschatten.

*Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen, huisartsen en medisch adviseurs*

*Datum: 22 november 2021*

#### Arbeidsomstandigheden en wetgeving

Om werkgevers en werknemers meer te betrekken bij het arbobeleid is de arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) in 2017 veranderd. Deze wet heeft gevolgen voor de werkgever, de werknemer, de bedrijfsarts en de preventiedeskundige.

*Voor wie: professionals met adviserende taken op het gebied van arbeid en gezondheid*

*Datum: 26 november 2021*

#### Krachtenveldanalyse: maak strategisch gebruik van je netwerk

Wil je een strategie leren ontwikkelen om je doelen in het sociale domein te bereiken? Dat kan door het maken van een methodische krachtenveldanalyse. Hoe je dat doet, leer je in deze module.

*Voor wie: professionals in de publieke gezondheid en arbodienstverlening*

*Datum: 6 en 20 december 2021 (9.30-12.30 uur)*

#### Actualiteiten medische advisering in het sociaal domein

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

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

*Datum: 16 december 2021*

**NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT**

**MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE**

**E-mail: [nmgt@mindef.nl](mailto:nmgt@mindef.nl)**