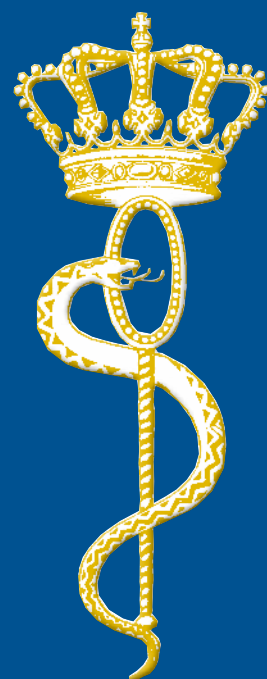


NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
76e JAARGANG
MAART 2023 - NR. 2



MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE



NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

Uitgegeven door het Ministerie van Defensie
onder verantwoordelijkheid van de
Commandant
Defensie Gezondheidszorg Organisatie

HOOFDREDACTEUR

H. van der Wal
kolonel MHBA MHA EMSD

EINDREDACTEUR

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

LEDEN VAN DE REDACTIE

P.C. van Heereveld
majoor-tandarts
Dr. D.G.A. Knotnerus-Janssen
majoor-apotheker
Drs. E. Mol
Sr. Adv. Arbeid en Gezondheid
E.G.J. Onnouw
kolonel-vliegerarts
R.A.G. Sanches
kapitein-luitenant ter zee-arts b.d.
N.R. van der Struijs
kapitein ter zee-arts
Prof. dr. H.G.J.M. Vermetten
kolonel-arts b.d.
Prof. dr. W.O. Zimmermann
luitenant-kolonel-arts

ADMINISTRATIE

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

AANMELDEN ABONNEMENT

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

VOORBEHOUD

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

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

NETHERLANDS MILITARY MEDICAL REVIEW

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

All rights reserved
ISSN 0369-4844



Van de redactie:

Voorwoord	47
Aanmelden voor abonnement NMGT	77

Van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg

Column maart 2023: 'Vertel het hele verhaal'	48
--	----

Van de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie:

Nieuwsbrief DGO, januari 2023	66
Nieuwsbrief DGO, februari 2023	71

Oorspronkelijke artikelen:

Effecten van modafinil en cafeïne op nachtelijke waakzaamheid van bemanningsleden van de luchtmacht: een gerandomiseerde gecontroleerde studie Samenvatting en toelichting <i>door luitenant-kolonel-vliegerarts Y.Q. Wingelaar-Jagt, C. Bottenheft MSc, prof. dr. W.J. Riedel en prof. dr. J.G. Ramaekers</i>	50
--	----

Eeuwenoude liefdevolle zorg 'zeer actueel' Stapjes naar een gewenste verandering <i>door drs. M.M. Portegies</i>	52
--	----

Medische rampen in Nederlands-Indië Lezing gegeven in museum en militair tehuis Bronbeek, Arnhem, 23 september 2022 <i>door dr. L. van Bergen</i>	56
---	----

Mededelingen:

Bij- en nascholing Netherlands School of Public and Occupational Health	47,49
---	-------

CONTENTS

VOLUME 76 – MARCH 2023 – ISSUE 2



From the editor:

Foreword	47
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review	77

From the Military Health Care Inspectorate:

Column March 2023: 'Tell the whole story'	48
---	----

From the Commander Defence Health Care Organisation:

Newsletter Defence Health Care Organisation, January 2023	66
Newsletter Defence Health Care Organisation, February 2023	71

Original contributions:

Effects of modafinil and caffeine on night-time vigilance of air force crewmembers: A randomized controlled trial <i>by Lieutenant Colonel Flight Surgeon Y.Q. Wingelaar-Jagt, C. Bottenheft MSc, Prof. W.J. Riedel PhD and Prof. J.G. Ramaekers PhD</i>	50
--	----

Centuries-old loving care 'very topical' <i>by M.M. Portegies MA</i>	52
---	----

Medical disasters in the Dutch East Indies <i>by L. van Bergen PhD</i>	56
---	----

Announcements:

The Netherlands School of Public and Occupational Health	47,49
--	-------

VOORPAGINA

Liefdevolle zorg. Humanitaire hulp na aardbeving in Pakistan, Bagh, 2005.

Foto: Rob Gieling, Mediacentrum Defensie.

Voorwoord

Beste lezers,

In deze aflevering van het NMGT moeten we helaas toch nog weer even terugblikken naar de vorige maand. Het was op 24 februari jl. precies een jaar geleden dat Russische troepen Oekraïne binnenvielen, een trieste verjaardag om te memoreren. Maar helaas is deze strijd nog steeds niet gestreden en gaat het bloedvergieten onverminderd door. Het is goed om bij dit immense leed even stil te staan en ons iedere dag realiseren wat een goed het is in vrede te leven. Iets om te blijven koesteren en bewaken.

Dan nu de inhoud van deze aflevering. De Inspecteur Militaire Gezondheidszorg (IMG) heeft besloten voor ons tijdschrift een tweemaandelijks column te verzorgen om zodoende de defensiemedewerkers binnen het geneeskundig functiegebied te informeren over alle activiteiten binnen de Inspectie. In deze eerste aflevering wordt de nadruk gelegd op de vernieuwing van het toezicht door de IMG.

Luitenant-kolonel-vliegerarts Wingelaar-Jagt, promovendus verbonden aan het Centrum voor Mens en Luchtvaart en aan de Universiteit Maastricht, geeft de lezer een inkijkje in het onderzoek van stimulerende middelen voor het tegengaan van vermoeidheid tijdens het vliegen. Een belangrijk onderzoek gelet op de vele luchtvaartongelukken als gevolg van vermoeidheid.

Drs. Portegies verhaalt in zijn bijdrage over de liefdevolle zorg van patiënten in het verleden en heden. Liefdevolle zorg verdient blijvende aandacht. Drs. Portegies heeft al vele interessante militair geneeskundige publicaties met een historische achtergrond op zijn naam staan. Wellicht dat deze bijdrage voor hem een nieuwe impuls is om van zich te laten horen in het NMGT.

Ten slotte een bijdrage van dr. Van Bergen. In september 2022 heeft hij een lezing gegeven in het museum en militair tehuis Bronbeek over de medische rampen in het voormalig Nederlands-Indië. Deze lezing heeft hij verwerkt tot een artikel; zeer lezenswaardig en gestaafd met feiten.

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

Lobbyen en netwerken

Hoe krijg je jouw onderwerp op de (politieke) agenda? In deze tijd werken ook beleidsambtenaren veel thuis. Wie niet voor het coronadossier actief is, heeft juist nu wellicht tijd om zich in jouw dossiers te verdiepen. Daarom kan jouw lobby-aanpak juist nu extra succesvol zijn. Ontdek hoe je je netwerk optimaal inzet en hoe je met lobbyen invloed uitoefent op de agenda's van relevante partijen. Aan de hand van een persoonlijk lobby-doel ontwerp je een plan

Voor wie: professionals in de public en occupational health

Datum: 12 en 21 april 2023

Sociaal medische advisering in het kader van de Wmo 2015

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

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

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

Omgaan met conflicten in de werksituatie

Wil je leren wat de rol van de bedrijfsarts is bij arbeidsconflicten? Tijdens deze module leer je alles wat je moet weten, begrijpen en kunnen toepassen van de NVAB-richtlijn Arbeidsconflicten."

Voor wie: bedrijfsartsen en artsen in opleiding tot bedrijfsarts

Datum: 10 mei en 7 juni 2023

Infectieziekten: van cel tot melding

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

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

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

Haal meer uit je vergaderingen

Wil jij praktische handvatten hoe effectiever te vergaderen binnen jouw organsaie? Naast praktische tips van de docenten ga je met de andere deelnemers in groepjes zelf aan de slag. Je ontdekt meer over valkuilen en jouw eigen rol in de vergadering.

Voor wie: professionals in de public of occupational health

Datum: 15 mei (9.30-12.40 uur) 2023

Hoofdpijn en werk

Hoofdpijn is een grote oorzaak voor verzuim. Maar welke vormen zijn er? Wat klopt er van de aanname dat spanningshoofdpijn een psychische oorzaak heeft? En wat is er te doen aan clusterhoofdpijn, migraine en aangezichtslijn?

Voor wie: bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

Datum: 26 mei 2023

‘Vertel het hele verhaal’

Column IMG maart 2023



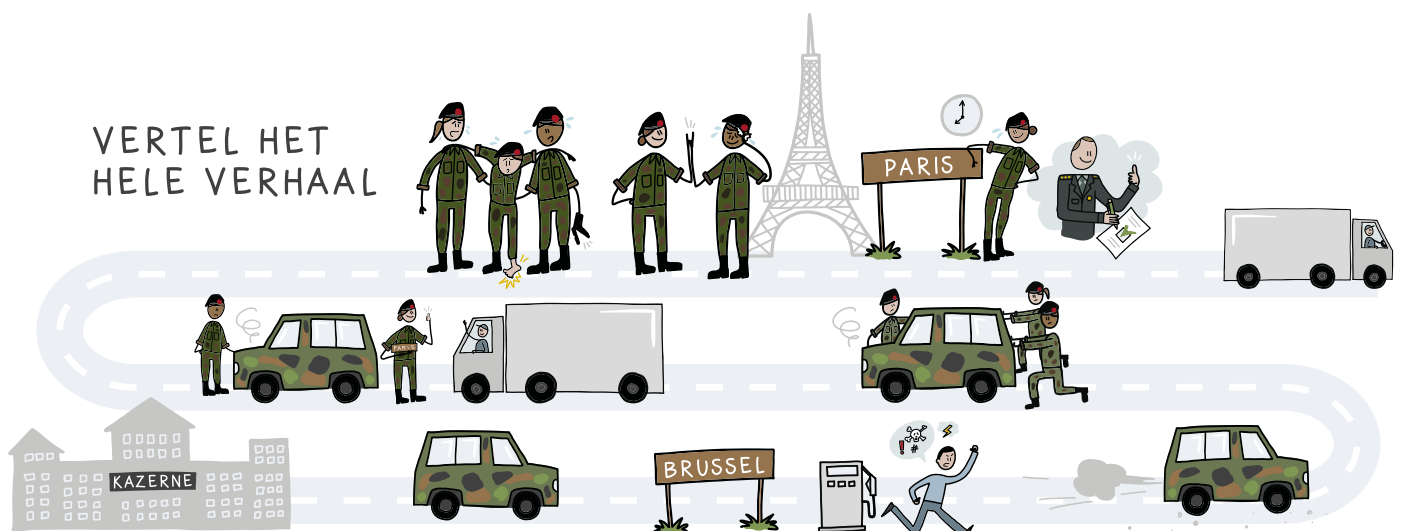
Bijna acht maanden ben ik nu de Inspecteur Militaire Gezondheidszorg (IMG). Een periode waarin we alles anders zijn gaan doen. Niet omdat ‘anders beter is’, maar omdat het toezicht van de IMG vernieuwing nodig heeft. Ten eerste om beter aan te sluiten bij de huidige Defensieorganisatie en onze medewerkers. Ten tweede om aan te sluiten bij innovaties in toezicht zoals we die buiten Defensie zien. Daarom hebben we onze missie, visie, kernwaarden en werkwijzen herzien. In de komende periode zullen we deze breed delen.

Transparant zijn in ons toezicht en in het delen van informatie is een van onze kernwaarden. Om daaraan bij te dragen, mag ik u vanaf nu over al onze activiteiten informeren in deze column. In deze eersteling wil ik u meenemen in de focus voor ons toezicht in 2023, zoals verwoord in ons jaarverslag 2022. We hebben gekozen voor het thema: ‘Vertel het hele verhaal’. Ter illustratie een fictief voorbeeld:

Een militaire eenheid krijgt de opdracht om op 4 december 20.00 uur in Parijs te zijn. Op 5 december komt namelijk Sinterklaas langs. Vanwege tekorten krijgt de eenheid benzine om tot Brussel te komen. Maar uiteraard is de eenheid op tijd in Parijs. Ze vergeten alleen te rapporteren hoe ze dat voor elkaar hebben gekregen (benzine gestolen, auto geduwd, versleten schoenen, op het einde meegelift in een vrachtauto...).

De commandant is tevreden: missie geslaagd. Gevolg: vanaf dat moment krijgen eenheden met bestemming Parijs standaard de hoeveelheid benzine mee om tot Brussel te komen.

Het hele verhaal vertellen en benoemen wat nodig is, geeft inzicht in wat er nodig is voor herstel en verbetering. Bovenstaand verhaal geeft weer wat wij in de praktijk zien gebeuren. De opdracht is gehaald, maar de weg ernaartoe wordt niet helemaal geduid.



Onze insteek is dat het goed is om onze *can-do*-mentaliteit vast te houden, maar dat we ook eerlijk moeten zijn over wat ervoor nodig was om het doel te bereiken. Defensie is aan het herstellen. En de realiteit van deze herstelfase is dat we soms met de huidige mensen en middelen niet ‘tot Parijs’ komen. Dat betekent niet dat we de ambitie los moeten laten, maar wel dat we ons doel op een zo gezonde en veilige manier bereiken en benoemen wat ervoor nodig was. En dat we soms beslissen dat Parijs niet haalbaar is. Daar worden wij allemaal beter van.

Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. Het betekent dat er geen afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit van zorg, maar dat tekorten realistisch worden benoemd, zodat we passende maatregelen kunnen nemen als organisatie. Het is daarbij belangrijk om restricties reëel in kaart te brengen, zodat de commandant daar verantwoordelijkheid voor kan nemen. Dat is een cultuuromslag: we zijn inmiddels gewend om met tekorten te werken. Tekort is 'normaal' geworden, maar dat is het niet.

Ons advies voor 2023: rapporteer exact, schrijf niet om zaken heen, benoem de dingen zoals ze zijn, maak tekorten zichtbaar in rapportages en accepteer dit van elkaar op alle niveaus. Rapporteer separaat over de inspanning van de medewerkers, die ondanks de tekorten toch het doel hebben bereikt. Want we zijn trots op onze *can-do*-mentaliteit. Onze medewerkers hebben hart voor de zaak. Juist daarom willen wij aansturen op het vertellen van 'het hele verhaal'. Om aan te sluiten bij realistische en realiseerbare doelen. Want dat heeft Defensie nodig in deze herstelfase.



Brigadegeneraal M.Y. (Manon) Molenaar
Inspecteur Militaire Gezondheidszorg

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

Uitvoering Sociale Zekerheid in de praktijk

Ben je als bedrijfsarts of arbeidsdeskundige betrokken bij re-integratietrajecten? Dan heb je te maken met de complexe sociale wetgeving rond de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Wil je jouw kennis daarover in korte tijd oprispen? En voorkomen dat je in relatie tot het UWV voor verrassingen komt te staan? Doe dan deze tweedaagse module.

Voor wie: bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen en basisartsen werkzaam in de bedrijfsgezondheidszorg

Datum: 30 mei en 6 juni 2023

Taakdelegatie door de bedrijfsarts

Taakdelegatie door de bedrijfsarts komt steeds vaker voor. Wil jij leren wat volgens de regels van de wetgever en de NVAB wel en niet, kan en mag? In deze module leer je je eigen taakdelegatie vorm te geven.

Voor wie: bedrijfsartsen

Datum: 31 mei 2023

Stoppen met roken: begeleiding met Rationeel Emotieve Therapie

Loop je als stoppen met roken coach tegen uitspraken aan bij je cliënten als: "Het lukt me nooit!" of "Als ik stop verander ik in een feeks, dat kan ik mijn familie niet aandoen"? Het zijn belemmerende hersenspinsels die ervoor zorgen dat stoppen met roken moeilijk wordt. In deze module leer je dit door middel van RET om te zetten in helpende gedachten en gevoelens van bekwaamheid.

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

Datum: 2 juni 2023

Capability, de basis voor duurzame inzetbaarheid

In het huidige werkklimaat is het cruciaal om een balans te vinden tussen wat de werknemer belangrijk vindt en de mogelijkheden die het bedrijf daarin biedt. Alleen dan blijven mensen duurzaam inzetbaar. Het capability-denken biedt een verfrissende kijk op dit vraagstuk. Leer hoe je activiteiten en interventies rond participatie, vitaliteit en inzetbaarheid integreert.

Voor wie: professionals en adviseurs die zich bezighouden met vraagstukken rond participatie en duurzame inzetbaarheid

Datum: 7 en 29 juni 2023

Participatiewet

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

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

Datum: 12, 19 en 26 juni 2023

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: 13 en 27 juni 2023

Diabetes en werk

Diabetes is een veelvoorkomende chronische ziekte die grote invloed heeft op de belastbaarheid. Ontdek de mogelijkheden om mensen met diabetes optimaal aan het werk te krijgen en te houden.

Voor wie: bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, huisartsen en medisch adviseurs

Datum: 16 juni 2023

Stoppen met roken & leefstijlbegeleiding bij psychiatrische problematiek

Veel rokers hebben de wens om ooit te stoppen. Ook mensen met psychiatrische problemen hebben deze wens, maar onder zorgprofessionals heerst terughoudendheid en behandel pessimisme. Wil jij je kennis en vaardigheden vergroten om deze doelgroep te kunnen steunen in hun wens te stoppen met roken? Doe dan deze module.

Voor wie: huisartsen, (long-) verpleegkundigen, praktijkondersteuners, medisch specialisten, bedrijfsartsen, coaches, persoonlijk begeleiders GGZ en andere zorgprofessionals die rokers met psychiatrische problematiek willen adviseren en/of begeleiden bij het stoppen met roken.

Datum: 20 juni 2023



Effecten van modafinil en cafeïne op nachtelijke waakzaamheid van bemanningsleden van de luchtmacht: een gerandomiseerde gecontroleerde studie

Samenvatting en toelichting

door luitenant-kolonel-vliegerarts Y.Q. Wingelaar-Jagt^a, C. Bottenheft MSc^b, prof. dr. W.J. Riedel^c, prof. dr. J.G. Ramaekers^c

^a Promovendus, Centrum voor Mens en Luchtvaart, Soesterberg en Afdeling Neuropsychologie en Psychofarmacologie, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht, Maastricht.

^b Gedragswetenschapper, TNO Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek, Utrecht.

^c Hoogleraar Psychofarmacologie en Gedragstoxicologie, Afdeling Neuropsychologie en Psychofarmacologie, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht, Maastricht

Artikel ontvangen februari 2023.

Oorspronkelijk artikel: Yara Q. Wingelaar-Jagt, Charelle Bottenheft, Wim J. Riedel, Johannes G. Ramaekers: Effects of modafinil and caffeine on night-time vigilance of air force crewmembers: A randomized controlled trial.

Het artikel is open access beschikbaar: <https://doi.org/10.1177/02698811221142568>.

Samenvatting

Achtergrond

Vermoeidheid blijft een belangrijke factor bij grote luchtvaartongevallen. Stimulerende middelen kunnen de nadelige effecten van vermoeidheid tegengaan, met modafinil als een veelbelovend alternatief voor cafeïne. Het effect van een enkele dosis modafinil na een beperkte periode van slaapgebrek blijft echter onbekend.

Doelstellingen

Deze studie heeft tot doel het effect van 200 mg modafinil op waakzaamheid te bepalen tijdens een beperkte periode van slaapgebrek in vergelijking met 300 mg cafeïne en een placebo.

Methoden

Tweeëndertig vrijwilligers van de Koninklijke Luchtmacht kregen dubbelblind modafinil, cafeïne en een placebo toegediend op drie niet-openvolgende proefdagen nadat ze mediaan 17 uur wakker waren geweest. Daarna voltooiden de proefpersonen zes series van de *Vigilance and Tracking test* (VigTrack), *psychomotor vigilance task* (PVT) en *Stanford Sleepiness Scale* (SSS), wat zes primaire eindpunten opleverde.

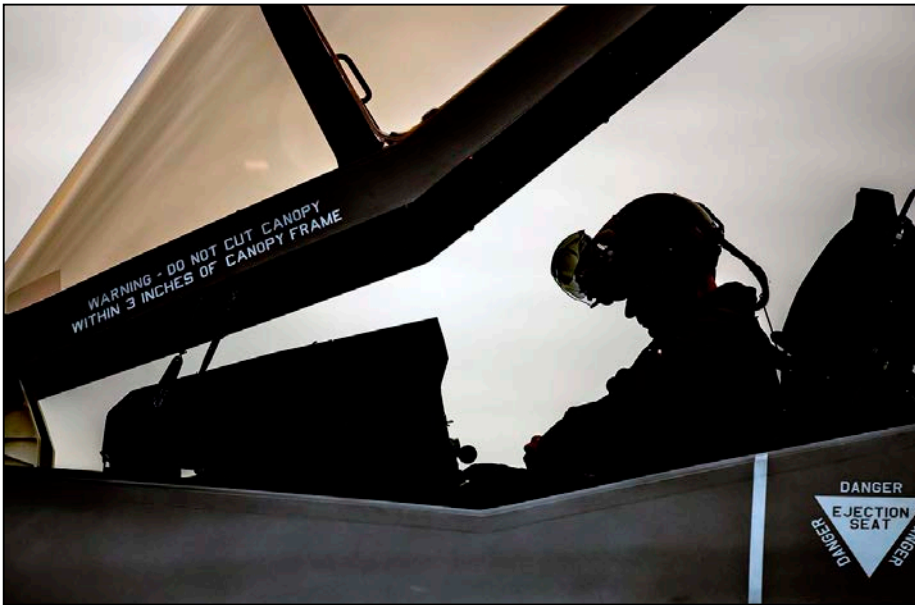
Resultaten

Deze studie onthulde statistisch significante effecten van cafeïne en modafinil in vergelijking met de placebo op alle eindpunten, behalve de gemiddelde *tracking error* van VigTrack. PVT-resultaten waren minder verstoord 2 uur na toediening, gevolgd door VigTrack-parameters en SSS-scores 2 uur daarna. In vergelijking met cafeïne verbeterde modafinil de PVT- en SSS-scores aanzienlijk 8 uur na toediening.

Conclusies

De huidige studie toont aan dat 200 mg modafinil en 300 mg cafeïne de effecten van een beperkte periode van slaapgebrek op waakzaamheid aanzienlijk verminderen in vergelijking met de placebo. Hoewel PVT-parameters al 2 uur na toediening verbeterden, traden de meest opvallende effecten 2-4 uur later op. Modafinil lijkt langer effectief te zijn dan cafeïne, wat consistent is met de langere halfwaardetijd.

Toelichting



Afb. 1: F-35 avondvliegen. Foto: Ministerie van Defensie.

luitenant-kolonel-vliegerarts Yara Wingelaar-Jagt naar de inzetbaarheid van stimulantia in de militaire luchtvaart. Op basis van de pilotstudie en deze studie is modafinil inmiddels toegestaan voor vliegend personeel tijdens uitzendingen en operationele vluchten.

In navolging op de pilotstudie naar het effect van modafinil op de vermoeidheid tijdens operationele (nacht)vluchten gedurende de missie Air Task Force Middle East (ATF-ME) heeft het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML) een gerandomiseerde gecontroleerde studie uitgevoerd om het effect van cafeïne en modafinil op de waakzaamheid gedurende de nacht te vergelijken met dat van een placebo. Het artikel maakt deel uit van het promotieonderzoek van

SUMMARY

EFFECTS OF MODAFINIL AND CAFFEINE ON NIGHT-TIME VIGILANCE OF AIR FORCE CREWMEMBERS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Background

Fatigue remains an important factor in major aviation accidents. Stimulants may counteract fatigue's adverse effects, with modafinil as a promising alternative to caffeine. However, the effect of a single dose of modafinil after a limited period of sleep deprivation remains unknown.

Aims

This study aims to determine the effect of 200 mg modafinil on vigilance during a limited period of sleep deprivation compared to 300 mg caffeine and placebo.

Methods

Thirty-two volunteers of the Royal Netherlands Air Force (RNLAf) were double-blindly administered modafinil, caffeine, and placebo on three non-consecutive trial days after being awake for median 17 h. Afterwards, subjects completed six series of the Vigilance and Tracking test (VigTrack), psychomotor vigilance task (PVT), and Stanford Sleepiness Scale (SSS), yielding six primary endpoints.

Results

This study revealed statistically significant effects of caffeine and modafinil compared with placebo on all endpoints, except for VigTrack mean tracking error. PVT results were less impaired 2 h after administration, followed by VigTrack parameters and SSS scores 2 h thereafter. Compared with caffeine, modafinil significantly improved PVT and SSS scores at 8 h after administration.

Conclusions

The present study demonstrates that 200 mg modafinil and 300 mg caffeine significantly decrease the effects of a limited period of sleep deprivation on vigilance compared with placebo. Although PVT parameters already improved 2 h after administration, the most notable effects occurred 2-4 h later. Modafinil seems to be effective longer than caffeine, which is consistent with its longer half-life.

The full-text article is available [online](#).



Eeuwenoude liefdevolle zorg ‘zeer actueel’

Stapjes naar een gewenste verandering

door drs. M.M. Portegies

De auteur is historicus.

Artikel ontvangen december 2022.

Samenvatting

In 1863 publiceert een gewezen patiënt van het hospitaal in Leiden een memoire met passages over de liefdevolle zorg die hij daar in 1821 van een militair geneesheer had gekregen. Die zorg paste in het sociaal denken van een samenleving zoals die in Nederland in de eerste helft van de negentiende eeuw of die van Aboriginals die op traditionele wijze leven. Ten tijde van de publicatie ruim veertig jaar later verandert Nederland echter naar een geïndustrialiseerde samenleving waarin die liefdevolle zorg niet of veel minder past. Mogelijk is dat een reden waarom liefdevolle zorg in Nederland als waarde voor genezing heden ten dage nog niet is teruggekeerd.

Een onlangs geschreven thesis bepleit de small wins-aanpak om veranderingen toch van de grond te krijgen. Uitgangspunt hierbij is het zetten van kleine betekenisvolle stapjes met tastbare resultaten. Wellicht dat het extra werven van vrouwen voor de geneeskundige dienst van het leger ook helpt. Dit aantal blijft echter nog achter bij die van mannen. Daarom is het zo belangrijk dat redacties, zoals die van dit tijdschrift, haar lezers blijven attenderen op nieuwe, soms al eeuwen oude geneeskundige denkbeelden, totdat de samenleving er wel rijp voor is. Liefdevolle zorg is een onderwerp dat die aandacht verdient.

Inleiding

In 2017 plaatst dit tijdschrift opnieuw een artikel oorspronkelijk uit 2004. De publicatie gaat over een memoire uit 1863 waarin een gewezen patiënt de liefdevolle zorg die hij heeft ontvangen in het hospitaal te Leiden in 1821 beschrijft. De hoofdredacteur van dit tijdschrift motiveert de herplaatsing met de mening dat het onderwerp “ook in deze tijd (2017) zeer actueel is”. Hierna wordt besproken hoe dat na al die tijd kan.

Agrarische samenleving en Aboriginals

“... een onderwerp dat ook in deze tijd zeer actueel is”, schrijft de hoofdredacteur van dit tijdschrift in 2017 vanwege het opnieuw plaatsen van het artikel over liefdevolle zorg van een militair geneesheer in het hospitaal te Leiden in 1821¹. Dit artikel verschijnt voor het eerst in dit tijdschrift in 2004 naar aanleiding van een memoire uit 1863 van een gewezen patiënt van de officier van gezondheid inspecteur C.G.E. Mergell (1781-1851)².

Het opnieuw geplaatste artikel beschrijft hoe inspecteur Mergell expliciet de nadruk legt op een sterke geest in een gezond lichaam. Hij geeft een doodzieke luitenant onder meer veel liefdevolle aandacht en de patiënt geneest. Mergell doet dat in een agrarische samenleving die gekenschetst kan worden als homogeen, zelfingenomen, overzichtelijk en kritiekloos³. De publicatie over die behandeling volgt echter pas ruim veertig jaar later. Op dat moment verandert met de industrialisering tot de dag van vandaag het sociaal denken in Nederland. “Het appèl om één te zijn met je medeburgers is vervangen door de oproep om jezelf, dus ánders te zijn. Waar sociale verbanden aan belang inboeten, vermindert ook het elkaars broeders hoeder zijn.” Aldus het artikel⁴.

Drie jaar na het herplaatsen van het artikel, in 2020, verschijnt de scriptie “Invloed van gedachten op herstelproces” voor de registeropleiding Eclectisch Energetisch Natuurgeneeskundig Therapeut van R. Heetland⁵. Evenals Mergell wijst zij op het verband tussen gedachten en gezondheid. Heetland: “Ik heb met het lezen van alle boeken en websites steeds weer ontdekt dat er een

aantal dingen zijn die bij methodes terugkomen en dat is dat gedachten letterlijk ziekmakend kunnen zijn. Liefde is allesoverheersend omdat het een pure energie is.” Evenals het herplaatste artikel wijst Heetland op een samenleving die niet is geïndustrialiseerd en geïndividualiseerd en waarin vertrouwd wordt op het zelfhelend vermogen van het lichaam. Waar het herplaatste artikel echter naar de agrarische samenleving in Nederland in de eerste helft van de negentiende eeuw wijst, kijkt Heetland in navolging van de medicus M. Morgan ook naar de manier hoe traditioneel levende Aboriginals - via telepathie - kunnen communiceren. Aan de hand daarvan denkt ze dat we “meer moeten leren luisteren naar onze gevoelens en onze intuïtie. Het vertrouwen hebben in iets, een volle overtuiging hebben van iets, geloof, hoop en liefde, dit alles maakt dat er dingen daadwerkelijk kunnen veranderen”⁶.

Kortom, Heetland pleit voor meer waardering voor kwalitatief onderzoek. Ook de ethicus en geestelijk verzorger E. van Wijngaarden doet dat in een artikel van december 2022. Ze zegt daarin: “Ik zou graag zien dat er nog meer oog komt voor de waarde van kwalitatief onderzoek. Sommige soorten kennis laten zich niet in harde, cijfermatige data vangen. Als je wilt weten wanneer mensen zorg als betekenisvol ervaren, moet je ze toch echt interviewen of lange tijd observeren.”⁷

Small wins-aanpak

Als onze huidige Westerse samenleving niet (goed genoeg) openstaat voor liefdevolle zorg en die zorg heeft wel voordelen, kan nagedacht worden hoe toch daarvoor meer ruimte te geven. Immers ook al zou er een gedeeld gevoel van noodzaak voor zijn, dan nog is dat geen garantie voor verandering. Onlangs schreef G. van der Singel een thesis over hoe de overgang naar duurzaam bouwen versneld kan worden. Van der Singel betoogt dat vanuit verschillende kennisinstellingen perspectieven op transitie zijn ontwikkeld. De keuze voor de methode om verandering in te voeren is volgens haar afhankelijk van de aard, de omstandigheden en de fase waarin een transitieopgave zich bevindt⁸.

Van der Singel pleit voor de small wins-aanpak om veranderingen te bewerkstelligen. Een belangrijk verschil met andere methoden om dat te doen is volgens haar dat bij de small wins-aanpak geen vastgesteld einddoel is: “focus ligt op continu veranderen” via “kleine betekenisvolle stapjes met tastbare resultaten”⁹. Een ‘small win’ is klein maar diepgaand. Diepgaand in die zin dat er sprake is van fundamentele nieuwe handelwijzen waarbij technische en sociale veranderingen worden gecombineerd. Small wins doen zich voor op kleine schaal, maar de accumulatie daarvan kan leiden tot een grote en complexe systeemverandering. Van der Singel: “De focus op het zetten van kleine betekenisvolle stapjes met tastbare resultaten zorgt voor een energiek proces, waarin het risico vermeden wordt dat mensen in een transitie overweldigd of ontmoedigd raken. De small wins-aanpak is een bottom-up aanpak, waarbij de basis ligt in een prikkelende ambitie van een actor”¹⁰.

Opmerkelijk is dat in Nederland veel officieren van gezondheid deze small wins-aanpak al in de eerste helft van de negentiende eeuw met succes toepasten. Zij verspreidden nieuwe medische kennis via publicaties en via de redacties van tijdschriften waar zij inzaten. Verder verspreidden zij hun kennis via persoonlijke overdracht als leraar of door persoonlijk contact in de praktijk. Door al deze kleine stappen van onderop stonden de militaire geneesheren in Nederland aan de wieg van de grote veranderingen in de geneeskunde in de eerste helft van de negentiende eeuw¹¹.

Gewenste veranderingen

Inspecteur Mergell gaf in 1821 liefdevolle zorg door zijn patiënt, luitenant J.Th. Büser, op het hart te drukken “niet te veel gewigt” te hechten aan het feit dat zijn collega geneesheren hem hadden opgegeven. Mergell sprak: “Moed derhalve, lieve Vriend! moed en al weder moed! De mensch kan veel lijden, veel doorstaan; maar geeft hij in moeilijke levenstoestanden den moed verloren, dan worden te gelijker tijd alle levensorganen aangedaan, en het gevolg er van is, dat het fysiek ten laatste bezwijkt.” Dit is het uitgangspunt van een behandeling waarbij de zieke gedurende ruim twee maanden afwisselend enkele weken lang dagelijks wordt ingewreven om daarna enkele dagen tot twee weken lang rust zonder medische hulp krijgt. Daarna ontvangt Büser “versterkende

spijzen en dranken” en moet hij zoveel mogelijk buiten wandelen. Mergell vervolgt: “Voorts moet gij geheel op uw gemak en naar uwe fantasie leven: eten, als gij er trek in hebt, slapen, als ge daar opwekking toe gevoelt; een bad gebruiken, als u dat wenschelijk toeschijnt: en hebt gij lust om wat te lezen; welnu, dan kan die wensch gemakkelijk bevredigd worden...” De inspecteur gaf zijn patiënt boeken, ging met hem wandelen en zelfs vissen. Ook ging Büser soms op de thee bij de directeur van het hospitaal. Büser geneest en schrijft 42 jaar later over zijn behandeling in het Leidse hospitaal: “Onvergetelijk blijven mij steeds de dagen, die ik daar heb doorgebracht: en geen wonder, want ik werd er, beladen met smarten en pijnen, in opgenomen, met de liefderijkste zorgen behandeld en verpleegd, met de meeste voorkomendheid en menschlievendheid bejegend; ik ondervond er troost en bemoediging, hulp en baat...”¹²

Ondanks het resultaat en de waardering daarvoor van zijn patiënt werd de liefdevolle zorg zoals Mergell die gaf geen gemeengoed. Gelet op het bovenstaande komt dat mogelijk omdat de publicatie over die zorg pas ruim veertig jaar later komt als er inmiddels een andere tijdgeest heerst. Ofwel zoals Van der Singel schrijft: “Transformeren is geen lineair proces en periodes van snelle verandering zullen afgewisseld worden met periodes van relatieve rust, waarin prille initiatieven kunnen rijpen.”¹³

De lector weerbare democratie W. Slingerland is hoopvol dat verandering voor de deur staat. Ze betoogt dat onze maatschappij steeds ingewikkelder en ongrijpbaarder wordt. De lector: “Tegelijk keert de mens terug naar wat het was: zingeving. We zitten in het laatste stukje van economisch consumeren. Hopelijk gaan we terug naar betekenisvol leven. Naar het echte contact en meer kwaliteit van leven. Je ziet het in de trein: iedereen zit op zijn telefoon, totdat er iets misgaat.”¹⁴ Opmerkelijk is overigens dat Willeke Slingerland de vijfde auteur is van dit artikel die het vrouwelijk geslacht heeft. De anderen zijn: Renée Heetland, Marlo Morgan, Els Wijngaarden en Gerda van der Singel met haar opleiding Technische Bedrijfskunde en haar baan als algemeen directeur van een bouw(materialen)bedrijf¹⁵. Als dit niet helemaal toevallig is, kan nagedacht worden of het gunstig is voor het doorvoeren van gewenste veranderingen in de samenleving als die vooral uitgedragen wordt door slechts één sekse. Dit geldt dan zeker in organisaties waar vrouwen in de leidinggevende functies in de minderheid zijn. In de burgermaatschappij is het percentage vrouwen in de medische top ongeveer 36%, terwijl de zorgsector voor zo’n 80% uit vrouwen bestaat¹⁶.



Afb. 1: Aardappelschillende boerin met liefdevolle zorg voor haar kinderen.

Schilder: Jan de Jong (?), 1864-1901.

Bij de medische dienst van het Nederlandse leger is überhaupt slechts één op de drie werknemers vrouw¹⁷. Defensie onderkent dat meer diversiteit op de werkvloer tot meer prestaties en meer sociale veiligheid zal leiden. Als inderdaad juist vrouwen bevorderen dat liefdevolle zorg meer in beeld komt, dan kan dit nog een extra reden zijn om juist hen voor de krijgsmacht te werven. Het ministerie is al jaren bezig met vooral vrouwen te rekruteren, maar volgens de NOS “levert dat niet genoeg op.”¹⁸

Een andere weg om gewenste veranderingen in de militaire gezondheidszorg te stimuleren is alertheid op signalen

die prille initiatieven in de actuele praktijk beschrijven. Ook al vinden zij hun herkomst uit een agrarische tijd waarin de boerin aardappels schilt terwijl ze liefdevol voor haar kinderen zorgt (Afb. 1). Deze alertheid lijkt eenvoudiger dan het is. Want volgens de bovengenoemde zorgethicus Van Wijngaarden moet je moeite doen om alert te blijven. “Dat is, denk ik, iets van alle tijden, maar geldt des te meer in de snelle, veeleisende samenleving waarin wij leven.”⁷ De redactie van dit tijdschrift lijkt open te staan voor het concept, in 2023 wordt de oproep tot liefdevolle zorg nogmaals in dit blad herhaald.

SUMMARY

CENTURIES-OLD LOVING CARE ‘VERY TOPICAL’

In 1863 a former patient of Leiden hospital published a memoir about the wonderful care he had received from a military doctor during his stay there in 1821. That medical care fit into the social thinking of a society like that of the Netherlands in the first half of the nineteenth century or that of the Aboriginals nowadays. However, the four decades between the actual events and the publication of the memoir marked a transformation of the Netherlands. The country was gradually changing into an industrialized society in which such loving medical care did not fit anymore or occurred to a much lesser extent. This is possibly one of the reasons why loving medical care has still not returned to Netherlands.

A recently written thesis advocates the small wins approach in order to get changes off the ground. This is based on taking small meaningful steps with tangible results. Remarkably, this is precisely what many medical officers of the Netherlands Army successfully did in the first half of the nineteenth century. The loving medical care as it happened in 1821 at Leiden hospital is an example of this. However, perhaps due to shifting social thought, such medical care has still not become commonplace.

What remains is the role of editorial boards to keep drawing the readers’ attention to new, sometimes centuries-old medical ways of thinking until society is ready for it. Fortunately, the editorial board of this journal is willing to repeat the call for ‘loving care’.

Referenties:

1. **Van der Wal H.:** Van de redactie, in: *Nederl Mil Geneesk T* 2017;70(1):3.
2. **Portegies M.M.:** Büser en Mergell in het hospitaal te Leiden. Terug naar liefdevolle zorg van 1821, in: *Nederl Mil Geneesk T* 2017;70(1):15-23.
3. **Portegies:** a.w., p. 17.
4. *Idem:* p. 16.
5. **Heetland R.:** Invloed van gedachten op herstelproces. Delft 2020. (Scriptie registeropleiding Eclectisch Energetisch Natuurgeneeskundig Therapeut).
6. **Heetland:** a.w., p. 38.
https://nl.frwiki.wiki/wiki/Marlo_Morgan
Morgan, M.: Australië op blote voeten, *Utrecht* 1998 (20), p. 72-76.
7. **Geuze S.:** Els van Wijngaarden. Op zoek naar de essentie van leven en sterven, in: *Radboud Magazine* 2022;74(dec):9.
8. **Van der Singel G.:** Small Wins in de bouwtoelevering. Naar acceleratie van de transitie naar biobased bouwen, z.p. 2022. (Thesis Nyenrode Business Universiteit) p. 16 en 17.
9. **Van der Singel:** a.w., p. 22.
10. *Idem:* p. 23.
11. **Portegies M.M., Kerkhoff A.H.M.:** Officieren van gezondheid als verspreiders van nieuwe geneeskundige denkbeelden, 1814-1855, in: *Nederl Mil Geneesk T* 1998;51(2):50.
12. **Portegies:** Büser en Mergell, a.w., p. 17-21.
13. **Van der Singel:** a.w., p. 18.
14. **Boonstra W.:** Lector weerbare democratie Willeke Slingerland: ‘Netwerken ondermijnen lokale democratie’, in: *Binnenlands Bestuur*, 24-2-2023;44(4):32,35.
15. **Heetland:** a.w., p. 9.
https://nl.frwiki.wiki/wiki/Marlo_Morgan
Geuze: a.w., p. 6.
Van der Singel: a.w., p. 3.
Anonymus: Gerda van der Singel bouwt vernieuwend verder met Miedema, in: *Kijk op het Noorden. Kennisplatform voor het noorden*, 2020;52(418):62-63.
16. <https://atria.nl/nieuws-publicaties/werk-en-zorg/combinatie-zorg-werk/het-sterotype-dat-zorg-een-vrouwentaak-is-moet-woorden-doorbroken/>
17. **Rosenberg E., Berkhout K.:** Vrouwen krijgen voorrang voor baan bij krijgsmacht, in: *NRC*, 29-3-2022.
18. <https://nos.nl/artikel/2398525-nog-lang-niet-genoeg-vrouwen-bij-defensie-streefcijfers-in-de-maak>

Noot: a.w. = aangehaald werk.



Medische rampen in Nederlands-Indië

Lezing gegeven in museum en militair tehuis Bronbeek, Arnhem, 23 september 2022

door dr. L. van Bergen

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

Artikel ontvangen maart 2022.

Samenvatting

Om iets te kunnen zeggen over medische rampen in Nederlands-Indië zal eerst moeten worden gedefinieerd wat precies een medische ramp is. Een medische ramp is een ramp waarbij de medische zorg door eigen toedoen of zelfs moedwillig is tekortgeschoten. Dit in tegenstelling tot een humanitaire ramp, waarbij ook veel zieken, gewonden en doden zijn te betreuren maar waarbij de schuld van het falen buiten de zorgverleners ligt bijvoorbeeld door gebrek aan materiaal, menskracht of kennis. Aan de hand van een drietal voorbeelden die volgens hem in deze zin medische rampen waren – de medische zorg ten tijde van de Atjeh-oorlog, de bestrijding van lepra en de hulp aan de Indonesische bevolking in de jaren 1946-1949 – betoogt de auteur dat de medische zorg in Nederlands-Indië zelf als ramp moet worden betiteld, omdat de zorg met name werd ingezet voor politieke doelen, niet om de noden van de Indische bevolking te verlichten.

Inleiding

De Nederlandse koloniale aanwezigheid in Indonesië heeft de nodige gebeurtenissen gekend die medisch rampzalig kunnen worden genoemd. Te denken valt aan majeure geweldsuitbarstingen zoals de opstand van Diponegoro in de jaren dertig van de negentiende eeuw, de Atjeh-oorlog aan het einde van die eeuw en het begin van de twintigste, of de dekolonisatieoorlog van 1946-1949. Te denken valt ook aan door de Nederlanders opgelegde economische systemen zoals het cultuurstelsel midden negentiende eeuw of de pure uitbuiting rond Medan vanaf eind 19e eeuw. Er zijn natuurrampen zoals de vulkaanuitbarstingen van de Tabora in 1815 en de Krakatau in 1883, die zelfs wereldwijd tot medisch malheur leidden. En dan zijn er natuurlijk de ziektes waarbij lepra, pest, malaria en niet te vergeten de Spaans genoemde griep van 1918-1919 kunnen worden genoemd.

Over het algemeen is gezegd dat die medische catastrofes nog rampzaliger zouden zijn geweest zonder de Nederlandse medische hulpverlening, die een van de zaken is waarop altijd wordt gewezen als de rampzalige gevolgen van de koloniale onderdrukking worden goedgepraat, gebagatelliseerd of genuanceerd. Ofwel: hoe men ook tegen kolonialisme in het algemeen of die in de Indonesische archipel in het bijzonder, aankijkt, medisch gezien werd er wat schoons verricht. Zo werd in 1997 nog in het jubileumboek van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde de pestbestrijding op Java voorbeeldig genoemd. Er werd aan herinnerd dat dankzij vaccinaties in Nederlands-Indië voor 1942 geen pokken voorkwam en dat mensen van wereldfaam er zich bezighielden met voeding en malaria¹. Het is alsof wordt gezegd dat de medische zorg onafhankelijk opereert van de culturele en politiek-economische context waarin ze wordt verleend. Dat is niet het geval, toen en daar niet, nergens en nooit niet.

Het is dan ook deze nauwelijks betwiste waardering, die ik in deze lezing tegen het licht wil houden. Daarvoor zal wel eerst de vraag moeten worden gesteld of een gebeurtenis die medisch rampzalig kan of moet worden genoemd ook meteen een medische ramp is? Eerst moet dus worden vastgesteld wat dat dan is, een medische ramp.

Medisch rampzalig is niet gelijk aan medische ramp

Natuurlijk kan een medische ramp worden gedefinieerd als iedere gebeurtenis waarbij veel gewonden en doden zijn gevallen en/of een grote hoeveelheid mensen ernstig ziek is geworden. In die zin zijn de gevolgen van een vulkaanuitbarsting evenzeer een medische ramp als een oorlog of een niet te bestrijden ziekte zoals de ‘Spaanse’ griep. Dit geeft echter wat problemen, zeker in een koloniale context. Medisch protest tegen de cultuur- en plantagestelsels bijvoorbeeld zou zeer op zijn plek zijn geweest, maar was nagenoeg afwezig. Als medische ramp hebben ze ook nooit te boek gestaan, terwijl daar best het nodige voor te zeggen zou zijn geweest. De toestanden in Noordoost-Sumatra werden door artsen zelfs medisch goedgepraat. De Atjeh-oorlog was met



Afb. 1: Gesneuvelde Atjehse strijders bij de zuiderborstwing van de versterking Koeto Reh na de inname door het Koninklijk Nederlands-Indisch Leger onder leiding van generaal-majoor G.C.E. van Daalen (14-15 juni 1904).

Bron: NIMH, objectnr. 2155_025969

een sterfte van 4 procent van de autochtone bevolking behoorlijk alles- en iedereen vernietigend te noemen, maar zelfs de bloedtocht van Van Daalen in 1904 – waarbij tegenover twee Nederlandse doden minimaal 560 Atjehse doden stonden van wie bijna de helft vrouwen en kinderen – is nooit als medische ramp betiteld, al kan dat in dit specifieke geval zijn geweest omdat er nauwelijks gewonden te betreuren waren.... Datzelfde geldt voor de gevolgen van de uitbarsting van de Krakatau. Ik zou willen stellen dat dit onterecht was bij de Atjeh-oorlog en terecht bij de Krakatau.

Het is onterecht dat de bloedtocht van Van Daalen en andere moordpartijen ten tijde van met name de laatste fase van de Atjeh-oorlog nooit een medische ramp zijn genoemd omdat toen de medische zorg wel degelijk nalatig is geweest in haar taak hulp te verlenen ongeacht aard en karakter van de zieke of gewonde. Het is terecht dat de uitbarsting van de Krakatau nooit als een medische ramp is betiteld omdat bij mijn weten de medici – artsen en verpleegkundigen – toen hebben gedaan wat zij konden maar simpelweg tegen de grenzen van hun vermogens opliepen.

Bij het betitelen van een gebeurtenis als wel of geen medische ramp moeten we met andere woorden niet, of in ieder geval niet alleen, kijken naar het aantal zieken, gewonden, en vermijdbare doden – directe doden zijn weliswaar triest, medisch niet ter zake doend – maar ook, en wat mij betreft, bovenal, naar de rol die de medische zorg daarin heeft gespeeld. Er moet met andere woorden onderscheid worden gemaakt tussen humanitaire rampen en medische rampen, waarbij een humanitaire ramp een gebeurtenis is waarbij weliswaar vele zieken, gewonden en doden zijn te betreuren, maar waarbij de medische zorg weinig of niets valt te verwijten, domweg omdat het niet de kennis, het benodigde aantal mensen of de benodigde materialen had noch kón hebben om de zieken en gewonden bij te staan, te verplegen, of te genezen. Een medische ramp is dan een gebeurtenis waarbij de medische zorg wél is tekortgeschoten of zelfs ronduit heeft gefaald.

Afgaand op een definiëring die puur kijkt naar het aantal zieken, gewonden, doden, hebben zonder enige twijfel de griepgolf van 1918-1919 en de Japanse bezetting tot de ergste medische rampen behoord die Nederlands-Indië ooit hebben getroffen. Waren zij dat ook als daarvoor tevens wordt

gekeken naar wat de medische zorg ertegen kon ondernemen? Ik denk het niet. In beide gevallen stond zij immers machteloos. In het tweede geval was medische zorg, in ieder geval Nederlandse medische zorg, zelfs geheel afwezig.

Wat ik wil doen is van enkele door mij als medische ramp betitelde zaken bekijken wat de rol van de Nederlandse medische zorg daarin is geweest. Ik begin met de Atjeh-oorlog, waarbij ik vooral kijk naar de rol die het in naam neutrale Rode Kruis heeft gespeeld bij de hulp aan het Koninklijk Nederlands-Indisch Leger (KNIL), ga dan over op de zorg bij een ziekte, te weten lepra, om te eindigen met de hulp aan de burgerbevolking ten tijde van de dekolonisatieoorlog.

De Atjeh-oorlog

Laten we beginnen met het Nederlands-Indisch Rode Kruis, het NIRK². Een eerste indicatie over de zorg die door de medici en verplegers ervan te Atjeh werd verleend, wordt gegeven door de redenen achter de financiële hulpverlening door haar moedervereniging in Den Haag. Hierbij werd expliciet vermeld dat die gelden bestemd waren voor de hulp aan de eigen, Nederlands-Indische troepenmacht, de 'gewonde en zieke krijgers van ons leger en onze vloot'. Tevreden werd vastgesteld dat de activiteiten die de dochterorganisatie ontplooidde, inderdaad activiteiten waren 'ten behoeve van onze krijgslieden'³.

Nu moet hierbij worden gezegd dat iedere medische hulp in de archipel tot de oprichting van de Dienst Volksgezondheid begin twintigste eeuw, in theorie militaire hulpverlening was. De hospitalen die er waren, waren militaire hospitalen, al waren burgers er ook welkom. Verder waren er zogenaamde stadsverbanden, maar die werden, zoals een arts het beschreef, bevolkt door zwervers, bedelaars en zieke prostituees⁴. Iedere vorm van hygiëne was er ver te zoeken. De Nederlandse elite liet de arts dan ook aan huis komen, waardoor tijd voor hulp aan de bevolking erbij inschoot, als die bevolking daar de middelen al voor had.



Afb. 2: Medewerkers van het Rode Kruis geven medische hulp aan een nationalist, die gewond is geraakt tijdens een vuurgevecht met Nederlandse militairen. Bron: NIMH, objectnr. 2164-007-006.

Hier komt dus bij dat lange tijd het leeuwendeel van de artsen in Nederlands-Indië militair arts was. Militaire artsen zijn per definitie niet neutraal omdat het hun voornaamste taak is om de kracht en het moreel van de krijgsmacht op peil te houden. In geval van een oorlog zoals die te Atjeh was de geneeskundige dienst van het KNIL voor die taak echter bij lange na niet voldoende geëquipeerd. Zowel mankracht als materieel schoten tekort. De dienst was precies sterk genoeg voor vredesdagen, maar elke wijziging van de politieke situatie, hoe gering

ook, zorgde voor problemen. Dus was hulp noodzakelijk en die werd gevonden bij een in theorie neutrale organisatie als het NIRK. Die neutraliteit echter werd met voeten getreden, waarbij moet worden gezegd dat de in 1864 bij de Conventie van Geneve afgesproken neutraliteit ook helemaal niet was bedoeld voor koloniale oorlogen. Neutraliteit was een zaak tussen zogenaamd beschaafde, lees Westerse landen en gold dus niet voor koloniale oorlogen. Die waren immers een zaak van beschaving versus barbarij⁵.

In 1914 werd hierover bijvoorbeeld geschreven dat ‘bij het verzet tegen ons gezag of het verdedigen van hun grond de inboorlingen zo moorddadig optreden, dat de menslievende bedoelingen van het Rode Kruis niet tot hun recht kunnen komen. Onze vijanden zouden zeer gevaarlijk zijn voor doctoren en verplegenden.⁶⁷ Van hulp aan tegenstanders is dan ook hooguit incidenteel sprake geweest. De diverse geneeskundige rapporten reppen er in ieder geval nooit over. De enige keer dat er bij mijn weten van een dergelijke behandeling sprake is, is in een artikel van een in KNIL-dienst staande Zwitserse arts, die in een gedenkboek van het Internationale Rode Kruis herinneringen ophaalde aan de hulp verleend aan de sultan van Atjeh, die door ‘einem bösen Übel der Sitzteile’ niet meer aan de strijd kon deelnemen. Maar gelukkig stuurde, ‘in Ritterlichen Edelmüt’, de Nederlandse commandant een Westerse arts die de Sultan genas. Daarop kon de oorlog verder gaan ‘bis zu dem für beide Teile annehmbaren Frieden.’⁷

Dit anekdotisch voorbeeld kan echter het algemene beeld niet verstoren en dat gaat ook op voor de navolgende zinsnede uit het *Verslag der Verrigtingen* van het NIRK uit 1876. Bedacht moest worden dat, hetgeen aan het NIRK geschonken werd ‘thans wel in de eerste plaats aan de strijders te Atjeh, ten goede komt, doch geenszins uitsluitend voor hen bedoeld is. De ware menschlievendheid kent geen onderscheid’⁸. Maar, zoals gezegd, die menslievendheid kende wel degelijk onderscheid: het onderscheid tussen beschaafd en onbeschaafd, een verschil dat medisch werd beargumenteerd; argumenten die meteen konden worden gebruikt ter rechtvaardiging van de koloniale onderdrukking. Het toenmalige hoofd van de Militair Geneeskundige Dienst van het KNIL, J. Haga, schreef bijvoorbeeld dat Atjehers niet alleen onbeschaafd waren, maar ook lichamelijk onderontwikkeld.

‘Dat de inlander minder reageert op wonden dan de Europeaan is algemeen bekend. Of de lagere organisatie van genen hiervoor het enige moment is of dat er nog andere zaken invloed op uitoefenen moet ik onbeslist laten.’⁹

Dit soort medisch onderbouwd racisme was volkomen normaal. Tot grote tevredenheid van alle anderen en met name malaria-onderzoeker Hendrik-Nicolaas Swellengrebel, werkten in het alom geroemde Eijkmaninstituut rond 1930 bijvoorbeeld twee Duitse tropenartsen, toen al beiden lid van de Nationaalsocialistische Duitse Arbeiderspartij (NSDAP), die enkele jaren later verantwoordelijk waren voor de passages over koloniale rassenhygiëne in de Duitse rassenwetten¹⁰.

Maar ook als het onderscheid beschaafd-onbeschaafd er niet was geweest, is het zeer de vraag of er wél van enige hulp van het NIRK aan de tegenstanders van het KNIL sprake zou zijn geweest. De hoeveelheid naar Atjeh verzonden materialen, was immers volledig op de maat van de behoefte van dat KNIL gesneden. De hulp van het NIRK kwam daardoor weliswaar zeer zeker ten goede aan mensen van een andere landsaard dan de Nederlandse, maar alleen als zij aan Nederlandse zijde vochten. En ook dan was er onderscheid. De blanke, Europese soldaten – een minderheid – werden beter bedeed dan de autochtonen en niet alleen omdat zij doorgaans hoger in rang waren. Voor de autochtonen waren er tabak en strootjes, ‘ónze jongens’ kregen een sigaar¹¹.

Deze instelling veranderde ook niet ten tijde van de ethische politiek en het Interbellum, met als gevolg dat het NIRK in de tijd voor de Tweede Wereldoorlog als een steunpilaar van het Nederlands kolonialisme moet worden gezien. Van hulp ongeacht ras, geloof en nationaliteit was alleen in theorie sprake en dan nog alleen als er niet in actie hoefde te worden gekomen. Natuurlijk, officieel hoefde het NIRK zich niet te bekommeren om inheemse slachtoffers van Neêrlands militaire expedities rond de evenaar. De Rode-Kruistheorie was zoals gezegd toegesneden op Europese slagvelden met zogenaamd beschaafde blanken aan weerszijden van het front. Maar werd op dit punt aan de Rode-Kruistheorie vastgehouden, op andere punten werd ervan afgeweken. De hulp beperkte zich ten eerste niet tot zieken en gewonden, zie de strootjes en de sigaren, en de statuten werden zodanig aangepast dat het KNIL ook kon worden gesteund als het niet in staat van oorlog verkeerde, zoals in de statuten van de moedervereniging in Den Haag stond, maar werd ingezet ter onderdrukking van

oproer¹². Wanneer bovendien de personele bezetting van het NIRK in aanmerking wordt genomen, met veel vertegenwoordigers van overheid en strijdmacht, kan worden gezegd dat er in Nederlands-Indië ten tijde van de Atjeh-oorlogen, niet of nauwelijks onderscheid bestond tussen staatshulp en de in beginsel toch particuliere Rode-Kruishulp, noch wat de uiterlijke kenmerken, noch wat de inhoudelijke beargumentering betreft.



Afb. 3: Pestambulance NIRK. Bron: Onbekend.

Er was nog een tweede punt waarin de moederorganisatie niet werd gevolgd. Had Den Haag rond 1900 het zogenaamde vredeswerk omarmd, wat overigens doorgaans niets anders was dan een mooi woord voor voorbereiding op de oorlogstaak in tijd van vrede, het NIRK bleef strikt vasthouden aan hulpverlening aan krijgslieden in dagen van geweld. Dit leidde in de jaren voor de Eerste Wereldoorlog tot een wel heel curieuze situatie. Het NIRK verleende geen hulp tijdens de vanaf 1911 woedende pestepidemie, die in enkele jaren ongeveer een kwart miljoen levens vergde. Deze hulp moest daardoor door de moedervereniging worden geboden. Dit werd daarenboven door veel Europeanen in de archipel als geldverspilling beschouwd. De pest vormde immers nauwelijks een bedreiging voor de Europese bevolking, alleen voor de autochtone. Daarbij omschreef ook het Nederlandse Rode Kruis, de organisatie die dus wél hulp verleende, de ambulance als van groot nationaal-koloniaal belang¹³.

Lepra

Laten we nu een volgend item bekijken, te weten de bestrijding van de ziekte lepra. Dat lepra een ramp is voor degenen die eraan lijden staat buiten kijf. Dat er lange tijd door de artsen weinig aan kon worden gedaan, eveneens, simpelweg omdat oorsprong en aard onbekend waren. Er werd rond 1850 bijvoorbeeld vanuit gegaan dat het een hereditaire ziekte betrof. In 1873 werd echter de leprabacil als onderliggend kwaad ontmaskerd, en daarmee aangetoond dat het een bacterieel-contagieuze ziekte betrof. Dit betekende overigens dat de leprapopulatie veranderde. Mensen die tot dan toe niet als lepreus waren beoordeeld, simpelweg omdat de uiterlijke symptomen gering waren of vakkundig verborgen, kregen nu wel het zeer stigmatiserende stempel 'lepralijder' opgedrukt, omdat ze de bacterie bij zich bleken te dragen. Anderen die op grond van hun ernstige huidafwijkingen eerst wel als zodanig waren gediagnosticeerd, kregen daarentegen te horen dat ze geen lepra hadden. De bacterie ontbrak immers.

Dit betekent dat lepra voor 1873 – of beter: voor 1890 want de bacillaire theorie werd niet meteen door iedereen omarmd – een humanitaire ramp was. Daarna veranderde zij in een medische ramp, omdat de medische zorg aan de leprozen niet werd gegeven louter op grond van medische maatstaven, maar ook op grond van Nederlandse, politiek-economische belangen. De theorieën, de mythes, die om de ziekte heen hingen, bleven er ook na 1873 omheen hangen en de angst ervoor werd zelfs groter aangezien besmetting toch wat gevaarlijker werd geacht dan erfelijkheid. Maar van een gelijkwaardige kans op het verkrijgen van de ziekte was geen sprake, ook niet wat de oorsprong van een besmetting betrof. Ondanks de aangetoonde bacteriële oorsprong, bleef lepra van raciale vooroordelen omgeven. De zwarten waren vies en vuil en werden dus eerder besmet. Bovendien waren zij zonder enige twijfel overal en altijd de bron van iedere besmetting, ook als de besmette persoon een blanke was. En dit gold al helemaal voor de Chinese koelies werkzaam in de omgeving van Medan. Voor hen gold bijna dat zij moesten aantonen géén lepra te hebben¹⁴.

Nergens in het toenmalig Nederlands-Indië was isolatie in leprozerieën verplicht, behalve in Medan en de leprozerie daar, Poeloe Sitjanang, was niet als een medisch instituut maar eerder als een in ontoegankelijk moerasgebied neergezet strafkamp te betitelen. Zij is wel eens een mengeling van filantropie en zelfverdediging genoemd, maar de zelfverdediging overvleugelde het filantropische wel geheel en al¹⁵. Naast preventie was de door de plantageartsen aangevoerde reden om in Medan isolatie wel verplicht te stellen, dat iedere andere omgangsvorm met leprozen het economisch profijt zou verminderen. Bovendien vormden zij een beangstigend gezicht voor de rond 1900 massaal naar Indië afreizende Nederlandse dames, zeker als zij zwanger waren¹⁶.

Overeenkomstig de sfeer op de plantages met hun *poenale sanctie*, de straf die volgde op schendingen van de contractovereenkomst, was disciplineren in Poeloe Sitjanang het sleutelwoord. De commandant van het Leger des Heils in Indië, J.W. de Groot, sprak in 1916 over de moeilijkheden met de grotendeels Chinese bewoners. Die had hij wel verwacht, gewend als zij waren aan 'een leven van onafhankelijkheid, onverschilligheid'. Levend van bedelarij hadden zij bovendien geen notie van 'reinheid, of orde' en leken zij 'meer op wilde beesten dan op menselijke wezens'¹⁷.

Maar er was nog een factor die naast de onwetendheid van het begin en de alleen maar toenemende angst, de Nederlandse medische reactie bepaalde; een factor die we ook al zagen bij de pestbestrijding en die direct met de zojuist aangegeven economische belangen te maken had. Omdat lepra werd gezien als een ziekte die niet de Nederlanders en degenen die hen dienden, maar zowel absoluut als relatief meer de autochtone bevolking trof – wat ook logisch is vanwege de moeilijker hygiënische omstandigheden waarin zij leefden –, was zuinigheid troef. Vergeleken met ziekten die wel als een direct en groot gevaar werden gezien voor de Nederlanders ging er relatief weinig geld naar de bestrijding van lepra. Dat was ook de reden om in eerste instantie de bestrijding vooral in de handen te leggen van goedkope religieuze instellingen; instellingen die vaak de specifieke kennis hiervoor misten en voor wie de hulpverlening het filantropische middel was dat het kersteningsdoel moest dienen¹⁸.

Dat er desondanks door Nederlandse artsen relatief veel aandacht aan lepra werd besteed had daarmee te maken dat het een chronische maar niet snel dodelijke ziekte was, waardoor lijdens eraan een constant bewijs vormden voor de autochtone bevolking dat ook die veelgeroemde Westerse geneeskunde niet alles kon oplossen. In een krantenartikel over de Mid-Javaanse leprozerie Plantoengan stond te lezen:

'Op het slagveld kon de dokter verlichting brengen, bij de framboesia ziet hij het resultaat van zijn toewijding, maar hier, hier strijdt hij altijd voort, zonder te kunnen vertrouwen op zijn wapenen, de geneeswijze, zonder verbetering te zien, en zonder heel veel hoop.'¹⁹

De zuinigheid is niet van het raciale gedachtegoed achter de leprabestrijding los te zien. Inheemse middelen en methoden ter bestrijding van lepra, gericht op verzorging zoveel als maar mogelijk in de eigen omgeving, werden pas in de jaren dertig omarmd. Mooi was dat daarover gezegd kon worden dat dit gebeurde omdat het succesvol was, maar dit bleek natuurlijk pas na een tijd. Realiteit was dat het was gebeurd omdat het een eind goedkoper bleek te zijn dan de op institutionalisering gerichte Nederlandse hulpverlening²⁰.

De dekolonisatieoorlog

En dan nu het derde en laatste punt: de hulp aan de Indonesische bevolking door de militaire geneeskundige dienst ten tijde van de dekolonisatieoorlog. Die hulp is vaak voorgesteld als bewijs van de humanitaire inborst van die dienst, maar was in feite onderdeel van de Nederlandse, militaire *carrot and stick*-strategie. Hulp was geen medisch-humanitair doel, naar een militair-strategisch middel²¹. Gebruikmakend van het tekort aan medische hulp aan Indonesische zijde en

van de vertrouwensband die een hulpverlenende arts of verpleger vaak met een patiënt ontwikkeld, werd via die hulp, die medisch volkomen tekortschoot, geprobeerd de Indonesische bevolking weer op Nederlandse hand te krijgen, wat van groot belang is in een guerrilla-oorlog. Ook werd zo geprobeerd informatie los te krijgen over bedoelingen en activiteiten van het Indonesisch Nationaal Leger (Indonesisch: Tentara Nasional Indonesia, TNI). Met andere woorden: de medische hulp aan de bevolking werd verleend vanuit militaire argumenten. Het was ook verder deze wortelfunctie van de medische zorg die de voornaamste reden vormde dat het aantal artsen in Indonesië koste wat kost moest worden uitgebreid, zelfs als dat ten koste zou gaan van de gezondheidszorg voor de bevolking in het naoorlogse Nederland zelf.

Dat medische zorg, hoe futiel ook, een positief effect op de stemming van de bevolking kon hebben, drong al snel tot de militair-medische top door. Door het grote tekort aan medische manschappen en benodigdheden was, zo werd begin 1946 gezegd, er nog geen sprake van medische hulp aan de bevolking 'op enige schaal van betekenis'. Maar daar waar de enkele artsen die de kampen enigszins fit hadden doorstaan, hulp hadden verleend, was de grote betekenis gebleken die dit werk had om, 'het vertrouwen der Inlanders in de blanken te herstellen'²². Dit pacificerende effect werd daarop tot beleid verheven. Niet omdat dit de gezondheid van de burgerbevolking ten goede kwam, maar omdat het 'in politiek opzicht zeer belangrijk' was en 'van het grootste belang voor de toekomst van **ons** volk'²³.



Afb. 4: Medische hulpverlening van het Rode Kruis in een kampong. Bron: NIMH, objectnr. 2116-0124.

Een van de teamleiders van de uit Nederland overgekomen mobiele Rode-Kruisteams, zei hierover dat volgens hem door middel van hulpverlening 'in de kampen en overal waar de bevolking te lijden had onder de extremisten', zij in staat waren ook de Indonesiërs te bereiken die afkerig waren van de Nederlanders²⁴. Deze gehoopte beïnvloeding van de bevolking betekende tevens dat, aldus weer een andere arts, 'het spectaculaire' voorrang moest krijgen boven 'het medisch theoretisch juiste'²⁵. Een chirurgische ingreep, waarbij iemand als het ware vanuit de dood terug het land der levenden in wordt gehaald, is immers indrukwekkender, magischer, dan onzichtbare preventie of het saaie, hooguit op termijn effect sorterende uitdelen van pilletjes.

Toen in de tweede helft van 1947 de bestrijding van scabiës en framboesia op een mislukking uitliep, werd dat dan ook zeer betreurd, maar niet zozeer vanwege de resulterende gezondheidsschade, maar omdat dit 'de goodwill van de bevolking' schaadde²⁶. Een gelukte bestrijding zou zeker hebben bijgedragen aan herstel van de rust en vermindering van de Indonesische achterdocht.

In een in juli 1946 geschreven rapport werd het samengevat. De geneeskundige hulp heeft 'aankweking bij de Indonesische bevolking van vertrouwen in en bereidheid tot samenwerking met de Nederlanders' tot doel. 'Tezamen met het verstrekken van voedsel, is het brengen van Westerse medische hulp, hiervoor het bij uitstek geschikte en van oudsher beproefde middel'. Dit werd vervolgens ondersteund en gestimuleerd door de legerleiding omdat die er 'sneller een groter coöperatie van de bevolking van zag (aanwijzen van terroristen, inleveren van wapens, berichtgeving over vijandelijke handelingen, enz.)'. Dit betekende dat het werk van Nederlandse artsen en verplegers 'een kolossaal Nederlands belang dient, hetwelk alleen zijn begrenzing vindt in de beschikbare tijd der artsen en het genees- en verbandmateriaal'²⁷. De militairen gingen immers voor

en als het leger verder trok, gingen de artsen mee en stopte de hulp aan de bevolking, ook omdat Rode Kruis en daarna de Dienst Volksgezondheid lang niet altijd gereed waren om in het ontstane gat te springen.

In dat rapport stonden overigens passages – volgens de opsteller ervan citaten van door hem ondervraagde Nederlandse artsen – die, zoals dat heet, politiek gevoelig waren. Zij toonden aan dat het voor 1942 alom aanwezige superioriteitsgevoel niet was verdwenen. Een voorbeeld. De vraag werd gesteld of de achterstand in kennis van de Westerse geneeskunde die de Indonesiër in vergelijking met de Europeaan had, alléén aan raskenmerken was toe te schrijven, of dat er óók van een gewone scholingsachterstand sprake was²⁸.

Onder degenen die het rapport vanwege deze racistische passages bekritiseerden, bevond zich overigens vreemd genoeg ook een arts die eerder zelf had laten weten dat het, als gevolg van Japanse opzweeping, met de geestesgesteldheid van de naoorlogse, Indonesische bevolking, die toch al door een vergaande emotionaliteit werd gekenmerkt, bedroevend was gesteld en dat dus herovering door de Nederlanders ook voor haar een goede zaak zou zijn. En die herovering moest daarom ook vooral niet met zachte hand gebeuren omdat dat alleen maar tot meer bloedvergieten leidde. Was eerder al, zo schreef hij, het Indonesische volk door de snelle nederlaag tegen Japan enigszins teleurgesteld geraakt in het eeuwenlang met ‘liefdevol ontzag en vrees’ als vaderfiguur bekeken Nederland, na afloop van de oorlog was het in een primitief ontwikkelingsstadium teruggevallen, wat tot ‘allerlei infantiele reacties’ had geleid. Dat gold niet voor ‘alle intellectuelen’ en ‘alle politieke leiders’, maar ook zij die de uitzonderingen op de regel waren, stonden ‘zeer dicht aan de rand van de weg, die naar regressie leidt’. Bovendien gold het zeer zeker voor ‘de massa’ die aan de ‘extremistische strijd’ deelnam en haar ‘ongedifferentieerde meelopers’. Kortom: het gold voor ‘de gehele Indonesische “Hitler-Jugend”’. Dus moest iedere vorm van ‘hordevorming’, zoals onze arts het noemde, worden verijdeld.

‘De psychisch afgetakelde horden en de verspreide eenlingen, die straks een horde zullen gaan vormen, zijn niet voor rede vatbaar, maar wel voor invloeden op hun eigen primitief niveau, met name fysiek geweld. Even weinig als de bedoeling van voorzichtig optreden begrepen wordt, even groot is de invloed, die uitgaat van krachtdadige, doelbewuste en tot in details consequente aanwending van machtsmiddelen. Men moet met de meest humane bedoelingen ingrijpen met de meest drastische middelen; waarbij men wel moet bedenken dat het doel is en blijft: het herstel van orde en rust.’²⁹

Na verloop van tijd begon tot enkelen door te dringen dat het allemaal zo eenvoudig nog niet was, die pacificerend bedoelde hulp aan de bevolking. Niet alleen was het aantal hulpzoekenden te groot in verhouding tot het aantal hulpverleners, ook bleek het wantrouwen, zeker in de militaire artsen, te groot. Zelfs als bij hen de bedoelingen volledig humanitair-neutraal waren geweest, dan nog zou, met andere woorden, de beleving een andere zijn. Medische neutraliteit is nu eenmaal niet alleen een kwestie van intentie der hulpverleners, maar ook van perceptie der hulpontvangers. En daar moeten dan nog de zeker niet altijd als ‘neutraal’ te kenschetsen consequenties binnen de maatschappij waarin de hulp wordt verleend en verkregen aan worden toegevoegd.

Dat de hulpverlening inderdaad meer militaire, politieke en propagandistische dan medische waarde had, wordt duidelijk als we beseffen dat begin 1946 bijvoorbeeld alleen Soerabaja al 150.000 te verzorgen inwoners telde voor wie zegge en schrijve 29 artsen ter beschikking stonden. Van die 29 waren er bovendien 16 die eerder zelf in de categorie patiënt dan zorgverlener thuishoorden. Misschien was het niet in alle steden zo desastreuus, met gerust hart kan worden aangenomen dat het buiten de steden nog veel erger was. Daar was immers al vóór 1942 de verhouding tussen het inwonertal en het aantal Westers-medisch geschoolde artsen veel schever dan in Soerabaja.



Afb. 5: Militair verzorgt gewonde burger. Bron: NIMH, objectnr. 2116-0124.

Het is alles bij elkaar dus niet verrassend dat in een proefschrift uit 1953, geschreven door een van de hulpverlenende artsen, onbedoeld een behoorlijk vernietigend oordeel over de hulp aan de burgerbevolking werd geveld. Over de hulp in 'het Garoetse', met twaalf militaire verplegers voor maandelijks 20.000 consulten, werd geschreven dat het vanzelf sprak 'dat geneeskundige hulp op zo massale wijze en door zo oppervlakkig geschoolde

krachten, zelf niet anders dan oppervlakkig kon zijn'. Toch eindigde hij positief. De 'schreeuwende behoefte', zeker in 'de pas opengelegde gebieden', waar volgens hem bijna iedereen scabiës, dysenterie en/of malaria had, 'rechtvaardigde dit systeem'³⁰. De vraag die hierbij moet worden gesteld, is: 'Klopt dat?' Is slechte, oppervlakkige medische hulp inderdaad beter dan geen medische hulp? En die vraag wordt alleen maar dringender als die slechte, oppervlakkige medische hulp wordt gegeven vanuit militair-politieke in plaats van medische doeleinden.

Kortom: Vanuit het oogpunt van de patiënten gezien, schoot de medische hulp in Indonesië in 1946-1949 tekort. Het aantal artsen was te gering om naast de ook al tekortschietende, primaire hulp aan de eigen soldaten, ook nog eens kwalitatief en qua nazorg voldoende hulp te verlenen aan de Indonesische bevolking. Dat die hulp toch werd geleverd, had te maken met het propagandistische effect dat ervan uitging; of althans: waarvan werd gedacht dat het ervan uitging. Het toont aan dat medische hulp niet uit zichzelf goed is, maar dat daarvoor de context moet worden bekeken waarin die hulp wordt verleend en dat naar het waarom ervan moet worden gevraagd.

Afsluitend

Bij het onderzoeken van de medische zorg in de archipel moet minder worden gekeken naar wat individuele artsen daar en toen hebben gedaan voor hun individuele patiënten of naar wat individuele medische wetenschappers daar en toen hebben onderzocht en ontdekt. We moeten gaan kijken naar het systeem en de context waarin die individuen werkten, naar de redenen achter het medisch doen en laten, naar wie de patiënten waren, naar welke ziekten onderzoek werd gedaan of waar wel en waar geen medisch beleid op werd ontwikkeld en naar de motieven daarachter. We moeten gaan kijken naar wat er voor het gehele volk werd gedaan. We moeten gaan kijken naar aanwezige, zinvolle alternatieven voor een bepaald beleid en ons dan afvragen waarom niet voor dat alternatief is gekozen. We moeten ons losmaken van het idee dat het handelen van medici en medische beleidsmakers louter op medische gronden is gebaseerd, maar dat de redenen erachter ook, en vaak nog meer, politiek, economisch, militair van aard waren, dat, met andere woorden die medische zorg niet los stond van de koloniale context, maar daar volledig in was geïntegreerd. Als we dat doen, is de conclusie welhaast onontkoombaar dat niet zozeer bepaalde ziekten, bepaalde geweldsuitbarstingen of de gevolgen van natuurrampen, de medische rampen zijn die de geschiedenis van Nederlands-Indië bij herhaling hebben geteisterd. De in de gehele koloniale, en dus onderdrukkende en uitbuitende geschiedenis aanwezige Nederlandse medische zorg zelf moet als dusdanig worden gekarakteriseerd. Zij was immers niet zozeer een instantie ter verlichting van de noden van het Indonesische volk. Zij was een steunpilaar van het Nederlandse koloniale bewind, dat voor veel van die noden verantwoordelijk moet worden gesteld.

MEDICAL DISASTERS IN THE DUTCH EAST INDIES

In order to be able to say something about medical disasters in the Dutch East Indies, it must first be defined what exactly constitutes a medical disaster. A medical disaster is a disaster in which medical care has fallen short by its own accord or even willfully. This contrasts with a humanitarian disaster, in which also many sick, injured, and dead people are to be regretted, but for which care takers are not to blame due to, for instance, a lack of material, manpower or knowledge. Based on three examples that, according to him, can be defined as medical disasters – the medical care at the time of the Aceh war, the fight against leprosy and the aid to the Indonesian population in the years 1946-1949 – the author argues that medical care in the Dutch East Indies itself has to be described as disastrous.

Referenties:

1. **De Vries Gerard, Van Hest Rob, Van Bergen Jan (eds.):** Partnership in International Health, Amsterdam 1997, p. 8.
2. **Van Bergen Leo:** Een Menslievende en Nationale Taak. Oorlog, kolonialisme en het Rode Kruis in Nederlands-Indië 1870-1950, Soesterberg 2004.
3. Handelingen der Vereeniging het Nederlandsche Roode Kruis, deel III, Den Haag 1874, pp. 15-17.
4. **Winckel Ch.W.F.:** De Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indië, in: Indië voor de Oorlog, z.p. 1948, pp. 5-15: p. 6.
5. **Best Geoffrey:** Humanity in Warfare, Londen 1983, p. 20.
6. **Hingman W.:** Het Nederlandsche Roode Kruis, Rotterdam 1914, p. 12.
7. Der Sultan lässt bitten, in: Eugen Th. Rimli (Hrsg.), Das Buch vom Roten Kreuz, Zürich 1944, p. 177-178.
8. Verslag der verrichtingen van het NIRK, 1876, p. 33.
9. **Haga J.:** Atjeh-herinneringen, in: Nederlandsch Militair-Geneeskundig Archief, jrg. 4 (1880), p. 17-28: p. 28.
10. **Eckart Wolfgang:** Medizin und Kolonialimperialismus, Paderborn 1997, pp. 519, 525, 531, 534-535, 590.
11. **Van den Berg de Bruyn J.W.F.A.:** De ontwikkeling van het Roode Kruis van Nederlandsch-Indië, Soerabaja z.j. (1935), p. 14, 20; Handelingen van het NRK, deel XIX, p. 29.
12. Handelingen van het NRK, deel VIII, pp. 12-13; Statuten van de Vereeniging Het NIRK, Batavia 1939, p. 17: art. 28.3.
13. Archief-Nederlandse Rode Kruis (Algemeen Rijksarchief), nr. 51 (map: 1915-1925), Lingbeek aan hoofdcomité, 25-8-1915; H.Ch.G.J. van der Mandere, Gedenkboek van het NRK 1867-1927, Amsterdam 1917, p. 36.
14. **Van Bergen Leo:** Uncertainty, Anxiety, Frugality. Dealing With Leprosy In The Dutch East Indies, 1816-1942, Singapore 2017.
15. **Sitanala J.B.:** Het probleem der leproserieën, Geneeskundig Tijdschrift Nederlandsch-Indië, 1940, pp. 1370-1380: pp. 1374-1375; J.J. van Loghem, Gezondheidszorg in Nederlandsch Indië, NTVG, 7-11-1936, pp. 5069-5086: p. 5077.
16. NVTG algemeene vergadering 24-1-1909, NTVG (1909) I, pp. 1543-1544; Onvoldaan over Poeloe Sitjanang, De Sumatra Post, 20-8-1938 (Dag); De lepra in Indië, De Sumatra Post, 12-9-1922 (Dag); Sitanala, Het probleem der leproserieën, pp. 1374-1375; Leo van Bergen, Van Koloniale Geneeskunde tot Internationale Gezondheidszorg, Amsterdam 2007, pp. 17, 34, 39.
17. **De Groot J.W.:** Poeloe Sitjanang, De Sumatra Post, 11-2-1916 (Dag).
18. **Smith Kipp Rita:** The evangelical uses, Social Science & Medicine, 39 (1994) 2, pp. 165-178: pp. 167-168.
19. **De Keizer W.G.N.:** Pelantoengan en het dal der leprozen, Het Vaderland, 1908-1922 (Avond).
20. **Sitanala:** Lepra en sentiment, GTNI, 1939, pp. 661-678: pp. 667-671.
21. **Van Bergen Leo:** Hulp als Middel, in: Petra Groen, Elly Touwen (red.), Tussen Banzai en Bersiap, Den Haag 1996, pp. 59-71; Idem, Een onmisbare schakel. Het Rode Kruis in Indonesië 1945-1950, Militaire Spectator, juni 1996, pp. 269-277.
22. Nat. Archief, IGDL, inv.nr. 214, Daubenton, Het Roode Kruis Werk in Indonesië en de zorg voor de Indonesische Bevolking, begin 1946: 2; A.w., IGDL, inv.nr. 214, Indië, Organisatie MGD, Daubenton, Coördinatie van de geneeskundige voorziening: 3; Van Bergen, Een Menslievende en Nationale Taak, pp. 203-213.
23. Nat. Archief, IGDL, inv.nr. 214, Daubenton, Slotbeschouwing 11 febr. 1946-23 maart 1946: 1-2; NIMH, Archief Koot, inv.nr. 057-4935, Coördinatie Geneeskundige Voorziening, p. 3.
24. Nat. Archief, IGDL, inv.nr. 214, Daubenton, Het Roode Kruis Werk in Indonesië en de zorg voor de Indonesische bevolking, begin 1946, p. 2.
25. NIMH toegangsnr. 009, Archief Van Epen 3, 30, Inspectierapporten, Van der Hoeven aan Van Epen, 24-8-47.
26. A.w., Van der Hoeven aan Van Epen, 26-8-47.
27. **Kits van Waveren E.:** De artsenpositie in Indonesië, NTVG, 1947, pp. 3430-3469: p. 3451.
28. A.w.: 3427-3438; Remy Limpach, De Brandende Kampongs van Generaal Spoor, Amsterdam 2016, pp. 569-570; Hans Pols, Nurturing Indonesia, Cambridge 2018, p. 191.
29. **Van Wulfften Palthe P.M.:** Psychologische beschouwingen omtrent den huidige toestand op Java, NTVG, 1946, p. 425-431: p. 426-428. Ook: P.J. van der Schaar, De Indonesische arts, in: NTVG, 22-10-1949, p. 3673-3681.
30. **Doeleman Frans:** De Medische Geschiedenis van een Infanterie-Bataljon der Koninklijke Landmacht gedurende drie jaar actieve dienst op Java, Assen 1955, p. 107.



Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 1, januari 2023

Regelgeving

I-MGA/059 'Gezondheidszorg reservisten'

De [I-MGA/059](#) 'Gezondheidszorg reservisten' beschrijft de rechten en de plichten met betrekking tot de militaire gezondheidszorg (MGZ) voor reservisten. In het algemeen geldt dat de rechtspositie van reservisten in werkelijke dienst voor wat betreft het recht op zorg door of vanwege de Militair Geneeskundige Dienst (MGD) conform de Wet ambtenaren defensie (Wad) hetzelfde is als van beroepsmilitairen. Doel van deze instructie is duidelijkheid te geven over de organisatie van de gezondheidszorg voor de reservist, als ook over het borgen van de continuïteit van zorg door aansluiting van de MGZ op de civiele zorg en vice versa. Helaas blijven veel berichten binnenkomen van reservisten in werkelijke dienst die ten onrechte niet worden geholpen binnen de MGD. De mededeling dat iemand 'reservist in werkelijke dienst' is, is voldoende om deze persoon zorg door of vanwege de MGD te verlenen en/of medicatie te verstrekken. Of hij op dat moment daadwerkelijk in werkelijke dienst is/was, wordt altijd achteraf door de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) gecheckt en hoeft dus niet ter plekke te worden bewezen. Hierbij nadrukkelijk het verzoek de I-MGA/059 goed te lezen en ernaar te handelen en de inhoud ook breed bekend te stellen bij alle zorgverleners en baliemedewerkers binnen uw organisatie.

Medische protocollen prehospital

De tweede editie van het HB MHC 8-8 'Medische protocollen prehospital' wordt in januari 2023 gepubliceerd op het publicatieportaal van Defensie. Met het uitkomen van dit handboek komen de volgende publicaties te vervallen:

- HB MHC 8-8, versie januari 2022
- Addendum CBRN-protocollen, versie september 2022
- Medische protocollen voor de algemeen militair verpleegkundige (Operationele eerstelijnszorg)

Het HB MHC 8-8 is vanaf 23 januari terug te vinden op de [samenwerkingsruimte](#) (SWR) van de afdeling Medische en Verpleegkundige Aangelegenheden (MVA) van het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC). Alle Disease and non-battle injury (DNBI) spoedprotocollen zijn volledig herzien in overeenstemming met de NHG-standaarden en -richtlijnen. Op de [SWR](#) vindt u een overzicht met de belangrijkste wijzigingen van het nieuwe versus het oude DNBI spoedprotocol. Nieuw is dat nu ook DNBI non-spoedprotocollen zijn opgenomen. Komend jaar zal dit aantal nog verder worden uitgebreid. Verder zijn er dit jaar ook psychiatrieprotocollen opgenomen. Het gaat hierbij met name om herkenning van een aantal psychiatrische ziektebeelden. Vanwege het specialistische karakter zal in een acute situatie veelal (nog) overleg met de MGGZ-psychiater moeten plaatsvinden voor verdere afstemming van het (vervolg)beleid. Lees bij vragen vooral eerst de [Verantwoording](#) bij het Handboek!

Erratum

In overeenstemming met het protocol 3.6 – airway Tactical Field Care (TFC) and Tactical Evacuation Care (TEC) moet in het protocol 6.2 airway DNBI spoed de blokken 'of larynxmasker' en 'buik-/zijligging' worden omgedraaid.

Handelingenschema's prehospital

De [HL MHC 8-574](#) Handelingenschema's zijn vanaf 23 januari op de SWR van de afdeling Medische en Verpleegkundige Aangelegenheden (MVA) te vinden. In het document vindt u een beknopte lijst met wijzigingen, maar vrijwel alle handelingenschema's hebben dit jaar een kleine of grotere wijziging gehad. Het is aan te raden om het gehele handelingenschema wat voor uw doelgroep geschreven is nauwkeurig door te nemen. Nieuw is dat voor veel handelingen video's zijn gemaakt die via een QR-code te zien zijn. Hoe dit werkt kunt u lezen in het document genaamd: 'P001 – Algemene uitgangspunten bij een handelingenschema'.

Handboek 'Military health Care (MHC) 8-1/2 'Operationeel Gezondheidszorgsysteem Landoperaties'

De commandant DGOTC heeft het [Handboek 'Military Health Care \(MHC\) 8-1/2 'Operationeel Gezondheidszorgsysteem Landoperaties'](#) eind vorig jaar vastgesteld. Het handboek is geschreven om wijzigingen op het gebied van organisatie en optreden van de operationele gezondheidszorgeenheden die landoptredens ondersteunen, in lijn te brengen met de laatste ontwikkelingen op het gebied van Nederlandse en NAVO-doctrine.

Met de vaststelling van dit handboek komen de volgende publicaties te vervallen:

- Handboek 8-1/1 Handboek gezondheidszorg role 1 (1e druk) d.d. 23 juli 2003
- Handboek 8-1/2 Handboek gezondheidszorg role 2 (1e druk) d.d. 29 januari 2004
- Geneeskundig informatiebulletin 02 Operationeel gezondheidszorg landoptreden role 1 uit 2016

Lees meer over dit nieuwe handboek in de [nieuwsbrief](#) van het kenniscentrum Operationele Gezondheidszorg, nr. 07/2022.

Herziening KNMG-richtlijn 'Omgaan met medische gegevens'

De KNMG-richtlijn 'Omgaan met medische gegevens' is mede naar aanleiding van jurisprudentie geactualiseerd. Deze richtlijn biedt handvatten voor de toepassing van het beroepsgeheim en kaders voor het uitwisselen van medische gegevens met derden. De meeste wijzigingen zijn aangebracht in de paragrafen 2.11.7 'Recht op vernietiging van dossiergegevens', 5.7.1 'De arts als verweerder in klacht- en tuchtzaken en civiele rechtszaken' en in 7.4.1 'Rapportage aan opdrachtgever'.

De richtlijn is te downloaden via [internet](#).

Tijdelijke regeling COVID-19-vaccinatie verlengd



De 'tijdelijke regeling vaccinatie COVID-19' gepubliceerd in de [Staatscourant op 23 december 2021 \(internet\)](#) is verlengd tot 1 januari 2024. In deze regeling wordt, refererend aan de Wet immunisatie militairen, de mogelijkheid gegeven de vaccinatie tegen COVID-19 voor militairen te verplichten.

De verplichting kan worden opgelegd aan militairen waarbij niet-gevaccineerd zijn een verhoogd risico oplevert voor de inzetbaarheid van de krijgsmacht en die:

- voor de vervulling van de dienst verblijven buiten Nederland, een direct daaraan gerelateerde periode van voorbereiding daarop inbegrepen, dan wel

- zijn aangewezen om binnen vijf weken te kunnen vertrekken naar het buitenland.

Het addendum bij de I-MGA/035 'Vaccinaties voor Defensiepersoneel' wordt hier op korte termijn op aangepast. Het al dan niet (verplicht) gevaccineerd zijn valt onder het medisch geheim en hierover zal dan ook niet worden gerapporteerd richting leidinggevenden en commandanten.

Verpleegkunde en Verzorging

Herregistratie algemeen militair verpleegkundige (AMV)

Sinds het begin van de coronacrisis konden verpleegkundigen de herregistratie voor het Kwaliteitsregister tijdelijk uitstellen. Dat was vanwege de coulanceregeling die tijdelijk van kracht was door COVID-19. Op 31 december 2022 is deze uitstelmogelijkheid beëindigd. Ongeveer 25% in het collectief Defensie moest voor 31 december 2022 herregistreren. Vanaf september heeft de V&VN hen verschillende mails gestuurd over de mogelijkheden voor herregistratie. Een aantal hebben hier gehoor aan gegeven, maar 17% heeft dat niet gedaan.

Bent u AMV? Let wel, dan moet u zich weer opnieuw inschrijven. Doet u dit niet dan zullen behaalde accreditatiepunten verloren gaan. Accreditatiepunten kunnen niet met terugwerkende kracht worden toegekend. Schrijf u dus zo snel mogelijk weer in. Dit is mede van belang omdat het kwaliteitsregister in het aankomende currencybeleid een vereiste kwalificatie wordt.

Zie voor meer informatie de [brief inschrijven collectief Defensie](#).

Voor vragen kunt u terecht bij de contactpersoon: majoor [Anneke Mulder](#).

Internationale samenwerking

ICMMM zoekt innoverende of onderzoekende verpleegkundige

Het International Committee of Military Medicine (ICMM) heeft als oogmerk om de wereldwijde samenwerking op het gebied van militaire gezondheidszorg te bevorderen. Men komt jaarlijks in internationaal verband bij elkaar om kennis en innovaties uit te wisselen. Het comité rekent daarbij ook op de inbreng van de Nederlandse militaire verpleegkundigen en is op zoek naar verpleegkundigen die:

- passie hebben voor (verpleegkundige) innovatie en/of onderzoek;
- een onderzoek te presenteren hebben voor een relevant publiek;
- een medische missie hebben gedaan die een onvergetelijke indruk heeft gemaakt en waarover ze willen presenteren aan een internationaal gezelschap van vakgenoten;
- de Engelse taal voldoende machtig zijn om iets krachtig en boeiend over te brengen.

Bent u die verpleegkundige dan is de ICMM op zoek naar u. Voor meer informatie en/of aanmelden neem contact op met: Disciplinecoördinator Zorgondersteuning kapitein [Maarten van der Burgh](#) of Stafofficier Internationale Samenwerking luitenant-kolonel [Siebren Wolf](#). Het ICMM staat op het programma van het symposium dat op 11 mei 2023 wordt gehouden in het kader van de [Dag van de Verpleging](#) Defensie.

Achtergrondinformatie bij STANAG's

Documentnummer: 2564 (1)					
2564	...	COMEDS MCMedSB MedStd MMH - Forward medical healthcare - 2564	ED 2	STANAG	Standaardisatiedossier
Documentnummer: 2565 (1)					
2565	...	COMEDS MCMedSB MedStd MMH - A psychological guide for leaders across the deployment cycle - 2565	ED 2	STANAG	Standaardisatiedossier
Documentnummer: 2571 (1)					
2571	...	COMEDS MCMedSB MedStd MMC - Minimum Test Requirements for Laboratory Units of in Theatre Military Medical treatment Facilities (MTFS) - AMEDP-08.5	ED 1	STANAG	Standaardisatiedossier

Sinds kort is bij elke [Standardization Agreement](#) (STANAG) die gepubliceerd is op het defensiebrede publicatieportaal nu ook een link naar het betreffende standaardisatiedossier te vinden (zie in rode kader van

bijgevoegde printscreen). In dit dossier wordt duidelijk hoe de betreffende STANAG in Nederland wordt gebruikt. Soms wordt bijvoorbeeld besloten om een standaard niet te implementeren in Nederland of we hebben een voorbehoud op bepaalde elementen uit de STANAG.

Wetenschappelijk onderzoek

Vervolgstudie naar effect van modafinil op vermoeidheid tijdens operationele (nacht)vvluchten

In navolging op de pilotstudie naar het effect van modafinil op de vermoeidheid tijdens operationele (nacht)vvluchten gedurende de missie Air Task Force Middle East (ATF ME) heeft het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML) een randomized controlled trial (RCT) uitgevoerd om het effect van cafeïne en modafinil op de waakzaamheid gedurende de nacht te vergelijken met dat van placebo. Deze studie toont aan dat zowel 300 mg cafeïne als 200 mg modafinil de negatieve gevolgen van vermoeidheid effectief tegengaan. De eerste effecten waren twee uur na inname zichtbaar, acht uur na inname nam het effect van cafeïne af, maar modafinil bleef nog werkzaam. Vermoeidheid blijft een belangrijke factor in (militaire) vliegveiligheid. Dit onderzoek heeft bijgedragen aan de invoering van modafinil als countermeasure voor vermoeidheid tijdens nachtelijke vliegoperaties en daarmee aan het verhogen van de vliegveiligheid. In december 2022 zijn de resultaten van deze studie gepubliceerd in Journal of Psychopharmacology: 'Effects of modafinil and caffeine on night-time vigilance of air force crewmembers: A randomized controlled trial'. Het artikel dat deel uitmaakt van het promotieonderzoek (van luitenant-kolonel-vliegerarts Yara Wingelaar-Jagt) naar de inzetbaarheid van stimulantia in de militaire luchtvaart, is open access beschikbaar via [internet](#) en mag worden gedeeld. Heeft u vragen of opmerkingen naar aanleiding van dit onderzoek dan kunt u hiervoor bij [haar](#) terecht.

AMA i.o. Bram Beckers promoveert met onderzoek naar betrokken processen bij buikklachten

Bram Beckers is algemeen militair arts (AMA) in opleiding en 16 januari jl. is hij gepromoveerd op zijn onderzoek naar betrokken processen bij buikklachten. Zijn proefschrift getiteld 'From nociception to perception: breaking down the process of gut-brain signalling' gaat nader in op het proces van buikpijn. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan chronische buikpijn, zoals bij aandoeningen van de hersen-darm-as. Een voorbeeld hiervan is het prikkelbare darmsyndroom. Meer informatie over dit promotieonderzoek staat op [internet](#), waar ook het volledige proefschrift is te downloaden.

Kwaliteitsmanagementsysteem

Militaire Bloedbank ISO 9001-2015

Op 8 december 2022 heeft de jaarlijkse ISO-audit plaats gevonden op de Militaire Bloedbank (MBB). De MBB wordt tijdens deze audit beoordeeld door een externe certificeringsinstantie. Gedurende deze audit is gebleken, dat de processen op de MBB conform de gestelde criteria zijn geïmplementeerd en dat de organisatie gericht is op continue verbetering. Dit heeft geleid tot hercertificatie van de MBB.

Rapporten/Jaarverslagen

Jaarplan College Geneeskundige Specialismen

In het jaarplan 2023 van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) wordt op hoofdlijnen inzicht gegeven in de diverse activiteiten die op de agenda van het CGS staan voor 2023. Het jaar zal vooral in het teken staan van de verdere invulling van de visie op een adaptief landschap van specialismen en profielen in de context van de veranderende zorg, zorgvraag en populatie. Het jaarplan is via [internet](#) te downloaden.

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

DGI stopt met berichtgeving buiten eigen nieuwsbrieven

Met ingang van dit jaar stopt Duurzaam Gezond Inzetbaar met het aanleveren van nieuwsberichten aan dit nieuwsbulletin. Zij zullen alleen nog communiceren via hun eigen nieuwsbrieven die vier keer per jaar zullen verschijnen. Wilt u geen informatie missen, abonneer u dan via de [mail](#) op de nieuwsbrieven van DGI.

Parlementaria

Uitstelbrief beleidsdoorlichting Militaire Gezondheidszorg

Op 8 september 2021 heeft de toenmalige minister van Defensie de Kamer toegezegd in 2022 een beleidsdoorlichting uit te voeren ten aanzien van de beleidswijzigingen Militaire Gezondheidszorg (MGZ). Deze beleidsdoorlichting is complex en heeft daardoor vertraging opgelopen. In de eerste plaats door de lange duur van de onderzoeksperiode (2011-2021), waarin zich meerdere beleidswijzigingen hebben voorgedaan. Verder is meer tijd nodig voor het verzamelen en structureren van de benodigde data, doordat de MGZ en de bijbehorende budgetten zich uitspreidt over verschillende defensieonderdelen en de budgetten voor de MGZ niet altijd als zodanig herkenbaar zijn gelabeld. Daarnaast vereisen de voorlopige resultaten nog aanvullende interdepartementale afstemming. Het voornemen is om de beleidsdoorlichting uiterlijk in het derde kwartaal van 2023 aan de Kamer aan te bieden.

Onderscheidingen

Oekraïense onderscheiding voor plaatsvervangend commandant revalidatiecentrum



Plaatsvervangend commandant van het Militair Revalidatiecentrum (MRC) Aardenburg Monika Kop-Wijering heeft de 'Medal for the assistance to the Armed Forces of Ukraine' ontvangen voor haar inzet om Oekraïense patiënten revalidatiezorg in het MRC te bieden. In 2018 werden de eerste stappen gezet om Oekraïense militairen bij het MRC te laten revalideren. Het ging daarbij om militairen die gewond geraakt waren in de strijd tegen pro-Russische militanten in de oostelijke provincies van Oekraïne. Door de coronacrisis liep het project echter vertraging op. Kop-Wijering nam vervolgens het voortouw om alsnog

Oekraïense patiënten in het MRC te behandelen. In september 2021 en oktober 2022 bezocht ze, samen met kapitein ter zee-arts Antoinette van de Ven, Oekraïne om te bekijken welke patiënten in aanmerking zouden komen voor revalidatie bij het MRC. Inmiddels revalideren er zowel militairen als niet-militairen uit Oekraïne. Vaak blijven zij twee tot drie maanden in Nederland. Lees het volledige nieuwsbericht op [intranet](#).

DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

Optometrist Margot: oog voor detail

Margot is optometrist in het Centraal Militair Hospitaal (CMH) en eind december stond zij centraal in de

DOSCO-serie 'Onze vakmensen'. Een optometrist is eenvoudig gezegd iemand die ogen opmeet en controleert op ziekten. Naast ondersteuning van de oogartsen heeft Margot ook een eigen spreekuur, bijvoorbeeld voor mensen met diabetes of glaucoom. Maar er zijn ook spreekuren voor brillmetingen voor de dienstbril en inzetstukken voor een ballistische bril of veiligheidsmasker. Tijdens deze metingen screent Margot direct op afwijkingen of verhoogde risico's op afwijkingen. Margot is gespecialiseerd in metingen bij jonge mensen en ze kent de defensiewereld. Omdat ze de werkomstandigheden begrijpt kan ze risico's inschatten en meedenken in oplossingen en preventief advies geven. Lees het volledige interview met Margot op [intranet](#).

Anesthesiemedewerker Cindy: militaire pijnpoli

Anesthesiemedewerker Cindy werkt de meeste tijd als anesthesiemedewerker in het Centraal Militair Hospitaal (CMH). Ze assisteert de anesthesioloog bij het in slaap maken en het wakker worden van patiënten die geopereerd worden, of helpt bij het zetten van een ruggenprik. Daarnaast verzorgt ze de Acute Pijn Service (APS). Daar ziet ze patiënten die op de verpleegafdeling liggen en bij wie de tot dan toe toegepaste pijnbestrijding niet voldoende werkt. Voor pijnbehandeling moesten patiënten voorheen uitwijken naar andere instellingen. Voor haar opleiding heeft Cindy een projectplan 'De implementatie van een pijnpoli in het CMH' aangeboden aan het managementteam van het CMH. Daar is een projectgroep uit opgesteld om een pijnpoli te realiseren. Het CMH zit nu in de opstartfase en in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Utrecht, draait de pijnpoli nu. Lees het hele interview met Cindy op [intranet](#).

Geestelijke gezondheidszorg

Gele bankjes op kazernes symbool voor mentale gezondheid



Commandant der Strijdkrachten generaal Onno Eichelsheim heeft maandag 16 januari 'Blue Monday' op de Van Ghentkazerne in Rotterdam een gele bank onthuld. Deze bank staat symbool voor mentale klachten bij defensiepersoneel en is bedoeld als een laagdrempelige en herkenbare plek om met elkaar in gesprek te gaan.

Eerder in oktober vorig jaar werd bij het Militair Revalidatiecentrum in Doorn een gele bank geplaatst. Het plan is dat meerdere kazernes een dergelijke bank krijgen. Lees het volledige bericht op [intranet](#).

Symposia/nascholingen/Informatiebijeenkomsten

Lezing Domus Dag met het thema 'Arts en oorlog moraal en Werkelijkheid' terugkijken via *internet*

Zoals eerder in deze nieuwsbrief werd aangekondigd heeft kapitein-arts Welmer de Groot op 10 december een lezing verzorgd op de Domus Dag met het thema 'Arts en Oorlog'. Voor wie niet in de gelegenheid was om deze lezing live bij te wonen is deze via [internet](#) terug te kijken. Voor een overzicht van alle lezingen van deze dag zie deze [internetlink](#).

Straling

De Staat van de stralingsbescherming 2022

De Staat van de stralingsbescherming 2022 is geschreven door de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming (ANVS), in samenwerking met andere toezichthouders van de overheid die toezien op de stralingsbescherming in Nederland. In deze publicatie wordt alleen ioniserende straling behandeld. Dit is energierijke straling, bijvoorbeeld in de vorm van röntgenstraling of van gammastraling afkomstig van radioactief materiaal. In deze publicatie worden ook de toepassingen binnen Defensie genoemd en beschreven. De publicatie is te downloaden via [internet](#).

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

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

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

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



Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 2, februari 2022

Regelgeving

Vaststelling en publicatie HDP G/03 'Normenkader planning operationele gezondheidszorg'

In 2018 gaf de toenmalige minister van Defensie de opdracht om de SG V/26 'Grondslagen, Hoofdpijnen en Systeemeisen militaire gezondheidszorg' te moderniseren. Aanleiding hiertoe waren de bevindingen van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid tijdens het onderzoek naar het mortierincident in Mali in 2017. De minister zegde de Tweede Kamer toe dat zij een inzetmatrix zou ontwerpen (later Normenkader genoemd) waarin de planning van, de kwaliteit in en de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandel- en afvoerketen eenduidig wordt beschreven. De Hoofdirectie Personeel (HDP) heeft het mandaat over het gezondheidskundig beleid. Er werd, in samenspraak met de Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA), besloten om drie aanwijzingen te schrijven die gezamenlijk de SG V/26 zouden vervangen.

In 2018 werd de aanwijzing HDP G/01 'Stelsel militaire gezondheidszorg' al gepubliceerd. In datzelfde jaar werd de aanwijzing HDP G/02 'Governance militaire gezondheidszorg' ook geschreven. De publicatie hiervan staat vooralsnog on hold. Dit vanwege de wettelijke belegging van het zorgaanbiederschap binnen Defensie. De belegging wordt ingeregeld met de reorganisatie van de Bestuursstaf en dit zal naar verwachting in 2023 plaatsvinden. Aansluitend zal de HDP G/02 worden aangepast naar de nieuwe situatie en worden uitgegeven. De aanwijzingen G/01 en G/02 vervangen gezamenlijk het gestelde over 'Grondslagen' en 'Hoofdpijnen' in de SG V/26.

Afgelopen 23 november heeft de secretaris-generaal de aanwijzing [HDP G/03](#) 'Normenkader planning operationele gezondheidszorg' vastgesteld na formele instemming van de Centrale Medezeggenschapscommissie. Daarmee is de laatste aanwijzing, die het gestelde over 'Systeemeisen' in de SG V/26 gaat vervangen, na vier jaar schrijven en overleggen, afgerond. De HDP G/03 is gepubliceerd op het publicatieportaal en dient vanaf heden gebruikt te worden. De SG V/26 die zovelen van ons kennen is hiermee vervallen op het gebied van de Systeemeisen. Vanwege de complexiteit van de materie en mede op aangeven van de Inspectie Veiligheid Defensie, de Inspecteur Militaire Gezondheidszorg en de Centrale Medezeggenschapscommissie, is besloten aansluitend aan de publicatie van de HDP G/03 te starten met een dynamisch doorontwikkeltraject. Dit traject heeft als doel de HDP G/03 verder aan te scherpen en gaat maximaal twee jaar duren. Het traject vindt plaats onder gezamenlijke leiding van de HDP en de MGA.

I-MGA/028 'Operationele bloedvoorziening' vastgesteld

De instructie [I-MGA/028](#) 'Operationele bloedvoorziening' beschrijft hoe de operationele bloedvoorziening is georganiseerd binnen de Nederlandse krijgsmacht, welke mogelijkheden er zijn om in bloed en bloedproducten te voorzien onder operationele omstandigheden en welke randvoorwaarden noodzakelijk zijn om de bloedvoorziening te organiseren. Gezien nog lopende ontwikkelingen van de bloedvoorziening ligt de focus van deze instructie op het in detail beschrijven van buddy-buddy bloedtransfusies. Bij revisie wordt deze instructie uitgebreid.

I-MGA/070 'Functionele indicatie contactlenzen en refractiechirurgie' vastgesteld

De instructie [MGA/070](#) 'Functionele indicatie contactlenzen en refractiechirurgie' beschrijft, aansluitend op de Verzekeringsvoorwaarden Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) en het Reglement functionele indicatie SZVK, de kaders en voorwaarden die het afgeven van een 'functionele indicatie' voor contactlenzen of refractiechirurgie rechtvaardigen. Deze instructie betreft een geactualiseerde versie van de gelijktijdig ingetrokken RMG/070 (versie 13 juli 2016).

Addendum I-MGA/035 'Vaccinaties voor defensiepersoneel' gewijzigd

In verband met de verlenging van de 'Tijdelijke regeling vaccinatie COVID-19' tot 1 januari 2024, is het [addendum](#) bij de I-MGA/035 'Vaccinaties voor defensiepersoneel' aangepast.

Update 'Instructiekaart Vectorpreventie' (IK 8-1)

Het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) heeft met ingang van 18 januari 2023 namens de Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA) de IK 8-1 'Vectorpreventie' geactualiseerd. Versie 3 is nu van kracht, onder gelijktijdige intrekking van de vorige versie 2. Omdat er geen wezenlijk nieuw wetenschappelijk inzicht is in vectorpreventie zijn er geen grote verschillen in inhoud tussen de nieuwe en de vorige versie. De IK8-1 is te vinden op het [Defensie intranet publicatieportaal](#).

Privacy en AVG

De informatie m.b.t. privacy en Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is uitgebreid en beter toegankelijk gemaakt via intranet. Zo is op de intranetsites voor de [patiënt](#) en de [zorgverlener](#) een nieuwe tegel Privacy en AVG toegevoegd. Het melden van datalekken is ook nog steeds onder de tegel 'Melding maken' op de homepage van de DGO terug te vinden.



Privacy en AVG

Kwaliteitsmanagementsysteem

Her-certificering ISO-9001 Staf DGO



In november vorig jaar is het managementsysteem van de Staf DGO door de certificerende instelling TÜV twee dagen lang geauditeerd. Dit in het kader van het verlengen van de ISO 9001 certificering. Donderdag 16 februari jl. heeft de Staf DGO formeel haar vernieuwde ISO 9001 certificaat ontvangen. Hiermee gaat een nieuwe certificeringsperiode in tot februari 2026.

Internationale samenwerking

Terugkoppeling bezoek commandant DGO aan USA

Gesprek met luitenant-generaal dr. Baumgärtner

Op 12 en 13 februari hebben de Duitse Surgeon General luitenant-generaal dr. Baumgärtner en de Nederlandse Surgeon General commandeur-arts dr. Bos met elkaar gesproken over het verder faciliteren van de samenwerking tussen de geneeskundige diensten van beide landen. De integratie van de landmacht van Duitsland en Nederland zal op termijn logischerwijs ook moeten leiden tot een bi-nationale geneeskundige ondersteuning. Onderwerpen van gesprek waren:

- **Informatie-uitwisseling**

Tijdens de gesprekken werd o.a. de verschillen en overeenkomsten in de Gouvernance van beide organisaties besproken. Ondanks dat er verschillen zijn, bleken er ook verrassend veel overeenkomsten in de uitdagingen die er zijn.

- **Capaciteit operationele gezondheidszorg**

Beide landen moeten het eens worden over de omvang van de bi-nationale geneeskundige ondersteuning. De grondslag hiervoor is een berekening van de benodigde geneeskundige capaciteit aan de hand van de NATO-richtlijnen voor het berekenen van de Casualty Rate Estimation van het Duitse plan Division 2025. Uit een eerste berekening bleek dat beide landen grote tekorten hebben in de operationele gezondheidszorg. Samenwerking lost deze problemen niet op. Er moet beduidend meer capaciteit bij om de geneeskundige ondersteuning van de Divisies mogelijk te maken.

- **Juridisch**

Tenslotte kwam uit de gesprekken naar voren dat de bestaande juridische overeenkomst op geneeskundig gebied tussen Duitsland en Nederland de voortgang van de samenwerking in de weg staat. De overeenkomst is ronduit verouderd (1973) en de progressie voor het schrijven van een nieuwe Memorandum of Understanding (MoU) is minimaal en complex. Het probleem ligt niet op geneeskundig gebied maar is een strikt juridisch probleem.

13 Framework Nations Medical Chiefs

Op 12 en 13 Februari hebben de 13 Framework Nations Medical Chiefs elkaar ontmoet in Washington D.C.

- *Turkije*

De hulpverlening na de aardbevingsramp in Turkije en Syrië is besproken. De deelnemende medical chiefs hebben informatie met elkaar gedeeld over de inzet aldaar.

- *Oekraïne*

Er is o.a. gesproken over de situatie in Oekraïne en hoe de landen hun hulp beter kunnen stroomlijnen. Hiervoor is enige tijd geleden een IT-systeem ontworpen: KOROVAL. Door beter gebruik te maken van KOROVAL kunnen landen beter inspelen op de behoefte van Oekraïne. Defensie heeft al een substantiële bijdrage aan geneeskundige hulpgoederen geleverd.

In Oekraïne zelf levert de contante stroom gewonden ook verrassend veel gewonden met een multiresistente infectie op. Deze infecties zijn ook met de huidige middelen, buitengewoon moeilijk te bestrijden.

- *Bloedvoorziening*

Binnen de NAVO is er toenemende aandacht voor Deterrence & Defence. Binnen het geneeskundig vakgebied heeft daardoor de inzet van bloed in voorste lijn weer volop aandacht. Dit geldt ook voor onderzoek naar bloed en bloedproducten. Uit de bespreking bleek dat geen van de landen volledig kan voorzien in eigen behoefte aan bloedproducten in geval van een conflict. Bovendien staat de huidige wet- en regelgeving op dit moment het gebruik van bloedproducten uit andere landen nog niet toe.

- *Bio-Med*

Daarnaast is er hernieuwde aandacht voor Biological Surveillance Capacity. Tijdens de COVID-pandemie bleek overduidelijk het belang hiervan. Echter binnen de landen is hiervoor nauwelijks operationele capaciteit aanwezig.

- *Capaciteit operationele gezondheidszorg*

Op het gebied van interoperabiliteit en onderlinge ondersteuning bleek dat geen van de landen een volledige geneeskundige keten kan uitbrengen. Samenwerking, maar ook uitbreiding van capaciteit is cruciaal. De tekortkomingen zijn dusdanig dat de Chairman van het Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO (COMEDS), generaal-majoor Timothy Hodgetts, dit opnieuw onder de aandacht brengt van het Military Committee.

AMSUS

Het jaarlijkse symposium van de Association of Military Surgeons of the United States (AMSUS) bestond uit een breed palet aan onderwerpen waaronder:

- Binnen de USA is de transitie naar een nieuwe vorm van optreden gaande. De transitie behelst de oprichting van de Defence Health Agency die, analoog aan de Defensie Gezondheidszorg Organisatie, de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg organiseert. Opvallend daarbij is dat de USA tegen dezelfde uitdagingen aanloopt als Nederland, alleen dan op een veel grotere schaal.
- Ook erg interessant was de aandacht voor het USA-programma Valkyrie: dit betreft bloedafname en toediening bij eenheden in voorste lijn en bij geïsoleerde eenheden. Dit is met name van belang wanneer de reguliere bevoorrading met bloed stagneert of onvoldoende blijkt te zijn. Met dit programma geeft de USA invulling aan hun behoefte aan surge capacity op gebied van bloed. Dit programma kan ook voor Nederland van belang zijn omdat Nederland zwaar leunt op een goed werkende, reguliere bloedbevoorradingketen. Het Valkyrie-programma kan bij Mass Casualty (MASCAL) situaties of bij stagnatie van de bloedbevoorrading een uitkomst bieden.
- Tenslotte was er uitgebreid aandacht voor opleidingen op gebied van Prolonged Casualty Care (PCC). In Nederland staan we aan het begin hiervan. Bij een grootschalig conflict kunnen de technieken van PCC wel eens van groot belang zijn indien de medische keten vol stroomt en de aanwezige medische capaciteit overstegen wordt door een hoog aanbod van gewonden.

Bezoek ACT

- In een gesprek met de National Liaison Representative (NLR) to Allied Command Transformation (ACT), kolonel Brouns is gesproken over de lange wachtlijsten voor de gezondheidszorg voor in Norfolk geplaatst Nederlands personeel en over arbomiddelen.

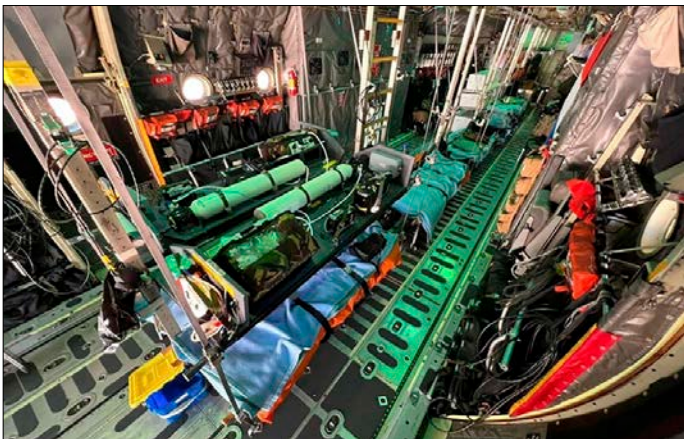
- Het gesprek met de Assistant Chief of Staff Strategic Plans & Policy (ACOS SPP), commandeur Schoonen ging over het NATO Defence Planning Process (NDPP) en de inbreng van Nederland hierin. Commandeur-arts dr. Bos heeft aangegeven dat het van belang is om problematiek aan het begin van de NDPP-cyclus al juist te adresseren. Daarnaast vraagt de NATO aan de landen hernieuwde aandacht voor endurance & artition. Dit vraagt om o.a. flexibiliteit, hogere voorraden en reserves.
- Kapitein-luitenant ter zee-arts Margriet van Rij (Headquarters ACT Capability Development Division, Medical Branch) informeerde commandeur-arts dr. Bos over de gang van zaken binnen de Medical Branch van ACT.

Operationele gezondheidszorg

Jaaroverzicht 2022 DGOTC Kenniscentrum operationele gezondheidszorg

Elk jaar stelt het Kenniscentrum operationele gezondheidszorg van het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) een jaaroverzicht op. Dit jaaroverzicht is een overzichtelijk naslagwerk waarin de gerealiseerde en gewijzigde kennisproducten met betrekking tot de operationele gezondheidszorg, zowel op personeels-, materieel- als procedureel gebied, alsook de verschenen NAVO (geneeskundige) publicaties, in één overzicht terug te vinden zijn via linkjes. Het jaaroverzicht is te raadplegen via de [SharePoint](#) site van DGOTC.

C-130 voert eerste medische evacuatievluchten in Turkije uit



Het C-130 Hercules-transportvliegtuig heeft zaterdag 11 februari de eerste twee medische evacuatievluchten uitgevoerd. Daarbij werden 12 gewonden en 69 familieleden vanuit het door aardbeving getroffen rampgebied naar ziekenhuizen in Antalya en Ankara gebracht.

Voor de inzet is het vrachtruim van de C-130 omgebouwd met medische faciliteiten. Aan boord krijgen gewonden zorg van medisch specialisten van het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML). De plaatselijke ziekenhuizen nemen de zorg over de aardbevingssslachtoffers vervolgens over.

Reorganisatie

Stand van zaken reorganisatie Staf DGO

Op 22 december is het voorlopig reorganisatieplan (VRP) Staf DGO + bijlagen ter behandeling aan de Werkgroep Reorganisatie aangeboden. Eind januari heeft de staf bericht gekregen dat de Centrales van Overheidspersoneel (CVO) afzien van behandeling van dit plan. Dit houdt in dat de reorganisatie van de staf doorgezet kan worden.

Innovatie in de zorg

DGO Bibliotheek voor Onderzoek & Innovatie

Bureau Innovatie (BI) van de Staf DGO houdt zich bezig met het vinden en faciliteren van medisch-wetenschappelijke onderzoeksvragen en heeft nauw contact met de medische onderzoekspraktijk binnen Defensie. Bureau Innovatie heeft onlangs een bibliotheek voor [onderzoek & innovatie](#) ingericht die voor alle defensiemedewerkers toegankelijk is. In deze bibliotheek zijn onder andere de SZVK-gesubsidieerde onderzoeken, de ontwikkelingen binnen het Kenniscentrum Techniek, Innovatie en Plannen (KC TIP van DGOTC) en de I-MGA/013 samengebracht.

Het doel van deze bibliotheek is om samenwerking en kennisdeling een boost te geven en daartoe is er een overzicht te vinden van alle aanvragen m.b.t. medisch-wetenschappelijke onderzoeken en is het mogelijk om de aanspreekpunten van de onderzoeken per mail te benaderen. De site is nog in ontwikkeling, maar er is al wel informatie te vinden met betrekking tot het doen van onderzoeksaanvragen en de mogelijke subsidieregelingen hiervoor. Voor vragen of opmerkingen stuurt u een mail naar [Bureau Innovatie](#) of lees de [flyer](#).

DO-MAINT maakt papier overbodig

Het onderhoudsplatform Digitale Ondersteuning - MAterieel Inspectie Tool (DO-MAINT) is een kleine twee jaar in gebruik. Met deze toepassing ontwikkelde het projectteam samen met het Joint Informatievoorziening Commando (JIVC) een app die het onderhoud en de controle van materieel makkelijker en efficiënter maakt. Geen papieren lijsten meer, maar een digitaal proces dat bovendien veel meer extra functionaliteiten kent. Ook binnen de Militaire Gezondheidszorg wordt DO-MAINT nu toegepast. Een welkome toepassing aangezien er nog geen inspectiekaarten voor het gebruikersonderhoud bestonden. Die worden nu in de app opgebouwd, rechtstreeks uit onder andere de Technische Handleidingen.

“Als gebruikers van de geneeskundige dienst hun geneeskundig materieel onderhouden volgens de kaarten in DO-MAINT zal het gebruikersonderhoud op termijn verbeteren”, vertelt adjudant Karen Bosschers van het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum. “Daardoor zijn ze beter in staat om te bepalen wanneer een apparaat defect is en welke actie hierop moet volgen. Uiteindelijk zal dit op langere termijn ten goede komen voor de gehele geneeskundige keten.” Lees het volledige artikel over DO-MAINT op [internet](#) in het magazine Materieelgezien.

Sportgeneeskunde

Samenwerkingsovereenkomst LO&Sportorganisatie KL en TGTF



Op donderdag 26 januari hebben luitenant-kolonel Van der Peet (Commandant LO&Sportorganisatie KL) en luitenant-kolonel Van der Made (Hoofd Trainingsgeneeskunde & Trainingsfysiologie, TGTF) een vernieuwde samenwerkingsovereenkomst getekend. Al jarenlang kennen LO&Sportorganisatie KL en TGTF een nauwe en constructieve samenwerking. De wijze waarop wordt samengewerkt was al vastgelegd in het document ‘Samenwerking TGTF en LO&Sportorganisatie KL’. In 2022 is deze samenwerking geëvalueerd en op basis van onder andere de aanbevelingen van adjudant-onderofficier instructeur Reijers, die in het kader van zijn studie onderzoek heeft gedaan naar succes- en belemmerende factoren in de samenwerking,

is de samenwerkingsovereenkomst geactualiseerd. Beide commandanten hebben aangegeven de samenwerking te verdiepen, zodat de twee organisaties elkaar nog meer kunnen versterken. De vernieuwde samenwerkingsovereenkomst is [hier](#) te lezen.

Onderbeenblessures – Milrun & Milmarch techniek

Weet u hoe u moet hardlopen op sportschoenen en laarzen om de kans op een blessure te verkleinen? Ervaart u als militair al onderbeenklachten? Of bent u werkzaam als zorgverlener (arts/fysiotherapeut) die deze blessures behandelt? Kijk dan vooral naar de [volgende video](#) waarin militair sportarts Zimmermann praktische informatie deelt over onderbeenblessures en een therapievorm om deze te behandelen genaamd de ‘Milrun & Milmarch techniek’. Heeft u vragen na het bekijken van de video, neem dan contact op met [prof. dr. W.O. Zimmermann](#).



Duikgeneeskunde

Duik Medisch Centrum ‘diamant’ van de marine

Het Duik Medisch Centrum (DMC) behoort tot de vier toonaangevende kenniscentra van Defensie. De andere zijn Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF), het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) en het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML). Lees op [internet](#) in de [Alle Hens](#) (nr. 1, 16 februari 2023) wat het DMC allemaal doet binnen, maar ook buiten Defensie.

PX-10

Geen verandering beleid na uitspraak PX-10

Maandag 6 april berichtte EenVandaag over een zieke oud-militair aan wie een Militair Invaliditeitspensioen (MIP) is toegekend. Dat gebeurde omdat hij in het verleden heeft gewerkt met het wapenreinigingsmiddel PX-10. In deze zaak heeft het ABP helaas het oude afwegingskader gebruikt. Hiermee is een fout gemaakt, waar de rechter op heeft voortgeborduurd. De uitspraak van de rechter betekent dan ook niet dat in andere PX-10 zaken dezelfde afweging wordt gemaakt. Onafhankelijk, deskundig onderzoek van het RIVM toonde in 2011 aan dat een causaal verband tussen werken met PX-10 en kanker praktisch is uitgesloten. Lees het volledige nieuwsbericht via [intranet](#).

DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

Onze vakmensen: Lastige patiënten bestaan niet

Militair huisarts majoor Arianne stond begin februari centraal in de DOSCO-serie 'Onze vakmensen'. De klachten van collega's die bij haar komen zijn heel divers, van eenvoudig op te lossen tot ernstige situaties. Regelmatig komen mensen ook met psychische klachten bij haar in de spreekkamer. Ze probeert alle patiënten zo goed mogelijk te helpen. Een belangrijk onderdeel van haar werk is preventie. Langdurige patiëntencontacten waarbij Arianne de patiënt intensieve zorg heeft verleend maken altijd diepe indruk op haar. En zoals ze zelf zegt: "Ik ben zeker niet alleen een adviserend orgaan van de commandant. Het belang van de individuele patiënt staat voor mij voorop". Lees het volledige interview op [intranet](#).

Wetenschappelijk Onderzoek

Onvoldoende onderzochte ziektegroepen in kaart gebracht

Sommige medische aandoeningen worden vanwege een gebrek aan kennis en wetenschappelijk onderzoek onvoldoende herkend, gediagnosticeerd en behandeld. Dit, terwijl ze een grote last voor de patiënt en samenleving vormen. Het EUHealthSupport Consortium deed voor de Europese Commissie verkennend onderzoek naar deze zogenaamde 'onvoldoende onderzochte medische aandoeningen met een hoge ziektelast in de Europese Unie'. Dit resulteerde in een definitie van dit type aandoeningen en in de identificatie van twaalf groepen aandoeningen die onder deze noemer vallen. Voor meer informatie kijk op [internet](#).

Een militair concept voor civiel gebruik in outbreak management

Tijdens de eerste golf van de COVID-19-uitbraak zijn public health professionals en crisis responders op (lucht)havens en grensovergangen in Europa geïnterviewd. Daaruit blijkt dat de overgang van algemene voorbereiding op een uitbraak van ziekte naar een specifieke actie een lastige en chaotische fase is. Er is sprake van een preparedness-response gap. Hoewel de World Health Organization (WHO) deze tussenfase erkent als readiness fase is er geen duidelijk concept beschikbaar om deze fase te structureren. Om een bijdrage te leveren aan een betere structurering wordt er in dit artikel gekeken naar het NATO readiness concept, zoals gebruikt door de NATO Response Force (NRF). Het element 'tijd' en een geslaagde inbreng van capabilities en capacities wordt uitgewerkt. De krijgsmacht heeft immers te maken met een gelijksoortige uitdaging. Het moet klaarstaan en snel kunnen reageren op verschillende en onverwachte situaties. Op basis van een militair model draagt dit artikel bij aan een duidelijker concept in outbreak management: operational readiness. Met collega-onderzoekers (o.a. RIVM) heeft luitenant-kolonel-arts Jacobine Janse dit artikel geschreven, mede in het kader van haar promotieonderzoek naar civiel-militaire samenwerking. Het is te lezen in BMJ Open en getiteld: Getting ready to act: theorising a stepwise transition into crisis response at points of entry based on interviews with COVID-19 responders and a military preparedness framework. Het artikel is open access beschikbaar via [internet](#).

Vergoedingen/verzekeringsvoorwaarden

Verzekeringsvoorwaarden SZVK 2022

De verzekeringsvoorwaarden Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK), het reglement functionele indicatie, het reglement hulpmiddelen en een nieuwsbrief waarin de wijzigingen van de verzekeringsvoorwaarden voor 2023 zijn vermeld, zijn te downloaden via [intranet](#) of [internet](#).

Symposia/nascholingen/Informatiebijeenkomsten

31 maart Congres Leefstijlgeneseskunde in de spreekkamer 2023



Leefstijlgeneseskunde krijgt een steeds belangrijkere rol in de spreekkamer. Waar tot voor kort leefstijl vooral gezien werd als middel ter preventie van aandoeningen, wordt het nu ook in toenemende mate ingezet in de behandeling van chronische ziekten. Voeding, beweging, ontspanning, slaap, sociale contacten en zingeving dragen positief bij aan de behandeling

van onder andere COPD, hart- en vaatziekten en diabetes. Maar wat houdt een gezonde leefstijl nu precies in? Wat werkt en wat niet? En hoe kunt u het inzetten in uw klinische praktijk met en bij uw patiënten? Dat is het thema van het congres leefstijlgeneseskunde in de spreekkamer.

Doelgroep: artsen, huisartsen, bedrijfsartsen, medisch specialisten, apothekers, praktijkondersteuners, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, diëtisten, fysiotherapeuten, leefstijlcoaches en overige geïnteresseerden.

Meer informatie: Zie de nascholingsite op [intranet](#).

Save the date: 6 april Nascholingsbijeenkomst CMH oogheelkunde

Het Centraal Militair Hospitaal (CMH) organiseert op 6 april een nascholingsbijeenkomst, welke ingevuld wordt door de afdeling Oogheelkunde van het CMH.

Locatie: Groene collegezaal van het UMC Utrecht.

Tijd: 13.00-17.00 uur.

Informatie/programma: zie [intranet](#).

Overzicht van nascholingen/cursussen

Op de intranetpagina voor de zorgprofessional vindt u onder Opleidingen de tegel [\(Na\)scholing en symposia](#). Hier staat een overzicht van evenementen binnen Defensie, civiel en internationaal. De lijst is zeker niet volledig, dus heeft u een toevoeging op deze lijst laat het dan weten aan de [redactie](#) van deze site, dan zetten zij het op de site.

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

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

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

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

VAN DE REDACTIE



Aanmelden voor abonnement NMGT

Instromend personeel

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

Uitstromend personeel

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

De secretaris NMGT A. Sondeijker

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT
MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

