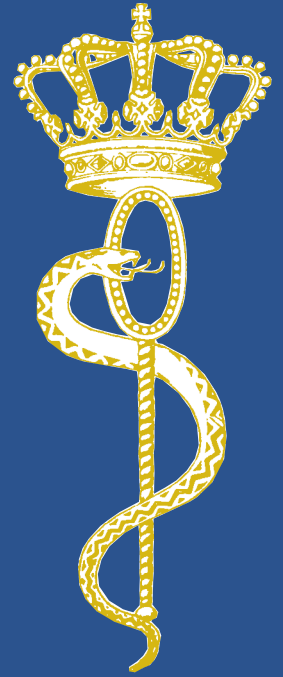



NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT




VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
74e JAARGANG
JULI 2021 - NR. 4

 **DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE**

Als patiënt van de militaire gezondheidszorg heb je toegang tot Mijn PMGZ. Je kunt hier bijvoorbeeld je medisch dossier inkijken, zien welke afspraken er gepland staan, welke medicijnen je gebruikt en wat jouw uitslagen zijn. Toegang tot Mijn PMGZ heb je door met DigiD in te loggen op het beveiligde deel van Mijn PMGZ. Jouw gegevens blijven zo goed beschermd. Kijk voor meer informatie en het aanvragen van een DigiD op: www.digid.nl

Inloggen

DigiD staat voor Digitale Identiteit; het is een gemeenschappelijk systeem waarmee de overheid op internet jouw identiteit kan verifiëren. Je kunt zelf jouw DigiD aanvragen op <https://www.digid.nl>. Met jouw DigiD kun je bij steeds meer overheidsinstellingen terecht. Bij Defensie kun je inloggen met jouw DigiD. Voortaan kun je met DigiD naar steeds meer overheidsinstellingen op internet.


[Inloggen](#)



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

AANMELDEN ABONNEMENT

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

VOORBEHOUD

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

Niets uit deze uitgave mag worden 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:	165
Aanmelden voor abonnement NMGT	178

Mededelingen:

Inspecteur Militaire Gezondheidszorg	166
Nieuwsbrief DGO, mei 2021	193
Nieuwsbrief DGO, juni 2021	198

Oorspronkelijke artikelen:

Hostiliteit na de missie, problematisch of niet? Feiten en beeldvorming over het hebben van een 'kort lontje' <i>door luitenant-kolonel b.d. dr. L.H.E. Kleinreesink, drs. J.M. Snijders en M. Karaaydin MSc</i>	167
--	-----

De Molukse gijzelingen en het concentratiekampsyndroom <i>door dr. L. van Bergen</i>	179
---	-----

Reacties:

Tactical Combat Casualty Care in Nederland <i>door luitenant-kolonel-arts M.M. van Deemter</i>	191
Weerwoord op 'Tactical Combat Casualty Care in Nederland' <i>door drs. M. Leeftang en sergeant KMR R. Woets</i>	192

Ingezonden mededelingen:

Bij- en nascholing van de Netherlands School of Public and Occupational Health	165,205
--	---------

CONTENTS**VOLUME 74 – JULY 2021 – ISSUE 4**

From the editor:	165
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review	178

Announcements:

Inspector of Military Health Care	166
Newsletter Surgeon General, May 2021	193
Newsletter Surgeon General, June 2021	198

Original contributions:

Post deployment hostility, problematic, or not? Facts and image of having a 'short fuse' <i>by lieutenant-colonel (ret.) L.H.E. Kleinreesink PhD, J.M. Snijders MSc and M. Karaaydin MSc</i>	167
--	-----

About the Moluccan hostage-takings and the concentration camp syndrome <i>by L. van Bergen PhD</i>	179
---	-----

Reactions:

Tactical Combat Casualty Care in the Netherlands <i>by Lieutenant Colonel mc M.M. van Deemter</i>	191
Reply to 'Tactical Combat Casualty Care in the Netherlands' <i>by M. Leeftang MD and Sergeant (R. Neth. Navy res.) R. Woets</i>	192

Paragraph advertisement:

The Netherlands School of Public and Occupational Health	165,205
--	---------

VOORPAGINA

Militairen kunnen vanaf 28 juni jl. via het 'Portaal Militaire Gezondheidszorg':
mijn.PMGZ.nl, te openen via internet, inloggen met hun eigen DigiD-gegevens en
direct online hun medische gegevens inzien, uitslagen bekijken en diverse zaken
online regelen.



Beste lezers,

In de vorige aflevering van mei 2021 (74-3) van ons tijdschrift heb ik de coronagesel nog even aangesneden in de hoop dat dit alles in juli niet meer zo actueel zou zijn. Maar helaas zijn we van dit virus nog niet verlost en met name de Deltavariant afkomstig uit India die nu in het Verenigd Koninkrijk om zich heen grijpt gaat helaas ons land ook niet voorbij. Het coronaboek mag nog niet te vroeg worden gesloten. Er zijn al voorspellingen dat na de zomer deze variant voor een vierde golf kan gaan zorgen. Weliswaar zullen er dan hopelijk minder slachtoffers te betreuren zijn, bijna iedereen is dan immers wel gevaccineerd, maar waakzaamheid blijft geboden. Of we nog ooit zullen terugkeren naar het oude leven valt te betwijfelen.

Maar ik wil u graag meenemen naar de inhoud van deze aflevering. Dr. L. van Bergen gaat als medisch historicus in zijn artikel terug naar de tweede helft van de vorige eeuw waar toen nog maar een aantal mensen in aanmerking kwam voor psychiatrische hulpverlening. Later kwamen daar nog duizenden bij als gevolg van het concentratiekampsyndroom. Nog later kwamen daar nog enkele honderdduizenden bij die leden aan posttraumatische stress stoornis (PTSS). Een groep die daar nog was bijgekomen waren de slachtoffers van de Molukse gijzelingen. In deze bijdrage wordt de verslaglegging in de Nederlandse kranten omtrent dit onderwerp aan de orde gesteld. In het artikel van luitenant-kolonel b.d. dr. L.H.E. Kleinreesink en haar medeauteurs wordt verslag gedaan van het onderzoek van het percentage militairen dat na een uitzending hoog scoort op hostiliteit in de 'Vragenlijst na Missie'. Ook is gebleken dat hostiliteit niet op zichzelf staat. Vooral depressiviteit en slaapproblemen komen veel voor in combinatie met hostiliteit, maar ook PTSS. Ik wens u veel leesplezier.

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

MEDEDELING



Netherlands School of Public & Occupational Health



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

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

Summer school arbeid en gezondheid

Elk jaar stellen we weer een praktisch toepasbaar, actueel en relevant programma samen. Spijker je kennis en vaardigheden bij met een mix van klinische en communicatieve onderwerpen tijdens deze intensieve, maar ook ontspannen driedaagse zomerschool in een uitstekende ambiance.

Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen en medisch adviseurs en andere professionals in de occupational health

Data: 18 t/m 20 augustus 2021

25 t/m 27 augustus 2021

30 augustus t/m 1 september 2021

De nieuwe NVAB-richtlijn Conflicten in de werksituatie

Als (aspirant-)bedrijfsarts krijg je te maken met de richtlijn Arbeidsconflicten. Leer in 2 dagen over de verschillen met de STECR-werkwijzer en wat de rol van de bedrijfsarts is bij arbeidsconflicten.

Voor wie: bedrijfsartsen

Datum: 1 september en 27 oktober 2021

Geneesmiddelen, rijvaardigheid en werk

Arbo-onderzoek laat zien dat ca. 4% van de werknemers geneesmiddelen slikt die de rijvaardigheid en het reactievermogen op het werk beïnvloeden. Als arts of verpleegkundige heb je een belangrijke taak om gevaarlijke situaties te helpen voorkomen. Dat vereist actuele kennis van zaken! Wil jij meer leren over het inschatten van risico's van geneesmiddelengebruik in het verkeer? Over hoe medicijnen het werk positief of negatief kunnen beïnvloeden? En welk advies je dan geeft?

Doe dan deze module.

Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen, arboverpleegkundigen, huisartsen en medisch adviseurs die adviseren over geneesmiddelen, rijvaardigheid en werk

Datum: 7 september 2021

Oprissen richtlijn psychische problemen

In 2019 verscheen de herziene versie van de NVAB-richtlijn psychische problemen. In deze module fris je je kennis van deze richtlijn en activerende benadering op, zodat je je patiënt en leidinggevende met behulp van de begrippen als positieve gezondheid en de capability-benadering kunt begeleiden naar beter functioneren. En wellicht naar een meer duurzame werkhervatting.

Voor wie: verzekerings- en bedrijfsartsen die mensen met psychische problemen begeleiden

Datum: 8 september 2021

Astma in de werksituatie

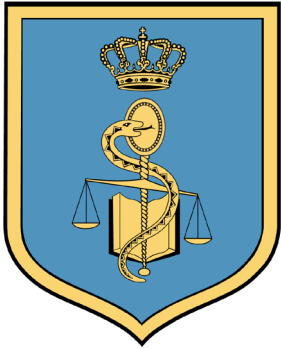
Ongeveer één miljoen Nederlanders heeft een chronische longziekte, zoals astma. Zij worden in hun werk belemmerd door een gebrek aan lucht. Wil jij leren hoe je mensen met astma het best kunt begeleiden? Zodat ook zij gezond en prettig kunnen werken? Leer omgaan met de NVAB-richtlijn over beroepsastma.

Voor wie: bedrijfs- en verzekeringsartsen, artsen M&G, jeugdartsen, sociaal geneeskundigen, medisch adviseurs en arboverpleegkundigen

Datum: 14 september 2021



Uit het jaarverslag IMG over 2020



Nederland werd in 2020 geconfronteerd met de COVID-19-pandemie. Deze pandemie heeft grote invloed gehad op zowel civiele als op de militaire gezondheidszorg. De werkwijze van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) is tijdens de eerste golf aangepast. Fysieke inspecties werden zeer beperkt uitgevoerd en het merendeel van de gesprekken vond door middel van digitale media plaats. Voorgenomen inspecties van en werkbezoeken aan oefeningen en missiegebieden vonden geen doorgang. Na de zomer heeft de IMG de inspecties van het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB) en de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) weer opgepakt met inachtneming van de COVID-19-maatregelen. Niet alle themaonderzoeken zoals beschreven in het jaarplan konden (volledig) worden uitgevoerd.

De belangrijkste constatering en aandachtspunten voor 2020 zijn:

- De inzet van militair zorgpersoneel in de civiele omgeving gedurende COVID-19 heeft een negatieve invloed op de beschikbaarheid en het trainingsniveau van dit personeel voor de operationele taak en de training van operationele eenheden.
- Uit de rondgang en gesprekken bij de verschillende eenheden blijkt dat de uitstroom van Algemeen Militair Verpleegkundigen onverminderd doorgaat zonder dat daar adequate instroom tegenover staat. Hierdoor ontstaat een kennis- en ervaringslacune die deels wordt opgevuld met jongere collega's die met name de ervaringsopbouw voor de functie ontberen.
- De aanspraken van reservisten op het gebied van tandheelkundige zorg zijn nog onvoldoende duidelijk. De omvang van het zorgpakket heeft consequenties voor de benodigde tandheelkundige capaciteit.
- In de volle breedte is er een tekort aan kennis en inzicht op het gebied van de toepassing van medische technologie qua regelgeving en goede belegging van taken en verantwoordelijkheden.
- Het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsmanagementsystemen voor de reguliere en operationele zorginstellingen vordert langzaam, mede veroorzaakt door onvoldoende regelgeving en normen en het hanteren van verschillende certificeringsstandaarden.
- De IMG constateert dat de meldingscultuur binnen het EGB onvoldoende is. Er is weliswaar een systeem voor veilig incidentmelden maar er wordt weinig gebruik van gemaakt. Onvoldoende kennis van wat meldingswaardige incidenten zijn, onvoldoende kwaliteitsdenken en angst om op fouten te worden afgerekend lijken een rol te spelen bij de geringe meldingsbereidheid.
- Zowel voor het EGB als de DTD geldt dat er op intranet voldoende patiëntinformatie aanwezig is, maar deze is bij beide voor patiënten lastig te vinden en deze vraagt nog te veel muisklikken. De DTD heeft gekozen om informatie voornamelijk via intranet bekend te stellen, het EGB zowel op intranet als met patiëntfolders. Het actueel houden is daarbij essentieel.
- Voor de zorgverleners van het EGB en de DTD zijn nog altijd geen werkkledingpakketten beschikbaar. Ondanks toezeggingen vanuit het Kleding- en Persoonsgebonden Uitrustingsbedrijf (KPU) lijken ook in 2021 geen pakketten geleverd te worden. Voldoen aan de hygiëne-eisen staat hierdoor steeds meer onder druk. De IMG heeft een aanwijzing gegeven om op korte termijn in adequate werkkleding te voorzien.
- De ontwikkeling en implementatie van een nieuw eerstelijns registratiesysteem is in volle gang. Daarbij vergt de inbedding van de bedrijfsgeneeskundige module speciale aandacht. Dit geldt ook voor de archivering van papieren dossiers en een adequate regeling van de toegankelijkheid na digitalisering.
- Ondanks oplevering van enkele goede nieuwbouw- en verbouwvoorzieningen, blijft de infrastructuur van de gezondheidscentra, de tandheelkundige centra en Paresto (de cateraar van Defensie) ook de komende jaren een aandachtspunt.
- Uit onderzoek van de Stralingsbeschermingsdienst (SBD) blijkt dat de rol van de verwervingsautoriteit, de Defensie Materieel Organisatie (DMO), bij het verwerven van stralingsbronnen niet meer exclusief is. Er zijn diverse verwervingstrajecten op eenheidsniveau die buiten de verwervingsautoriteit om kunnen worden aangelopen, waardoor bronnen niet conform de regelgeving worden aangeschaft. De regelgeving omtrent het verwervingstraject dient te worden aangescherpt.
- Intensivering van de samenwerking tussen de interne toezichthouders kan een kwaliteitsverbetering opleveren; het proces daartoe verloopt echter zeer traag en kost veel van de toch al schaarse capaciteit van de IMG.

Het complete jaarverslag van de IMG is openbaar en via [internet](#) te vinden.



Hostiliteit na de missie, problematisch of niet?

Feiten en beeldvorming over het hebben van een ‘kort lontje’

door luitenant-kolonel b.d. dr. L.H.E. Kleinreesink, drs. J.M. Snijders, M. Karaaydin MSc

De auteurs werken of werkten bij de afdeling Trends, Onderzoek & Statistiek van het ministerie van Defensie voor het programma 'Na de missie'. Zij zijn en waren verantwoordelijk voor de analyse van de Vragenlijsten na Missie en Inzet, waarmee wordt nagegaan of militairen een half jaar na een uitzending psychosociale klachten hebben.

Artikel ontvangen mei 2021.

Samenvatting

In dit artikel wordt, na een historisch overzicht van de ontwikkeling van vragenlijstonderzoek na uitzending, het percentage militairen dat na een uitzending hoog of zeer hoog scoort op hostiliteit in de Vragenlijst na Missie of Inzet (VMI) onderzocht. De vraag werd gesteld of dit percentage (de afgelopen jaren gemiddeld 14%) afwijkend en/of zorgwekkend is. De conclusie is dat het percentage lager is dan dat van de Nederlandse burgerbevolking en daarmee niet zorgwekkend. Vergelijkbare scores worden gevonden in andere onderzoek bij militairen. De ‘zeer hoge’ score komt in een tweetal jaren wel boven de norm en deze zou daarom meer naar voren mogen komen in de toekomst. Tevens staat hostiliteit niet op zichzelf: het komt regelmatig voor met andere klachten, zoals depressieve klachten en slaapklachten, en kan ook voorkomen in combinatie met posttraumatische stressstoornis (PTSS). Het heeft daarmee ook een signaalfunctie. Hostiliteit na uitzending moet langer gevolgd worden, tenminste vijf jaren en mogelijk tien jaren.

Inleiding

Uitgezonden worden kan psychosociale gevolgen hebben voor militairen, zowel positief als negatief. De meest voorkomende psychosociale klachten zes maanden na uitzending zijn al jaren achtereenvolgens: hostiliteit (gemiddeld 14%), slaapproblemen (gemiddeld 11%) en depressie (gemiddeld 10%)¹. Deze gevolgen worden door Defensie doorlopend gemeten met wetenschappelijk gevalideerde vragenlijsten. Gevalideerd betekent dat deze door middel van onderzoek getoetst zijn en daarom betrouwbare resultaten opleveren. De resultaten bieden zowel Defensie als de politiek al jaren handvatten voor het veteranenbeleid.

Toch roept de top drie gelijk vragen op. Zo staat posttraumatische stressstoornis (PTSS) er niet tussen, terwijl hier vaak veel aandacht voor is vanwege de ingrijpende gevolgen voor het dagelijks leven en scoort hostiliteit het hoogste. Moet PTSS daarom minder aandacht krijgen en is hostiliteit onder Nederlandse veteranen alarmerend hoog? Wat zeggen deze cijfers eigenlijk?

In dit artikel wordt ingegaan op de consequent hoogst scorende psychosociale klacht sinds 2013: hostiliteit. Hostiliteit is in absolute zin en in vergelijking tot de overige klachten dermate hoog dat hier in 2017 vragen over kwamen vanuit de Defensiestaf. Het lijkt of hostiliteit veel voorkomt onder militairen en 14% klinkt als een serieus probleem. Maar is dit ook zo? Dit artikel geeft de zoektocht weer naar antwoorden op deze vragen Door te kijken naar de scores op de vragenlijst, een vergelijking te maken met de Nederlandse bevolking en met andere militaire onderzoeken bleek dat het niet zo eenvoudig is als een te hoge score, er was meer aan de hand.

De onderzoeksvragen die moeten uitwijzen of 14% hostiliteit na de missie problematisch is zijn:

1. Wat is hostiliteit en hoe wordt dit uitgevraagd binnen Defensie?
2. Hoe vaak komt hostiliteit voor na uitzending van Nederlandse militairen?
3. Hoe verhouden deze scores zich tot die van de Nederlandse bevolking?
4. Hoe verhouden deze scores zich tot andere onderzoeken onder militairen?
5. Is de score op hostiliteit al met al ernstig te noemen?

Voordat deze vragen worden beantwoord, is het nodig terug te gaan naar de basis, de vragenlijst. Het artikel begint daarom met het schetsen van de context: een historisch overzicht van de ontwikkeling van vragenlijstonderzoek na uitzending. Defensie is vanaf de jaren tachtig bezig om de psychosociale gevolgen van uitzendingen in beeld te brengen. De ontwikkeling die dit aspect van de zorg na uitzending heeft doorgemaakt, wordt aan de hand van een paar grote missies geschetst.

Historie vragenlijsten na uitzending

De gevolgen van oorlog voor betrokkenen worden in de loop van de tijd steeds duidelijker. Zo komen na de Eerste Wereldoorlog de psychische gevolgen meer in beeld, onder andere met de term shellshock². In die tijd werden psychische klachten nog niet goed begrepen en de aandacht voor de gevolgen van oorlog was niet continu aanwezig.

Vanaf midden jaren zestig maakte het oude model, dat vooral was gebaseerd op psychiatrische problemen met een lichamelijke oorzaak, geleidelijk plaats voor meer psychologische en erfelijke opvattingen over het ontstaan van wat men het ‘concentratiekampsyndroom’ was gaan noemen³. In 1980 werd het patroon van klachten onder de noemer PTSS opgenomen in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, het handboek voor psychische klachten. Het werd zo genoemd na de late openbaring van klachten bij Tweede Wereldoorlog-veteranen. In die periode ontstond ook binnen de Nederlandse krijgsmacht meer aandacht voor de psychische gevolgen van uitzendingen. Een eerste aanleiding was de missie in Libanon.

Libanon – eerste onderzoek Nederland naar klachten na uitzending

Het Nederlandse 44 Pantserinfanteriebataljon krijgt in 1979 in Libanon de taak om in de grensstreek met Israël de vrede en veiligheid te handhaven en om het gezag van de Libanese regering te helpen herstellen in de VN-vredesmacht United Nations Interim Force in Lebanon (UNIFIL). In totaal doen 8.800 landmachtmilitairen dienst in Libanon (1979-1985)⁴. Na de missie in Libanon wordt er in 1987 onderzoek gedaan naar de behoefte aan zorg rondom uitzendingen voor UNIFIL-militairen⁵. Van de 8109 genodigden werken 4675 aan dit onderzoek mee, een respons van 58%. Van hen geeft 2,5% aan dat zij na de uitzending hulp hebben gezocht voor klachten die gerelateerd waren aan de uitzending. De onderzoekers schatten in dat van de volledige populatie het wel eens 10% zou kunnen zijn die klachten overhoudt aan een uitzending. Naar de daadwerkelijke klachten is op dat moment nog geen onderzoek gedaan.

Dat gebeurt in een volgend onderzoek uit 1989⁶. Er worden medische dossiers bestudeerd van militairen die zijn gestopt met behandeling voor psychosociale problemen naar aanleiding van de uitzending naar Libanon. De onderzoekers concluderen dat in Libanon de spanning hoog was. Die spanning werd o.a. ontladen met onderlinge ruzies, stoeipartijen, het schieten op ratten en het leggen van adders in de bedden van verlofgangers. Na terugkeer uit Libanon bleek een groep militairen problemen te hebben met agressief gedrag. Dit kwam met name tot uiting in explosieve uitbarstingen, zoals het gooien met huishoudelijke voorwerpen of het hebben van een kort lontje in de omgang met anderen.

“Een manoeuvre van iemand in het verkeer leidde tot een achtervolging en het klemrijden van hem, waarop ik hem uitdaagde tot een gevecht⁷.”

Ook crimineel gedrag kwam voor zoals roofovervallen, bedreiging met wapens en poging tot doodslag. Er zijn ex-Libanongangers geweest die na terugkeer in eerste instantie niet de straat op durfden zonder wapen. Horowitz en Solomon⁸ menen dat dit het gevolg is van het samengaan van boosheid en achterdocht. Wantrouwen is een emotie die veel wordt genoemd. Andere voorkomende gedragingen zijn alertheid, vermijdingsgedrag en sensaties als flashbacks.

De gevolgen van uitzendingen werden steeds zichtbaarder en ook de behoefte om dit structureel te onderzoeken. Daarom werd een pilot met een vragenlijst na uitzending uitgevoerd. De start hiervan vond tijdens de missie in Joegoslavië plaats.

Joegoslavië – start vragenlijst na uitzending

Toen in 1991 Joegoslavië uiteenviel, barstten een aantal etnische conflicten los. Vanaf 1992 neemt de krijgsmacht deel aan de United Nations Protection Force (UNPROFOR). Deze VN-troepenmacht heeft een vredeshandhavende taak. De VN-missie eindigt 20 december 1995. In totaal namen ongeveer 10.000 Nederlandse militairen deel aan deze missie⁴. In 1994 werd een pilot bij landmachtmilitairen gedaan met een vragenlijst na uitzending⁹. Doel was om te kijken of actieve benadering met een vragenlijst een geschikt middel was om na te gaan of militairen zorg moest worden aangeboden. De conclusie van deze pilot was dat het vroeg ontdekken van problemen helpt om erger te voorkomen en dat een vragenlijst hier een goed instrument voor is. Daarom werd besloten om het nazorgonderzoek binnen de Koninklijke Landmacht structureel te gaan uitvoeren. Sinds 1990 was er een grotere deelname aan VN-missies dan voorheen. Naar aanleiding van de bevindingen uit de pilot werd tevens geadviseerd om alle militairen die sinds 1990 aan uitzendingen hadden deelgenomen actief te benaderen met de vragenlijst. Om ze dus, met terugwerkende kracht, mee te nemen in het nieuwe, structurele onderzoek. De uitvoering van het nazorgonderzoek lag bij de Afdeling Individuele Hulpverlening (AIH). Dit onderzoek vond vanaf 1996 plaats, waarbij na negen maanden een vragenlijst werd verzonden naar militairen die op uitzending waren geweest. De termijn is in de loop van de tijd verkort naar zes maanden, toen missies elkaar sneller begonnen op te volgen.

Vanaf het begin werd agressiviteit uitgevraagd, maar in de eerste vragenlijst niet als apart onderwerp. Er zaten in de pilot losse vragen over prikkelbaarheid en anderen kwaad doen. In de daaropvolgende jaren werd voornamelijk gekeken naar PTSS als indicatie voor psychische klachten. Toen de volgende grote missie opkwam, ontwikkelde deze vragenlijst zich tot de nazorgvragenlijst.

ISAF – de vragenlijst als screeningsinstrument

Na de terreuraanslagen in New York en Washington van 11 september 2001 draagt Nederland vanaf 2002 bij aan de International Security Assistance Force (ISAF) in Afghanistan. Van 2006 tot en met 2010 zorgt de Nederlandse krijgsmacht met de Task Force Uruzgan voor beveiliging en wederopbouw in de Zuid-Afghaanse provincie Uruzgan. Bijna 25.000 militairen zijn tussen 2002 en 2011 uitgezonden naar Afghanistan⁴.

De ISAF-missie zorgde ook voor diverse ontwikkelingen op het vlak van de zorg. In 2003 ontstond een nieuwe vragenlijst na uitzending voor de Koninklijke Landmacht. Deze was uitgebreider dan de eerdere lijst: er werden meer fysieke en gezondheidsklachten uitgevraagd. Hierdoor was het met 21 pagina's een behoorlijk lange vragenlijst. Ook werd het meer een diagnostisch instrument, een screeningsmaatregel bedoeld om als 'vangnet' te functioneren, om die mensen er vroegtijdig uit te halen die wellicht aan hun uitzending problemen hadden overgehouden zodat ze tijdig zorg konden ontvangen. De normen voor vervolgacties werden dan ook ruim ingesteld. Het uitgangspunt was (en is nog steeds): liever te veel dan te weinig militairen bellen. Het uitgangspunt bij die normering was om vals-negatieven te voorkomen (wel een probleem, maar niet opgemerkt). Dit heeft als nadeel dat er veel meer vals-positieven zullen optreden, in dit geval: mensen die worden gebeld, terwijl ze geen echt probleem hebben.

In 2004 werd het onderzoek gecentraliseerd bij de afdeling Gedragswetenschappen en kregen militairen van alle krijgsmachtdelen de mogelijkheid de vragenlijst in te vullen na hun uitzending. Er ontstond ook een uniek onderzoek gedurende deze periode: een doorlopende studie onder een groep Nederlandse veteranen, het PRISMO-onderzoek. PRISMO staat voor Prospective Research

in Stress-Related Military Operations en is de eerste studie wereldwijd die zowel biologische als psychologische factoren voor en na uitzending meet en dat nu al tien jaar. Het onderzoek geeft hierdoor een unieke inkijk in de ontwikkeling van de psychische gezondheid van militairen na missies. Er wordt in elke meting ook een psychologische gezondheidsvragenlijst meegenomen, waarmee o.a. hostiliteit en PTSS worden gemeten¹⁰. Deze studie is uitgevoerd onder honderden militairen die tussen 2005 en 2008 zijn uitgezonden naar Afghanistan. Dit waren verhoudingsgewijs veel militairen die functies buiten de poort hadden. Dit betekent dat zij niet alleen binnen de muren van het kamp waar ze gestationeerd waren verbleven, maar ook patrouilles uitvoerden in de omgeving.

Doorontwikkeling vragenlijst

In 2005-2006 vond een evaluatie plaats van de nazorgvragenlijst, mede vanwege de achterblijvende respons. Deze was soms maar 17%, terwijl dit eind jaren negentig nog ruim 40% was. Er werd gekeken naar hoe andere landen (voornamelijk de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Duitsland, Canada en Australië) hun screening van militairen na uitzending uitvoerden. De Amerikaanse Post-Deployment Health Re-Assessment Questionnaire werd de leidraad voor de nieuwe lijst¹¹. In mei 2007 werd een kortere screeningslijst in gebruik genomen. De respons steeg hierna richting de 50%. Er stonden o.a. vragen over agressie, conflicten en roekeloos gedrag in deze lijst. Vanaf 2007 werden deze vragen onder de noemer 'geëxternaliseerd probleemgedrag' geplaatst. In de jaren 2007- 2012 lagen de scores op dit thema tussen de 5 en 8%.

In 2010 startte een validatieonderzoek naar de nazorgvragenlijst¹². De gebruikte vragen werden vergeleken met de uitkomsten van gevalideerde vragenlijsten en klinische interviews met psychologen. De schalen met het beste onderscheidend vermogen werden gekozen voor de nieuwe vragenlijst. Vanaf januari 2013 werd de nieuwe vragenlijst in gebruik genomen. Een van de nieuwe schalen was de hostiliteitschaal van de Brief Symptom Inventory (BSI) als vervanging van de vragen over 'geëxternaliseerd probleemgedrag'. Roekeloos gedrag bleef als apart onderwerp aanwezig. De respons op de vragenlijst was 58% in 2018. Deze vragenlijst heet sinds 2018 de Vragenlijst na Missie of Inzet (VMI). De scores op de schaal hostiliteit van de VMI hebben geleid tot de nu volgende verdieping naar het voorkomen van hostiliteit na uitzending bij Nederlandse militairen.

Methode

Definitie

De eerste vraag die rijst is: 'Wat is hostiliteit precies?' Hostiliteit wordt gedefinieerd als een vijandige houding naar of beoordeling van mensen of dingen¹³. Het wordt gemeten door te kijken of er symptomen aanwezig zijn die duiden op boosheid, vijandigheid of woede. Daarbij wordt zowel gekeken naar gedachten, als gevoelens en gedrag.

Hostiliteit is een op zichzelf staande psychische klacht. Daarnaast wordt hostiliteit in verband gebracht met problemen met aanpassen na een uitzending. Zo is hostiliteit een symptoom bij aanpassingsproblemen na gevechtsstress en heeft het zowel een directe als een indirecte relatie met depressie en PTSS¹³⁻¹⁵.

Hostiliteit in de VMI

De hostiliteitsvragen in de VMI komen uit de BSI-vragenlijst. Dit is een oorspronkelijk Engelstalige vragenlijst die in het Nederlands is vertaald en genormeerd door Edwin de Beurs¹⁶. De BSI is een verkorte en iets aangepaste versie (53 i.p.v. 90 vragen) van de Symptom Check-List-90 (SCL-90): een internationaal gevalideerde, veel gebruikte diagnostische vragenlijst. Hostiliteit is een van de negen onderwerpen die in de BSI worden uitgevraagd.

Zowel de BSI als de SCL-90 zijn zelfrapportagevragenlijsten voor volwassenen. Dat wil zeggen dat de vragen niet door een psycholoog of psychiater worden gescoord, maar direct door de invuller zelf.

Dit soort zelfrapportagevragenlijsten wordt veel gebruikt in de geestelijke gezondheidszorg om informatie over de mentale staat van patiënten te krijgen. Als een screeningsinstrument net zoals bij de VMI¹⁷.

In de BSI wordt hostileit uitgevraagd met vijf vragen.

In welke mate werd u gedurende de afgelopen week, met vandaag erbij, gehinderd door:

- je snel aan iets ergeren;
- woede-uitbarstingen die je niet kan beheersen;
- de aandrang hebben iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen;
- de aandrang hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan;
- snel ruzie krijgen.

Bovenstaande vijf vragen worden beantwoord op een vijf-punts-schaal die loopt van 0 (helemaal niet) tot 4 (heel veel). De hostileitsscore is het gemiddelde van de score op de vijf vragen (range 0 tot 4). Hoe hoger de score, hoe meer hostileit iemand ervaart.

Normering

Validatie-onderzoeken laten zien dat de SCL-90 en de BSI goed in staat zijn om onderscheid te maken tussen de algemene bevolking en mensen met psychische problemen. Voor Nederland is de BSI in 2009 genormeerd¹⁶. Voor zo'n normering wordt gebruik gemaakt van een steekproef onder de algemene Nederlandse bevolking.

Schaal	Man	Vrouw
Beneden gemiddeld	0,00-0,19	0,00-0,19
Gemiddeld	0,20-0,39	0,20-0,23
Boven gemiddeld	0,40-0,59	0,24-0,59
Hoog	0,60-0,99	0,60-1,39
Zeër hoog	1,00-4,00	1,40-4,00

De scores van die gemiddelde Nederlanders (de zogenaamde referentiescore) worden ingedeeld van 'beneden gemiddeld' tot 'zeër hoog'. In Tabel 1 is de Nederlandse referentiescore voor mannen en vrouwen terug te vinden.

Dit zijn specifiek voor Nederland geldende scores, er is geen internationale norm voor de hostileitsscore, omdat de referentiescore voor

Tabel 1: Nederlandse bevolkingsnorm hostileit BSI¹⁶.

hostiliteit verschilt per land. Zo is de gemiddelde score voor mannen op de SCL-90 in de Verenigde Staten rond de 0,30, in Duitsland 0,31 en in Finland 0,58^{17,18}.

Resultaten

Militair gemiddelde

Hoe zit dat nu met Nederlandse militairen? Omdat internationaal onderzoek uitwijst dat er grote nationale verschillen zijn, vergelijken we de hostileitsscore uit de VMI van de Nederlandse militairen met de scores van de algemene Nederlandse bevolking. Zoals Tabel 1 aangeeft, is er in Nederland een duidelijk verschil tussen de scores van mannen en vrouwen, dus ook sekse wordt hierbij meegenomen.

Tussen 2016 en 2019 was de gemiddelde score op hostileit van mannelijke militairen die de VMI hebben ingevuld 0,25 (n=6246). Dit is beduidend lager dan de 0,38 van de mannelijke Nederlandse bevolking. Vrouwelijke militairen scoren gemiddeld een 0,23 (n=615). Ook dit is beduidend lager dan de 0,39 van de gemiddelde vrouwelijke Nederlandse bevolking. Op basis van de gemiddelde score lijkt er dus geen sprake van te zijn dat militairen meer last van hostileit hebben dan de gemiddelde Nederlander. In tegendeel, ze zijn een half jaar na terugkeer van een uitzending in dit opzicht mentaal gezien gezonder dan de gemiddelde Nederlander.

Dit werpt de volgende vraag op: Hoe kan het dat hostileit de hoogst scorende klacht uit de VMI is met 14% en dat de Nederlandse militairen gemiddeld toch bijna een derde *lager* scoren dan burgers?

Militair percentage in ander onderzoek

Hoe ontstaat die 14% en wat betekent die score? Bij het beoordelen van de VMI krijgt een militair 'geen risicoprofiel' als hij of zij conform Tabel 1 'beneden gemiddeld' of 'gemiddeld' scoort voor zijn/haar sekse, een 'laag risico' bij een 'boven gemiddelde' score en een 'zorgindicatie' bij een 'hoge' tot 'zeer hoge' score.

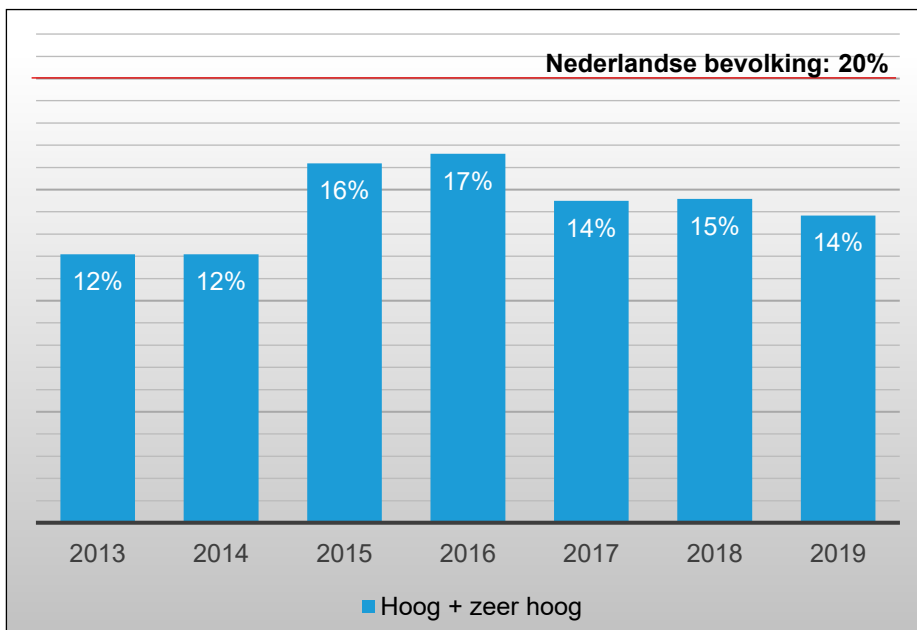


Fig. 1: Percentage militairen met een hoge of zeer hoge score op hostiliteit 2013-2019.

Vanaf 2013 (de start van het uitvragen van hostiliteit in de vragenlijst) varieert het percentage militairen dat een zorgindicatie op dit item kreeg tussen de 12% en 17% (zie Fig. 1). De afgelopen jaren (2013-2019) geldt dat van de 5488 militairen die deze serie vragen hebben ingevuld, 76% geen risicoprofiel had, 10% een laag risico had en 14% een zorgindicatie ontving. Dit klinkt hoog, dus de eerste vraag is: 'Vinden andere onderzoekers dat ook?'

Er hoefde niet lang gezocht te worden naar een alternatief onderzoek, want in Nederland loopt al sinds 2005 het eerder genoemde PRISMO-onderzoek onder Afghanistanveteranen. De vraag is: 'Zijn de cijfers die uit PRISMO komen vergelijkbaar met die uit het VMI?' Het PRISMO-onderzoek heeft relatief veel meer mensen in het onderzoek die buiten de poort werken. Een veelgehoorde hypothese is dat mensen die buiten de poort werken meer klachten ontwikkelen omdat hun werkzaamheden zeer stressvol kunnen zijn. Dat zou er dan toe kunnen leiden dat de PRISMO-cijfers hoger liggen dan van de hele uitgezonden militaire populatie die met de VMI gemeten wordt. Daarnaast bestaat de groep bij PRISMO alleen uit landmachtmilitairen die in Afghanistan zijn geweest. De groep van de VMI bestaat uit alle missies en alle krijgsmachtdelen.

Een vergelijking van de cijfers lijkt er echter op te wijzen dat dit geen andere uitkomst geeft. PRISMO laat net als de VMI op hetzelfde tijdstip (6 maanden na uitzending) een soortgelijk percentage zien: 14,8%¹⁹. Dit cijfer is overigens niet uit de gepubliceerde overzichten gehaald, maar op ons verzoek berekend door de beheerders van de PRISMO-database, omdat zij ervoor kiezen om alleen de mensen die onder 'zeer hoog' vallen te rapporteren. Ook een deelonderzoek van PRISMO¹³ naar hostiliteit onder Nederlandse militairen bevestigt dit beeld. In dit onderzoek werden 745 Nederlandse militairen van 1 maand voor uitzending naar Afghanistan tot 2 jaar erna gevolgd. Zes maanden na uitzending vindt ook dit onderzoek dat 16% een verhoogde hostiliteitsscore vertoont.

Dus het lijkt erop dat het percentage veteranen dat zes maanden na uitzending hoog op hostiliteit scoort op de schaal in de VMI klopt.

Militair versus burger percentage

Dan is de volgende vraag: 'Hoe kan dit militaire percentage vergeleken worden met het percentage van de Nederlandse bevolking?' Eerder was te lezen dat de gemiddelde score veel lager is, maar dat gemiddelde hoeft niet per se te betekenen dat het percentage ook lager is. De validatie-onderzoeken vermelden geen percentages, alleen scores die opgedeeld zijn in de categorieën

Schaal	Percentielscore
Beneden gemiddeld	60-100
Gemiddeld	40-60
Boven gemiddeld	20-40
Hoog	5-20
Zeer hoog	1-5

van 'beneden gemiddeld' tot 'zeer hoog'. Voor een antwoord op deze vraag is contact opgenomen met de schrijver van de Nederlandse handleiding van de BSI: Edwin de Beurs. Hij legde uit²⁰ dat de schalen geconstrueerd worden op basis van percentielscores (zie Tabel 2).

Tabel 2: Percentielscore voor BSI.

De BSI is zo genormeerd dat de labels voor zeer hoog en hoog corresponderen met respectievelijk 5% en 15% van de steekproef. Oftewel, er is een vrij willekeurige grens getrokken van $(5+15=)$ 20%. Voor de BSI valt *per definitie* iedereen die bij de hoogste 20%-scorers hoort onder de categorie 'hoog' of 'zeer hoog'.

Dit betekent dus dat 12-17% van de militairen een score heeft die gelijk is aan 20% van de algemene bevolking. De schijnbaar hoge score komt doordat de BSI *per definitie* hoog scoort. De normering is zo opgebouwd, dat 20% van de bevolking onder 'hoog' of 'zeer hoog' valt.

Als het gaat om de 'zeer hoge' score (zie Fig. 2) scoort gemiddeld 5,9% van de militairen hetzelfde als 5% van de algemene bevolking op de BSI qua hostiliteit. In de meeste jaren is dit percentage bij militairen gelijk aan die van de algemene bevolking, behalve in 2015 en 2016. De oorzaak hiervan is nog onbekend. Bij PRISMO ligt het aandeel 'zeer hoog' op 6,8% na zes maanden. Dit is significant hoger dan de score vanuit het Na de Missie-onderzoek, en ook dan de score van de

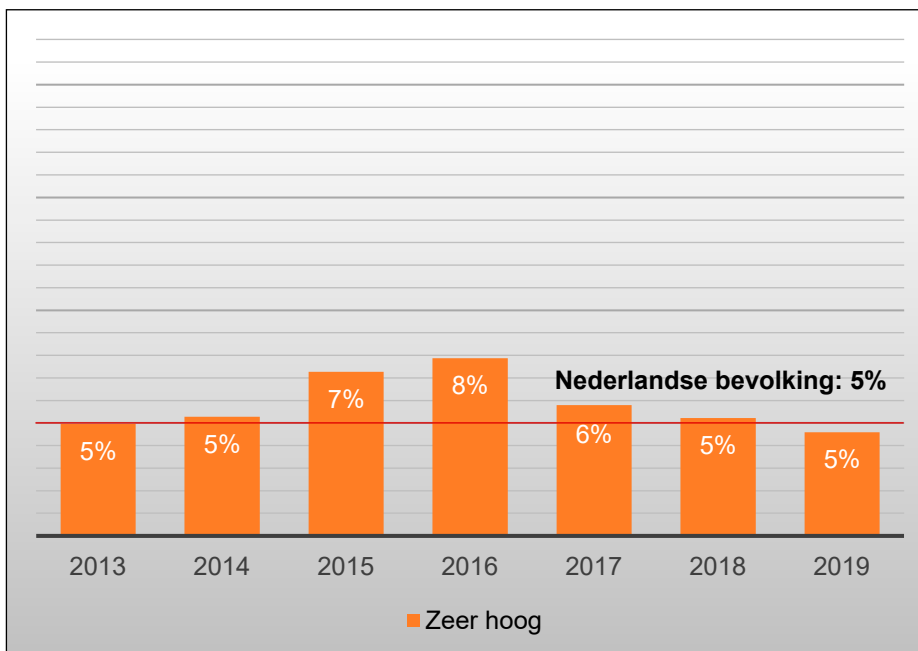


Fig. 2: Percentage militairen met een zeer hoge score op hostiliteit 2013-2019.

algemene bevolkingⁱⁱ. Dit zou kunnen komen door de specifieke onderzoekspopulatie, zoals eerder beschreven.

Militairen scoren dus lager dan de Nederlandse bevolking op de gecombineerde scores 'hoog' en 'zeer hoog'. De score van gemiddeld 14% hostiliteit onder militairen *is* dus relatief gezien niet hoog, maar *lijkt* hoog. Wanneer alleen naar 'zeer hoog' gekeken wordt, is te zien dat die voor 2015 en 2016 hoger is dan de norm van 5% algemene bevolking, maar dit is niet structureel. De overige jaren zijn gelijk aan de 5%-norm.

Waarom viel die 14% bij de start van deze zoektocht dan op? Dat heeft onder andere te maken met de manier waarop er gerapporteerd wordt.

Weergave: Beeld uit rapportage

Jarenlang heeft de afdeling Trends, Onderzoek & Statistiek (TOS) van het Defensie Ondersteuningscommando in de jaarlijkse infographics de hoogst scorende psychosociale klachten van militairen weergegeven. Figuur 3 laat zien hoe dat er in 2017²¹ uitzag.

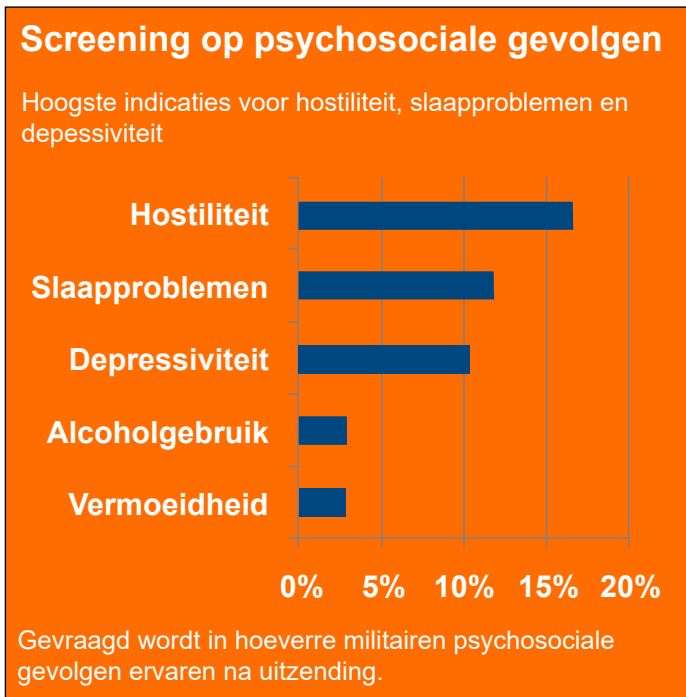


Fig. 3: Infographic Psychosociale gevolgen 2017.



Fig. 4: Infographic Psychosociale gevolgen 2019.

Deze top 5-weergave doet vermoeden dat hostiliteit ver boven de overige indicaties uitstijgt. Alleen is deze logisch klinkende gevolgtrekking technisch onjuist. De cijfers in dit overzicht zijn namelijk niet een-op-een vergelijkbaar. Althans niet zonder begrip van de opbouw van de bijbehorende schalen en normscores. De scores zijn allemaal valide, maar komen uit verschillende bronnen met verschillende ijkpunten, dat geeft met deze gesorteerde presentatie een vertekend beeld, waardoor hostiliteit hoog lijkt.

Slaapproblemen bijvoorbeeld is hier nummer twee met 12%, een schaal uit de SCL-90. Dit is een andere vragenlijst met een normering gebaseerd op somscores, welke niet te vergelijken zijn met de percentielscores op hostiliteit.

Een oplossing om hieraan tegemoet te komen is om de indicaties visueel weer te geven ten opzichte van de norm voor de algemene Nederlandse bevolking. Dat is in de infographic van 2019²² (Fig. 4) gedaan.

Zo kunnen alle indicaties worden weergegeven ten opzichte van de eigen normscores. Deze weergave maakt een vergelijking tussen indicaties lastiger maar geeft wel een beter beeld van de ernst. De volgende stap is om een oplossing te vinden waarbij de vergelijking wel mogelijk is. Bijvoorbeeld door te kijken naar de afwijking ten opzichte van de normscores.

Wat ook mogelijk is, is de norm voor hostiliteit aanpassen. Dat is de keuze die in het PRISMO-onderzoek is gemaakt, zoals eerder te lezen in dit artikel. Daar is ervoor gekozen om alleen de mensen die onder 'zeer hoog' vallen (de 5%

hoogste) te rapporteren. Dat is geen onlogische keuze: het is gebruikelijker om afkappunten rond de 95% te nemen dan rond de 80%. Bij een strikte norm is de kans op vals-positieve risicoprofielen kleiner en daarmee de indicatie voor hostiliteit zuiverder. Dus voor het PRISMO-onderzoek is dat een begrijpelijke keuze. Zou TOS dat ook niet moeten doen bij het Na de Missie-onderzoek?

Het antwoord daarop is een heel duidelijk 'nee'. De prioriteit van Defensie ligt niet bij het verlagen van vals-positieven. De VMI is bedoeld als vangnet om die militairen te identificeren die mogelijk problemen hebben maar dat nog niet hebben aangekaart. Defensie is juist geïnteresseerd in het omgekeerde: het verlagen van de vals-negatieven. Defensie wil de mensen die niet zeer hoog scoren op hostiliteit, maar daar wel een probleem mee hebben kunnen identificeren. Dat kan juist door de bredere normen aan te houden. Het uitgangspunt van Defensie is: liever te veel militairen bellen dan te weinig, want elke militair die tijdig hulp geboden kan worden, is er één.

Het rapporteren van de scores zouden daarentegen wel aangepast kunnen worden. De 20%-norm geeft jaarlijks weinig nieuwe inzichten, omdat we daar met 12-17% altijd onder zitten. In de infographics zou alleen de score 'zeer hoog' kunnen worden weergegeven. Dit percentage geeft de ernst duidelijker weer, ook is de vergelijking met onder meer PRISMO dan makkelijker te maken.

Samenhang met andere klachten

Er zijn andere redenen waarom hostiliteit toch meer impact zou kunnen hebben dan dat deze relatief positieve cijfers aangeven: de samenhang met andere klachten en het effect op de lange termijn.

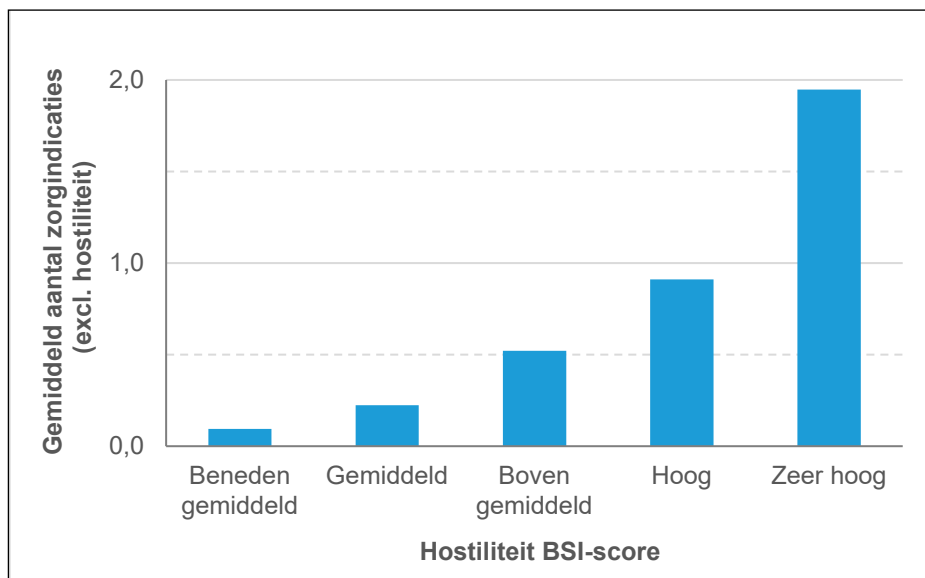


Fig. 5: Gemiddeld aantal zorgindicaties voor de hostiliteitscategorieën.

Zo is bekend uit de wetenschappelijke literatuur dat hostiliteit niet alleen een op zichzelf staande klacht is, maar ook bijvoorbeeld gerelateerd is aan depressie, PTSS en gevechtstress¹³⁻¹⁵. Die sterke relatie met andere klachten, blijkt ook uit ons eigen onderzoek (zie Fig. 5).

Deze grafiek (Fig. 5) laat de significante samenhangⁱⁱⁱ zien tussen het aantal zorgindicaties dat iemand heeft en hoe hoog hij of zij

scoort op hostiliteit. Iemand die hoog scoort op hostiliteit heeft gemiddeld twee zorgindicaties, dus naast hostiliteit nog een andere indicatie. Iemand die zeer hoog scoort, zal zelfs twee andere zorgindicaties hebben. Vooral depressiviteit en slaapproblemen komen veel voor in combinatie met hostiliteit (zie Tabel 3).

	Score op hostiliteit (BSI) gecorrigeerd voor geslacht				
	Beneden gemiddeld	Gemiddeld	Boven gemiddeld	Hoog	Zeer hoog
Depressiviteit	1,8%	5,4%	15,7%	28,4%	48,1%
Slaapproblemen	3,9%	8,2%	16,3%	23,2%	42,9%
Stressklachten	0,1%	0,5%	2,9%	5,6%	16,5%
Algemene gezondheidsproblemen	1,1%	2,1%	4,1%	7,9%	14,5%
Ervaren steun	0,3%	1,0%	2,4%	5,2%	14,3%
Vermoeidheid	0,2%	0,9%	1,6%	4,2%	11,8%
Mogelijke alcoholproblemen	0,9%	2,2%	4,9%	6,9%	11,0%
Invoegproblemen op het werk	0,3%	0,8%	1,5%	3,1%	10,5%
Roekeloos gedrag	0,2%	0,2%	0,6%	2,6%	8,0%
PTSS	0,4%	0,7%	1,2%	1,5%	6,8%
Suïcidaliteit (algemeen)	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%	4,5%
Invoegproblemen thuis	0,1%	0,1%	0,1%	0,8%	3,5%
Concentratieproblemen	0,0%	0,0%	0,1%	0,6%	1,8%
Suïcidaliteit (acuut gevaar)	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,5%

Tabel 3: Samenhang met andere klachten per hostiliteitscategorie.

Dit betekent dat als iemand (zeer) hoog scoort op hostiliteit, dit een signaal is dat er meer met hem of haar aan de hand kan zijn en nader onderzoek gewenst is. Depressiviteit of slaapproblemen komen vaak voor in combinatie met een hoge of zeer hoge score op hostiliteit. Ook stressklachten en algemene gezondheidsproblemen komen meer voor en er is een verband tussen problemen in de ervaren sociale steun en hostiliteit. Dit is te zien in de laatste twee kolommen van Tabel 3.

Een psychische aandoening waar veel over wordt geschreven is PTSS. Dit omdat PTSS van grote invloed kan zijn op het dagelijks leven. De indicatie voor PTSS bij de VMI is niet hoog, de laatste jaren 1%. In bovenstaande tabel is te zien dat de indicatie voor PTSS samenhangt met een zeer hoge score op hostiliteit. Hoge hostiliteit kan dus een aanwijzing kan zijn voor PTSS.

Een opvallend punt is dat er een groot verschil is tussen de PTSS-scores bij hoge versus zeer hoge hostiliteit. Bij veel psychische klachten is een verdubbeling te zien van hoge naar zeer hoge hostiliteit, bij PTSS is dit bijna vijf keer zo veel. Ook bij vermoeidheid, invoegproblemen op het werk en thuis, concentratieproblemen en suïcidaliteit is er een groot verschil tussen beide categorieën. Waar dit door komt is onbekend en moet nader onderzocht worden.

Een vergelijking met PRISMO is gewenst, omdat daar eveneens verschillende schalen worden uitgevraagd. Helaas zijn op dit moment nog geen cijfers bekend bij PRISMO over de samenhang tussen verschillende psychologische klachten of aandoeningen.

Periodiciteit

Het is niet alleen de samenhang die maakt dat de hostiliteitscijfers niet voetstoots kunnen worden aangenomen. Ook de component tijd maakt dat hostiliteitscijfers een andere betekenis kunnen krijgen.

De gemiddeld lagere score op hostiliteit zes maanden na uitzending is niet per se een geruststelling. Zes maanden na uitzending is immers geen eindstreep. Daarom moet verder worden gekeken dan deze periode voor het inzicht in de ontwikkeling van hostiliteit op lange termijn.

Het nu al tien jaar durende unieke PRISMO-onderzoek verkrijgt door de lange duur ook unieke resultaten. Een belangrijke bevinding is dat er klachten zijn die na vijf jaar plotseling sterk verergeren. Dat geldt bijvoorbeeld voor PTSS-symptomen²³, maar ook voor hostiliteit. Waar tijdens de meting twee jaar na uitzending nog slechts 15,4% een score heeft die als (zeer) hoog wordt beschouwd, is dit bij de meting na vijf jaar ineens opgelopen naar een verrassend hoge 35,2%¹⁹. Dit zou erop kunnen wijzen dat uitzendingen op de lange termijn veel meer gevolgen hebben dan verwacht. Het volgende termijnonderzoek van PRISMO moet uitwijzen of dit effect na tien jaar ook nog bestaat, of dan juist weer is afgenomen.

Het kan zijn dat de specifieke populatie die in PRISMO onderzocht wordt, namelijk militairen die relatief vaker de poort uit gaan, in de loop van de tijd vaker hostiliteit ontwikkelt. Op grond van de VMI-data wordt dit niet verwacht, omdat de scores na zes maanden vergelijkbaar zijn, maar dit staat open voor nader onderzoek. Hoe hostiliteit zich ontwikkelt in de loop van de tijd kan op basis van de VMI-data niet worden voorspeld. Hoewel de VMI al lang loopt, volgt het militairen niet op de lange termijn, maar maakt het telkens een momentopname, zes maanden na een uitzending. Het zou daarom goed zijn om de VMI ook op later momenten af te nemen en zo een database van klachten na uitzending op verschillende meetmomenten op te bouwen. De meerwaarde ten opzichte van PRISMO is dat de VMI een doorlopend onderzoek is onder alle krijgsmachtdelen en missiegebieden, terwijl er bij PRISMO landmachtmilitairen betreft die in het kader van ISAF op uitzending zijn geweest.

Conclusie en beantwoording van de onderzoeksvragen

Hostiliteit is al jaren de hoogst scorende psychosociale klacht zes maanden na uitzending vanuit de VMI. Deze hoge score is *op zichzelf* nog geen reden tot zorg, want ten opzichte van de algemene Nederlandse populatie (20%) scoren militairen gemiddeld laag als het gaat om hostiliteit (12 tot 17%). Ook de gemiddelde hostiliteitscore bij de militairen ligt onder die van de Nederlandse bevolking.

TOS heeft er de laatste jaren voor gekozen om bij het rapporteren van de hostiliteitscijfers de (burger)norm van 20% visueel weer te geven bij het percentage onder militairen. Hierdoor is duidelijk dat de indicaties niet onderling maar met bijbehorende normen vergeleken dienen te worden. Maar de weergave in de rapportage zou nog iets anders kunnen. De 5%-score ('zeer hoog') met daarbij de 5%-norm van de bevolking zou kunnen worden gebruikt. Dit geeft beter de ernst van hostiliteit weer binnen Defensie.

Een alternatief is de afwijking van de score met die van de algemene bevolking weer te geven. Dit zou vergelijkbare scores naast elkaar weergeven, in plaats van scores van verschillende vragenlijsten met verschillende normeringen. Het is in ieder geval duidelijk dat een weergave zonder vergelijkingsgetal voor een vertekend beeld kan zorgen.

Hoewel de score van hostiliteit onder militairen in absolute vorm niet hoog is, zegt dit cijfer na zes maanden echter niets over de ontwikkeling op de lange termijn. Als het PRISMO-onderzoek ook na tien jaar een sterke verhoging laat zien, dan zou dit in de toekomst een reden kunnen zijn om de VMI niet alleen na zes maanden te verzenden, maar ook op een later moment. Het zou ook een reden kunnen zijn om een grote, longitudinale database aan te leggen, waarbij de VMI-cijfers niet alleen per jaar worden bijgehouden, zoals nu het geval is, maar waarin individuele militairen ook door de jaren heen kunnen worden gevolgd.

Ook zegt deze absolute score niets over de samenhang met andere psychosociale klachten. Het sterkste verband is te vinden met depressieve klachten en slaapklachten, maar bijvoorbeeld ook PTSS lijkt samen te hangen met een zeer hoge score op hostiliteit. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de klachten niet op zich staan en hostiliteit een signaalfunctie voor andere klachten kan hebben.

Kortom: deze zoektocht laat allerlei kanten van een simpel cijfer zien. Een percentage van 14% hostiliteit klinkt hoog, valt normatief best mee, maar indirect is het voor de langere termijn en vanwege de aanwijzingen voor samenhang met andere klachten een belangrijk cijfer om goed te blijven volgen.

SUMMARY

POST DEPLOYMENT HOSTILITY, PROBLEMATIC, OR NOT?

Facts and image of having a 'short fuse'

In this article, the authors present the history of post deployment questionnaires in the Netherlands armed forces. Thereafter they focus on hostility as a post deployment symptom, research the percentage of military personnel which score high or very high on hostility in the Dutch Military Post Deployment Questionnaire. They wonder whether this percentage (14% on average between 2013 and 2019) is out of the ordinary and/or alarming. They conclude that the percentage is lower than that of Dutch civilians and is therefore not alarming on its own. Similar scores are found in other research amongst military personnel. Hostility should not be looked at as an isolated symptom, but is associated, among others, with depressive complaints, sleeping problems and post-traumatic stress disorder. Therefore having a high hostility scores warrants further investigation. Hostility scoring must be continued at least five years after deployment, and possibly ten years.

Noten:

- i Start T0: N=1032; T5: N=581
- ii One sample T-test: jaar 2015 M=0,07, SD=0,26 t(2075)=3,988 p < 0,001; jaar 2016 M=0,08, SD=0,27 t(1485)=4,111 p < 0,001
- iii Welch ANOVA F(4, 1390.832)=194.192, p < .001, Games-Howell in alle groepen onderling significant p < .001

Literatuur:

1. Resultaten uit Vragenlijst Na Missie of Inzet (voorheen nazorgonderzoek) van Trends, Onderzoek en Statistiek (2013-2019).
2. <https://isggeschiedenis.nl/nieuws/shell-shock-psychische-klachten-bij-soldaten-in-eerste-wereldoorlog>
3. Aarts P.G.H.: De geschiedenis van het trauma (1999), in: Aarts, P. en Visser, W. (red.) Trauma: diagnostiek en behandeling. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2007, 19-32.
4. NIMH: Tijdlijn militaire geschiedenis <https://www.defensie.nl/onderwerpen/tijdlijn-militaire-geschiedenis>
5. Rapport Gedragwetenschappen KL 87-05 – Nazorg ex-UNIFILmilitairen, een evaluatie-onderzoek naar de nazorgbehoefte van ex-UNIFILmilitairen. Den Haag, 1987.
6. Rapport Gedragwetenschappen KL 89-12 – Traumatische ervaringen en ex-UNIFILmilitairen, een literatuur- en dossieronderzoek. Den Haag, 1989.
7. Rapport Gedragwetenschappen KL 89-12 – Traumatische ervaringen en ex-UNIFILmilitairen, een literatuur- en dossieronderzoek. Den Haag, 1989, p. 48.
8. Horowitz M.J., Solomon G.F.: A Prediction of Delayed Stress Response Syndromes, in: Journal of Social Issues, 1975;31:67-80.
9. Willigenburg T., Alkemade N.D.: Rapport 95-14 Pilot nazorg Koninklijke Landmacht. Den Haag, 1995.
10. Van der Wal S.J., Gorter R., Reijnen A., Geuze E., Vermetten E.: Cohort profile: the Prospective Research In Stress-Related Military Operations (PRISMO) study in the Dutch Armed Forces, in: *BMJ Open* 2018.
11. Duel J.: Rapport GW-08-142 Effecten van uitzending. GW, 2008.
12. Riep N.C.: Rapport GW-11-099 Validatieonderzoek Vragenlijst Nazorg Militair. GW, 2012.
13. Heesink L., Rademaker A., Vermetten E., Geuze E., Kleber R.: Longitudinal measures of hostility in deployed military personnel in: *Psychiatry Research* (2015) 479-484.
14. Elbogen E.B. et al.: Correlates of Anger and Hostility among Iraq and Afghanistan War Veterans, in: *American Journal of Psychiatry* (2010) 1051-1058.
15. Dekkers S.: Validatie van de Vragenlijst Nazorg Militair en de invloed van hostiliteit op het ontwikkelen van psychische klachten na uitzending. Universiteit Utrecht, 2010.
16. De Beurs E.: Brief Symptom Inventory. Handleiding Addendum, Leiden, PITS, 2009.
17. Schmitz N., Hartkamp N., Kiuse J., Franke G.H., Reister G., Tress W.: The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R); A German Validation study, in: *Quality of Life Research* 2000, p.185-193.
18. Holi M.M., Sammallahti P.R., Aalberg V.A.: A Finnish validation study of the SCL-90, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998, p. 42-46.
19. Expertisecentrum MGGZ: Prevalentiecijfers hostiliteit in PRISMO, V:08-10-2018. Utrecht, 2018.
20. Persoonlijke e-mail De Beurs > Kleinreesink 2017.
21. Infographic: Effecten van uitzending 2016, data uit Nazorgonderzoek.
22. TOS-20-031 Infographic: Na de Missie 2019.
23. Van der Wal S.J., Gorter R., Reijnen A., Geuze E., Vermetten E.: Cohort profile: the Prospective Research In Stress-Related Military Operations (PRISMO) study in the Dutch Armed Forces, in: *BMJ Open* 2018, p. 7.



Aanmelden voor abonnement NMGT

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

Instromend personeel

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

Uitstromend personeel

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

De secretaris NMGT A. Sondeijker

De Molukse gijzelingen en het concentratiekampsyndroom

door dr. Leo van Bergen

De auteur is medisch historicus (www.leovanbergen.nl/).

Dit artikel is een bewerking van een deel van het eind 2021 te verschijnen boek: BEVRIJD. Van KZ tot PTSS: over psychotrauma en een Leids hoogleraar in de Nederlandse pers (1954-1987).

Artikel ontvangen mei 2021.

Samenvatting

In de tweede helft van de vorige eeuw explodeerde het aantal mensen en groepen dat als gevolg van of na een als traumatiserend ervaren gebeurtenis voor psychiatrische hulpverlening in aanmerking kwam. Werd rond 1960 het aantal mensen dat aan het concentratiekampsyndroom leed op enkele duizenden geschat, dertig jaar later was dat aantal – nu onder de diagnose PTSS – gestegen tot enkele honderdduizenden. Een voorname oorzaak hiervan is het verschuiven van oorzaak naar symptoom als reden voor diagnosestelling. Een van de groepen patiënten die er in de tussentijd bijgekomen was, werd gevormd door de slachtoffers van de Molukse gijzelingen in de jaren zeventig. Volgens de op het terrein van psycho-traumatisering actieve Nederlandse psychiaters waren zij getraumatiseerd, ook als ze dat zelf ontkenden. Ook zij leden aan een vorm van Konzentrationslager (KZ)-syndroom. De ontkenning was daar zelfs bewijs van. In dit artikel wordt de verslaggeving in de Nederlandse kranten over de psychische hulpverlening aan en medische meningsvorming over de gegijzelden gevolgd.

Inleiding

In 1977 schreef de toentertijd bekende mediadokter Aart Gisolf in het *Algemeen Dagblad* dat de Tweede Wereldoorlog niet het enige fenomeen was dat tot een KZ-syndroom, een (post) concentratiekampsyndroom, kon leiden. Nadat dit syndroom behalve bij overlevenden van de Duitse kampen ook al was geconstateerd bij mensen in het verzet of bij overlevenden van de Japanse kampen, hadden volgens Gisolf wetenschappers, en dan met name de Leidse hoogleraar psychiatrie Jan Bastiaans, duidelijk gemaakt dat iedere vreselijke, sinds de oorlog



Afb. 1: Professor Jan Bastiaans
*27 mei 1917 – †31 oktober 1997.

Bron: Nationaal Archief CC0,
Fotograaf Roland Gerrits, Anefo.

traumatiserend genoemde ervaring, daartoe kon leiden. Ook zaken als kindermishandeling of andere 'uitermate angstige en bedreigende situaties (...) voor alle leeftijden' konden tot een KZ-syndroom leiden, of in ieder geval tot een 'KZ-achtig-syndroom'¹.

Deze notie, dat iedere als vreselijk ervaren ervaring tot een syndroom kon leiden – en volgens niet weinige psychiaters zou leiden – was zowel gevolg als veroorzaker van een inktvlekwerking die ervoor zorgde dat ten eerste steeds meer mensen slachtoffer werden genoemd en dat ten tweede militairen weer terugkwamen boven aan de behandellijst, een de plek die zij na 1945 aan burgers, en dan bovenal aan de Joodse overlevenden van Auschwitz, Dachau of Sobibor, hadden moeten afstaan. Hadden eerdere termen over psychische schade door oorlog zoals *shellshock* of *battle fatigue* louter op militairen betrekking, met het deels uit het Vietnamsyndroom afgeleide PTSS, een term waarin paradoxaal genoeg niets aan oorlog doet denken, kwamen zij weer terug op de voorste plaats van de traumaranglijst, al moest die nu wel worden gedeeld met anderen. Zowel die inktvlekwerking als de terugkeer van militairen als mogelijk toekomstig psychisch zieke, kwam goed

tot uiting in de berichtgeving over de Molukse gijzelingen in de jaren zeventig, zeker toen de treinkaping bij De Punt door een militaire actie werd beëindigd.

De treinkaping te Wijster en de gijzeling van het Indonesisch consulaat

In december 1975 werd te Wijster een trein gekaapt. Zuid-Molukse jongeren waren kwaad over de omstandigheden waaronder zij in Nederland leefden en over de volgens hen verbroken belofte van de Nederlandse overheid, om hun ouders en grootouders, die haar in de koloniale tijd hadden gediend, een vrije Molukse staat te bezorgen. De machinist en twee passagiers werden geëxecuteerd. De eisen werden niet ingewilligd en na twaalf dagen gaven de jongeren zich over. Twee dagen na het begin van de treinkaping, bezette een tweede groep het Indonesische consulaat in Amsterdam en een school voor Indonesische kinderen, die zich in hetzelfde gebouw bevond. Hierbij viel één dode, een medewerker van het consulaat. Deze bezetting werd op 19 december beëindigd. Al snel werd de vraag gesteld wat voor psychische consequenties dit voor de gegijzelden had.



Afb. 2: 3 december 1975. Tweede dag gijzeling trein te Wijster; ambulance met op achtergrond trein. De ambulance haalde twee gedode gijzelaars op.

Bron: Nationaal Archief CC0, Fotograaf Rob Mieremet, Anefo.

De op geen enkele sympathie voor de Molukkers te betrappen medisch medewerker van de *Leeuwarder Courant*, die tijdens de Tweede Wereldoorlog zelf in Kamp Vught had verbleven, wees al tijdens de gijzelingen op een groot verschil tussen toen en nu; een verschil dat in het nadeel werkte van de huidige gegijzelden. Hij en de zijnen hadden vastgezet om iets wat zijzelf hadden gedaan, of om iets wat zij representeerden, terwijl de slachtoffers van de Molukkers domweg op het verkeerde

moment op de verkeerde plek waren geweest. Op ieder ander gebied was overeenkomst troef. Er was gebrek aan levensbehoeften als voedsel en water, goed sanitair of bewegingsruimte. Het ontbrak hen 'aan (een) voldoende aangename manier om de dag door te komen, aan een eigen plek die de hunne is, waar ze kunnen huilen of lachen, kunnen ontspannen of kunnen vrijen als ze er zin in hebben'. En:

“Van de plaats waar ze zitten kunnen ze elk moment door hun beulen worden afgedreven met geweerkolven of schoppen. Die beulen mogen af en toe vriendelijk doen, maar het nekschot of de ophanging dreigt voortdurend. Een erkenning als menselijk wezen ontbreekt ten enenmale².”

Er was echter één geluk, tenminste in het geval van de bezetting van de ambassade. In tegenstelling tot de Nederlandse gegijzelden in Wijster, waren de Indonesiërs in Amsterdam in het bezit van een 'oosterse mentaliteit' waardoor zij in staat waren 'zichzelf terug te trekken en af te wachten tot alles beter wordt'².

Als de gijzeling voorbij was, moest er volgens de medisch medewerker zo min mogelijk met de gegijzelden worden gedaan, al waren er 'natuurlijk nog steeds psychiaters en psychologen die

dat het moment vinden om allerlei pillen te geven en de gegijzelden te vragen hoe ze het hebben gehad, tot in alle details'. Dat was 'misschien wel nuttig voor die vakmensen, maar niet voor de gegijzelden'. Rust was het belangrijkste en dan niet door middel van 'rustmiddelen'. Niet 'rust geven' dus, maar 'met rust laten' en wel in de hun vertrouwde omgeving, te midden van hun geliefden².

Echter, in KRO's actualiteitenrubriek Brandpunt gaf de genoemde Bastiaans zijn visie en die was diametraal tegengesteld. Bastiaans was een man die sinds de discussie begin jaren zeventig over het al dan niet vrijlaten van de Drie van Breda – drie oorlogsmisdadigers die in de Bredase koepelgevangenis hun straf uitzaten – een Bekende Nederlander kon worden genoemd. Hij werd algemeen als dé autoriteit gezien op het gebied van de psychische gevolgen van als traumatiserend geziene ervaringen. Hij drong juist wel aan op ingrijpende psychiatrische behandeling. Hij vreesde dat de gevolgen van een gijzeling ernstig werden onderschat. Een gijzeling kon leiden tot langdurige, ernstige psychische en psychosomatische gevolgen die slechts moeilijk te boven waren te komen. Hij bepleitte daarom 'ingrijpende psychiatrische begeleiding'. Immers, als mensen werden geconfronteerd met een situatie waar zij niet op waren voorbereid, kon een reactie, 'hetzij lichamenlijk, hetzij psychisch', niet uitblijven³⁻⁵.

Bastiaans' pleidooi leidde rechtstreeks tot het één dag later genomen regeringsbesluit om zo snel mogelijk voor langdurende psychische begeleiding te zorgen. Premier Joop den Uyl verklaarde 'erg onder de indruk' te zijn van het pleidooi van Bastiaans. Goede nazorg was noodzakelijk. Een gijzeling was immers een 'moeilijk te verwerken zaak'. Voor de wijze waarop dit moest geschieden, trad staatssecretaris voor Volksgezondheid, Jo Hendriks, met Bastiaans in contact^{3,4,6-15}. Die liet hem weten dat de emotionele verwaarlozing ten tijde van de gijzelneming een aantal gegijzelden zeker ging opbreken als ze niet meteen werden begeleid. De eerste tekenen daarvan waren al duidelijk zichtbaar. Hendriks moest er dan ook voor gaan zorgen dat zij 'door een team' werden begeleid, anders kon het 'te laat zijn'. De Tweede Wereldoorlog had 'een ontzaglijk dure les geleerd' namelijk dat de gegijzelden geen ziekte moest worden aangepraat die ze misschien niet hadden. Huisartsen moesten met de problematiek vertrouwd worden gemaakt, zodat ze bewust of onbewust uitgezonden signalen konden opvangen, zoals 'een griepje dat maar niet over wil gaan, onevenwichtigheid, (...) maagzweren, hoge bloeddruk, spierpijn of rheuma'.

"Van deze psychosomatische klachten zullen waarschijnlijk juist de gijzelaars last krijgen, die in de trein en in het consulaat tot de sterksten behoorden. Mensen, die altijd zijn opgevoed in de sfeer van 'stel je niet aan'. (...) De enigen die naar mijn idee wel zonder kleerscheuren door deze gijzelingen heen zullen komen zijn de meest stabielen, de echte Drenten, en, gek genoeg, ook diegenen die voordat het gebeurde eigenlijk al min of meer in een isolement leefden. Die laatsten zullen later toch nog wel ineens klappen, gewoon omdat welk isolement dan ook niet zonder dat te doorstaan is¹⁵."

Het was, zo zei Bastiaans, 'eigenlijk verdraaid jammer' dat Nederland 'nog steeds niet' was voorbereid 'op de opvang van mensen die in dit soort situaties hebben verkeerdt'. Er had allang een vast, permanent team moeten zijn, of in ieder geval had zo'n team in de begindagen van de gijzelingen geformeerd moeten zijn. Er was 'wel iets gebeurd', maar er was 'niet genoeg' gebeurd¹⁵.

Wat meteen moest plaatshebben, was dat alle gegijzelden psychologisch werden getest en voortdurend onder lichamelijke controle kwamen. Zij moesten allemaal door huisarts of geestelijk raadsman worden overgehaald aan het onderzoek mee te doen. Het was zeker dat er dan problemen aan het licht kwamen, zoals: gekrenktheid, boosheid op zowel de gijzelnemers als de staat, onvermogen de emoties onder woorden te brengen, schuldgevoel over het feit dat zij wel overleefden en enkele anderen niet, of schuldgevoel over uitlatingen gebezigd vlak na de vrijlating waarin begrip voor de gijzelaars doorklonk. Schuldgevoel ook 'over *het feit* dat ze zijn gehersenspoeld'^{15,16}. (curs. LvB)

Twee dagen na dit interview werd bekend dat een groep deskundigen ‘op het allerhoogste niveau’ zich bezig ging houden met de opvang van de gegijzelden, de CBOG, Centrale Beleids- en Ondersteuningsgroep (ten behoeve van de Nazorg van Ex-gegijzelden), meer algemeen bekend als de Commissie Begeleiding en Opvang Gegijzelden. Zij startte een onderzoek naar de mate van verwerking, waarbij allerhande kenmerken onder de loep werden genomen, zoals leeftijd en opleidingsniveau. Ook waren er ‘enkele sociale, raciale en persoonlijkheidsvariabelen vastgelegd’¹⁶.

Bastiaans maakte deel uit van de groep, evenals mensen van de Nederlandse Spoorwegen, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, de commissie medische psychologie van het Nederlands Huisartsengenootschap, en de ministeries van Volksgezondheid, Justitie en Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM). Ook één der gegijzelden ging deelnemen aan de groep, omdat, aldus Hendriks, ‘de ervaringen tijdens een gijzeling voor “buitenstaanders” nooit helemaal invoelbaar zijn’. Dat werd de arts B. Fanggidaj van het Indonesisch consulaat, in het dagelijks leven verzekeringsdeskundige bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst in Amsterdam. Ook de gezinsleden van de gegijzelden konden op de expertise van de groep een beroep doen, alsook slachtoffers van eerdere gijzelingen en mensen die ambtshalve bij de gijzelingen betrokken waren geweest^{12,17-20}.

Op 14 januari werd de twaalfkoppige ‘projectgroep nazorg slachtoffers gijzelingen’ door Hendriks geïnstalleerd. Onder hen ook psychiater Dick Mulder, die een jaar later een grote bemiddelende rol zou spelen bij de gijzelingen in Bovensmilde en De Punt. Hendriks zei bij deze gelegenheid onder meer:

“Hulpverlening aan slachtoffers van geweldpleging zou meer en systematischer moeten worden bestudeerd dan nu gebeurt. Wellicht dat vanuit de ervaringen bij de hulpverlening aan slachtoffers van gijzelingen lijnen kunnen worden doorgetrokken naar de hulpverlening aan slachtoffers van geweldpleging in het algemeen²¹.”

De groep moest het beleid van de twee reeds bestaande werkgroepen in het noorden van het land en te Amsterdam ‘centraal voorbereiden en ondersteunen’. Hendriks voegde hieraan toe dat ‘voor eventuele volgende gijzelingen’ er voor het ministerie van Volksgezondheid een ‘draaiboek voor deze onmiddellijke hulpverlening’ klaar moest liggen met daarin ‘richtlijnen voor



Afb.3: Op 14 januari 1976 werd de Projectgroep Nazorg Slachtoffers Gijzelingen geïnstalleerd door staatssecretaris voor Volksgezondheid Hendriks (rechts) in Utrecht. Op voorgrond B. Fanggidaj.

Bron: Nationaal Archief CC0, Fotograaf Hans Peters, Anefo.

directe actie’. Immers: ‘Hoe beter de zorg tijdens de gijzeling en direct daarna, hoe beter na-effecten mogelijk voorkomen kunnen worden.’ Verder moest de groep wetenschappelijk onderzoeken wat de gevolgen op de lange termijn waren voor de lichamelijke, geestelijke en sociale situatie van de gegijzelden in Amsterdam en Wijster, alsook van eerdere gijzelingen. Ook moest zij advies verstrekken aan de huisartsen van gegijzelden over de concrete hulp die hun patiënten moesten ontvangen²¹⁻²⁷.

Maar het ging zoals het bij dergelijke, goedbedoelde projectgroepen zo vaak gaat: kritiek, gerechtvaardigd of niet, kon niet uitblijven. Bovendien kwam die kritiek ook nog eens van één der bekendste gegijzelden, die daarenboven zeer gemakkelijk zijn kritiek kon openbaren: Ger Vaders, hoofdredacteur van het *Nieuwsblad van het Noorden*. Hij had ook direct na de gijzeling te Wijster al scherpe kritiek geuit op het beleid dat ten tijde van de gijzeling was gevoerd. Het ministerie van Justitie en de projectgroep, zo zei hij, reageerden te ambtelijk en namen onterecht een afwachtende houding aan. Directe maatschappelijke begeleiding had wel plaatsgehad, 'maar of dat effectief is gebeurd is een tweede'. Bovendien waren, op een enkele uitzondering zoals Bastiaans na, 'de leden van de groep (...) onvoldoende op de hoogte van de spanningen die het hachelijke avontuur' hadden opgeroepen^{28,29}.

Een van de voorbeelden van onzorgvuldigheid van de begeleiding die Vaders aanhaalde was dat van de vrouw van een der geëxecuteerden die een brief naar minister van Justitie Dries van Agt had geschreven. Daarin vroeg ze of ze mocht vallen 'onder de Wet op de oorlogsslachtoffers ter verbetering van haar financiële positie'. Zij had daar 'geen enkele reactie' op gekregen^{28,29}. Het is een voorbeeld dat duidelijk maakt hoezeer de problemen die de gegijzelden konden krijgen in het kader werden getrokken van het concentratiekampsyndroom: psychische problematiek van



Afb. 4: 14 december 1975. Minister Van Agt tijdens persconferentie na afloop van de gijzeling in Wijster. Bron: Nationaal Archief CC0, Fotograaf Rob Mieremet, Anefo.

mensen die (zeer extreem) geweld hadden ondergaan. Dit was eerder ook al gebeurd bij het zogenaamde 'oorlogssyndroom': de psychische problematiek die gebruikers van geweld, lees militairen, konden krijgen. Die gelijkshakeling van 'daders' en 'slachtoffers' is misschien wel het duidelijkste teken daarvan dat voor de diagnose van syndroom of stoornis de oorzaak meer en meer in belang werd overvleugeld door de symptomen ervan, een ontwikkeling die in 1980 in PTSS culmineerde³⁰⁻⁴⁰.

Bovensmilde en De Punt

Anderhalf jaar later was het wederom raak. Van 23 mei tot 11 juni 1977 werden zowel de reizigers in een trein bij De Punt als de scholieren (die na vier dagen werden vrijgelaten) en leerkrachten van een lagere school te Bovensmilde gegijzeld. Bij de militaire actie die de treinkaping beëindigde, stierven twee gegijzelden en zes gijzelnemers. Over die laatsten had Mulder in zijn hoedanigheid als de onderhandelend psychiater al op de tweede dag weten te melden dat zij 'een vaderstoornis' hadden. Hierdoor hadden zij, al was er ook een vrouw onder hen, 'een ziekelijke behoefte hun mannelijkheid te tonen'^{41,42}.

De kapingen rakelden de discussie weer op over het psychisch lot van gegijzelden en, met name vanwege de schoolkinderen, hun familieleden. Met het oog op de als te traag gekenschetste gang van zaken ten tijde van de vorige gijzelingen, werd aangedrongen op snelheid van handelen. Het draaiboek voor hulp aan de kinderen na hun vrijlating, was binnen twee dagen gereed. Met het Gronings Academisch Ziekenhuis werd afgesproken dat alle gegijzelde treinpassagiers daar na afloop ter observatie naar toe konden en werden er begeleidingsteams geformeerd voor als ze weer naar huis konden. De ouders van de gegijzelde kinderen organiseerden binnen enkele dagen



Afb. 5: 11 juni 1977. Op 23 mei werd de intercitytrein Den Haag (Assen)-Groningen gekaapt en ter hoogte van De Punt tot stilstand gebracht. Een groot gedeelte van de passagiers werd vervolgens gegijzeld. Op 11 juni werd de kaping door de inzet van speciale eenheden beëindigd. Een van de coupes.

Bron: NIMH Objectnummer 2045-70-02-11. Collectie Bijzondere Bijstandseenheid Mariniers.



Afb. 6: Van 23 mei tot 11 juni 1977 werden onderwijzers en leerlingen van de lagere school aan de Schoolstraat in Bovensmilde gegijzeld door gewapende Zuid-Molukse jongeren. Op 11 juni werd de school met pantserwagens geramd waarna speciale eenheden de school binnengingen.

Bron: NIMH Objectnummer 2045-69-01-20. Collectie Bijzondere Bijstandseenheid Mariniers.

niet worden overladen met geboden en verboden, zoals wel gebeurde. Voorspellingen over hoe kinderen reageren die iets dergelijks meemaakten, moesten eveneens achterwege blijven. Want als een reactie dan niet overeenkomstig het voorspelde was, werd meteen aan een afwijking gedacht⁴⁴.

In een één week later verschenen artikel in *Het Vrije Volk* getiteld 'De hulpverleners belagen de gegijzelden', werd deze opvatting onderschreven. Gevreesd werd dat hulpverleners zich de kritiek op hun te late reactie ten tijde van de vorige gijzelingen iets te sterk hadden aangetrokken. Voor het geval zich nog een keer een dergelijk scenario afspeelde, waren na die gijzelingen 'tal van draaiboeken en blauwdrukken' geschreven door 'commissies van deskundige zielekijkers'.

een onderlinge hulpdienst en de afdeling psychiatrie van de universiteit Groningen zette in eenzelfde tijdspanne een nazorgcentrum op, de begeleidingsgroep Noord. Ex-gegijzelden van Wijster speelden daarbij een niet geringe rol. Hoogleraar psychiatrie te Groningen, Wybe Kuno van Dijk, zei op 25 mei in *Het Parool*: 'Zij zijn onmisbaar. (...) Nu al blijkt dat de ex-gegijzelden een uitermate belangrijke inbreng hebben.' Verder werd gedacht, aldus Van Dijk, 'aan het oprichten van een aantal speciale opvoedkundige bureaus'. Al dit werd begeleid door de naar aanleiding van de vorige gijzelingen opgerichte onderzoeksprojectgroep van Bastiaans⁴³.

Deze voortvarendheid bleef allesbehalve zonder weerwoord. De dag nadat de kinderen van Bovensmilde waren vrijgelaten, riep in het *NRC Handelsblad* de Utrechtse hoogleraar pedagogie Rob Lubbers, de psychiaters op zich alstublieft niet te veel met (de gezinnen van) de kinderen te bemoeien. De ouders moesten hun kinderen spontaan tegemoet kunnen blijven treden en hen moeten kunnen behandelen zoals ze dat gewoon waren te doen. Zij moesten vooral



Afb. 7: 29 februari 1972. Demonstratie op het Binnenhof tegen de vrijlating van de Drie van Breda. Bron: Nationaal Archief CC0, Fotografie onbekend, Anefo.

Het gevolg was dat er zich in Groningen en Drenthe meer instituties hadden verzameld dan we 'wellicht de komende tien jaar bij elkaar kunnen gijzelen'. Nu al begon bij de ouders de weerstand te groeien tegen de "leedgeilheid" van het georganiseerde "gogendom", zoals een vrijwilliger van het Rode Kruis het uitdrukte. Zij hadden het idee dat als hen niets mankeerde hun dan wel een complex zou worden aangepaakt, zodat de hulpverlening desondanks van start kon gaan⁴⁵.

Maar het waren niet alleen de gegijzelden en hun families die hadden geleden en die al dan niet om hulp vroegen. Zeker, de beelden van treinen en vliegtuigen hadden de gedachten naar de oorlogsjaren doen afdrijven^{46,47}. Deze reactie was, zo zei Bastiaans, ook bij de vorige gijzelingen gezien en bij de discussie over de vrijlating van de Drie van Breda enkele jaren eerder. Speciaal aan de Molukse gijzelingen was wel, 'zo blijkt telkens', dat vooral zij daaronder leden, die 'in de oorlog in Jappenkampen hebben gezeten, "onder de zwarten" zoals ze zelf zeggen'⁴⁶. Het zal een extra reden zijn geweest om op dinsdag 7 juli ruimte op televisie te scheppen voor een gesprek met Bastiaans al had dit dan louter de 'mogelijke psychische gevolgen van de gijzelingen' tot onderwerp^{47,48}.

Ook na het gewelddadige einde van de treinkaping werd de Leidse hoogleraar om zijn opinie gevraagd en niet alleen over de slachtoffers, zijn expertise, ook over het einde van de kaping zelf. Aan de hand van internationale statistieken, die te zien gaven dat bij gijzelingsacties gemiddeld veertien procent van de gegijzelden omkwam, toonde hij aan dat, 'als je de kapers buiten beschouwing laat (...) het dodental bij ons (daar) belangrijk onder' was gebleven. 'Ook vanuit deze cynische invalshoek hebben de mensen van het beleidscentrum het hier zo goed mogelijk gedaan.'⁴⁹

De cijfers had Bastiaans ontleend aan een congres in het Franse Evian. Daar hadden begin juni onder meer criminologen, politiemensen en medici gedebatteerd over het internationale terrorisme. Een van de conclusies was dat schadevergoeding cruciaal was, omdat het 'een rol speelt bij de therapie'. Schadevergoeding gaf 'een gevoel van zekerheid' en het idee serieus te worden genomen. Dat was ook gebleken bij de oorlogsslachtoffers. Als therapie niet werd ondersteund door materiële vergoeding, dan sloeg zij niet aan. Bastiaans zelf had er gesproken in zijn hoedanigheid als lid van de CBOG. Die projectgroep was, zo zei hij tegen *Het Vrije Volk*, op twee specifieke problemen gestoten: ten eerste de problemen met de ex-gegijzelden te Wijster en ten tweede 'de schaderegeling bij kapingen en bezettingen'. Die verliep te traag en zij was 'niet optimaal'. Niet iedereen was verzekerd en dus moest er een soort bufferfonds komen. Deed de regering dat niet dan liet zij 'de mensen in de kou staan', en schiep zij 'onvrede en een uitgangspunt voor depressies'^{17,49}. Het is een mooi voorbeeld van hoe mogelijk in de toekomst optredende medische problemen kunnen dienen als politiek pressiemiddel in het heden.

Dat de gegijzelden van Wijster meer problemen gaven dan de anderen, was het gevolg daarvan dat zij in eerste instantie waren behandeld 'door lokale zenuwartsen en maatschappelijk werkers,

die niet de juiste hulp gaven'⁴⁹. Ook, of daardoor, had het niet geboterd tussen de CBOG en de begeleidingsgroep Noord. De gegijzelden te Wijster hadden daarom een eigen contactgroep in het leven geroepen, 'ook om Bastiaans te helpen met zijn onderzoek'¹⁷. Het was een reden te meer voor Bastiaans om ervoor te pleiten dat 'we klaar zijn als er weer zo'n ramp komt, want ik wist eigenlijk allang dat er nog meer kapingen zouden komen'. Hij had dan ook meteen Van Dijk in Groningen gebeld en hem gezegd: 'Doe nou wat, want de vorige keer waren jullie niet paraat.' Als gevolg van die interventie had Van Dijk een opvangcentrum georganiseerd. Dat Van Dijk 'een beetje teleurgesteld' was toen bleek dat na de kaping iedereen naar huis wilde en geen behoefte had aan dat centrum, kon Bastiaans zich wel voorstellen 'als je er nog geen ervaring mee hebt'. De gegijzelden hadden behoefte aan rust, slaap en familie gehad en dan vond hij 'het niet zo erg dat ze meteen naar huis gingen'. Als ze maar terugkwamen als er zich moeilijkheden voordeden. Het nam niet weg dat hun zo snel mogelijk de gelegenheid moest worden gegeven, 'liefst in het bijzijn van professionals', hun verhaal kwijt te raken, 'zodat ze het nog eens – maar nu zonder angst en doodsdreiging – kunnen beleven'. Dichtklappen moest worden voorkomen.

"Voorals menschen die van huis uit sterke persoonlijkheden zijn, hoor je nog wel eens zeggen: nou, dat hebben we gehad. Zand erover! Maar dat is struisvogelpolitiek. De emoties, die tijdens de gijzeling weggedrukt moesten worden, moeten er toch vroeg of laat uit komen en dat kun je het beste bereiken door er met elkaar over te praten⁴⁹."

Het waren zinnen die ook over de behandeling van zijn oorlogsslachtoffers hadden kunnen gaan en daar was Bastiaans zich van bewust. Dat hulpverlening en eventueel behandeling zo snel mogelijk moesten beginnen, was een van de lessen die de oorlog hem hadden geleerd. Wat 'niet direct werd uitgezikt' kwam 'twintig of dertig jaar later in verhevigde vorm terug'.

"Een van de menschen, die destijds in de Scheveningse strafgevangenis gegijzeld werden, heeft eens tegen me gezegd: dokter, wij zijn tweemaal geïsoleerd. Eén keer in de gevangenis en de tweede keer toen we, na de golf van publiciteit, vergeten werden en met onze problemen bleven zitten. De tweede isolatie moet voorkomen worden⁴⁹."

Bastiaans legde uit dat zijn ervaring met oorlogsslachtoffers goed van pas kwam bij de gijzelingen. Die leken weliswaar minder ernstig dan de concentratiekampen, maar ook een treinkaping kon 'heel hard aankomen' vanwege het plotsklapse karakter, de overrompeling, de bedreiging van leven, de onzekerheid over de afloop. Wel kon het zo zijn dat het bij de laatste treinkaping mee ging vallen omdat de levensbedreiging, ondanks de bloedige afloop, gering was geweest en de gegijzelden veelal jong waren en daardoor wat flexibeler in het verwerken van dergelijke ervaringen dan menschen die al een wat gevorderder leeftijd hadden bereikt¹⁷.

Ondanks de nadruk op het belang van materiële schadevergoeding ook voor het welslagen van therapeutische hulp, in zowel *Het Vrije Volk* als het *NRC Handelsblad*, maakte het CBOG-lid, de zenuwarts Joop van Londen, hoofd GG en GD Den Haag, in die laatste krant duidelijk dat dit nog wel wat voeten in de aarde had. Bovendien was het verhaal dat hierover rondging, dat Hendriks hierover toezeggingen had gedaan, niet juist. Hij had alleen geadviseerd eventuele claims naar een centraal punt te sturen, zodat ze vandaaruit door konden worden geleid naar Justitie. Dit nam niet weg dat Justitie 'formeel juridische bezwaren' tegen uitbetaling had. De validiteit van de claims, variërend van een verloren jas tot een gecancelde vakantie op de Canarische eilanden, was moeilijk na te gaan. Bovendien kon schadevergoeding precedentwerking hebben. Waarom konden slachtoffers van een kaping wel een uitkering krijgen en 'andere slachtoffers, bijvoorbeeld van rampen in het verkeer, van geweldplegingen en branden', niet? Van Londen verwachtte overigens wel dat er uiteindelijk een soort financiële vergoeding kwam. Die werd dan niet als schadevergoeding te boek gesteld, maar diende meer als bevestiging 'van het feit dat er iets is gebeurd waar de overheid bij betrokken' was¹⁷.

Enkele maanden na de gijzelingen in Bovensmilde en De Punt gaf Mulder een lezing in Israël over zijn ervaringen, alsmede over de aanleiding tot en de naweeën van de gebeurtenissen. Het betrof een Nederlands-Israëliësch, vijfdaags symposium, waar naast Mulder ook Bastiaans een van de aanwezigen was. Die sprak over 'Control of Aggression and Psychotherapy' en was volgens het *Nieuw Israëlietisch Weekblad* 'het middelpunt' van het symposium. In totaal bestond de Nederlandse delegatie, 'met de echtgenoten', uit 32 personen onder wie ook ambtenaren van het ministerie van CRM die met de uitvoering van de Wet Uitkeringen Vervolgingslachtoffers 1940-1945 waren belast. Ook Hendriks zelf was aanwezig. Het congres was een gevolg van een enkele jaren eerder gedaan verzoek van Wim Meijer, de staatssecretaris van CRM. Die had tijdens een bezoek aan Israël voorgesteld een symposium te organiseren 'door geleerden en sociale werkers van Nederland en Israël over hun ervaringen in de behandeling van personen die onder vervolging' hadden geleden^{17,50}. Dit geeft aan dat het congres op zich was gewijd aan de opvang en behandeling van oorlogsgetroffenen, het inclusiever geachte woord dat meer en meer 'oorlogsslachtoffers' ging vervangen (en later zelf weer door het nog inclusievere, en nog vagere, 'oorlogsbetrokkenen' werd vervangen). De nadruk lag op de Tweede Wereldoorlog en de generatie die daarna kwam en er ook door in de problemen was gekomen. Dat Mulder er sprak over de gijzelingen geeft aan hoezeer deze problematiek in de concentratiekampsyndroom-sfeer was getrokken.

Behalve dat Mulder de al lange tijd gespannen verhouding tussen de Molukse en niet-Molukse bevolking in de omgeving van Assen aanstipte, onder meer omdat volgens hem Molukkers géén boete van de politie kregen bij overtredingen uit angst voor represailles, sprak hij zijn verbazing daarover uit dat 'voormalige gegijzelden hun behoefte aan aandacht en zekerheid tot uitdrukking brachten op een uiterst materialistische wijze'. Waarschijnlijk had hij hierbij de klacht van een aantal ex-gegijzelden in gedachte dat het bedrag dat zij hadden ontvangen onvoldoende was om de schade te compenseren: f 3000,- voor de lang gegijzelden bij De Punt en Bovensmilde, minder voor korter gegijzelden (en helemaal niets voor zij die in 1974 het slachtoffer waren geworden van gijzelingen in de Scheveningse gevangenis en de Franse ambassade in Den Haag). Volgens Mulder was er bij de gegijzelden sprake van een 'obsessieve behoefte aan financiële compensatie' van de vaak door hen agressief bejegende overheid voor 'het verlies (van) of de schade aan eigendommen en voor mentaal leed'. Dit had volgens Mulder daarmee te maken dat veel gegijzelden de overheid en niet de 'terroristen' verantwoordelijk hielden voor wat hen was overkomen⁵¹⁻⁵³.

Pikant was dat Mulder in zijn lezing uit de school klapte over het plan 'om speciale eenheden te vormen onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Defensie, om die voortaan in te schakelen bij gijzelingsacties'. Dit betekende dat de krijgsmacht vooraf getraind ging worden voor binnenlandse inzet, eventueel tegen eigen onderdanen⁵¹. Geen wonder dat het ministerie van Justitie er als de kippen bij was om Mulders verhaal te ontcrachten. Twee dagen na diens lezing – die tot diverse Kamervragen leidde, onder andere vanwege de discriminatie van niet-Molukkers door de politie – liet het ministerie van Justitie weten dat het beleid bij gijzelingen een zaak van justitie en politie was en bleef en dat ook als er, zoals bij De Punt was gebeurd, militaire bijstand werd gevraagd, die inzet plaatshad onder toezicht van deze twee. De ophef over Mulders lezing berustte aldus de woordvoerder van Justitie, op 'één groot misverstand'. Hij had 'als wetenschapper in wetenschappelijke kring' gesproken over de gijzelingen die 'een oorlogssituatie' geleken en waarbij militairen waren ingezet. Dat wilde allesbehalve zeggen dat 'voortaan onder het toezicht oog van Defensie speciale militaire teams' werden gevormd die 'bij de volgende gijzeling' moesten optreden⁵⁴. Het betrof dus een misverstand dat was voortgekomen uit het spreken over nazorg bij gijzelingen op een congres over nazorg bij oorlog.

De gijzelingen en het recht op een uitkering

Al stelde Mulder vragen bij de volgens hem inhaligheid van sommige slachtoffers, het belang, ook in geestelijk opzicht, van een uitkering die zonder al te veel gedoe werd uitgekeerd, was

onomstreden. Of die uitkering nu ‘schadevergoeding’, ‘pensioen’ of ‘bevestiging’ heette, deed in de ogen van de over deze materie pratende en publicerende psychiaters niet veel ter zake. Net zomin als het veel uitmaakte of degene die schadevergoeding moest krijgen nu in een kamp of in het verzet had gezeten, aan een militaire actie had meegedaan, of gegijzelde in een trein was geweest. Probleem was natuurlijk wel de bewijsvoering. Die was bij de gijzelingen nog wel te doen, maar hoe verder weg in het verleden de gebeurtenis lag, hoe moeilijker dat werd. Arie van Namen, actief in het verzet rond het blad *Vrij Nederland* en een van de oprichters van Stichting 1940-1945, maakte in *Het Parool* van zijn hart geen moordkuil. De discussie eerst over de Drie van Breda en daarna over de gijzelingen, had volgens hem voor een ‘soort bewustzijnsvernauwing’ gezorgd bij een aantal mensen uit het voormalig verzet. Zij waren gaan denken dat de pensioenwet er was als erkenning, als beloning voor verzetswerk, terwijl het een wet was ter ondersteuning van hen die door hun oorlogswerk zodanig psychisch of fysiek in de knoop waren geraakt dat zij niet meer normaal konden functioneren. Dat is echter te weinig benadrukt waardoor het ‘niet meer kunnen functioneren’ erg werd opgerekt. Bij de Drie van Breda-discussie waren er bijvoorbeeld oud-verzetslieden die zeiden zich niet meer te kunnen aanpassen aan een maatschappij die over vrijlating van oorlogsmisdadigers discussieerde. ‘Jullie moeten nu maar voor ons zorgen⁵⁵’.

Dit laatste bleek een voorbeeld van een breder verschijnsel: de roep om hulp bij tegenslag weerklonk vaker en vond ook gehoor. In de CBOG gingen stemmen op om het werkterrein uit te breiden. Zij moest niet meer alleen zorg dragen voor de slachtoffers van gijzelingen. Ook slachtoffers van alle geweldsmisdrijven, van vliegcrashes en wellicht zelfs van verkeersongelukken kwamen in aanmerking⁵². De problemen waren blijkbaar eender en ook eender behandelbaar, al was in dergelijke gevallen de oorzaak ver verwijderd geraakt van de concentratiekampen en het verzet waar in de jaren vijftig de slachtofferondersteuning mee was gestart.

Dit leidde tot versterking van de gedachte dat niet hulp aan slachtoffers, maar werkverschaffing voor hulpverleners voorop stond. Psychiaters die zich eerst richtten op een specifieke groep, lieten die groep steeds verder uitdijen. Een organisatie opgestart voor hulp aan een specifieke groep, de gegijzelden, wenste nu ook hulp aan slachtoffers van allerlei andere zaken te gaan geven; ook als van een misdrijf geen sprake was. In een ‘Hadden de psychiaters zich er maar niet mee bemoeit’ (sic) gekopte terugblik, herinnerde *Het Vrije Volk* op oudejaarsdag 1977 aan de waarschuwingen na de gijzelingen voor ‘de deskundigen’ en het geschamper ‘over de “leedgeilheid” van mannen in witte jassen (...) ongeduldig trappelend in academische opvangcentra’. De opvang was ‘te pompeus’ geweest⁵⁶.

Het was kritiek waar de psychiaters, Mulder en Van Dijk voorop, het niet mee eens waren, al waren er uiteraard fouten gemaakt. De opmerking van Mulder tegenover de Britse televisie dat er ‘onder de treinpassagiers “labiele figuren” waren die een verhoogd risico vormden’, onder wie de twee die bij de militaire actie waren omgekomen, was een voorbeeld. Hij bood hiervoor later zijn excuses aan. Dergelijke foutjes buiten beschouwing gelaten, hadden de psychiaters het naar eigen zeggen goed gedaan, vooral als in ogenschouw werd genomen hoe de samenleving, en de overheid in het bijzonder, na vorige gijzelingen was verweten de slachtoffers in de steek te hebben gelaten. In 1975 was daarbij nog gedacht dat wie iets mankeerde, zich wel meldde. Maar dat gebeurde dus niet. Vandaar dat men de proactieve methode die bij De Punt en Bovensmilde was gehanteerd ‘wel geslaagd kan noemen’. Zo was zeker voorkomen dat, zoals de ervaring had geleerd, velen alsnog problemen kregen. Wat, zo zei Van Dijk in *Het Vrije Volk*, weten ‘die goeie journalisten, wat weet die collega-pedagoog van me (de genoemde Utrechtse hoogleraar Lubbers (LvB)) nu van dit soort dingen af?’

“De werkelijkheid heeft ons gewoon anders geleerd. Ik wil niet onvriendelijk doen, maar ik kan hier wel kort en duidelijk over zijn^{56,57}.”

Daar waren zeker niet alle gegijzelde treinpassagiers het mee eens. Zij waren ‘voortdurend op de huid gezeten door “opdringerige” nazorgers’, waarbij ze wederom de klacht lieten horen dat het juist als een teken van een afwijking werd gezien als iemand zei geen klachten te hebben. Ofwel: linksom of rechtsom, ziek was je en geholpen werd je⁵⁶!

De kritiek van de gegijzelden betrof met name de opvang in het door Van Dijk opgezette centrum. Een van hen – die het idee had een studieobject van allerlei ‘-ogen en -iaters’ te zijn en sinds de gijzeling vooral op aard was om het ego van jatters Dijk en Mulder te strelen – had zich er bijvoorbeeld niet meteen heen laten dirigeren. Hij wilde ook niet een nacht overblijven en vond de ‘in stijl van de trein’ geblindeerde ramen in de verblijfszaal, ‘zogenaamd om even te wennen’, volslagen belachelijk. Zijn ironische opmerkingen werden geïnterpreteerd als de wens zijn gevoelens te onderdrukken. Volgens Van Dijk was het duidelijk dat hij nog ‘het een en ander’ moest verwerken. Zelf zei hij erover:

“Misschien is mijn wat norske houding de heren in het verkeerde keelgat geschoten, maar ze lieten je ook echt niet met rust. Ik kon niet eens even een paar minuten alleen bij m’n vrouw uithuilen, of er stond weer een psychiater naast me. Ik vond dat onbeschoft, de normale fatsoensnormen werden niet eens in acht genomen⁵⁶.”

Zijn conclusie was dat zonder die directe opvang en als hij daarna niet nog maandenlang was lastiggevallen door allerlei hulpverleners, hij het een en ander allang en breed had verwerkt en tot de orde van de dag was overgegaan. Juist door de hulpverlening was hij onnodig lang ‘in de trein’ blijven zitten⁵⁶.

Het was kritiek die de publieke statuur van iemand als Bastiaans niet kon deren, althans toen nog niet. Ook maakte het weinig uit voor de tendens om trauma ongeacht de oorzaak meer en meer op één hoop te gooien, noch voor de tendens om steeds meer mensen als slachtoffer te zien én te behandelen. De hulpverlening bij de gijzelingen en de theorievorming eromheen passen in deze tendens om bij diagnosestelling te gaan van oorzaak naar symptoom met PTSS als eindpunt (?). Door deze verschuiving van oorzaak naar symptoom kon de groep steeds verder uitdijen. Werd bijvoorbeeld het aantal lijders aan een KZ-syndroom rond 1960 op enkele duizenden geschat, het aantal mensen dat aan een van de opvolgers ervan leed, van het Existentieel Emotioneel Stress Syndroom tot de Post Traumatische Stress Stoornis (een stoornis door stress na een trauma, wat voor trauma dan ook) werd midden jaren tachtig geschat op honderdduizenden^{58,59}. Naast de nog levende kampslachtoffers, verzetslieden, ook hun kinderen en deels al kleinkinderen, militairen van de dekolonisatieoorlog, Korea, Nieuw-Guinea, Libanon, slachtoffers van vliegtuig- of andere rampen én de gegijzelden van Wijster, De Punt, Bovensmilde. Bovendien werd nog een lans gebroken voor zeker de kinderen van NSB’ers of (andere) Nederlandse oorlogsmisdadigers, waarbij Bastiaans zelfs opperde dat het niet ondenkbaar was dat ook ene Adolf H., vanwege diens getroebleerde jeugd en een bittere ervaring met een Joods meisje, aan ‘een vorm van kampsyndroom’ leed⁶⁰. De kampslachtoffers én degene die het meest verantwoordelijk was voor hun lot: zij allen leden aan hetzelfde syndroom. Sterker kan de inktvlekwerking als gevolg van de veralgemenisering en (daardoor) de vertroebeling van een psychiatrische diagnosestelling die uitgaat van de symptomen in plaats van de oorzaak, niet worden uitgebeeld.

SAMENVATTING

ABOUT THE MOLUCCAN HOSTAGE-TAKINGS AND THE CONCENTRATION CAMP SYNDROME

In the second half of the last century there was an explosion in the number of people and groups that were eligible for psychiatric care as a result of or after an event experienced as traumatizing. While around 1960 the number of people suffering from concentration camp syndrome was

estimated to be several thousand, thirty years later that number – now suffering from PTSD – had risen to several hundred thousand. A major cause of this is the shift from cause to symptom as a reason for diagnosis. One of the groups that had joined in the meantime was the victims of the Moluccan hostage-taking in the 1970s. According to Dutch psychiatrists active in the field of psycho-traumatization, they were traumatized, even if they themselves denied it. The denial was even proof of that. This article follows the reports in Dutch newspapers about the psychological assistance and medical opinion forming about the hostages.

Literatuur:

1. **Gisolf Aart**: Het kampsyndroom: Vergeten kan niet maar praten is goed. Algemeen Dagblad, 4-5-1977.
2. Rust voor vrijgelaten gegijzelden het belangrijkste. Leeuwarder Courant, 9-12-1975.
3. Onderzoek naar langdurige begeleiding van gegijzelden. Algemeen Dagblad, 15-12-1975.
4. Gijzelaars krijgen ook op lange termijn begeleiding. NRC Handelsblad, 15-12-1975.
5. Prof. Bastiaans over drama bij Wijster: Aantal gijzelaars onderging duidelijk hersenspoeling. Het Vrije Volk, 20-12-1975.
6. **Jungman Wim**: Van Klinkklaar naar Beilen. | Het Parool, 15-12-1975.
7. Ir. Manusama acht nieuwe harde acties niet uitgesloten. Leeuwarder Courant, 15-12-1975.
8. **Hydra Ton**: Vreemde dag. Trouw, 15-12-1975.
9. Den Uyl onder de indruk van woorden van prof. Bastiaans: Nazorg voor vrijgelatenen organiseren. Trouw, 15-12-1975.
10. Bij nazorg gijzelaars huisarts betrekken. Algemeen Dagblad, 20-12-1975.
11. Gesprekken Hendriks-Bastiaans. De Waarheid, 20-12-1975.
12. Toezegging van gesprek maakt eind aan gijzeling. Het Parool, 20-12-1975.
13. Den Uyl over gesprek met Zuidmolukkers: Proberen herhalingen kapingen en gijzelingen te voorkomen. Leeuwarder Courant, 20-12-1975.
14. Overval consulaat 'spontaan' plan. De Volkskrant, 22-12-1975.
15. Malik: Acties tegen Indonesië hard aanpakken. NRC Handelsblad, 22-12-1975.
16. Gijzelaars kregen hersenspoeling. Het Vrije Volk, 20-12-1975.
17. **Boer E.J.**: De echte kater komt nog. NRC Handelsblad, 18-6-1977.
18. Speciaal opvangteam. Algemeen Dagblad, 22-12-1975.
19. Overval op consulaat was niet gepland. De Waarheid, 22-12-1975.
20. Amsterdamse actie na 'Wijster' gepland. Trouw, 22-12-1975.
21. Betere nazorg slachtoffers geweld bepleit. De Volkskrant, 15-1-1976.
22. Projectgroep gijzelaars begint. Het Vrije Volk, 14-1-1976.
23. Projectgroep nazorg van ex-gijzelaars kan aan het werk. NRC Handelsblad, 14-1-1976.
24. Installatie van projectgroep nazorg van ex-gijzelaars. Trouw, 14-1-1976.
25. Nazorg-groep ex-gijzelaars samengesteld. De Volkskrant, 14-1-1976.
26. Staatssecretaris installeert projectgroep. Nazorg gijzelaars gestart. Algemeen Dagblad, 15-1-1976.
27. Projectgroep nazorg gijzelaars ingesteld. Nederlands Dagblad, 15-1-1976.
28. Ex-gijzelaar vindt begeleiding 'te ambtelijk'. NRC Handelsblad, 12-2-1976.
29. Ernstige kritiek van ex-gijzelaars op nazorg. Nederlands Dagblad, 13-2-1976.
30. **Van Vonderen J.P.**: Brief van oud-vrijwilliger basis voor documentaire. De Telegraaf, 22-11-1973.
31. Zware keus vanavond. Het Parool, 22-11-1973.
32. ... in een doolhof. Leeuwarder Courant, 22-11-1973.
33. Leven in een doolhof: het oorlogs-syndroom. Limburgsch Dagblad, 22-11-1973.
34. **Scheepmaker Nico**: En wij, wij leven voort in een doolhof.... Leeuwarder Courant, 23-11-1973.
35. **Scheepmaker Nico**: Kastje kijken. Nieuwsblad van het Noorden, 23-11-1973.
36. **Jungman Wim**: Een oorlog en zijn nasleep. Het Parool, 23-11-1973.
37. Achteraf bekeken. Tubantia, 23-11-1973.
38. **Scheepmaker Nico**: 'Wij leven voort' was in vreemde vorm gegoten. Leeuwarder Courant, 21-12-1973.
39. **Scheepmaker Nico**: Kastje Kijken. Nieuwsblad van het Noorden, 21-12-1973.
40. Achteraf bekeken. Tubantia, 21-12-1973.
41. **Jansma Klaas**: Bovensmilde ultimatum. Het Parool, 25-5-1977.
42. **Glimmerveen Henk**: Psychiatrie van de mollegang. Het Mulder-syndroom. De Waarheid, 6-10-1981.
43. **Jansma Klaas**: Opvang al optimaal geregeld. Het Parool, 25-5-1977.
44. **Van Overeem Emmy**: Hulpverleners, bemoei je er niet mee. NRC Handelsblad, 28-5-1977.
45. **Herbergs Ben**: De hulpverleners belagen de gegijzelden. Het Vrije Volk, 4-6-1977.
46. Veel extra leed oorlogsslachtoffers. Het Vrije Volk, 1-6-1977.
47. Beeldspraak. De Waarheid, 8-6-1977.
48. Speciaal vandaag. De Telegraaf, 7-6-1977.
49. Prof. dr. J. Bastiaans: 14% gegijzelden komen om volgens statistieken. Het Vrije Volk, 16-6-1977.
50. **Melkman J.**: Psychische invloed van vervolging op symposium. NIW, 11-11-1977.
51. **Rosenthal Eddo**: Psychiater Mulder in Israël: plan anti-gijzelgroep onder Defensie. De Volkskrant, 19-10-1977.
52. Nazorg voor alle slachtoffers van geweld en rampen. Het Vrije Volk, 31-12-1977.
53. Huisarts moet ex-gegijzelde direct helpen. Algemeen Dagblad, 22-6-1979.
54. Er komt geen anti-terreurgroep onder ministerie van Defensie. Nederlands Dagblad, 21-10-1977.
55. Laat men bezwaren brengen waar ze horen. Het Parool, 6-8-1977.
56. **Herbergs Ben**: Een half jaar nazorg aan ex-gegijzelden: Hadden de psychiaters er zich maar niet mee bemoeit. Het Vrije Volk, 31-12-1977.
57. We hebben 't juist uitstekend gedaan. Het Vrije Volk, 31-12-1977.
58. **Pennewaard Wiebe**: Na veertig jaar. Leeuwarder Courant, 4-5-1987.
59. **Willems Menzo**: Prof. Bastiaans (70) staakt met tegenzin zijn controversiële werkwijze. De Telegraaf, 31-10-1987.
60. **Van der Hooff Joost**: Jan Bastiaans en het contactisolement. Ook een rotjeugd kan leiden tot een soort KZ-situatie. Het Vrije Volk, 10-6-1985/13-6-1985.



Tactical Combat Casualty Care in Nederland



In het NMGT 74-3 staat een interessant artikel dat de geschiedenis van 25 jaar *Tactical Combat Casualty Care* (TCCC) beschrijft¹. Collega Leeflang en sergeant KMR Woets nemen ons mee in de ontwikkelingen op het gebied van traumazorg op het slagveld en hoe TCCC daaraan bijdraagt. Terecht stellen zij dat TCCC sinds 2017 ook in Nederland de basis is van deze prehospitalische zorg. Tot voor kort was er inderdaad geen structurele inbedding van de TCCC *guidelines* in de Nederlandse prehospitalische protocollen, echter in 2020 is op het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) een project gestart om TCCC nog meer te omarmen binnen de prehospitalische traumazorg. Deel van dit

project is de TCCC *guidelines* te beoordelen op toepasbaarheid in de Nederlandse situatie.

Om tot afgewogen keuzes te komen hebben we op het DGOTC een werkgroep samengesteld. Deze werkgroep bestaat uit een militair traumachirurg, een militair anesthesioloog, een militair SEH-arts, de DGOTC protocollen-arts, twee algemeen militair verpleegkundigen, een (voormalig) medic en een algemeen militair arts. Enkele van deze werkgroepleden zijn zelf in de Verenigde Staten volgens TCCC opgeleid.

Bij elke wijziging die het *Committee on TCCC* (CoTCCC) doorvoert, komt de werkgroep samen om te bepalen of de wijziging past binnen het Nederlandse systeem, dit alles volgens het principe 'TCCC, tenzij'. De 'vernederlandste' wijzigingen worden vervolgens nog aan de Adviesgroep Spoedeisende Gezondheidszorg (ASG) voorgelegd, waarna deze verwerkt worden in de militaire medische prehospitalische protocollen. Overigens is inmiddels ook het Zelfhulp en Kameradenhulp (ZHKH)-protocol gebaseerd op TCCC.

Wij onderschrijven de aanbeveling van de auteurs dus volledig en gelukkig hebben we ook binnen de Nederlandse krijgsmacht de ervaring en kennis om de kwaliteit van de prehospitalische zorg zo goed mogelijk te verzorgen.

M.M. van Deemter

Luitenant-kolonel-arts

Stafarts DGOTC, SEH-arts

In the May 2021 issue of the Netherlands Military Medical Review (NMGT), Leeflang and Woets describe the development of 25 years of TCCC¹. In the Netherlands, military prehospital trauma protocols were largely based on TCCC guidelines for medical personnel already, but in 2020 the Defence Health Care Education and Training Centre (DGOTC) has started to integrate TCCC even more into prehospital care. Part of this is to evaluate how the most recent TCCC guidelines can be translated into Dutch protocols. In a working group with different medical specialties, e.g. a trauma surgeon, anesthesiologist, military nurses and physicians, we check the TCCC guidelines for applicability in the Dutch setting. Every time the CoTCCC issues an update, the working group determines this applicability again, always trying to stay as close to the original guidelines as possible. So we agree with the authors and we are glad to report the Dutch Armed Forces have the experience and knowledge to safeguard the quality of prehospital care to the best of our abilities.

M.M. van Deemter MD

Lieutenant Colonel

Staff physician DGOTC

Emergency Physician

1. Leeflang Maarten, Woets Ryan: How Tactical Combat Casualty Care (TCCC) Has Influenced Battlefield Trauma Care Worldwide. *Nederl Mil Geneesk T* 2021 (74) 141-147.

In aansluiting op deze reactie schreven de auteurs het volgende weerwoord:

Wij danken luitenant-kolonel Van Deemter voor haar reactie en zijn verheugd te zien dat de DGOTC de TCCC-richtlijnen implementeert. Naar onze mening valt er nog veel te winnen bij de samenstelling van een TCCC-werkgroep. In de CoTCCC is de tactische component sterk vertegenwoordigd, wat naar onze mening noodzakelijk is om de doelen van TCCC te bereiken: het slachtoffer behandelen, extra verwondingen voorkomen en de missie voltooien. Wij citeren graag Butler, Blackbourne en Gross¹:

“One of the things that we have done from the outset was to make sure that we have good representation from combat medics, corpsmen, and pararescuemen as well as the operation physicians who supervise them on the committee. That has been essential to the success that the CoTCCC has had. They are able to help take the clinical expertise from the hospital-oriented clinical specialists in trauma surgery, emergency medicine, anesthesia, and critical care and help translate them to use in the tactical environment.”

Wij signaleren dat zowel in de Adviesraad Spoedeisende Gezondheidszorg (ASG) en in de door Van Deemter beschreven TCCC-werkgroep, de tactische component ondervertegenwoordigd is in vergelijking met CoTCCC.

Naar onze mening kan meer samenwerking met NAVO-partners betreffende dit onderwerp van waarde zijn om de TCCC-doelen in Nederland te bereiken en dit is één van de redenen waarom wij het artikel in de Engelse taal hebben geschreven. Publicatie van het NMGT in de online NATO-catalogus van militaire medische tijdschriften (coemed.org) biedt grote kansen om zo'n nieuw platform te creëren.

Maarten Leeflang, Ryan Woets

We thank Lieutenant Colonel Van Deemter for her response and are pleased to see the DGOTC implementing the TCCC guidelines. In our view, there is still much to be gained in creating a TCCC working group. In CoTCCC the tactical component is strongly represented, which we believe is necessary in order to achieve the goals of TCCC: treat the victim, prevent additional injuries and complete the mission. We like to quote Butler, Blackbourne and Gross¹:

“One of the things that we have done from the outset was to make sure that we have good representation from combat medics, corpsmen, and pararescuemen as well as the operation physicians who supervise them on the committee. That has been essential to the success that the CoTCCC has had. They are able to help take the clinical expertise from the hospital-oriented clinical specialists in trauma surgery, emergency medicine, anesthesia, and critical care and help translate them to use in the tactical environment.”

We note that, compared to CoTCCC, the tactical component is underrepresented in both the Emergency Healthcare Advisory Council (ASG) and the TCCC working group as described by Van Deemter.

In our view, more cooperation with NATO partners on this topic could be of value to achieve the TCCC goals in the Netherlands and this is one of the reasons why we have written the article in the English language. Publication of the Netherlands Military Medical Review (NMGT) in the online NATO catalog of military medical journals (coemed.org) offers great opportunities to create such a new platform.

Maarten Leeflang, Ryan Woets

1. Butler F.K., Blackbourne 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.



Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 5, mei 2021

Regelgeving

DMG/014 'Beleidskaders gezondheidszorglogistiek' ingetrokken

De DMG/014 'Beleidskaders gezondheidszorglogistiek', richt zich op de logistieke ondersteuning van de geneeskundige verzorging. Het betreft een sterk gedateerd document uit 2007 waarvan de inhoud niet meer toepasbaar is op de huidige materieel logistieke systemen binnen de militaire gezondheidszorg (MGZ). De DMG/014 is daarom per direct [ingetrokken](#). Sinds de herinrichting van de MGZ en in relatie tot nieuwe wet- en regelgeving is de interne materieel logistieke regelgeving versnipperd geraakt. Medio 2021 zal het Kwaliteitshandboek Materieellogistiek MGZ gereed zijn, al dan niet uitgewerkt in meerdere delen, waarin de kaderstelling en uitvoering van de gezondheidszorglogistiek (weer) wordt samengevoegd. Dan zal ook een overkoepelende MGA-instructie worden uitgegeven waarmee het conformeren aan betreffende handboek(en) verplicht wordt gesteld binnen de MGZ.

MGZ 2020

MGZ MT50-bijeenkomst op 1 juli 2021

Het Programma MGZ 2020 loopt op 1 juli dit jaar ten einde. Het programmateam werkt toe naar een decharge in juni op de acht onderling samenhangende projecten. De Militair Geneeskundige Autoriteit, commandeur-arts Remco Blom, heeft het voornemen op 1 juli a.s. een MGZ MT50-bijeenkomst te organiseren. Het is een bijeenkomst voor de kaderleden uit de MGZ, commandanten, DGO-afdelingshoofden, sleutelfunctionarissen en betrokkenen bij MGZ 2020. De uitnodigingen daarvoor zijn inmiddels verzonden. Het is de bedoeling een fysieke bijeenkomst te organiseren. Het is te lang geleden dat er een gelegenheid was om deze diverse groep, die gezamenlijk garant staat voor de kwaliteit van de militaire gezondheidszorg, en een aantal stakeholders fysiek op locatie uit te nodigen. Het precieze aantal mensen dat bijeen mag komen hangt af van de dan geldende COVID-19-regels en -aanwijzingen. Op dit moment wordt onderzocht op welke manier de bijeenkomst ook online gebracht kan worden, zodat andere belangstellenden en militaire zorgverleners uit de hele MGZ deze bijeenkomst kunnen volgen. Daarover hoort u uiteraard tijdig meer. De onderwerpen van de MT50 zijn die zaken waar mede onder coördinatie van het programma MGZ 2020 ontwikkelingen zijn ingezet. Deze zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de militaire gezondheidszorg. Besproken wordt hoe deze ontwikkelingen zijn geborgd, en hoe er door collega's binnen alle geledingen van de MGZ op een gestructureerde manier wordt gewerkt aan het waarborgen van de kwaliteit van de zorg.

Voor eventuele verdere informatie kunt u contact opnemen met [Folkert Joustra](#), programma MGZ 2020.

Burnpits

Onderzoek levert geen nieuwe inzichten burnpits op

Eind 2018 ontving Defensie signalen over militairen die uitgezonden zijn geweest en gezondheidsklachten zouden hebben gekregen door de uitstoot van burnpits. Naar aanleiding hiervan werd een onafhankelijk meldpunt geopend voor (oud-)medewerkers die denken ziek te zijn geworden door de uitstoot van burnpits of zich zorgen maken.

Het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) bekeek begin 2019 de binnengekomen meldingen en relevante wetenschappelijke publicaties. Op basis hiervan bleek dat geen eenduidig beeld over de relatie tussen gezondheidsklachten en de uitstoot van burnpits kon worden gegeven. In opdracht van Defensie heeft het Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS) van de Universiteit Utrecht een (aanvullende) literatuurstudie uitgevoerd. Het IRAS concludeert nu dat de eerdere conclusies onveranderd blijven en worden versterkt. Er is weinig reden om te twijfelen aan de aanname dat burnpit-emissies gezondheidseffecten kunnen hebben. Rondom burnpits kan sprake zijn van risicovolle, ongezonde concentraties fijnstof, verbrandingsgassen en andere verbrandingsproducten. De kans dat dit

echt gebeurt en om welke gezondheidsproblemen het dan zou kunnen gaan kan niet beoordeeld worden. Dit is afhankelijk van de aard en de mate waarin militairen zijn blootgesteld. Over een mogelijke relatie tussen gezondheidsproblemen en uitstoot van de burnpits valt alleen op individueel niveau iets te zeggen. Defensie biedt (oud-)werknemers de mogelijkheid om dit te laten onderzoeken. Lees het volledige bericht op [intranet](#), waar ook de onderzoeksrapporten zijn te downloaden.

Kwaliteits Management Systeem (KMS)

Externe audit op informatiebeveiliging Militair Revalidatie Centrum (MRC)

Op 14 april, 10, 11 en 12 mei is bij het MRC de certificeringsaudit uitgevoerd voor de implementatie van de ISO 27001 en de NEN 7510 norm. Beide normstelsels gaan over informatiebeveiliging, waarbij de NEN 7510 gericht is op informatiebeveiliging in de zorg. De auditor gaat MRC voordragen voor certificering. Positieve punten die door de auditor zijn benoemd zijn o.a. de documentatie van informatiebeveiligingsprocessen en de betrokkenheid van directie en medewerkers MRC bij het onderwerp informatiebeveiliging. Een heel mooi resultaat waardoor MRC in staat is om de informatiebeveiliging weer verder te verbeteren. Het MRC is de tweede zorginstelling die gecertificeerd is.

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Workshopreeksen Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

Na een succesvolle pilot met het Enik Recovery College en i.s.m. het Kenniscentrum Phrenos heeft Defensie dit voorjaar elf medewerkers een training laten volgen zodat zij [WRAP](#)-workshopreeksen kunnen faciliteren. Vanaf heden worden daarom vanuit het programma DGI workshopreeksen aangeboden voor burger en militaire medewerkers. Wil jij je welbevinden vergroten, en juist in deze tijd aan groei en geluk werken? Meld je dan aan of vraag meer info op via DGI@mindef.nl

Yoga Netwerk Defensie (YND) bij DGI

Luitenant-kolonel Tabe de Boer verwelkomde op 6 april het YND waarmee officieel is bekrachtigd dat yoga sinds januari 2021 een programmaliijn bij DGI is. Tot die tijd was het YND gevestigd bij en van Hindoe Geestelijke Verzorging (HinGV). De actieve verbinding met HinGV blijft wel omdat de oorsprong en kwaliteitsbewaking van yoga bij Defensie daar ligt. Inmiddels zijn ruim 130 defensiemedewerkers en enkele politiemensen via Defensie opgeleid als yogadocent. En met elkaar vormen zij het netwerk.

Het docentschap is een functie die vrijwillig wordt aangegaan naast de formele arbeidsplaats van de defensiemedewerker bij het aanvaarden van de yogadocentenopleiding. Met de ondertekening van een brief door de commandant en yogadocent in opleiding, waarmee zij instemmen met inzet voor yoga van vier uur per week, is de functie van yogadocent vrijwillig maar niet vrijblijvend. Yoga wordt o.a. aangeboden aan KMA-cadetten in hun opleiding en tevens zijn er mogelijkheden voor workshops; kennismaking met yoga, bijvoorbeeld tijdens een teambuilding (voor contact zie e-mailadressen onderaan dit bericht).

De yogastijl waarin de meeste docenten van het YND zijn opgeleid, is een hele actieve stijl. Maar docenten volgen ook aanvullende modules zodat meer stijlen te geven zijn. Zo wordt in Utrecht: 'Yoga voor een gezonde rug' aangeboden op de Kromhoutkazerne vanuit de DRU Yoga-filosofie. En er is een module 'Trauma Yoga Sensitive' voor yogadocenten om hen meer bewust te laten worden dat er ook collega's met een trauma in de les kunnen komen. Ook volgden een aantal docenten een module Hatha. Zo kunnen defensiemedewerkers steeds meer en beter kiezen welke yogastijl van welke docent bij hen past.

Contactgegevens:

yoga.netwerk.defensie@mindef.nl (voor algemene vragen)

Yogaworkshop.Defensie@mindef.nl (specifiek voor aanvragen voor workshopachtige yoga-activiteiten)

<https://dwr.d.mindef.nl/sites/SWR003059/Lists/Lesrooster/AllItems.aspx> (voor lesroosters, let op: i.v.m. corona zijn er nu geen lessen op locatie!)

Mentale-krachtrainingen & workshops

Afgelopen maanden zijn er weer verschillende trainingen en workshops op gebied van mentale kracht gestart en ook komende maanden worden verschillende workshops aangeboden, zoals:

- *Aandacht voor mentale kracht: jouw rol als leidinggevende*: Onderzoek binnen Defensie laat zien dat medewerkers het in veel gevallen niet gemakkelijk vinden om met hun leidinggevende te praten over mentale kracht. In deze workshop van 3-4 uur gaat DGI aan de slag met (toekomstig) leidinggevendenden

om te kijken hoe zij onderdeel van de oplossing en niet het probleem kunnen zijn. We gaan aan de slag met het hele spectrum van mentale kracht, van het groen (wat heeft een mens nodig om te groeien en optimaal te functioneren?), tot het oranje (hoe kun je herkennen dat het minder goed dreigt te gaan met iemand?) tot het rood (wat zijn psychische gezondheidsproblemen eigenlijk?). Het kennen van je hulpmiddelen als leidinggevend en het leren een goed gesprek aan te gaan komt aan bod in de workshop. Daarnaast staat het uitwisselen van ervaringen en tips tussen leidinggevend centraal. DGI verzorgt de workshop voor verschillende doelgroepen: een mix van militaire en burger leidinggevend, toekomstige leidinggevend in een Vaktechnische Opleiding (VTO), instructeurs en MD'ers. Heb je interesse om zelf de workshop te volgen of wil je hem voor een groep (toekomstige) leidinggevend/commandanten laten verzorgen? Neem dan contact op met DGI (DGI@mindef.nl).

- **Coping flexibiliteit training:** Dit is een training die bestaat uit vier sessies (2x fysiek een halve dag, 2x digitaal/fysiek 1,5 u). In deze training wordt ingegaan op wat stress is, hoe jij hiermee om gaat (jouw copingstrategie) en hoe je dit ook anders kan doen. Je krijgt een persoonlijke *coping snapshot* om dit zelfinzicht te vergroten. Met de groep ga je aan de slag om inzicht te krijgen in je eigen *coping* en in hoe je hier flexibeler in kunt worden. Het kernteam DGI organiseert train-the-trainers, waarna trainers van de verschillende defensieonderdelen trainingen aan kunnen bieden. Heb je interesse om een training te volgen? Neem dan contact op met DGI (DGI@mindef.nl), dan brengen zij je in contact met een trainer van jouw onderdeel.

DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

Ergotherapie

Laura is als ergotherapeut werkzaam bij het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg (MRC) en zij vertelt hierover in de DOSCO-serie 'Onze vakmensen'. Samen met de revalidant kijkt Laura wat zijn/haar doelen zijn en waar de mogelijkheden en kansen liggen. De afgelopen tien jaar heeft ze zich meer gespecialiseerd in de neurologie. Hierdoor kan ze nu beter in kaart brengen hoe het brein functioneert en hoe je die het beste kan behandelen als er schade is. Het volledige interview met Laura is via [intranet](#) te lezen.

Psychiatrie

Paulien is psychiater op de kliniek van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ). Samen met haar collega's behandelt ze zowel patiënten met PTSS als ook patiënten met andere psychiatrische aandoeningen, zoals depressieve stoornissen, angststoornissen, ADHD, autismespectrumstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslavingen. Naast haar werk op de kliniek ziet ze ook poliklinische patiënten die medicatie nodig hebben en is ze voorzitter van het Centraal Aanmeld Team, waar alle verwijzingen naar de MGGZ binnenkomen. Sinds COVID-19 is er wel het een en ander veranderd. Het aantal beschikbare bedden is verminderd. Ook is het weekendverlof voor de patiënten tijdelijk uit het programma gehaald en worden er geen afgeschaalde opnames (halve week op afdeling, halve week thuis) of Klinische Opnames Randon Traumabehandeling (ook opnames van een halve week op de afdeling, waarin EMDR en een halve week thuis) meer aangeboden. Het bijzondere van de MGGZ is dat er eerder dan in de civiele GGZ gekozen kan worden voor een opname van een patiënt, dus niet alleen bij hoge risico's. Door tijdig voor een opname te kiezen, kan de opname effectiever en korter in duur zijn. Lees het hele interview met Paulien via [deze link](#).

Databanken

Scriptiedatabank en databank Nederlandse militaire tijdschriften

De bibliotheek van de Nederlandse Defensie Academie (NLDA) heeft een scriptiedatabank en een databank Nederlandse militaire tijdschriften gelanceerd. De scriptiedatabank geeft volledig toegang tot alle digitaal beschikbare bachelor-, master- en Hogere Defensie Vorming (HDV)-eindstudies van NLDA-studenten. In de tijdschriftendatabank is o.a. het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift vanaf 2000 tot heden opgenomen. De beide databanken zijn te raadplegen via [internet](#).

Innovatie in de zorg

Kennis- en innovatieplan militaire gezondheidszorg 2020-2035

Het is van groot belang dat de militaire gezondheidszorg aansluit op de ambities van een moderne krijgsmacht: een personeel extensieve en adaptieve organisatie die kan presteren in een onvoorspelbaar

operationeel theater. Het is de ambitie van de militaire gezondheidszorg om daadkrachtiger te worden in het (preventieve) gezondheidszorgdomein onder vredesomstandigheden, de militair te velde beter weerbaarder te maken tegen operationele omstandigheden en state-of-the-art traumazorg te kunnen bieden waar nodig. Het [kennis- en innovatieplan militaire gezondheidszorg 2020-2035](#) moet gezien worden als een uitwerking om voorgenoemde doelen te realiseren. Dit meerjarenplan is opgesteld door de DGO stafafdeling Strategische Militaire Gezondheidszorg (SMG).

Defensie innovatieplatform

Alle projecten, onderzoeken en initiatieven binnen Defensie op het gebied van innovatie zijn via het [Defensie innovatieplatform](#) toegankelijk voor alle defensiemedewerkers. Er kan gezocht worden op onderwerpen/projecten en netwerken. Innovaties op het gebied van gezondheidszorg zijn terug te vinden onder 'Menselijk presteren, mensen en training'. In de toekomst krijgt het platform ook een community-functie, waardoor innovators en medewerkers die zoeken naar oplossingen elkaar makkelijk kunnen vinden.

Delight

Eerste testdag nieuwe huisartsinformatiesysteem (HiX) geslaagd

Eind april was de eerste testdag van het nieuwe HiX voor het Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf. Tijdens deze testdag werden acht situaties uit de dagelijkse praktijk gesimuleerd. Dit varieerde van het halen van een vaccinatie tot een verwijzing voor de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) en van een gekneusde enkel tot een uitzendscreening. Uit deze testdag zijn de nodige bevindingen gekomen die in de komende periode worden opgepakt. De volgende testdag is op 17 mei. De formele acceptatie staat gepland op eind mei. Iedereen die met het nieuwe systeem gaat werken wordt hiervoor getraind en eind juni gaat het nieuwe systeem live.

Personele mededelingen



Bevordering kolonel Muntenaar

Op vrijdag 7 mei 2021 is luitenant-kolonel Jurgen Muntenaar bevorderd tot kolonel. Kolonel Muntenaar vervult sinds 1 mei de functie van Deputy Director van het Military Medical Coordination Centre / European Medical Command in Koblenz. De bevordering werd uitgevoerd door commandeur-arts Remco Blom die samen met de commandant van de Duitse geneeskundige dienst, luitenant-generaal Ulrich Baumgaertner op verantwoorde afstand met behulp van twee lange chirurgische klemmen de oude rangonderscheidingstekens verwijderden.

Onderscheidingen



Ereteken voor verdienste voor Duitse kapitein

Op vrijdag 7 mei heeft commandeur-arts Remco Blom, namens de commandant DOSCO het Ereteken voor Verdienste in brons uitgereikt aan kapitein Markus Berg. Kapitein Berg heeft zich gedurende ruim acht jaar op een meer dan uitstekende wijze ingezet voor de Duits-Nederlandse samenwerking op het gebied van de militaire gezondheidszorg. Zowel commandeur Blom als de Duitse staf roemde in een toespraak de enorme kennis van kapitein Berg en zijn enthousiasme om de samenwerking tot een succes te maken.

Geestelijke gezondheidszorg

Expertisecentrum MGGZ

Het Expertisecentrum MGGZ bestaat uit een team van meer dan 20 medewerkers die wetenschappelijk onderzoek verrichten naar stress- en traumagerelateerde klachten en aandoeningen bij Nederlandse militairen en veteranen. Ze werken hierin samen met de Divisie Hersenen van het UMC Utrecht. Tevens waarborgt en verspreidt het Expertisecentrum MGGZ kennis om professionele zorg te bevorderen, door deze te implementeren in de bestaande zorgprogramma's. Op hun [internetsite](#) staat alle inhoudelijke informatie over de onderzoeken en publicaties. Daarnaast is op die site ook alle documentatie te vinden die naar aanleiding van COVID-19 beschikbaar is gesteld over de mentale gezondheid van zorgprofessionals. Onder het thema 'onderzoek en innovatie -> wetenschappelijke promoties en proefschriften' zijn de reeds verschenen proefschriften te downloaden. Het komende jaar verdedigen diverse collega's hun promotieonderzoek.

Opleiding en training

2 en 3 september opleiding Medical Response to Major Incidents (MRMI)

Orde leren scheppen in de chaos op het rampterrein en in het ziekenhuis tijdens grootschalige incidenten zoals terroristische aanslagen en vliegtuigrampen. Dit leert u in een tweedaagse hands-on cursus met real-time simulatie van rampen in de gehele keten onder begeleiding van een grote groep ervaren instructeurs. Sprekers die betrokken waren bij grootschalige incidenten delen tijdens de cursus hun ervaringen. De doelgroep voor deze cursus zijn o.a.: betrokkenen bij de prehospital respons tijdens een incident, verpleegkundigen, anesthesiologen, SEH-artsen, chirurgen, MMT-artsen en intensivisten. De cursus wordt gehouden op 2 en 3 september. Locatie: Calamiteitenhospitaal, UMC Utrecht. Kosten: €1315,00. Accreditatie is aangevraagd. Kijk voor meer informatie en aanmelden op [internet](#).

Symposia/nascholingen/Informatiebijeenkomsten

3 juni: Warrior Care in the 21st Century: in and after the pandemic

Vorig jaar moest het geplande tweedaagse symposium voorafgaand aan de Invictus Games in Den Haag worden geannuleerd. Dit jaar vindt het webinar in een hybride vorm plaats vanuit Nederland. Een totaal van twaalf Nederlandse deelnemers gaat onder voorzitterschap van mw. Angelien Eijsink in gesprek met negen internationale experts uit de Verenigde Staten, Canada, Australië, UK, en België.

Het webinar is opgedeeld in de drie hoofdthema's die bij Warrior Care centraal staan – resilience, recovery/rehabilitation, reintegration. Op het programma staan presentaties over de mondiale ontwikkelingen op het gebied van COVID en veerkracht, rehabilitatie en re-integratie en updates over het beheer van zichtbare en onzichtbare wonden. Hierbij komen sprekers maar ook enkele warriors zelf aan het woord. Ook is er plaats ingeruimd voor pitches over innovatieve projecten en kennisdoorbraken. De organisatie van het webinar is in handen van de stuurgroep bestaande uit kolonel-arts Berend Berendsen, kolonel Albert Riedstra, drs. Martin Elands, Generaal-majoor (b.d.) Ton Tieland, kolonel Léon Jans en kolonel-arts prof. dr. Eric Vermetten, programmavoorzitter.

Deelname aan dit webinar is gratis na aanmelding. Kijk voor meer informatie en aanmelding op [internet](#).

Datum/tijd: donderdag 3 juni 2021 van 13.45-17.20 uur.

De Warrior Care in the 21st Century, opgericht in 2015, ondersteunt het wereldwijd delen van best practices en geleerde lessen voor krijggerszorg. Zorgverleners zijn in staat levensvatbare en innovatieve oplossingen te vinden voor de huidige en toekomstige uitdagingen op het gebied van veerkracht, herstel en revalidatie en re-integratie. Warrior Care is een belangrijke stap in de richting van het opbouwen van partnercapaciteit, het verbeteren van de interoperabiliteit tussen instanties en het uitbreiden van de levering van medische en niet-medische behandelingen en therapieën aan gewonde, zieke en gewonde servicemedewerkers die zoveel hebben opgeofferd.

Kennis-sharing Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum geannuleerd

In verband met de COVID-pandemie en de daaraan gerelateerde beperkingen voor evenementen, gaat de twaalfde presentatiemiddag operationele gezondheidszorg, die voor donderdag 17 juni gepland stond, niet door. Er is nog overwogen om deze kennis-sharing online aan te bieden, maar omdat het merendeel van de potentiële deelnemers niet beschikbaar is vanwege Militaire Steunverlening in het Openbaar Belang

en omdat de online-vorm de mogelijkheid om daadwerkelijk met elkaar in gesprek te gaan bemoeilijkt, is besloten de bijeenkomst te annuleren. De eerstvolgende kennis-sharing staat gepland op donderdag 22 januari 2022.

Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

NMGT, nr. 3 (mei 2021)

Het mei nummer van het NMGT van 2021 is verschenen. In deze editie onder andere een artikel over het toestaan van assistentiehonden in ziekenhuizen en over de Tactical Combat Casualty Care (TCCC) doctrine. Een overzicht van reeds verschenen nummers van het NMGT (vanaf 2004-tot heden) is op [intranet](#) terug te vinden.

Parlementaria

Kamervragen over COVID-19-vaccinatie voor militairen

Begin april zijn door Van Haga (toen nog lid van Forum voor Democratie) vragen gesteld over het vaccineren van militairen tegen COVID-19. De beantwoording van deze vragen is 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

Deze nieuwsbrief en meer informatie over (militaire) gezondheidszorg is te vinden op het [intranet](#) en op de [startpagina](#) Gezondheidszorg Defensie:

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247 of per e-mail: p.burema@mindef.nl



Defensie Ondersteuningscommando
Ministerie van Defensie

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 6, juni 2021

Digitalisering informatievoorziening

Nieuw Portaal Militaire Gezondheidszorg (MGZ)

Op 25 juni neemt het Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf (EGB) een nieuw informatiesysteem voor digitale dossiervoering in gebruik. Dit systeem, Defensie-Healthcare Information eXchange (D-HiX) vervangt het verouderde Geneeskundig Informatiesysteem Defensie (GIDS). Militairen kunnen hierdoor vanaf 28 juni via het 'Portaal Militaire Gezondheidszorg': mijn.PMGZ.nl (openen via *internet*), inloggen met hun eigen DigiD-gegevens en direct online hun medische gegevens inzien, uitslagen bekijken en diverse zaken online regelen. Denk aan een herhaalrecept aanvragen en een afspraak maken of vragenlijsten invullen. Rond 19 juni zijn alle militairen hierover per brief, waarin alle belangrijke informatie staat, geïnformeerd. Daarnaast is het Portaal ook te gebruiken door burgermedewerkers die onder behandeling zijn bij een re-integratiearts of door reservisten. Zij ontvingen hierover geen brief. Het is aan hun leidinggevende om hen hierop te attenderen.

Vernieuwde informatievoorziening voor MRC dichterbij

Voor het Militair Revalidatie Centrum (MRC) is een vernieuwde digitale informatievoorziening (ZIS/EPD) een stapje dichterbij. Het contract is ondertekend. Omdat het huidige informatiesysteem van het MRC toe is aan vervanging, is er gezocht naar een civiel gebruikelijk ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS), elektronisch patiëntendossier (EPD) en een (bij voorkeur geïntegreerd) elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). Net als het Eerstelijns gezondheidszorgbedrijf (EGB), heeft het MRC gekozen voor het systeem HiX. Na afronding van de implementatie van D-HiX bij het EGB (project DELIGHT), zal de implementatie bij het MRC starten. Het EGB en het MRC werken uiteindelijk in hetzelfde systeem. Dit heeft onder andere als voordeel dat veel gegevens niet meer dubbel vastgelegd hoeven te worden, verwijzingen tussen beide

gezondheidszorgbedrijven eenvoudiger worden en zorgverleners over en weer makkelijker toegang hebben tot benodigde informatie.

Waar onze militairen ook actief zijn, zij kunnen rekenen op de best mogelijke medische zorg. De steeds meer informatiegestuurde krijgsmacht stelt nieuwe eisen aan de inrichting en uitvoering van de militaire gezondheidszorg. Een adequaat werkende informatievoorziening is essentieel om aan deze eisen te kunnen voldoen. Om dit te kunnen, is Defensie bezig met het vernieuwen van de digitale informatievoorziening van de militaire gezondheidszorg. Hiervoor is het programma Smart Band-AID gestart, waar het ZIS/EPD-project bij het MRC onderdeel van is.

Operationele gezondheidszorg

Overleg met medisch specialisten CMH vanuit missiegebied

Iedere (para)medicus in een inzetgebied, die behoefte heeft aan geneeskundige (specialistische) kennis, kan hiervoor 24/7 overleggen met medisch specialisten van het Centraal Militair Hospitaal (CMH) via het centrale nummer +31 30-2502000. De eenheden worden verzocht dit in de eigen Standaard Onderwijsindeling (SOI) op te nemen. Daarnaast komt het in het 'Advies Bulletin Opwerktraject' van lessons learned (Kenniscentrum Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum) te staan.

Defensie gaat veldhospitalen vernieuwen en uitbreiden

Defensie gaat de veldhospitalen vernieuwen en uitbreiden. Hiervoor moeten nieuwe geneeskundige containers en bijbehorende modules worden aangeschaft. Met de aanschaf van ruim 70 containers beschikt Defensie in de toekomst over 3 identieke, moderne veldhospitalen. Deze containers voorzien in spoedeisende hulp en eerste- en tweedelijnszorg inclusief basischirurgie. De containers bieden bescherming bij chemische, biologische, radiologische en nucleaire omstandigheden. De installaties zijn nog uit te breiden met extra operatie-, intensive care- en verpleegcapaciteit. Het is de bedoeling dat de eerste containers in 2025 in gebruik worden genomen. Lees voor meer informatie de [brief](#) aan de Tweede Kamer.

Protocollen

Eerste set operationeel geneeskundige protocollen vastgesteld

Een van de doelstellingen van het programma MGZ 2020 was het vaststellen van uniforme, duidelijke en eenduidige protocollen voor militair medisch (specialistisch) handelen. Om hiertoe te komen zijn er diverse consensusbijeenkomsten en informatiesessies geweest voor het (para)medisch specialistisch personeel van de verschillende gezondheidszorgbedrijven. Vanwege hun specifieke deskundigheid zijn daarbij diverse subject matter experts betrokken geweest. Om dit proces te kunnen borgen zijn er procesafspraken gemaakt; vastgelegd binnen de gezondheidszorgbedrijven en/of in de conceptinstructie MGA/038.

Alle inspanningen van het (para)medisch specialistische personeel, de Defensie Farmaceutische Dienst, 400 Geneeskundig Bataljon en de ondersteuning vanuit MGZ 2020 en het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen hebben geleid tot de totstandkoming van de eerste set operationeel geneeskundige protocollen. Deze zijn op 3 juni tijdens een feestelijke bijeenkomst gepresenteerd en aangeboden aan de Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA), commandeur-arts Remco Blom. De MGA heeft de protocollen bij deze gelegenheid formeel vastgesteld en conform de beheerprocedure (concept I-MGA/038) geldt dit ook voor alle nog te ontwikkelen protocollen. Gelijktijdig met de vaststelling van deze protocollen zijn alle nog in omloop zijnde andere protocollen vervallen.

De protocollen worden gepubliceerd op het DGOTC-portaal onder de tegel Protocollen en nota's; Operationeel Geneeskundig Protocollen. Dit is de enige geldige locatie waar deze protocollen opgeslagen worden en waar gegarandeerd de meest up-to-date versies gepubliceerd zijn.

Meer weten over het gehele proces en hoe geborgd wordt dat deze protocollen up-to-date blijven? Bekijk de [animatie](#) van MGZ 2020.

Vaststelling PEP-protocol voor prik-, bijt-, snij-, spat- en seksaccidenten (ASG-protocol (ASG/001))

Het [PEP-protocol](#) voor prik-, bijt-, snij-, spat- en seksaccidenten is opgesteld door de Adviesraad Spoedeisende Gezondheidszorg (ASG), na consultatie van infectiologen van Defensie en de Defensie Farmaceutische Dienst. Dit protocol vervangt de richtlijn militaire gezondheidszorg 'RMG/073 PEP-protocol' en vloeit voort uit de Landelijke richtlijnen voor prik- en seksaccidenten.

Het protocol geeft hulpverleners overwegingen en stapsgewijze richtlijnen bij de beoordeling en afhandeling van accidenteel bloedcontact.

De inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van de RMG/073 zijn de vervanging van atazanavir/ritonavir door dolutegravir bij HIV post-expositie profylaxe en het vervallen van de hepatitis B-vaccinatie.

Gezondheidsmonitoring

Start Gezondheidsmonitoring

Medio 2021 start structurele Gezondheidsmonitoring binnen Defensie. Deze wordt uitgevoerd door gescreende onderzoekers van het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG). Het doel van de Gezondheidsmonitoring is de gezondheid van militairen en de effectiviteit van de zorg, waar mogelijk, te verbeteren. Gezondheidsmonitoring is een essentiële randvoorwaarde voor het ontwikkelen van goed gezondheidszorgbeleid. Het kan helpen om verbanden tussen werkomstandigheden en gezondheidsaandoeningen vast te stellen. In eerste instantie worden alleen gegevens van beroepsmilitairen in werkelijke dienst gebruikt voor Gezondheidsmonitoring. Hiervoor worden gegevens gebruikt uit het medisch en personeelsregistratiesysteem. De resultaten van het onderzoek zijn volledig anoniem en op geen enkele manier te herleiden naar een persoon. Defensie handelt daarmee volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Er wordt verkend of ook de gezondheid van burgers te monitoren is, dit is nu nog niet mogelijk.

Alle beroepsmilitairen worden persoonlijk per brief over dit onderzoek geïnformeerd en hebben de mogelijkheid om aan te geven indien zij niet willen dat hun gegevens voor dit doel worden gebruikt. Dit doen ze door middel van het sturen van een e-mail. Hierover, en over Gezondheidsmonitoring in het algemeen, is op [intranet](#) meer informatie terug te vinden.

In de MGA-instructie [I-MGA/022 Gezondheidsmonitoring](#) – onderzoek met pseudo-anonieme persoonsgegevens binnen Defensie, worden alle stappen vallende onder Gezondheidsmonitoring beschreven.

Wet- en regelgeving

Wetsvoorstel zeggenschap lichaamsmateriaal naar Tweede Kamer

De ministerraad heeft op 12 mei ingestemd met de Wet zeggenschap lichaamsmateriaal (WzI), de wet zal hierna behandeld worden door de Tweede Kamer. De WzI heeft betrekking op gebruik van lichaamsmateriaal voor andere doeleinden dan diagnostiek, behandeling of genezing van de donor. Voorbeelden hiervan zijn gebruik voor medisch- of biologisch-wetenschappelijk onderzoek of de ontwikkeling van medische hulp- of geneesmiddelen. Met de wet wordt de zorgvuldige omgang met lichaamsmateriaal gewaarborgd en de zeggenschap van donoren vergroot. De donor van het lichaamsmateriaal moet geïnformeerd worden over en toestemming geven voor het gebruik van het lichaamsmateriaal voor andere doeleinden dan de zorgverlening. Bij medisch-wetenschappelijk onderzoek of onderzoek in het algemeen belang hoeft dit niet.

Binnen de Militair Geneeskundige Dienst zal de WzI van belang zijn voor alle zorgbedrijven die lichaamsmateriaal afnemen, en dat bewaren of gebruiken voor andere doeleinden. Denk hierbij aan onderzoek, scholing en trainingen.

Mocht u vragen hebben over de WzI of implementatie daarvan, neem dan contact op met de juristen van staf DGO: m.martin.02@mindef.nl of w.g.v.wissen@mindef.nl

Innovatie in de zorg

Aanvraagmogelijkheid voor projectvoorstellen bij SZVK

De herziene regeling zorginnovatie bij de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) is bedoeld voor het stimuleren en financieren van innovatieprojecten met betrekking tot de Nederlandse militaire gezondheidszorg. De eerstvolgende deadline voor het indienen van een projectvoorstel is 1 augustus 2021. Om hiervoor in aanmerking te komen moet het project aan de volgende vier criteria voldoen:

1. De relatie met de specifieke (Defensie) doelgroep moet duidelijk beschreven zijn (het onderzoek moet worden uitgevoerd door Defensie en moet van waarde zijn voor defensiemedewerkers).
2. Het project moet de gezondheidszorg op een hoger niveau brengen.
3. Het project moet bijdragen aan het verlagen van de lasten van de militaire gezondheidszorg.
4. Het voorstel moet leiden tot innovatie in de militaire gezondheidszorg.

Wilt u gebruik maken van deze regeling en een aanvraag indienen neem dan contact op met Bureau Innovatie (dgo.bureau.innovatie@mindef.nl).

Aanvragen kunnen drie keer per jaar ingediend worden, de deadlines hiervoor zijn 1 januari, 1 april en 1 augustus*. Stuur u aanvraag naar Bureau Innovatie. Zodra uw aanvraag is ontvangen wordt zo snel mogelijk contact met u opgenomen. Ook voor vragen en advies kan contact worden opgenomen met dit bureau.

* De interne voorbereiding voor een SZVK-aanvraag duurt een maand, daarom is de interne deadline 1 maand eerder gesteld dan de deadline zoals vermeld in de SZVK-regeling.

Kwaliteit van zorg

Gebruik van uw medische gegevens voor kwaliteitsonderzoek en herregistratie

Tijdens een behandeling en/of onderzoek legt de zorgverlener medische gegevens van zijn patiënten vast in het medisch dossier. Deze gegevens uit het medisch dossier worden soms gebruikt voor intern kwaliteitsonderzoek van Defensie. Door dit kwaliteitsonderzoek kan de zorg van toekomstige patiënten worden verbeterd.

Ook worden de gegevens uit het medisch dossier soms gebruikt voor herregistratie van de zorgverlener zelf. Tijdens de herregistratie worden de kennis en kunde van deze hulpverlener getoetst. Zo verzekeren we de goede kwaliteit van uw zorg.

Bij het gebruik van uw medische gegevens proberen we de gegevens waaruit de identiteit van de patiënt kan worden herleid zoveel als mogelijk weg te laten. Er wordt verondersteld dat u toestemming geeft dat uw gegevens voor deze doeleinden kunnen worden gebruikt. Mocht u naar aanleiding van deze informatie liever geen toestemming voor het gebruik van uw gegevens willen geven, neem dan contact op met uw zorgbedrijf.

Chroomverf

Laatste deelonderzoek naar chroom-6 bij Defensie gepresenteerd

Eind mei heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) het laatste deelonderzoek naar chroom-6 bij Defensie gepresenteerd. Het gaat hierbij om het gebruik van chroom-6 op alle defensielocaties in de periode van 1970-2015. De onderzoekers hebben geconstateerd dat medewerkers op defensielocaties niet altijd voldoende beschermd waren tegen blootstelling aan chroomhoudende verf. Lees [hier](#) het volledige nieuwsbericht.

Het rapport van het RIVM is via [internet](#) te downloaden.

COVID-19

Versoepelingen coronamaatregelen CMH

Afgelopen vrijdag zijn in de persconferentie versoepelingen aangekondigd. Ook in het Centraal Militair Hospitaal (CMH) gaan ze daarom vanaf zaterdag 26 juni versoepelen.

Vanaf 26 juni zijn mondkapjes in het CMH niet meer verplicht zolang de 1,5 meter afstand kan worden gewaarborgd. Als zorgverleners onderling, of in contact met de patiënt binnen de 1,5 meter moeten komen, dient een mondneusmasker of een face shield gedragen te worden.

Andere regels wijzigen niet. Als je COVID-klachten hebt, blijf je thuis en neem je contact op met je leidinggevende.

De berichtgeving bij de deur gaat wijzigen, de collega's van G4S zullen bij binnenkomst voorlopig nog wel screenen op COVID-klachten.

Inzet militaire (zorg)medewerkers bij UMCU beëindigd

Nu het aantal COVID-19-besmettingen afneemt en daarmee ook de druk op de zorg afneemt is de inzet van militaire (zorg)medewerkers bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) beëindigd. Sinds vorig jaar oktober zijn artsen, verpleegkundigen en ondersteunend personeel ingezet bij het UMCU. Om het personeel te bedanken was er op 10 juni een webinar van het UMCU. De voorzitter van de raad van bestuur van het UMCU (Margriet Schneider) sprak tijdens het webinar o.a. met commandeur-arts Remco Blom en regionaal militair commandant luitenant-kolonel Arjan van Elderen. In het webinar kwam naar voren dat militair personeel en personeel van het UMCU terugkijkt op een prettige samenwerking en dat ze veel van elkaar hebben geleerd. Het webinar is terug te kijken via [internet](#).

Wetenschappelijk onderzoek

Promotieonderzoek

Maandag 21 juni is Iris Dijkma gepromoveerd op haar proefschrift '*Musculoskeletal injuries and dropout in the military: epidemiology, prediction and prevention*'. De promotie is via [internet](#) terug te kijken.

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Handboek rantsoenen: voeding om optimaal te presteren

In samenwerking met DGI, de Vakgroep Voeding en Diëtetiek, het Commando Zeestrijdkrachten en de 11 Luchtmobiele Brigade heeft het Materieellogistiek Commando het 'Handboek rantsoenen: voeding om optimaal te presteren' gepubliceerd. Het handboek staat vol met tips over gezonde voeding rondom inspanning, voedingswaardes van de rantsoenen, wat je het beste op welk moment in het veld kunt eten en het recept van de 'battle cake'. Het handboek zal worden verstrekt bij de rantsoenen en zal het huidige inlegvel met voedingswaardes en allergeneninformatie vervangen. Ook is het handboek op de [DGI-intranetsite](#) te vinden. Een papieren versie kan worden aangevraagd via DGI@mindef.nl.

Onlinecursus 'Ikigai'

'Ikigai' is een Japans concept dat gaat over het hebben (of vinden) van je doel in het leven, de reden waarom je uit je bed komt. Ikigai draait om levensvreugd. Het is het kruispunt van je passie, je missie, je vak en je roeping. Hier komen een aantal aspecten uit je leven samen, namelijk datgene waar je van houdt, wat je goed kan, wat de wereld nodig heeft en waar je voor wordt betaald. Wil je weten wat jou ikigai is? DGI biedt nu een onlinecursus aan, klik [hier](#) om deze te volgen. Wil je meer informatie of wil je de cursus graag gegeven hebben? Mail dan naar werkplezier@mindef.nl.

Challenge 'Samen sterker door beweging' in Amersfoort

Op de Bernhardkazerne in Amersfoort zijn 56 collega's sportief de strijd met elkaar aangegaan in de challenge 'Samen sterker door beweging' op initiatief van leefstijlcoach Cynthia Kluitmans. Diverse eenheden gingen onderling de strijd aan: welk team legt wandelend of hardlopend de 1200 kilometer van de Bernhardkazerne naar het D-Day-strand Sword Beach in Normandië en weer terug het snelste af? Een mooi voorbeeld hoe de 23 leefstijlcoaches van DGI defensiemedewerkers in beweging brengen en aan hun leefstijl laten werken.

Deelname Defensie aan Healthy Fest

Dit jaar zal Defensie wederom medewerking verlenen aan Healthy Fest, een festival dat geheel in het teken staat van lichamelijke en geestelijke gezondheid. Het festival vindt plaats op 10, 11 en 12 september in Center Parcs de Eemhof in Zeewolde. Defensie zal aanwezig zijn om de deelnemers als militairen te laten sporten en workshops te geven over gezonde leefstijl en zingeving en werkplezier.

Klantberichten MGCL

Reduceerventiel heeft nieuw SAP-nummer gekregen

Door een wijziging door de producent van de levensduur van het reduceerventiel 10001422493, heeft deze een nieuw SAP-nummer gekregen namelijk: 10002175675. Lees [hier](#) het volledige klantbericht van het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC).

Aanpassen geneeskundige uitrustingen

Het MGLC is gestart met het aanpassen van een deel van de geneeskundige uitrustingen. Omdat de opdracht aan het MGLC continu wordt aangepast, is er voor een nieuwe inrichting gekozen. Met deze nieuwe inrichting kan het MGLC, zodra er een opdracht is, complete pakketten uitleveren. Lees [hier](#) het volledige bericht.

Onderscheidingen

Korporaal Van Oudheusden Penning voor kolonel Jeroen Hulst

Maandag 7 juni ontving kolonel Jeroen Hulst, commandant Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC), uit handen van commandeur-arts Remco Blom, de Korporaal van Oudheusden Penning. Hij kreeg deze bijzondere onderscheiding vanwege zijn grote meerwaarde voor

de militaire gezondheidszorg. Als commandant Militair Revalidatie Centrum werd hij zeer gewaardeerd door zijn proactief en vernieuwend optreden. Tevens heeft hij zich in die functie sterk gemaakt voor de sportorganisatie en was hij de drijvende kracht achter de Invictus Games en Mud Masters. En nu in zijn rol als commandant DGOTC heeft hij vernieuwingen in de opleidingen doorgevoerd. Recent heeft hij nog een grote rol gespeeld bij de oprichting van het Territoriaal Operatiecentrum (TOC). Voor kolonel Hulst staat de mens steeds centraal.

De Van Oudheusden Penning is de erepenning van verdienste voor de DGO. De penning is vernoemd naar Korporaal van Oudheusden, die op 10 mei 1940 in de buurt van het vliegveld Ypenburg als ziekenverzorger bij de 13e Batterij Luchtvaartartillerie met gevaar voor eigen leven gewonden heeft verzorgd onder hevig vijandelijk vuur. Zelfs na ernstig mishandeld te zijn door een Duitse soldaat bleef hij zorgen voor de gewonden. In 1946 is hem postuum de Militaire Willems-Orde toegekend. De penning werd voor het laatst vier jaar geleden uitgereikt aan brigade-generaal-arts Johan de Graaf.

DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

Praktijkondersteuner

In de serie 'Onze vakmensen' is praktijkondersteuner Charlotte geïnterviewd. Zij zorgt voor de randvoorwaarden binnen de bedrijfsgezondheidszorg zodat de arboverpleegkundige, de bedrijfsarts en de doktersassistent hun werk kunnen doen. COVID-19 heeft behoorlijk veel invloed op het werk gehad. In het begin werden alle keuringen en Preventief Medische Onderzoeken (PMO's) stilgelegd en werkte iedereen vanuit huis. Met goede richtlijnen en aangepaste bezetting worden er inmiddels weer keuringen uitgevoerd. De bedrijfsgezondheidszorg is verantwoordelijk voor alle wettelijke verplichte keuringen dus ook voor het PMO. Dat laatste geeft vaak uitdagingen in logistiek en materieel. Charlotte denkt dat er maar weinig mensen zijn die weten hoeveel werk er gedaan moet worden voor bijvoorbeeld een PMO. Het is geen kwestie van agenda's openen en plannen. Er gaat veel afstemming tussen verschillende partijen aan vooraf. Lees [hier](#) het volledige verhaal van Charlotte.

Logopedie

Chantal is als logopedist werkzaam bij het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg (MRC). Chantal is gespecialiseerd in het onderzoeken en behandelen van logopedische stoornissen die optreden na Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH). Denk aan taal- en spraakproblemen, stemproblemen en cognitieve communicatiestoornissen. Maar ook slikproblemen waardoor het risico op verslikken, en een uiteindelijke longontsteking groot is. Naast NAH-patiënten ziet Chantal ook mensen met functionele stemproblemen, problemen met dysfunctioneel ademen zoals hyperventilatie, gezichtsverlammingen en complicaties na nekhernia operaties. Veel militairen en burgers weten niet dat ze met deze klachten ook bij een logopedist terecht kunnen. Lees het complete interview met Chantal via [intranet](#).

Straling

De belangrijkste taak van adviseur stralingshygiëne Ecco is om ervoor te zorgen dat alle defensiemedewerkers op een veilige en verantwoorde wijze kunnen werken met radioactieve stoffen en röntgenapparatuur. Deze apparatuur wordt op diverse plaatsen gebruikt, zoals in tandartspraktijken waar röntgenapparatuur gebruikt wordt om foto's van het gebit te maken maar ook door de Explosieve Opruimingsdienst bij het opsporen van bijvoorbeeld een granaat. Er bestaan twee soorten straling, ioniserende en niet-ioniserende. Niet-ioniserende straling komt bijvoorbeeld van mobiele telefoons, wifi en radio en televisie. De specialiteit van Ecco ligt bij ioniserende straling. Dat is bijvoorbeeld röntgenstraling of straling die ontstaat uit radioactief afval. Deze straling richt eigenlijk altijd wel iets aan schade aan in het lichaam. Maar zolang de frequenties en doses onder een bepaald niveau blijven, is de kans dat je er gezondheidsklachten aan overhoudt erg klein. Lees [hier](#) hele interview met Ecco.

Symposia/nascholingen/Informatiebijeenkomsten

Webinar Warrior Care in the 21st Century: in and after the pandemic terugkijken

Donderdag 3 juni vond het webinar Warrior Care in the 21st Century plaats. De opkomst was hoog met deelnemers van over de hele wereld. Het webinar was opgedeeld in drie hoofdthema's die bij Warrior Care centraal staan, nl. resilience, recovery/rehabilitation en reintegration. Het webinar gemist? Terugkijken kan via [internet](#).

24 september: Acute Zorg Congres

Op 24 september wordt in het Congrescentrum Brabanthallen 1931 het tweede Acute Zorg Congres georganiseerd. Het programma is gericht op artsen (met of zonder specialisatie), verpleegkundigen (met specialisatie), ambulanceverpleegkundigen, medische hulpverleners (BMH), studenten Geneeskunde, verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA), algemeen militair artsen (AMA), algemeen militair verpleegkundigen (AMV) en medics. Acute zorg is een belangrijk onderwerp voor de gehele (zorg-medische) keten in samenwerking met de ketenpartners. De samenwerking met Defensie heeft zich in het afgelopen jaar op meerdere vlakken al bewezen. Maarten, AMA en AIOS Maatschappij en Gezondheid geeft samen met NATO Special Operations Combat Medic (NSOCM) Mark een inkijk in de opleiding en werk van de medics onder speciale omstandigheden, waarbij een koppeling wordt gelegd tussen civiel en Defensie operationeel optreden. Voor meer informatie over het programma/inschrijven kijk op [internet](#).

Veteranenzorg

Veteranennota 2020-2021

Elk jaar in juni wordt de [veteranennota](#) aan de Tweede Kamer aangeboden. De minister informeert de Kamer hiermee over de stand van zaken van het veteranenbeleid van het afgelopen jaar en het eerste deel van 2021. De oprichting van de Stichting Nederlands Veteraneninstituut op 1 januari 2021 wordt gezien als een absolute mijlpaal, waarmee invulling is gegeven aan een van de uitkomsten van de evaluatie van het veteranenbeleid uit 2016. Daarnaast is te lezen dat Defensie momenteel de aanbevelingen van de commissie Borstlap naar aanleiding van het onderzoeksrapport Dutchbat III uitvoert. Uit dat rapport bleek dat velen na 25 jaar nog steeds problemen ondervinden door hun uitzending naar Srebrenica. Verder focust Defensie onder meer op het ontwikkelen van een modern stelsel van uitkeringen en voorzieningen. Dat is erop gericht de veteraan beter te ondersteunen bij re-integratie in de maatschappij

Parlementaria

Personeelsrapportage en inzetbaarheidsrapportage

Medio mei zijn de personeels- en de inzetbaarheidsrapportage Defensie over 2020 aangeboden aan de Tweede Kamer. De [personeelsrapportage](#) gaat in op de resultaten van de werving, de in- en uitstroom van personeel, de personele samenstelling, de werkbeleving en in het bijzonder de impact van de COVID-19-pandemie op het welzijn van het personeel. Ook is er aandacht voor de adaptieve krijgsmacht en diversiteit en inclusiviteit bij Defensie. De [inzetbaarheidsrapportage](#) verschijnt tweemaal per jaar en rapporteert over de inzet en de gereedheid van de krijgsmacht.

Algemeen

Gebruik van benamingen van organisatie-eenheden in het Engels, Frans en Duits

Voor de vertaling van organisatie-eenheden en/of autoriteiten die voorkomen in (de topstructuur van) het ministerie van Defensie in het Engels, Frans of Duits, wordt geadviseerd gebruik te maken van de vertalingen in de [DCo-Leidraad](#). Benamingen die niet in deze aanwijzing zijn opgenomen kunnen worden geleverd of geaccordeerd door het team vertalingen van het Talencentrum Defensie.

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

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

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



JONGE HELDEN
NIERSTICHTING

Geef voor een toekomst waarin we nierziekten kunnen genezen.

nierstichting.nl

NIERSTICHTING
Je nieren zijn je leven.

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

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

Conflicthantering door geweldloze communicatie

Tegenstrijdige belangen en/of botsende karakters leiden gemakkelijk tot conflicten. Ook professionals in de public en occupational health komen hiermee in aanraking. Wil jij je vaardigheden versterken om in deze situaties adequaat op te treden? Volg dan deze tweedaagse module.

Voor wie: sociaal geneeskundigen en andere professionals in de public en occupational health

Datum: 16 en 23 september 2021

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: 20 september 2021

Moeilijke mensen, lastige situaties

Moeilijk mens of moeizame communicatie? Communicatiestoornis of persoonlijkheidsstoornis? Kom jij in je werk wel eens 'mensen met een gebruiksaanwijzing' tegen? Leer hoe je efficiënt met hen kunt omgaan.

Voor wie: artsen M&G, bedrijfs- en verzekeringsartsen, A&O deskundigen, arbeidsdeskundigen en andere professionals in de public en occupational health

Datum: 21 september en 5 oktober 2021

Training intervisiebegeleider

Voor veel professionals is intervisie een verplicht onderdeel van hun werk. Het is manier om van en met elkaar te leren. De kwaliteit van intervisie staat of valt bij de gekozen methode en de manier van begeleiden. Leer hoe je een intervisiegroep opzet en leer hoe je als procesbegeleider optreedt.

Voor wie: voor iedereen die een intervisiegroep wil opzetten of als procesbegeleider wil leren werken

Datum: 24 september en 8 oktober 2021 (9.30-12.30 uur)

Impact in de eerste tien seconden

Heb je een verhaal dat iedereen moet horen? Omdat je je klanten goed wil adviseren, collega's wilt informeren of samenwerkingspartners wilt overtuigen? Leer hoe je jouw publiek in de eerste tien seconden meetrokt in jouw verhaal.

Voor wie: artsen, verpleegkundigen en niet-artsen in de public of occupational health

Datum: 27 september 2021

De overgang en werk

Als vrouwen van rond de 45 jaar met relatief vage – niet zelden ernstige – klachten, zoals vermoeidheid, slecht slapen, gewrichtspijn en stemmingswisselingen in de spreekkamer komen, is de overgang meestal niet het eerste waaraan gedacht wordt. Professionals met voldoende kennis van deze levensfase kunnen hen op het juiste spoor zetten!

Voor wie: bedrijfsartsen, arboverpleegkundigen, praktijkondersteuners en andere professionals

Datum: 28 september 2021

Professioneel presenteren

Boeiend en overtuigend presenteren kun je leren. Wil je leren hoe je een aansprekende, interactieve presentatie geeft? Zonder dat je nog last hebt van plankenkoorts? Doe dan deze module.

Voor wie: professionals werkzaam in de public en occupational health die zich (verder) willen bekwamen in het geven van presentaties voor groepen

Datum: 30 september en 14 oktober 2021

Persoonlijk leiderschap: zo neem je de leiding!

Persoonlijk leiderschap krijgt een steeds centralere rol in de medische wereld. Het betekent dat je weet wie je bent, wat je wilt en hoe je dat gaat realiseren. Je hoeft dus geen geboren leider te zijn om persoonlijk leiderschap te tonen. Wil jij je eigen meerwaarde leren inzien? Doe dan deze module en krijg meer gedaan in je werk.

Voor wie: sociaal geneeskundigen, huisartsen, verpleegkundigen en gezondheidsprofessionals

Datum: 30 september 2021

Stoppen met roken: motiveren kun je leren

Training, vervolg op *Stoppen met roken: tabaksverslaving*, waarin je uitgebreid oefent met communicatieve vaardigheden. De focus ligt op communicatie volgens de 'motiverende gespreksvoering'.

Voor wie: praktijkondersteuners, (long)verpleegkundigen, doktersassistenten, huisartsen en andere zorgprofessionals die begeleiden bij stoppen met roken

Datum: 4 oktober 2021

Horen en gehoord worden

Slechthorendheid treft duizenden werknemers en het probleem breidt zich snel uit. Dat komt doordat de groep jongeren met een gehoorbeschadiging groeit. Maar ook doordat oudere werknemers te maken krijgen met fysiologische of beroepsgerelateerde slechthorendheid. Heb jij te maken met slechthorenden en wil je leren wat zij kunnen in hun werk? Doe dan deze module.

Voor wie: bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en andere (medische) professionals

Datum: 5 oktober 2021

Straling en de gevolgen voor werk

Heb je als bedrijfsarts werknemers die te maken krijgen met straling? Bijvoorbeeld van radioactieve stoffen, ertsen, splijtstoffen, natuurlijke bronnen en röntgentoestellen? Fris je kennis op van de voornaamste risico's en gezondheidseffecten van ioniserende straling. We gaan ook in op de gezondheidseffecten van elektrisch-magnetische straling en velden. En je leert over preventiemaatregelen bij stralingsongevallen.

Voor wie: bedrijfsartsen, huisartsen en artsen M&G

Datum: 6 oktober 2021

Stoppen met roken: grenzen en mogelijkheden als professional

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat begeleiding bij het stoppen met roken door een ervaren coach de kans op succes tot wel tien keer vergroot. Wil je jouw vaardigheden als coach aanscherpen en leren hoe je omgaat met grote emoties en 'lastige cliënten'? Volg dan deze module.

Voor wie: professionals op het gebied van gezondheid(bevordering), met ervaring in de begeleiding bij stoppen met roken en die zich daarin verder willen specialiseren

Datum: 7 oktober 2021

SOLK en somatoforme stoornissen

Machteloosheid en ergernis wisselen elkaar vaak af als reactie op mensen met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Wil je leren hoe je deze problematiek het best kunt benaderen? En oefenen in het geven van professionele begeleiding? Volg dan deze module.

Voor wie: arts, arboprofessional of re-integratiebegeleider

Datum: 11 oktober 2021

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

E-mail: nmgt@mindef.nl