

Tilburg University

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden?

Bogaers, Rebecca; Geuze, S.G.; van Weeghel, Jaap; Leijten, F. R. M.; Rusch, N.; van de Mheen, Dike; Varis, P.K.; Rozema, Andrea; Brouwers, Evelien

Published in:
Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

Publication date:
2022

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Bogaers, R., Geuze, S. G., van Weeghel, J., Leijten, F. R. M., Rusch, N., van de Mheen, D., Varis, P. K., Rozema, A., & Brouwers, E. (2022). Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden? Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht. *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*, 75(2), 57-69.

General rights

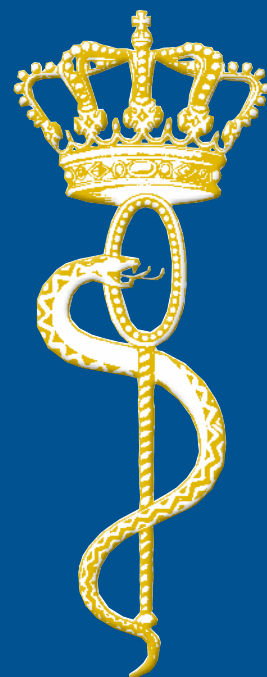
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
75e JAARGANG
MAART 2022 - 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 verveelvoudigd
zonder schriftelijke toestemming van de redactie
van dit tijdschrift.

NETHERLANDS MILITARY MEDICAL REVIEW

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

All rights reserved
ISSN 0369-4844



Van de redactie:

Voorwoord	45
Aanmelden voor abonnement NMGT	81

Van de Inspecteur Militaire Gezondheidszorg:

Toezichtjaarplan 2022	46
-----------------------------	----

Van de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie:

Nieuwsbrief DGO, januari 2022	74
Nieuwsbrief DGO, februari 2022	79
Nieuwsbrief DGO, speciale editie, maart 2022	82

Oorspronkelijke artikelen:

Perifere neuropathie in de nasleep van terroristische aanslagen en oorlog: een literatuuroverzicht <i>door Y. Arnst en dr. H. De Cauwer</i>	48
---	----

Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden? Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht <i>door R.I. Bogaers MSc, dr. S.G. Geuze, prof. dr. J. van Weeghel, dr. F.R.M. Leijten, prof. dr. N. Rüsche, prof. dr. H. van de Mheen, dr. P.K. Varis, dr. A.D. Rozema en prof. dr. E.P.M. Brouwers</i>	57
---	----

Verslagen:

Bevrijd Over het KZ-syndroom in de Nederlandse kranten <i>door dr. L. van Bergen</i>	70
--	----

Mededelingen:

Bij- en nascholing Netherlands School of Public and Occupational Health	83
---	----

CONTENTS

VOLUME 75 – MARCH 2022 – ISSUE 2



From the editor:

Foreword	45
Sign up for subscription Netherlands Military Medical Review	81

From the Inspector Military Health Care:

Annual supervisory plan 2022	46
------------------------------------	----

From the Commander Defence Health Care Organisation:

Newsletter Defence Health Care Organisation, January 2022	74
Newsletter Defence Health Care Organisation, February 2022	79
Newsletter Defence Health Care Organisation, special edition, March 2022	82

Original contributions:

Peripheral Neuropathy in the Aftermath of Terrorist Attacks and War: a review of the literature <i>by Y. Arnst and H. De Cauwer MD</i>	48
--	----

Decision (not) to disclose mental health conditions or substance abuse in the work environment: a multiperspective focus group study within the military <i>by R.I. Bogaers MSc, S.G. Geuze PhD, Prof. J. van Weeghel PhD, F.R.M. Leijten PhD, Prof. N. Rüsche PhD, Prof. H. van de Mheen PhD, P.K. Varis PhD, A.D. Rozema PhD and Prof. E.P.M. Brouwers PhD</i>	57
--	----

Reports:

Liberated About the KZ syndrome in the Dutch newspapers <i>by L. van Bergen PhD</i>	70
---	----

Announcements:

The Netherlands School of Public and Occupational Health	83
--	----

VOORPAGINA

Op 27 januari jl. nam kolonel-arts b.d. prof. dr. Eric Vermetten in aanwezigheid van een klein gezelschap in het Veteraneninstituut te Doorn en nog vele anderen via een webinar afscheid van de krijgsmacht. Als onderdeel daarvan presenteerde dr. Leo van Bergen, medisch historicus, zijn boek 'Bevrijd. Het concentratiekampsyndroom en de LSD-behandeling van Jan Bastiaans'.

Foto: Erik Kottier.



Voorwoord

Om te beginnen zijn er per 1 maart 2022 drie mutaties bij de leden van de redactie te melden. Luitenant-kolonel-tandarts F.J.G. van Silfhout is op 1 maart jl. met FLO gegaan en heeft kenbaar gemaakt zijn functie als redactielid, die hij vanaf 2002 heeft bekleed, neer te leggen. Voor zijn inbreng en betrokkenheid zijn wij hem zeer erkentelijk.

Zijn opvolger is majoor-tandarts P.C. van Heereveld, werkzaam als Hoofd Officier Toegevoegd bij de Staf Defensie Tandheelkundige Dienst. Daarnaast verwelkomen wij drs. E. Mol, werkzaam bij het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG), als redactielid. Voor zijn indiensttreding bij Defensie heeft hij als onderzoeker/wetenschappelijk medewerker bij verschillende kennisinstituten gewerkt en daarnaast zowel als auteur als coauteur een reeks wetenschappelijke publicaties uitgebracht. Ook is hij reviewer geweest van een aantal toonaangevende wetenschappelijke tijdschriften. Met deze achtergrond een aanwinst voor de redactie. Wij wensen onze nieuwe redactieleden veel succes.

Wat treft u aan in deze aflevering.

Van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) ziet u het toezichtjaarplan 2022 waarin de hoofdonderwerpen voor toezicht zijn opgenomen en een aantal meer algemene onderwerpen waaraan aandacht zal worden besteed.

Uit België is van Y. Arnst, medisch studente aan de Universiteit van Antwerpen en dr. H. De Cauwer, neuroloog verbonden aan de hiervoor genoemde universiteit en het regionaal hospitaal te Geel, een artikel ontvangen over de aantasting van het perifere zenuwstelsel door omgevingsfactoren zoals terreurdaden of oorlogsvoering. In het artikel wordt een literatuuroverzicht gegeven van de huidige kennis over terrorisme of oorlogsgerelateerde perifere neuropathie.

R.I. Bogaers MSc, Kernexpert Mentale Kracht - Duurzaam Gezond Inzetbaar en als PhD-studente verbonden aan de Universiteit van Tilburg en het Expertisecentrum van de Militair Geestelijke Gezondheidszorg, heeft na een eerste publicatie in het NMGT (74-2) een vervolgartikel aangeboden dat handelt over de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving en vooral hoe dit kan worden verbeterd.

Ten slotte een verslag van dr. L. van Bergen waarin hij het afscheid van kolonel-arts b.d. prof. dr. H.G.J.M. Vermetten en de presentatie van het door hem geschreven boek 'Bevrijd. Het concentratiekampsyndroom en de LSD-behandeling van Jan Bastiaans' in het kort beschrijft. Het boek behandelt de wijze waarop tussen medio de jaren vijftig en halverwege de jaren tachtig van de twintigste eeuw in de pers is geschreven en gereflecteerd over het zogenaamde KZ- of (post)concentratiekampsyndroom. Hierin was een grote rol weggelegd voor Jan Bastiaans, hoogleraar te Leiden die destijds ook al experimenteerde met het psychedelicum LSD.

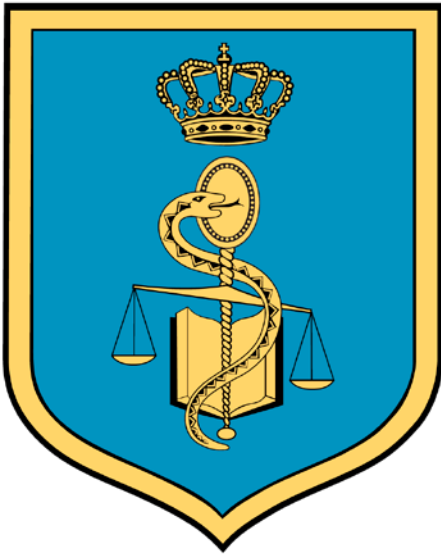
Ik wens u veel leesplezier,

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

Rectificatie:

In het voorwoord van de vorige aflevering (75-1) wordt Aardenhout als locatie van het Militair Revalidatie Centrum (MRC) aangegeven, dat moet natuurlijk Aardenburg zijn.

Toezichtjaarplan 2022 Inspectie Militaire Gezondheidszorg



Op basis van de aanwijzing SG A/948 stellen de toezichthouders van Defensie een toezichtjaarplan op voor het volgende jaar. Een van de uitgangspunten bij het opstellen van het jaarplan is dat zo veel als mogelijk aansluiting wordt gezocht bij algemene aandachtspunten van de civiele Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en andere relevante externe toezichthouders zoals de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) en de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming (ANVS). Hierbij wordt rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de militaire gezondheidszorg en de gedane bevindingen, ontvangen signalen en lopende ontwikkelingen. Daarnaast vindt afstemming plaats met de andere toezichthouders binnen Defensie. Een van de speerpunten die de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) als prioriteit heeft aangemerkt, is de kwaliteit van de Militaire Gezondheidszorg (MGZ) tijdens de

COVID-19-crisis. Gezien de breedte van het toezichtveld en de beperkte capaciteit van de IMG (in totaal zes VTE en een tijdelijke tewerkstelling) moeten jaarlijks keuzes worden gemaakt met betrekking tot planbare inspectie-activiteiten. Niet planbare werkzaamheden, zoals interventies en onderzoek naar aanleiding van meldingen, kunnen daarbij nog een complicerende factor zijn.

De IMG heeft als primaire taak toezicht houden op de kwaliteit van de MGZ en de naleving van wettelijke voorschriften ter zake. Daarnaast vallen ook de voedselveiligheid en stralingsbescherming binnen Defensie onder het toezicht van de Inspectie. Om hieraan goede invulling te geven, wordt waar mogelijk samengewerkt met in- en externe toezichthouders op de genoemde terreinen, dan wel vindt onderlinge afstemming plaats. Ook wordt gebruik gemaakt van bij andere toezichthouders en controleurs aanwezige expertise.

Het jaarplan en het jaarverslag van de IMG zijn openbaar. De IMG zal in 2022 meer informatie op intranet publiceren waarbij de anonimiteit van de individuele (gezondheids)medewerkers gewaarborgd blijft. Belangrijke constateringingen zullen zowel binnen als buiten Defensie gedeeld worden.

In het IMG-toezichtjaarplan voor 2022 zijn de volgende hoofdonderwerpen opgenomen:

- Telefonische bereikbaarheid van de zorginstellingen
- Bestuursstructuur binnen de militaire gezondheidszorg (governance / Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen [Wmcz] 2018)
- Gebruik van het nieuwe huisartseninformatiesysteem D-HiX; zorgcommunicatie in de keten
- Taken/opdrachten van neventakers (inzet) geneeskundige ondersteuning oefenende eenheden
- Inhuren van artsen / capaciteit (bedrijfsgeneeskundige) artsen / wachttijden
- Wearables; samenwerking met Beveiligingsautoriteit (BA)
- Infrastructuur Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB), Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) en Paresto
- Veilig Incident Melden/Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (VIM/MIP)-procedure (incidentmeldingen)

Daarnaast de onderwerpen:

- Voedselveiligheid operationele catering en implementatie Food Safety Management System
- Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) (o.a. invloed val Afghanistan)
- Centraal Militair Hospitaal (CMH): poli-wachttijden en bezoek verpleegafdeling T4 met de IGJ
- Militair Revalidatie Centrum (MRC)-inspectie samen met de IGJ

- Inzet Algemeen Militair Arts (AMA); miniconferentie operationeel en regulier
- Inzet DTD Kosovo
- Invloed van certificering op de kwaliteit van zorg
- Re-integratie in de eerste lijn en werking van het programma Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI) en onderzoek Koninklijke Militaire School (KMS) in samenwerking met de Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht (IGK)

Verder heeft de IMG dit jaar een eigen toezichtjaarplan stralingshygiëne opgesteld. Dit plan vermeldt voor 2022 drie speerpunten:

- Kennisbehoud stralingshygiëne
- Taken en verantwoordelijkheden stralingsbeschermingseenheid
- Brandveiligheid van opslag

De IMG verricht de haar opgedragen taken door middel van:

- Algemeen toezicht
- Thematisch toezicht
- Speerpuntenonderzoek
- Meldingenonderzoek
- Overige toezichtactiviteiten

Het Toezichtjaarplan 2022 van de IMG is op de intranetsite van de IMG gepubliceerd. Daarnaast heeft de Inspecteur-Generaal Veiligheid de jaarplannen van alle toezichthouders binnen Defensie aan de secretaris-generaal (SG) aangeboden.

GIRO
555

**SAMEN
IN ACTIE
VOOR
OEKRAÏNE**

GIRO555.NL

NL08 INGB 0000 0005 55



Peripheral Neuropathy in the Aftermath of Terrorist Attacks and War: a review of the literature

by Yuna Arnst^a and Harald De Cauwer MD^b

^a Medical student, specializing in neurological infections.

Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp, Wilrijk, Belgium.

^b Neurologist, specializing in hospital preparedness, CBRN and counter-terrorism medicine.

Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp, Wilrijk, Belgium.

Department of Neurology, Dimpna Regional Hospital, Geel, Belgium.

Article received in January 2022.

Summary

Background

Peripheral neuropathy as an immediate or long-term consequence of a terrorist attack, or war is not a problem of the past, it is a modern-day reality. Military clinicians may not be familiar with current treatment guidelines.

Methods

We reviewed the current literature on terrorism or war-related peripheral neuropathies, based on a Pubmed search of articles published since 2000.

Results

For this review about 50 articles were considered relevant. The literature focuses mainly on the pathophysiology and the clinical symptoms, the prevention and management are less well described. Three groups of terrorism or war-related peripheral neuropathies can be identified: toxic neuropathies, deficiency neuropathies, and infectious neuropathies. When a peripheral neuropathy is diagnosed a (military) physician must consider possible exposure to toxic substances, biological toxins, a restrictive diet, infection and trauma as possible causes.

Conclusion

The recent geopolitical evolution has increased the risk of CBRN attacks dramatically. The number of studies on peripheral neuropathy in the aftermath of terrorist attacks and war is growing. This article provides historical and up to date information for clinicians.

Background

The aftermath of terrorist attacks was poorly studied in the past. This changed after 9/11 (2001). Since this unprecedented act of terror, a great deal of research focused on the long-term effects of this catastrophe. Cardiac, pulmonary, psychological and neurological sequelae were extensively studied in both 9/11 survivors and responders. The goal of most studies was to collect occupational health data and examine the impact on sick leave and insurance payouts^{1,2}.

Other terrorist incidents and war situations are also associated with neurological residual symptoms, including peripheral neuropathy (PN). The knowledge of PN among active (military) clinicians is still limited. The purpose of this study is to provide an overview and highlights on this topic.

Methods

Study selection

The two authors independently searched PubMed/MEDLINE in the summer of 2021. Articles published since 2000 and related to the topic were identified by the following terms: 'neurological'; 'neurology'; 'neurologic'; 'peripheral neuropathy'; 'Guillain-Barré'; 'polyneuropathy'; 'terrorism'; 'terrorist'; 'terrorist attack'; 'war'; 'aftereffects'; '9/11'; 'nerve agents'; 'chemical weapons'; 'chemical warfare agent'; 'sulfur mustard'; 'sarin'; 'neuropathic organophosphates'; 'ALS and military service'; 'toxins'; 'bioterrorism'; 'botulism'; 'nutritional neuropathy'; 'deficiency neuropathy'; 'compression neuropathies'; and 'nerve compression'. Articles in English, French and Dutch were included.

		Terrorist attack	War	Disaster
Toxic neuropathies	WTC dust	9/11 (2001)	World War I (1914-1918)	
	Unidentified organophosphates		Gulf War (1990-1991)	
			Vietnam War (1955-1975)	
	Mustard gas (Nerve agent)	Islamic State of Iraq and the Levant in Kirkuk and Nineveh (2016)	World War I Iran-Iraq war (1980-1988) Syrian war (since 2011)	
	Sarin (Nerve agent)	Aum: Matsumoto (1994) and Tokyo (1995)	Iran-Iraq war Syrian war (2013 and 2017)	
	Arsenicals (Nerve agent)		World War I	
	Tri-ortho-cresyl phosphate			'Jake leg' (1920s)
	Ricin toxin (Biological toxins)	Assassination Georgi Markov (1978) al-Qaeda (2003) and Islamic State related cases (2018) American right-wing extremists (since 1992)		
	Botulinum toxin (Biological toxins)	Aum	Iran-Iraq war	
Deficiency neuropathies			Prisoners of World War I Spanish civil war (1936-1939)	
Infection-induced neuropathies	Brucella			
	Zika virus			Epidemic outbreaks in South America and US territories (2015-2016)
	SARS-CoV2	Tunisian faction (2020)		COVID-19 pandemic (since 2019)

Table 1: The different neuropathy-inducing agents (chemicals, toxins, biological pathogens) and compression neuropathies reported in terrorist attacks/warfare/disasters.

'Terrorism' and 'peripheral neuropathy' identified 310 articles, combined with '9/11', 30 articles were found. 'Chemical warfare agent and peripheral neuropathy revealed 450 articles; 'ALS' and 'military service' and 'peripheral neuropathy' 204 articles; 'bioterrorism' and 'peripheral neuropathy' 316 articles; 'deficiency neuropathies' and 'war' and 'peripheral neuropathy' 177 articles; 'war' and 'peripheral neuropathy' and 'compression neuropathies' 262.

After further assessment of the content of these articles and depending on availability (open access or provided by the author via email or ResearchGate), about 50 articles were selected for this literature review.

Based on our literature review and the classification of neuropathies of the Washington University's Neuromuscular Disease Centers (<https://neuromuscular.wustl.edu/time/nmacute.htm#neuropathy>), we propose that three groups of terrorism or war-related peripheral neuropathies can be identified: toxic neuropathies, deficiency neuropathies, and infectious neuropathies (see Table 1). These will be described in the following sections.

Results

Toxic neuropathies

In this section we focus on the PNs that are related to Chemical, Biological,

Radiological and Nuclear (CBRN) incidents. We describe how in the last decades terrorist attacks or chemical warfare resulted in so-called toxic neuropathies, whether intentional or as an unexpected aftermath of the terrorist incident^{3,4}.

WTC-dust

On September 11th, 2001 (9/11), the collapse of the World Trade Center (WTC) buildings in New York resulted in high volumes of aerosolized dust and gases⁵. The WTC-dust and debris cloud that struck lower Manhattan contained different neurotoxins including lead, aluminum, cadmium, manganese, tin, and complex hydrocarbons, specifically polychlorinated biphenyl, dioxins, and polycyclic aromatic hydrocarbons⁶. Rescue workers were exposed during the 10-month rescue and recovery mission to organic solvents and pesticides, which are known causes of peripheral neuropathy (PN)^{7,8}. An in-vitro study demonstrated the detrimental effects of WTC-dust on rats sciatic nerves⁷.

Different questionnaire-based studies reported that neuropathy symptoms were commonly associated with WTC-related exposure⁸⁻¹¹. WTC Environmental Health Center, a treatment program for community members who developed symptoms after exposure, revealed that 56% (1788/3193) reported paresthesias, seven to fifteen years after the attack¹⁰.

The questionnaire-based studies of Colbeth et al. on 9239 firefighters and emergency medical service workers revealed that any exposure to the WTC increased the odds of reporting PN symptoms (OR 2.06, 95% CI 1.65–2.57)¹¹. Additionally, a higher level of exposure resulted in a higher odds of reporting symptoms^{10,11}.

Another case-control study revealed that paresthesias among WTC-exposed individuals, were associated with signs of neuropathy, both small and large fiber disease¹². In 2016, an EMG and nerve conduction study revealed polyneuropathy in 9/16 (56%) patients with WTC-exposure, without another identified cause. In 12,5% (2/16) of the cases, the EMG suggested demyelinating features¹³. Furthermore, WTC-dust may play a role in the clinical presentation of sarcoidosis. Specific data on sarcoidosis-related PN are not available in the literature thus far^{14,15}.

Nerve agents

During World War I (1914-1918), chemical gases such as chlorine, phosgene, and mustard gas were deployed. This first large scale CBRN-incident caused numerous casualties among soldiers, civilians and aid workers alike³.

Holisaz et al. data showed that the incidence of axonal neuropathy is higher in chemical warfare patients than in controls. All the victims had been exposed to mustard gas at least 10 years before participation. Additionally, victims with severe exposure were more likely to develop PN than those with only mild or moderate exposure¹⁶.

Newer chemical warfare Nerve Agents (NAs) are a group of organophosphorus compounds that have played an important role in wars and terroristic attacks during the last few decades. The NAs can be classified in G (German) and V (Victory) agents. The G agents include tabun, sarin and cyclosarin and were first produced in the 1930s. The V agents include VE, VM, VG, VR and VX. The latest category is the 'A' series including Novichok⁴.

During the Iran-Iraq conflict in 1983-1988 Iraqi forces used NAs, especially sarin, against Iranian troops and civilians^{3,17}. In 2016, Islamic State of Iraq and the Levant (ISIL) launched mustard gas containing rockets at military camps and cities in Kirkuk and Nineveh, Iraq. Mustard gas was used again in the Syrian war (since 2011) by several factions⁵.

More recently, sarin was reportedly used by the Syrian regime during the civil war as well as the war against ISIL^{3,4,17}.

Sarin, a very potent OrganoPhosphate (OP) nerve agent, inhibits acetylcholinesterase activity resulting in a variety of peripheral and central neurological symptoms. In 1994 and 1995, this NA was used in two terrorist attacks that affected 6000 citizens in Matsumoto and Tokyo, Japan,

resulting in 19 casualties. Neuropathy and ataxia were observed only in a small number of the cases (less than 10%), resolving in 3 days to 3 months¹⁸. In general, signs of peripheral nerve dysfunction disappeared quickly. However, one case revealed dying-back degeneration of the peripheral nervous system, a late sequela of sarin intoxication¹⁹.

Furthermore, OrganoPhosphate-Induced Delayed Neuropathy (OPIDN) is a sensorimotor polyneuropathy that occurs in the late-stage of acute poisoning of OPs. OPIDN is characterized by progressive weakness, impaired reflexes and distal paresthesias, followed by paralysis of the lower limbs which can persist for up to two months. Experimental sarin exposure in animals reported OPIDN²⁰. Targeting the 'transient receptor potential cation channel, member A1' (TRPA1) may be an effective way for the treatment of OPIDN²¹.

The NAs Novichok and VX were also the preferred means of state terror in the (attempted) assassination of state dissidents, Sergei Skripal and Kim Jong-Nam, respectively^{22,23}.

Arsenic is a highly toxic metalloid that appears in both organic and inorganic chemical forms. Regarding the lethal effects and inexpensive syntheses, arsenicals were thought to be appropriate as chemical warfare agent²⁴.

Lewisite (chlorovinyldichloroarsine), the most known organic arsenic-based chemical warfare agent, was proposed to be used in World War I. Lewisite has not been applied to the battlefield. However, Bismuth et al. revealed that 6745 tons of stockpiled chemical weapons in the form of Lewisite and 344 tons in the form of mustard/Lewisite mixtures still existed in 2000. In this regard, Lewisite remains a notable threat to the public via accidental exposure or terrorist activity-related exposure²⁴⁻²⁶.

Arsenic Trioxide (ATO), another arsenical, is not a vesicant and an inorganic. Ingestion is considered as the most important route of exposure in the case of homicidal use. A very-high-dose arsenic poisoning could result in symptoms of gastroenteritis, collapse and hypovolemic shock and nervous system toxicity (encephalopathy and peripheral neuropathy)²⁴. ATO is an important and generally used industrial material. Given the fact that ATO is the main precursor for the synthesis of other arsenicals, there is a significant threat that terrorists may also take advantage of this ATO (e.g., attack to the distribution chain) to produce other terrorist activity-related arsenicals²⁴. Currently, British Anti-Lewisite (2,3-dimercaptopropanol) is the only known effective FDA-approved medical therapy against arsenical-induced toxicity^{24,26}.

Rusyniak et al. believe that thallium-intoxication should be considered in any patient with a rapidly progressing PN. The most commonly reported symptoms include myalgias, arthralgias, paresthesias, and dysesthesias. Multiple-dose activated charcoal, to prevent further systemic absorption, results in an improvement of the symptoms of the PN by 6 months²⁷.

Finally, in this list of NAs, tri-ortho-cresyl phosphate (TOCP) played a peculiar role in the 1930s: about 50000 Americans developed so-called 'Jake leg'. They limped because of axonal dying-back neuropathy affecting mainly large muscle groups, including the lower limb girdle. The cause: batches of a cheap, alcoholic tonic (Jamaican Ginger, also called 'Jake'), laced with tri-ortho-cresyl phosphate (TOCP)^{28,29}.

Military service and ALS

Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) is a neurodegenerative disorder affecting the upper and lower motor system with suggested strong association between the disease and environmental components³⁰. A substantial amount of literature described a possible relation between military service and ALS. In general, the relationship between military service was suggestive of increased

risk, particularly among Gulf War and World War II veterans. Furthermore, there is evidence that exposure to pesticides (including Agent Orange), chemicals (burning agents), heavy metals and head trauma might increase the risk of ALS among military personnel³¹. Merwin et al. found that exposure to OP is generally linked to higher ALS incidence among Gulf War veterans³⁰.

Biological toxins

Biological toxins are very appealing to terrorists for use in acts of bioterrorism. Firstly, because they can be produced very easily. Additionally, most of them are highly toxic due to affecting the transmission of nerve impulses or due to blockage of main cellular metabolism. Furthermore, in comparison with chemical warfare agents, most of the biological toxins act quicker and are more lethal in lower doses ($LD_{50} < 25 \text{ mg/kg}$)³².

In 1978, the phytotoxin ricin was used to assassinate Georgi Markov, a Bulgarian journalist who criticized the Bulgarian government. He was poked with the tip of an umbrella consisting of a metallic ricin pellet³³. Since, there have been more than 700 incidents related to the use of ricin. The Center of Disease Control and Prevention (CDC) recognizes ricin toxin as a biological weapon category B³⁴. In addition, different ricin-related plots were revealed: from al-Qaeda and ISIL (e.g., the June 2018 Cologne ricin plot) to American extreme right-wing groups (e.g., ricin sent to president Obama)³⁵.

Ricin is a phytotoxin derived from the seeds of *Ricinus communis*. It can be lethal, due to *inhibition of protein synthesis*, when injected or inhaled³². Only particles with a very low aerodynamic equivalent diameter target the human alveoli, which is beyond the ability of terrorist-labs thus far. In this regard, the use of ricin for biological terrorism is less likely due to the impossibility of targeting a large population by injection³⁶. As there are no antidotes for ricin-toxin, treatment is largely symptomatic and supportive. Soligenix's Rivax[®] program is considered as a world-leading ricin toxin vaccine candidate^{32,34}.

In the context of neurologic manifestations, intrasciatic nerve injection of the *Ricinus communis* agglutinin results in degeneration of motor neurons followed by muscular atrophy, which is a pathological hallmark of various severe neurological disorders, including ALS^{37,38}.

Botulism is a life-threatening condition of neuroparalysis that is caused by the spore-forming bacteria *Clostridium botulinum* that produces botulinum toxin. Permanent damage to the nerve synapse and thus irreversible neuromuscular blockade could be induced by botulinum toxin in a sufficient dosage³. Botulinum toxin has been identified as a potential agent of bioterrorism³⁹. The most effective way of using botulinum toxin for bioterrorism, would probably be via aerosol through inhalation: this way, it has potentially detrimental effects, as it is 15,000 times more lethal than the highly potent chemical agent VX and 100,000 times more lethal than sarin⁴⁰.

Via ingestion, a smaller number of victims could be reached.

In 1972, research on and production of bioweapons was prohibited by the Biological and Toxin Weapons Convention⁴¹. However, it is believed that Iran, Iraq, North Korea, and Syria have botulinum toxin supplies intended for state-sponsored terrorism⁴². In addition, the Japanese religious sect Aum Shinrikyo has unsuccessfully deployed aerosolized botulinum toxin before their use of sarin in 1995⁴³. A botulinum toxin weapon would produce an acute symmetric, descending flaccid paralysis with prominent bulbar palsies (diplopia, dysarthria, dysphonia, and dysphagia) typically 12 to 72 hours after exposure³⁹.

In case of a bioterrorist attack, a large number of patients would need ICU-care and mechanical ventilation for several weeks. Shortage of available intensive care beds and ventilators could be catastrophic by day 4 after exposure^{3,44,45}.

Antitoxin is the main therapeutic option for botulism. Alternatively, Sato et al. promoted extracorporeal adsorption as a new approach to treat botulism⁴⁶.

Deficiency neuropathies

The classic presentation of deficiency neuropathy is a symmetric distal burning or loss of sensation in the feet. This symptom has been described during the treatment of 200 sick Hong Kong internees and prisoners of war in September 1945 at Royal Naval Hospital, Sydney, Australia. During captivity in Hong Kong, there was a very restrictive diet. This caused patients to develop neurologic signs, in a comparable chronological order. A burning sensation and extreme hyperaesthesia of the soles caused sleep problems and patients felt the urge to place their feet in cold water. Additionally, other clinical features as part of the polyneuropathy were reported such as weakness and paresthesia of the limbs, ataxia, footdrop and loss of deep reflexes. The results of a high-caloric diet, massive vitamin therapy and muscle exercises on the neurological symptoms were disappointing⁴⁷.

A group of 679/4684 ex-Far-East prisoners of war released in 1945 had neurologic symptoms, mostly optic atrophy and peripheral neuropathies due to dietary insufficiency⁴⁸. Similar clinical findings were reported during the Spanish civil war in 1936 and by the Allied military personnel imprisoned by the Japanese Forces during World War II: in both cases a restrictive diet was blamed for the neurological symptoms^{49,50}.

Nearly 80% of the Vietnam prisoners of war with upper extremity peripheral neuropathy continue to experience symptoms of numbness, tingling, and pain more than 25 years after repatriation. Possible causes of these neuropathies included injuries, malnutrition and torture⁵¹.

Infection-induced neuropathies

Brucella, Sars-CoV2 and Zika have been linked to PN, but none of them has been described in terrorism or war-related incidents thus far. Guillain-Barré syndrome (GBS) and Miller Fisher syndrome, both immune-mediated peripheral neuropathies, had markedly increased in 2011, the year of the earthquake in East Japan. The increased incidence of gastrointestinal infection and stress by the earthquake might have been involved in the outbreak of the diseases. There was, in fact, a significant increase to 63% with GBS patients with gastro-intestinal infection as an antecedent illness after the earthquake compared with before. The increase in the number of infections could be the result of the unsanitary and unhealthy places where residents were forced to live after the earthquake⁵².

Similarly, the first GBS patients described by Guillain and Barré, were troops of World War I, continuously exposed to poor hygiene with extreme psychological and physical conditions. In this regard, war and catastrophic disasters appear to generate comparable health effects⁵³.

Time between exposure and neuropathy	Agent
Acute	Nerve agents
Within <1 day	Botulinum toxin (12-72 hours)
Subacute	Nerve agents (OPIDN)
Within days/weeks	Ricin
	Botulinum toxin (12-72 hours)
	SARS-CoV-2 (15-28 days)
	Zika (3-10 days)
Chronic	Nerve agents (ALS, TOCP)
After months/years	WTC-dust
	Deficiency neuropathies
	Brucella

Table 2: Time lapse for the development of peripheral neuropathies after terrorist attacks/warfare/disasters.

Perspective

A recent review of the Global terrorism database showed that CBRN attacks are low-frequency, high-impact attack modalities for terrorist factions: between 1970 and 2018 the databank listed 390 CBRN incidents, causing 930 total fatal injuries and 14,167 total non-fatal injuries: 89% were chemical attacks, 8% biological⁵⁴. In general, neurological symptoms tend to manifest somewhat later in time, when comparing a biological attack, with an attack with chemical weapons^{3,55} (Table 2).

In this regard, it is important to report possible CBRN-cases immediately which can contribute to an appropriate treatment of the symptoms and prevention of complications. This requires basic scientific research, developing antidotes and assessing possible treatments⁵⁶. In overt terrorist attacks like the sarin attack in Tokyo, the outbreak of neurological disease is clear so the medical response is fast and adequate, although at this incident there were concerns about the safety of the responding paramedics⁵⁷.

On the other hand, the public health systems need to be aware of the possible belated manifestation of neurologic disorders, as a result of disasters, as has been seen in the unexpected aftermath of 9/11¹⁰. In this way, preventive measures or a large-scale monitoring of victims and rescue workers, who attended terrorist attack scenes, for late neuropathic sequelae should be implemented.

In the context of infection-induced neuropathies, health workers need to consider that micro-organisms could be the cause of various epidemics and disasters. For some toxic or infection-induced neuropathies (e.g., botulinum toxin, SARS-CoV2, sarin...) the number of necessary ventilators will challenge the health care system. In case the availability of ventilators will not meet the urgent demands, the potential to ventilate more than one patient with a single ventilator, provides an emergency solution⁵⁸.

Terrorist attacks or wars resulted in peripheral neuropathies as immediate or long-term sequelae.

WTC-dust exposure was associated with signs of neuropathy agents.

After every disaster or terrorist attack public health services should screen for long-term sequelae.

Neurological symptoms tend to manifest later on in case of a biological attack, as compared to chemical weapons.

Prevention and management are less covered by literature.

Table 3: Key messages.

Conclusion

Peripheral neuropathy as an immediate or long-term consequence of a terrorist attack, or war is not a problem of the past, it is a modern-day reality. Since the recent geopolitical evolution, the risk of war and CBRN exposure on the European continent has increased dramatically. Both civilian and military physicians have to be aware of clinical signs of CBRN-attacks in victims and fatalities of terrorism or warfare. This review article discusses specifically three terrorism or war-related peripheral neuropathies: toxic neuropathies, deficiency neuropathies, and infectious neuropathies. When a peripheral neuropathy is diagnosed a physician must consider possible exposure to toxic substances, biological toxins, a restrictive diet, infection and trauma as possible causes. The number of studies on peripheral neuropathy in the aftermath of terrorist attacks and war is growing.

SAMENVATTING

PERIFERE NEUROPATHIE IN DE NASLEEF VAN TERRORISTISCHE AANSLAGEN EN OORLOG: EEN LITERATUUROVERZICHT

Achtergrond

Perifere neuropathie als onmiddellijke of late sequel van terreurdaden of oorlog blijft een actuele topic. Militaire artsen zijn niet allen vertrouwd met de meest recente literatuur aangaande diagnose en behandeling.

Methoden

Er wordt een overzicht van de huidige kennis over terrorisme- of oorlogsgerelateerde perifere neuropathie gegeven, gebaseerd op een Pubmed-onderzoek naar de meest recente literatuur sinds 2000.

Resultaten

Een vijftigtal artikels werd relevant gevonden voor bespreking in deze review. De bestaande literatuur beschrijft vooral de pathofysiologie en klinische syndromologie. Over preventie en behandeling is veel minder literatuur beschikbaar.

Terrorisme- of oorlogsgerelateerde perifere neuropathieën beslaan de toxische neuropathieën, deficiëntie neuropathieën en infectieuze neuropathieën. Het is belangrijk om blootstelling aan toxische stoffen en biologische toxines in kaart te brengen alsook restrictief dieet, infectie en trauma te herkennen als mogelijke oorzaak van een perifere neuropathie.

Conclusie

De recente geopolitieke ontwikkelingen hebben het risico op CBRN-aanvallen drastisch verhoogd. Het aantal studies naar perifere neuropathie in de nasleep van terroristische aanslagen en oorlog groeit. Dit artikel biedt historische en actuele informatie voor klinici.

References:

1. De Cauwer H., Somville F.: Neurological disease in the aftermath of terrorism: a review. *Acta Neurol Belg.* 2018;118(2):193-9.
2. Cohen H.W., Zeig-Owens R., Joe C., Hall C.B., Webber M.P., Weiden M.D. et al.: Long-term Cardiovascular Disease Risk Among Firefighters After the World Trade Center Disaster. *JAMA Netw Open.* 2019;2(9):e199775.
3. De Cauwer H., Somville F., Joillet M.: Neurological aspects of chemical and biological terrorism: guidelines for neurologists. *Acta Neurol Belg.* 2017;117(3):603-11.
4. Aroniadou-Anderjaska V., Aplant J.P., Figueiredo T.H., De Araujo Furtado M., Braga M.F.: Acetylcholinesterase inhibitors (nerve agents) as weapons of mass destruction: History, mechanisms of action, and medical countermeasures. *Neuropharmacology.* 2020;181:108298.
5. Global Terrorism Database [Internet], [cited 2021 Jul 18]. Available from: <https://www.start.umd.edu/data-tools/global-terrorism-database-gtd>.
6. Lioy P.J., Weisel C.P., Millette J.R., Eisenreich S., Vallero D., Offenberg J. et al.: Characterization of the dust/smoke aerosol that settled east of the World Trade Center (WTC) in lower Manhattan after the collapse of the WTC 11 September 2001. *Environ Health Perspect.* 2002;110(7):703-14.
7. Stecker M., Segelnick J., Wilkenfeld M.: Analysis of Short-Term Effects of World Trade Center Dust on Rat Sciatic Nerve. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2014;56(10):1024-8.
8. Thawani S., Wang B., Shao Y., Reibman J., Marmor M.: Time to Onset of Paresthesia Among Community Members Exposed to the World Trade Center Disaster. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(8):1429.
9. Wilkenfeld M., Fazzari M., Segelnick J., Stecker M.: Neuropathic Symptoms in World Trade Center Disaster Survivors and Responders. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2016;58(1):83-6.
10. Marmor M., Shao Y., Bhatt D.H., Stecker M.M., Berger K.I., Goldring R.M. et al.: Paresthesias Among Community Members Exposed to the World Trade Center Disaster. *Journal of occupational and environmental medicine.* 2017;59(4):389-96.
11. Colbeth H.L., Zeig-Owens R., Webber M.P., Goldfarb D.G., Schwartz T.M., Hall C.B. et al.: Post-9/11 Peripheral Neuropathy Symptoms among World Trade Center-Exposed Firefighters and Emergency Medical Service Workers. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(10):1727.
12. Marmor M., Thawani S., Cotrina M.L., Shao Y., Wong E.S., Stecker M.M. et al.: Case-Control Study of Paresthesia Among World Trade Center-Exposed Community Members. *J Occup Environ Med.* 2020;62(4):307-16.
13. Stecker M.M., Yu H., Barlev R., Marmor M., Wilkenfeld M.: Neurologic Evaluations of Patients Exposed to the World Trade Center Disaster. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2016;58(11).
14. Hena K.M., Yip J., Jaber N., Goldfarb D., Fullam K., Cleven K. et al.: Clinical Course of Sarcoidosis in World Trade Center-Exposed Firefighters. *Chest.* 2018;153(1):114-23.
15. Hena K.M., Murphy S., Zhang Y., Shao Y., Kazeros A., Reibman J.: Clinical Evaluation of Sarcoidosis in Community Members with World Trade Center Dust Exposure. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(7).
16. Holisaz M.T., Rayegani S.M., Hafezy R., Khedmat H., Motamedi M.H.K.: Screening for peripheral neuropathy in chemical warfare victims. *International Journal of Rehabilitation Research.* 2007;30(1):71-4.
17. Moshiri M., Darchini-Maragheh E., Balali-Mood M.: Advances in toxicology and medical treatment of chemical warfare nerve agents. *Daru.* 2012;20(1):81.
18. Yanagisawa N., Morita H., Nakajima T.: Sarin experiences in Japan: acute toxicity and long-term effects. *J Neurol Sci.* 2006;249(1):76-85.
19. Himuro K., Murayama S., Nishiyama K., Shinoue T., Iwase H., Nagao M. et al.: Distal sensory axonopathy after sarin intoxication. *Neurology.* 1998;51(4):1195-7.
20. Crowell J.A., Parker R.M., Bucci T.J., Dacre J.C.: Neuropathy target esterase in hens after sarin and soman. *J Biochem Toxicol.* 1989;4(1):15-20.
21. Ding Q., Fang S., Chen X., Wang Y., Li J., Tian F. et al.: TRPA1 channel mediates organophosphate-induced delayed neuropathy. *Cell Discov.* 2017;3:17024.
22. Chai P.R., Hayes B.D., Erickson T.B., Boyer E.W.: Novichok agents: a historical, current, and toxicological perspective. *Toxicol Commun.* 2018;2(1):45-8.
23. Sakurada K., Ohta H.: No promising antidote 25 years after the Tokyo subway sarin attack: A review. *Leg Med (Tokyo).* 2020;47:101761.
24. Li C., Srivastava R.K., Athar M.: Biological and environmental hazards associated with exposure to chemical warfare agents: arsenicals. *Ann N Y Acad Sci.* 2016;1378(1):143-57.
25. Watson A.P., Griffin G.D.: Toxicity of vesicant agents scheduled for destruction by the Chemical Stockpile Disposal Program. *Environ Health Perspect.* 1992;98:259-80.

26. [Bismuth C., Borron S.W., Baud F.J., Barriot P.](#): Chemical weapons: documented use and compounds on the horizon. *Toxicol Lett.* 2004;149(1-3):11-8.
27. [Rusyniak D.E., Furbee R.B., Kirk M.A.](#): Thallium and arsenic poisoning in a small midwestern town. *Annals of Emergency Medicine.* 2002;39(3):307-11.
28. [Petroianu G.A.](#): Neuropathic organophosphates: from Scrugham, Heim and Lorot to Jake leg paralysis. *Pharmazie.* 2016;71(12):738-44.
29. [Friedman E.](#): 'Jake leg', other poisonings, physicians as canaries, and the FDA. *Medscape J Med.* 2008;10(4):103.
30. [Merwin S.J., Obis T., Nunez Y., Re D.B.](#): Organophosphate neurotoxicity to the voluntary motor system on the trail of environment-caused amyotrophic lateral sclerosis: the known, the misknown, and the unknown. *Arch Toxicol.* 2017;91(8):2939-52.
31. [McKay K.A., Smith K.A., Smertinaite L., Fang F., Ingre C., Taube F.](#): Military service and related risk factors for amyotrophic lateral sclerosis. *Acta Neurol Scand.* 2021;143(1):39-50.
32. [Janik E., Ceremuga M., Saluk-Bijak J., Bijak M.](#): Biological Toxins as the Potential Tools for Bioterrorism. *Int J Mol Sci.* 2019;20(5).
33. [Crompton R., Gall D.](#): Georgi Markov--death in a pellet. *Med Leg J.* 1980;48(2):51-62.
34. [From S., Plusa T.](#): [Today's threat of ricin toxin]. *Pol Merkur Lekarski.* 2015;39(231):162-4.
35. [Flade F.](#): The June 2018 Cologne Ricin Plot: A New Threshold in Jihadi Bio Terro. *CTC Sentinel.* August 2018;11(7).
36. [Schep L.J., Temple W.A., Butt G.A., Beasley M.D.](#): Ricin as a weapon of mass terror — Separating fact from fiction. *Environ Int.* 2009;35(8):1267-71.
37. [Coutts M., Kong L.X., Keirstead H.S.](#): A model of motor neuron loss: selective deficits after ricin injection. *J Neurotrauma.* 2010;27(7):1333-42.
38. [Liang Y., Zhang J., Walczak P., Bulte J.W.M.](#): Quantification of motor neuron loss and muscular atrophy in ricin-induced focal nerve injury. *J Neurosci Methods.* 2018;308:142-50.
39. [Arnon S.S., Schechter R., Inglesby T.V., Henderson D.A., Bartlett J.G., Ascher M.S. et al.](#): Botulinum toxin as a biological weapon: medical and public health management. *Jama.* 2001;285(8):1059-70.
40. [Franz D.R., Jahrling P.B., Friedlander A.M., McClain D.J., Hoover D.L., Bryne W.R. et al.](#): Clinical recognition and management of patients exposed to biological warfare agents. *Jama.* 1997;278(5):399-411.
41. [Arnon S.S., Schechter R., Inglesby T.V., Henderson D.A., Bartlett J.G., Ascher M.S. et al.](#): Botulinum Toxin as a Biological Weapon Medical and Public Health Management. *JAMA.* 2001;285(8):1059-70.
42. [Zilinskas R.A.](#): Iraq's biological weapons. The past as future? *Jama.* 1997;278(5):418-24.
43. [Sugishima M.](#): Aum Shinrikyo and the Japanese law on bioterrorism. *Prehosp Disaster Med.* 2003;18(3):179-83.
44. [Busl K.M., Bleck T.P.](#): Treatment of neuroterrorism. *Neurotherapeutics.* 2012;9(1):139-57.
45. [Caya J.G., Agni R., Miller J.E.](#): Clostridium botulinum and the clinical laboratorian: a detailed review of botulism, including biological warfare ramifications of botulinum toxin. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128(6):653-62.
46. [Sato Y., Kimata N., Miyahara S., Nihei H., Agishi T., Takahashi M.](#): Extracorporeal adsorption as a new approach to treatment of botulism. *Asaio j.* 2000;46(6):783-5.
47. [Clarke C.A., Sneddon I.B.](#): Nutritional neuropathy in prisoners-of-war and internees from Hong-Kong. *Lancet.* 1946;1(6403):734-7.
48. [Gibberd F.B., Simmonds J.P.](#): Neurological disease in ex-Far-East prisoners of war. *Lancet.* 1980;2(8186):135-7.
49. [Huertas R., Del Cura M.I.](#): Deficiency neuropathy in wartime: the 'paraesthetic-causalalgic syndrome' described by Manuel Peraita during the Spanish Civil War. *J Hist Neurosci.* 2010;19(2):173-81.
50. [Robson D., Welch E., Beeching N.J., Gill G.V.](#): Consequences of captivity: health effects of far East imprisonment in World War II. *Qjm.* 2009;102(2):87-96.
51. [Holmboe E.S., Wang Y., Brass L.M.](#): Long-term consequences of upper extremity peripheral neuropathy in former Vietnam prisoners of war. *Mil Med.* 2002;167(9):736-41.
52. [Meppiel E., Peiffer-Smadja N., Maury A., Bekri I., Delorme C., Desestret V. et al.](#): Neurologic manifestations associated with COVID-19: a multicentre registry. *Clin Microbiol Infect.* 2021;27(3):458-66.
53. [Tsuboi H., Sugeno N., Tateyama M., Nakashima I., Hasegawa T., Kuroda H. et al.](#): Retrospective analysis of Guillain-Barré syndrome and Fisher syndrome after the Great East Japan Earthquake. *Brain Behav.* 2014;4(4):595-7.
54. [Tin D., Granholm F., Hart A., Ciottone G.R.](#): Terrorism-Related Chemical, Biological, Radiation, and Nuclear Attacks: A Historical Global Comparison Influencing the Emergence of Counter-Terrorism Medicine. *Prehosp Disaster Med.* 2021;36(4):399-402.
55. [Donaghy M.](#): Neurologists and the threat of bioterrorism. *J Neurol Sci.* 2006;249(1):55-62.
56. [Neumeister S.M., Gray J.P.](#): The Strategic National Stockpile: identification, support, and acquisition of medical countermeasures for CBRN incidents. *Toxicol Mech Methods.* 2021;31(4):308-21.
57. [Okumura T., Suzuki K., Fukuda A., Kohama A., Takasu N., Ishimatsu S. et al.](#): The Tokyo subway sarin attack: disaster management, Part 1: Community emergency response. *Acad Emerg Med.* 1998;5(6):613-7.
58. [Stiers M., Mergeay M., Pinson H., Janssen L., Voets E., De Cauwer H. et al.](#): Individualized mechanical ventilation in a shared ventilator setting: limits, safety and technical details. *J Clin Monit Comput.* 2020:1-11.



Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden?

Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht

door R.I. Bogaers MSc^a, dr. S.G. Geuze^b, prof. dr. J. van Weeghel^c, dr. F.R.M. Leijten^d,
prof. dr. N. Rüsche^e, prof. dr. H. van de Mheen^f, dr. P.K. Varis^g, dr. A.D. Rozema^h en
prof. dr. E.P.M. Brouwersⁱ

- ^a PhD-student, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University en Expertisecentrum MGGZ, ministerie van Defensie; Kernexpert mentale kracht - Duurzaam Gezond Inzetbaar, Defensie Gezondheidszorg Organisatie, ministerie van Defensie.
- ^b Neuropsycholoog, Hoofd Expertisecentrum MGGZ, ministerie van Defensie; Brain Center Rudolf Magnus, Psychiatrie, Universitair Medische Centrum, Utrecht.
- ^c Bijzonder hoogleraar Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.
- ^d Beleidsadviseur Kennis en Innovatie, Directoraat Strategie en Kennis, Directoraat Generaal Beleid, ministerie van Defensie.
- ^e Hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Department of Public Mental Health, Clinic for Psychiatry and Psychotherapy II, University of Ulm, Duitsland.
- ^f Hoogleraar Transformaties in de Zorg, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.
- ^g Universitair hoofddocent, Cultuurwetenschappen, Tilburg School of Humanities and Digital Sciences, Tilburg University.
- ^h Senior onderzoeker, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.
- ⁱ Bijzonder hoogleraar psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid, Tranzo, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.

Dit artikel is een bewerking van een al gepubliceerd artikel in [BMJ Open](#)¹, waarop een [CC BY 4.0 licentie](#) zit

Artikel ontvangen februari 2022.

Samenvatting

Doel

Veel werknemers in hoogrisicoberoepen, zoals militairen, worden op het werk blootgesteld aan stressoren. Dit verhoogt het risico op het ontwikkelen van psychische klachten (inclusief verslaving). Het kunnen bespreken van psychische klachten met de leidinggevende of collega's kan positieve gevolgen hebben voor het werk, zoals sociale steun en werkaanpassingen, maar het kan ook leiden tot negatieve gevolgen zoals stigma en discriminatie. Dit maakt de keuze om wel of niet open te zijn over psychische klachten en verslaving een complex dilemma met gevolgen voor gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid. Het doel van de huidige studie was de belemmerende en bevorderende factoren voor het bespreken van psychische klachten in de werkomgeving bij militairen in kaart te brengen, vanuit meerdere perspectieven.

Methode

Een kwalitatieve focusgroepstudie binnen de Nederlandse krijgsmacht vanuit verschillende perspectieven is uitgevoerd. De focusgroepgesprekken zijn opgenomen en getranscribeerd. Inhoudsanalyse met inductieve benadering werd uitgevoerd in het softwareprogramma Atlas.ti.

Deelnemers

In totaal hebben 46 mensen deelgenomen, verdeeld over 8 homogene focusgroepen, die drie perspectieven vertegenwoordigden: militairen met psychische klachten (N=20), militairen zonder psychische klachten (N=10) en militaire zorgprofessionals (N=16).

Resultaten

Er werden vijf belemmerende factoren gevonden voor het bespreken van psychische klachten in de werkomgeving: (1) angst voor negatieve carrière consequenties, (2) angst voor sociale afwijzing, (3) gebrek aan steun vanuit de leidinggevende, (4) het moeilijk vinden

te praten over psychische klachten en (5) de werkcultuur waarin mensen geacht worden sterk te zijn. Er zijn ook drie bevorderende factoren gevonden: (1) verwachte positieve gevolgen van openheid (dat je beter kan worden en dat je openheid anderen kan helpen), (2) steun vanuit de leidinggevende en (3) psychische klachten die werkgerelateerd waren konden makkelijker besproken worden. De perspectieven van de drie groepen kwamen sterk overeen.

Conclusie

Vanuit alle drie de perspectieven werd bevestigd dat bijna alle belemmerende factoren gerelateerd waren aan de angst een 'stempel' te krijgen, en daardoor negatiever beoordeeld te worden (stigma) of negatiever behandeld te worden (discriminatie). De onderzoeksbevindingen tonen daarmee aan dat stigma en discriminatie rond psychische klachten een aanzienlijke barrière vormen voor gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid, en dat destigmatiserende interventies nodig zijn. De kennis, de houding en het gedrag van leidinggevendenden bleken van cruciaal belang voor het wel of niet bespreken van psychische klachten. Voor hen ligt daarom een sleutelrol voor militairen met dergelijke klachten. Tenslotte zou op beleidsniveau moeten worden bekeken wat gedaan kan worden bepaalde angsten, zoals de angst voor negatieve carrière gevolgen, weg te nemen. Samen kan dit zorgen voor betere bespreekbaarheid van psychische klachten in de werkomgeving. Betere bespreekbaarheid kan het ook makkelijker maken vroegtijdig hulp te zoeken, wat ook weer belangrijk is voor gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid.

Achtergrond

Wereldwijd worden veel werknemers in hoogrisicoberoepen (bijvoorbeeld militairen, politie-medewerkers en artsen) blootgesteld aan stressfactoren die het risico op het ontwikkelen van psychische klachten, inclusief verslaving, verhogen²⁻⁵. Specifiek hebben militairen bijvoorbeeld een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische klachten als gevolg van een uitzending^{3,6}. Bovendien worden dit soort beroepen vaak uitgeoefend in een werkomgeving met voornamelijk mannen, waar masculiene normen zoals zelfredzaamheid heel belangrijk zijn, wat samenhangt met verminderde mentale gezondheid⁷. Het gevolg kan zijn dat deze werknemers een grotere kans hebben om uit te vallen door ziekteverzuim of verlies van werk⁸⁻¹⁰. Een cruciale keuze voor werknemers met psychische klachten is de keuze om dit wel of niet te bespreken op de werkvloer.

De keuze om psychische klachten wel of niet te bespreken is complex, met vergaande gevolgen voor gezondheid, welzijn en uiteindelijk duurzame inzetbaarheid^{8,11,12}. Klachten wel bespreken kan positieve gevolgen hebben, zoals verbeterde relaties op het werk, meer jezelf kunnen zijn, werkaanpassingen krijgen en een inclusievere werkcultuur. Maar het bespreken kan er ook toe leiden dat men een 'stempel' (stigma) krijgt waardoor men negatiever bekeken wordt, of negatiever behandeld (discriminatie)¹¹⁻¹³, wat vaak negatieve gevolgen heeft voor welzijn en duurzame inzetbaarheid. Het *niet* bespreken van klachten kan daarentegen helpen om stigma en discriminatie te voorkomen, maar het kan ook leiden tot uitval, bijvoorbeeld wanneer werknemers geen werkaanpassingen of steun vanuit de werkomgeving krijgen terwijl zij die nodig hebben om aan het werk te blijven^{8,14}.

Het dilemma om psychische klachten wel of niet te bespreken is mogelijk nog groter binnen hoogrisicoberoepen met een werkomgeving als Defensie, waar verwacht wordt dat werknemers 'sterk' zijn en voldoen aan masculiene normen^{13,15,16}. Openheid over psychische klachten heeft in dergelijke werkomgevingen mogelijk minder positieve gevolgen¹³. Eerder onderzoek liet zien dat de keuze om klachten te bespreken binnen zulke werkomgevingen, voornamelijk gebaseerd werd op de verwachte negatieve gevolgen¹⁷. Ook hing een dergelijke werkcultuur samen met het minder goed kunnen praten over gevoelens en emoties¹⁸, wat het bespreken van psychische klachten mogelijk moeilijker maakt.

Tot op heden is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de bespreekbaarheid van psychische klachten, vooral onder militairen¹⁹. In een kwalitatieve studie binnen het Duitse leger werden de attitudes ten opzichte van het bespreken van psychische klachten onderzocht en daar werd bevonden dat militairen inderdaad bang waren dat openheid zou zorgen voor stigma, roddelen, discriminatie en negatieve carrièregevolgen²⁰. Een kwantitatieve studie naar het bespreken van psychische klachten liet zien dat 25% van de Nederlandse werknemers klachten niet zou bespreken op de werkvloer. Dit kwam onder anderen door de relatie die zij hadden met de leidinggevende, de voorkeur zelf dingen op te lossen en angst voor negatieve carrièreconsequenties²¹. Een andere studie onder Nederlandse werknemers met psychische klachten vond dat van degene die open waren geweest over psychische klachten, bijna 50% dit had gedaan omdat ze een goede relatie hadden met de leidinggevende. Ook was de voornaamste reden voor het rapporteren van een positieve of negatieve ervaring rond openheid, of de persoon wel of geen steun had ontvangen van de leidinggevende²². Dit geeft duidelijk het belang weer van de werknemer-leidinggevende relatie voor het bespreken van psychische klachten.

Gezien het wel of niet bespreken van psychische klachten grote gevolgen kan hebben voor gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid, en er tot op heden weinig onderzoek naar is gedaan, is het belangrijk meer inzicht te krijgen in welke factoren van invloed zijn op deze keuze. Omdat de werk en sociale omgeving van invloed zijn op de beslissing klachten wel of niet te bespreken, is het belangrijk niet alleen het perspectief van militairen met psychische klachten mee te nemen, maar ook de perspectieven van militairen zonder psychische klachten en (militaire) zorgprofessionals²⁰. Het perspectief van militairen zonder psychische klachten is belangrijk omdat zij mogelijk de stigmatiserende attitudes hebben die ervoor kunnen zorgen dat collega's psychische klachten niet bespreken. Ook kunnen zij in de toekomst nog psychische en/of verslavingsklachten ontwikkelen, waardoor het relevant is nu al te kijken wat hun keuze rond het wel of niet bespreken van klachten zou beïnvloeden²³. Het perspectief van (militaire) zorgprofessionals is belangrijk omdat eerder onderzoek heeft aangetoond dat zij een rol spelen in de manier waarop stigma invloed heeft op duurzame inzetbaarheid²⁴. Bovendien zouden zorgprofessionals een rol kunnen spelen in advisering aan patiënten over het wel of niet bespreken van klachten. Dit maakt het belangrijk te kijken of zorgprofessionals zich ervan bewust zijn waar militairen met psychische klachten tegenaan lopen bij de keuze om klachten wel of niet te bespreken.

Doel van het huidige onderzoek

Het doel van de huidige exploratieve studie was belemmerende en bevorderende factoren te identificeren voor het wel of niet bespreken van psychische klachten op het werk, vanuit verschillende perspectieven: militairen met en zonder psychische klachten en (militaire) zorgprofessionals.

Methode

Hier volgt een beknopte omschrijving van de methode. Een uitgebreide omschrijving van de methode kan worden gevonden in het oorspronkelijke artikel¹.

Opzet

Er is gebruik gemaakt van focusgroepen omdat de interactie tussen deelnemers diepgaand inzicht kan geven bij complexe onderwerpen, zoals het wel of niet bespreken van psychische klachten²⁵.

Deelnemers

In totaal hebben 46 mensen deelgenomen, verdeeld over 8 focusgroepen. De demografische gegevens zijn te vinden in Tabel 1.

	Militairen met klachten (4 groepen, N= 20)	Militairen zonder klachten (2 groepen, N=10)	Zorgprofessionals (2 groepen, N=16)
Leeftijd	46.25 (8.32)	31.8 (10.30)	41.81 (10.29)
Man	18 (90%)	8 (80%)	11 (69 %)
Getrouwd/samenwonend	19 (95%)	6 (60%)	11 (69%)
Vast contract	20 (100%)	8 (80%)	16 (100%)
Rangen			
Officier	6 (30%)	4 (40%)	15 (94 %)
Onderofficier	10 (50%)	1 (10%)	0 (0%)
Korporaal	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)
Manschappen	0 (0%)	4 (40%)	0 (0%)
Burger	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)
Onbekend	4 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
Krijgsmachtonderdeel			
Landmacht	11 (55%)	2 (20%)	n.v.t.
Marine	4 (20%)	5 (50%)	n.v.t.
Luchtmacht	2 (10%)	1 (10%)	n.v.t.
Marechaussee	3 (15%)	0 (0%)	n.v.t.
Defensie Ondersteuningscommando	0 (0%)	2 (20%)	n.v.t.
Psychische klachten *			
Posttraumatische stressstoornis (PTSS)	6 (30%)	n.v.t.	n.v.t.
Depressie	5 (25%)	n.v.t.	n.v.t.
Burn-out	4 (20%)	n.v.t.	n.v.t.
Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)	2 (10%)	n.v.t.	n.v.t.
Verslaving	2 (10%)	n.v.t.	n.v.t.
Persoonlijkheidsstoornis	2 (10%)	n.v.t.	n.v.t.
Autisme	1 (5%)	n.v.t.	n.v.t.
Functie			
Psycholoog	n.v.t.	n.v.t.	7 (44%)
Maatschappelijk werker	n.v.t.	n.v.t.	3 (19%)
Praktijkondersteuner huisarts (POH-GGZ)	n.v.t.	n.v.t.	1 (6%)
Geestelijk verzorger	n.v.t.	n.v.t.	2 (13%)
Bedrijfsarts	n.v.t.	n.v.t.	1 (6%)
Systeem therapeut	n.v.t.	n.v.t.	1 (6%)
Huisarts	n.v.t.	n.v.t.	1 (6%)

* Totaal meer dan 100% door dubbele diagnoses.

Tabel 1: Demografische gegevens per set van focusgroepen, weergegeven in gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD) en totale aantallen (N (%)).

Procedure

Dataverzameling van deze studie heeft tegelijk plaatsgevonden met een studie naar belemmerende en bevorderende factoren voor het zoeken van hulp voor psychische klachten^{23,26}.

Deelnemers zijn benaderd via (a) flyers op verschillende locaties, (b) psychologen, (c) nieuwsbrieven, (d) persoonlijke contacten van de onderzoekers en (e) mond-tot-mondreclame. Deelnemers hebben voor het begin van de focusgroep een korte vragenlijst ingevuld met demografische variabelen (inclusief diagnoses). Vervolgens is tijdens de focusgroep gepraat over de belemmerende en bevorderende factoren voor het bespreken van psychische klachten op de werkvloer. Alle focusgroepen vonden plaats op militaire locaties, duurde twee uur, werden opgenomen en later getranscribeerd.

Analyse

Er is een inhoudsanalyse uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van een algemene inductieve benadering. Alle transcripten zijn door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Verschillen zijn besproken tot er consensus was over de codering. Vervolgens zijn op basis van de codes overkoepelende categorieën geïdentificeerd. Daarna zijn op basis van deze categorieën, overkoepelende categorieën gemaakt.

Resultaten

In totaal zijn vijf overkoepelende thema's gevonden voor belemmerende factoren, en drie overkoepelende thema's voor bevorderende factoren. Voor een volledig overzicht zie Tabel 2.

Belemmerende factoren voor het bespreken van psychische klachten

Angst voor negatieve carrièreconsequenties

Alle drie de groepen gaven aan dat angst voor negatieve carrièregevolgen veel voor komt en belemmerend kan werken voor het bespreken van psychische klachten.

Ten eerste waren deelnemers bang dat het bespreken van klachten zou zorgen voor het verlies van werk. Dit was het geval voor alle psychische klachten, maar nog sterker voor verslaving. De onderstaande quote illustreert deze zorg.

Militair zonder psychische of verslavingsklachten (man):

'Je hoort militairen niet praten over drugs. Je wordt ontslagen voor het gebruik van drugs, dus dat moet altijd een geheim blijven.'

Ten tweede gaven deelnemers aan dat zij bang waren niet meer te mogen doen wat zij het leukste vinden aan het werk, bijvoorbeeld op uitzending gaan.

Militair met psychische of verslavingsklachten (man):

'Op uitzending heeft een officier gezegd: "Als ik zie dat je tekenen van psychische klachten laat zien, stuur ik je naar huis". Nou dan zeg je zeker niets meer over je psychische klachten.'

Ten derde was er ook de angst na openheid geen doorgroeimogelijkheden meer te krijgen binnen Defensie. De volgende quote van een zorgprofessional illustreert dat.

Zorgprofessionals (vrouw):

'Veel militairen praten niet over psychische klachten, omdat ze bang zijn dat als er een kans komt voor promotie, ze die dan niet meer kunnen krijgen.'

Angst voor sociale afwijzing

Deelnemers van alle drie de perspectieven gaven aan dat de angst voor sociale afwijzing een belemmering is voor het bespreken van psychische klachten.

Om te beginnen gaven deelnemers aan dat er een angst is als zwak gezien te worden en afgewezen te worden door collega's.

Zorgprofessional (vrouw):

'Ze zijn bang om als zwak gezien te worden, om een label te krijgen.'

Bovendien gaven deelnemers aan dat de angst voor sociale afwijzing een extra grote rol speelt vanwege de hoge sociale cohesie binnen Defensie.

Militair met psychische of verslavingsklachten (man):

'Het is moeilijk. De cultuur binnen Defensie is dat als je het allemaal kan bijhouden, het heel leuk is, een hele hechte groep. Maar als je het niet meer kunt bijhouden, ben je het buitenbeentje.'

Tot slot gaven deelnemers aan dat er een angst is dat er wordt geroddeld, en dat vormt een belemmering voor het bespreken van psychische klachten.

Militair met psychische of verslavingsklachten (man):

‘Mensen roddelen heel veel binnen Defensie, en mensen weten snel wat er aan de hand is met iemand. Daardoor was ik terughoudend om over mijn psychische klachten te praten.’

Gebrek aan steun vanuit de leidinggevende

Deelnemers uit alle groepen gaven aan dat een gebrek aan steun vanuit de leidinggevende een belangrijke belemmering is voor het bespreken van psychische klachten. Dit was op meerdere manieren zichtbaar.

Ten eerste gaven deelnemers aan dat leidinggevendenden vaak negatieve attitudes hebben over psychische klachten en dat ze vaak niet genoeg begrip, kennis en ervaring hebben.

Militair met psychische of verslavingsklachten (man):

‘Officieren die net zijn begonnen, hebben net hun opleiding afgerond, en hebben geen levenservaring. Zij zullen het niet zien als een militair psychische klachten heeft.’

Verder kwam ook naar voren dat leidinggevendenden vaak geen tijd maken voor een gesprek. Vaak was er ook een onvoldoende vertrouwensrelatie tussen de militair en leidinggevende. Deelnemers gaven aan dat dit vaak het geval is door de hoge doorstroom binnen Defensie.

Militair met psychische of verslavingsklachten (man):

‘Ik praat niet met mijn leidinggevende [over mijn klachten]; ik ken hem niet goed. Ik zou hem minder vertellen.’

Dit gebrek aan vertrouwen kwam ook doordat militairen zien hoe de leidinggevende omgaat met de psychische klachten van anderen.

Militair zonder psychische of verslavingsklachten (man):

‘Ik had een sergeant, en een van mijn collega’s had met hem gesproken over zijn psychische klachten. Tijdens de debriefing heeft de sergeant besproken wat mijn collega hem had verteld. Opeens wist iedereen het, terwijl mijn collega dit hem in vertrouwen had verteld.’

Het moeilijk vinden te praten over psychische klachten

Deelnemers uit alle groepen gaven aan dat militairen het vaak moeilijk vinden te praten over psychische klachten.

Zorgprofessional (vrouw):

‘Ik merk dat veel militairen hun gevoelens niet in woorden kunnen uitdrukken. Wanneer ze bij ons aankomen, zijn ze nog in de eerste fase van de herkenning van symptomen. Ze moeten nog veel leren voordat ze alles in woorden kunnen uitdrukken.’

Ook gaven deelnemers aan dat collega’s en leidinggevendenden het vaak ook moeilijk vinden een gesprek te beginnen over psychische klachten.

Militair met psychische of verslavingsklachten (man):

‘Mijn leidinggevende bleef maar praten over andere dingen dan mijn psychische klachten. Hij wilde dit onderwerp niet aansnijden. Want dat was eng, want stel je voor dat ik zou gaan huilen?’

Werkcultuur waarin mensen geacht worden sterk te zijn

Deelnemers uit alle groepen omschreven Defensie als een plek waar van militairen verwacht wordt dat ze sterk zijn en de ‘can-do’-mentaliteit hebben, in plaats van zwakte te laten zien. Deze ‘can-do’-mentaliteit hangt ook samen met het ontkennen van symptomen van psychische klachten.

Zorgprofessional (man):

‘De focus ligt op altijd doorgaan, je eigen verantwoordelijkheid nemen. Je bent op die manier getraind.’

Deze 'can-do'-mentaliteit kan ook zorgen voor gevoelens van schaamte voor psychische klachten. Militair zonder psychische of verslavingsklachten (man):
'Er zijn ook bepaalde gevoelens geassocieerd met psychische klachten, bijvoorbeeld dat je geen waardig militair zou zijn, omdat psychische klachten betekenen dat je zwak bent en geen militair kunt zijn.'

Bevorderende factoren voor het bespreken van psychische klachten

Verwachte positieve gevolgen van openheid

Militairen die zelf psychische klachten hebben (gehad), gaven aan als er een verwachting is dat openheid tot positieve gevolgen zal leiden, dat bevorderend is voor openheid. Ze gaven bijvoorbeeld aan psychische klachten te hebben besproken omdat het belangrijk was voor het ontvangen van hulp en voor het herstel, en anderen met psychische klachten te kunnen helpen.

Militair met psychische of verslavingsklachten (vrouw):

'Ik kon het niet meer alleen aan, ik moest iets doen om te herstellen, daarom vertelde ik het mijn leidinggevende.'

Steun vanuit de leidinggevende

Waar een gebrek aan steun van de leidinggevende belemmerend werkte, werd positieve steun vanuit de leidinggevende door alle groepen als bevorderend genoemd voor het bespreken van psychische klachten.

Deelnemers gaven aan dat het belangrijk is een leidinggevende te hebben die tijd vrijmaakt voor een gesprek, positieve attitudes heeft over psychische klachten, en dat er een vertrouwensrelatie is tussen de militair en de leidinggevende.

Zorgprofessional (vrouw):

'Het is heel belangrijk dat officieren het belang van psychische gezondheid uitdragen.'

Militair met psychische of verslavingsklachten (man):

'[Ik heb het mijn leidinggevende verteld omdat] ik hem zo goed ken. Ik heb al eerder een lange tijd met hem samengewerkt. Dit schept een andere band dan wanneer je maar twee jaar met iemand samen hebt gewerkt.'

Wanneer psychische of verslavingsklachten werkgerelateerd zijn

Deelnemers gaven aan dat het makkelijker is psychische klachten te bespreken die een gevolg zijn van werkgerelateerde incidenten (bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornis als gevolg van een uitzending), dan klachten die niet werkgerelateerd zijn. Zij gaven aan dat dit komt doordat er meer respect is voor werkgerelateerde psychische klachten.

Zorgprofessional (man):

'Wanneer iets in het openbaar is gebeurd, bijvoorbeeld op uitzending [wat de psychische klachten veroorzaakt], heeft het een soort status, het is makkelijker om dat te bespreken.'

Verschillen en overeenkomsten tussen de drie perspectieven

De drie verschillende perspectieven kwamen sterk overeen. Deelnemers zijn gevraagd naar wat zij als belangrijke factoren (bevorderend/belemmerend) zagen, en zijn hier niet in gestuurd. Het resultaat is dat sommige factoren wel zijn besproken door bepaalde groepen, en anderen weer niet. Dit is zichtbaar in de kleine verschillen in de subcategorieën binnen de thema's. In tegenstelling tot de andere groepen bespraken de zorgprofessionals de volgende factoren *niet*: (1) de roddelcultuur, (2) collega's die het moeilijk vinden te praten over psychische klachten, (3) het ontkennen van symptomen, (4) het belang van het bespreken van klachten om te herstellen en (5) het belang van een leidinggevende die tijd vrijmaakt voor een gesprek. In tegenstelling tot de andere groepen, bespraken de militairen zonder psychische of verslavingsklachten de volgende factoren *niet*: (1) angst om niet meer te kunnen doorgroeien, (2) gebrek aan tijd vanuit de leidinggevende voor een gesprek, (3) de verwachte positieve gevolgen van openheid, en (4) dat het bespreken van werkgerelateerde psychische klachten makkelijker is.

Categorie	Subcategorie	Militairen met klachten	Militairen zonder klachten	Zorg-professionals
Belemmerende factoren				
Angst voor negatieve carrière consequenties	Verlies van werk (en financiële gevolgen).	✓	✓	✓
	Niet meer mogen doen wat je het leukste vindt aan het werk (bijvoorbeeld uitzending, oefeningen, vliegen).	✓	✓	✓
	Geen doorgroeimogelijkheden binnen Defensie.	✓	×	✓
Angst voor sociale afwijzing	Angst als zwak gezien te worden door psychische klachten.	✓	✓	✓
	Angst afgewezen te worden/uit de groep gezet worden.	✓	✓	✓
	Roddelcultuur binnen Defensie.	✓	✓	×
Gebrek aan steun vanuit de leidinggevende	Negatieve attitudes leidinggevende over psychische klachten.	✓	✓	✓
	Gebrek aan begrip vanuit leidinggevende (en het serieus nemen).	✓	✓	✓
	Gebrek aan tijd voor een gesprek vanuit de leidinggevende.	✓	×	✓
	Gebrek aan kennis en ervaring leidinggevende.	✓	✓	✓
	Gebrek aan een persoonlijke (vertrouwens)relatie met de leidinggevende.	✓	✓	✓
Het moeilijk vinden te praten over psychische en verslavingsklachten	Militair zelf vindt het moeilijk te praten over psychische klachten.	✓	✓	✓
	Collega's vinden het moeilijk te praten over psychische klachten.	✓	✓	×
	Leidinggevend vinden het moeilijk te praten over psychische klachten.	✓	✓	✓
Werkcultuur waarin mensen geacht worden sterk te zijn	Ontkennen van symptomen psychische klachten.	✓	✓	×
	'Can-do'-mentaliteit.	✓	✓	✓
	Gevoelens van schaamte door psychische klachten.	✓	✓	✓
Bevorderende factoren				
Geanticipeerde positieve gevolgen	Psychische klachten bespreken om een voorbeeld te zijn voor anderen en anderen te helpen.	✓	×	✓
	Psychische klachten bespreken om te herstellen.	✓	×	×
Steun vanuit de leidinggevende	Leidinggevende die tijd maakt voor een gesprek.	✓	✓	✓
	Vertrouwensrelatie met de leidinggevende.	✓	✓	✓
	Leidinggevende met positieve attitudes over psychische klachten.	✓	✓	✓
Psychische klachten werkgerelateerd	Makkelijker psychische klachten te bespreken die een gevolg zijn van werk/uitzending doordat hier meer respect aan vast zit (vooral bij posttraumatische stressstoornis).	✓	×	✓

✓ Geeft aan dat de subcategorie besproken werd binnen een bepaalde groep deelnemers.

× Geeft aan dat de subcategorie niet werd besproken binnen een bepaalde groep deelnemers.

Tabel 2: Belemmerende en bevorderende factoren voor het bespreken van psychische klachten.

Discussie

De huidige studie liet zien dat militairen bang waren dat het bespreken van psychische klachten zorgt voor negatieve gevolgen voor de carrière en sociale afwijzing. Ook kwam naar voren dat de militaire cultuur belemmerend kon zijn voor het bespreken van klachten, doordat in deze cultuur van militairen wordt verwacht dat zij sterk zijn, en geen zwakte laten zien. Ook werd het over het algemeen als moeilijk ervaren over psychische klachten te praten, door militairen met klachten zelf, maar ook door collega's en leidinggevend. De leidinggevende speelde een cruciale rol in de keuze om klachten te bespreken, waarbij het gedrag, de attitudes en de kennis

van de leidinggevende zowel belemmerend als bevorderend konden werken. Ook al lieten de resultaten zien dat de werkcultuur een belemmering kon vormen, zien we ook dat wanneer militairen steun ervaren van de leidinggevende en klachten werkgerelateerd zijn, dit bevorderend kon zijn voor het bespreken van klachten. Tot slot werd gezien dat er motivatie was open te zijn wanneer er de verwachting is dat dit zal zorgen voor herstel en het anderen met psychische of verslavingsklachten kan helpen.

Stigma

Veel van de belemmerende factoren waren gerelateerd aan stigma. Overeenkomend met eerder onderzoek in het Duitse leger²⁰, heeft de huidige studie ook angst voor negatieve carrièregevolgen en sociale afwijzing gevonden als belemmerende factoren voor het bespreken van psychische klachten. Deze twee angsten zijn niet uniek voor militairen; een studie onder Nederlandse werknemers heeft ook de angst voor carrièrebeschadiging en sociale angst als belemmeringen gevonden voor het bespreken van klachten²¹.

Wanneer de steekproef van de huidige studie wordt vergeleken met die van de studie in het Duitse leger²⁰, valt het op dat de huidige studie meer militairen had met een vast contract. Maar ondanks deze vaste contracten, vormde de angst voor negatieve carrièregevolgen een belemmering voor het bespreken van psychische klachten. Militairen op een tijdelijk contract in de studie in het Duitse leger, gaven aan psychische klachten niet te willen bespreken omdat zij nog een vast contract wilden krijgen. De militairen die juist wel een vast contract hadden, gaven aan dat zij het makkelijker vonden klachten te bespreken²⁰. Een andere kwalitatieve studie in de civiele werkomgeving vond ook dat verwachte werkzekerheid van invloed was op de keuze om klachten wel of niet te bespreken²⁷. Gezien de huidige studie en allebei de eerdere studies kwalitatief zijn, is toekomstig kwantitatief onderzoek nodig om het verband tussen type contract en het bespreken van klachten verder te onderzoeken.

Werkcultuur en de rol van de leidinggevende

Verder werd de cultuur binnen Defensie, een cultuur waarin mensen geacht worden sterk te zijn, gezien als een belemmering psychische klachten te bespreken. Onderzoek naar het bespreken van klachten bij militairen is schaars, maar eerdere studies binnen vergelijkbare beroepen hebben deze cultuur ook als een belemmering voor het bespreken van klachten gevonden^{5,17}. Deze cultuur veroorzaakt mogelijk ook dat militairen het lastig vinden over psychische klachten te praten. Een studie bij de brandweer liet ook zien dat het ongemak van leidinggevendens rond het bespreken van psychische klachten, belemmerend was voor werknemers om klachten te uiten²⁸. Om het makkelijker te maken voor militairen te praten over psychische klachten, zou gekeken moeten worden naar interventies die elders al effectief zijn gebleken. Deze interventies kunnen dan worden vertaald naar de militaire context. Er is bijvoorbeeld een training ontwikkeld en onderzocht voor leidinggevendens bij de Australische brandweer. De training bleek het zelfvertrouwen van leidinggevendens om te praten met werknemers met psychische klachten te verhogen²⁹.

Het merendeel van de bevorderende factoren voor het bespreken van psychische klachten was ook gerelateerd aan de werkcultuur. Wanneer militairen steun kregen van de leidinggevende, maakte dit het bijvoorbeeld makkelijker klachten te bespreken. De cruciale rol van de leidinggevende in de keuze om klachten wel of niet te bespreken, is eerder ook gevonden in de militaire context²⁰, bij andere beroepen waar voornamelijk mannen werken¹⁷, en in de civiele context^{21,30}. Dat de leidinggevende een cruciale rol speelt, geeft het belang weer van trainingen voor leidinggevendens om meer kennis te vergaren, attitudes te verbeteren en communicatievaardigheden te verhogen. Ook is het belangrijk de relatie tussen werknemer en leidinggevende te verbeteren door bijvoorbeeld een lagere doorloop van functies te hebben binnen Defensie.

De huidige studie liet ook zien dat het makkelijker is om klachten te bespreken die werkgerelateerd zijn. Er zijn twee verklaringen voor deze bevinding. Ten eerste liet het onderzoek zien dat er meer respect is voor werkgerelateerde psychische klachten, en ten tweede toonde de studie in het Duitse leger aan dat officieren dachten dat beter omgegaan kan worden met posttraumatische stressstoornis, doordat er meer kennis en bewustzijn over is, in vergelijking met andere klachten²⁰. Als het bespreken van klachten makkelijker is wanneer er meer kennis en bewustzijn over een bepaalde klacht is, laat dit het belang zien van het vergroten van kennis en bewustzijn bij militairen rond verschillende psychische klachten.

Vergelijking tussen de drie perspectieven

Als de perspectieven van de drie groepen worden vergeleken, dan blijkt dat alle drie de perspectieven in grote lijnen dezelfde belemmerende en bevorderende factoren toonden. Deze hoge overeenkomst geeft aan dat het bespreken van psychische klachten ook daadwerkelijk een risico vormt voor negatieve carrièreconsequenties en sociale afwijzing, en dat het niet enkel de perceptie van militairen met psychische klachten is. De hoge overeenkomst tussen perspectieven benadrukt ook het belang van de gevonden belemmerende en bevorderde factoren, en dat als hier op de juiste manier mee wordt omgegaan, belemmerende factoren omgevormd kunnen worden naar bevorderende factoren welke uiteindelijke gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid kunnen verbeteren.

Wel waren er enkele interessante kleine verschillen tussen de drie perspectieven. Verschillende belemmerende factoren werden niet benoemd door zorgprofessionals. Deze leken zich er bijvoorbeeld minder van bewust dat collega's van militairen het moeilijk vinden over psychische klachten te praten en dat er een angst bestaat dat er geroddeld wordt. Zorgprofessionals zouden militairen kunnen helpen met de keuze om klachten wel of niet te bespreken, specifiek tegen wie je wat wel en niet zegt, om bijvoorbeeld roddelen te voorkomen. Eerder onderzoek in een niet-militaire werkomgeving liet zien dat grondige voorbereiding van de keuze om klachten wel of niet te bespreken, negatieve gevolgen op het werk kan helpen voorkomen^{13,31,32}.

Dat openheid over het uiten van klachten zou zorgen dat je niet meer kan doorgroeien in je carrière, werd niet genoemd door militairen zonder psychische klachten. Het is mogelijk dat deze angst gerelateerd is aan het zelfstigma van militairen met psychische klachten, en niet herkend wordt door militairen zonder deze klachten. Echter, in een studie binnen de Nederlandse krijgsmacht naar de keuze om hulp te zoeken voor psychische klachten, noemden militairen zonder deze klachten de angst niet meer door te kunnen groeien in de carrière wel als belemmerend voor het zoeken van hulp²³.

Sterktes en beperkingen huidige onderzoek

Zoals alle onderzoeken, kent ook dit onderzoek sterke en minder sterke kanten.

De eerste sterkte van het huidige onderzoek is de gebruikte exploratieve kwalitatieve methode, welke inzicht geeft in een complex onderwerp en gebruikt kan worden verder kwantitatief onderzoek te doen.

Ten tweede heeft de huidige studie verschillende perspectieven op openheid meegenomen, wat een completer beeld geeft van het probleem^{33,34}.

Ten derde, gezien onderzoek naar de keuze om open te zijn schaars is, en al helemaal schaars binnen de militaire werkcontext, geeft deze studie inzichten die nuttig kunnen zijn voor het ontwikkelen van interventies specifiek voor de militaire context.

Ten vierde zijn in de huidige studie verschillende maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat militairen vrijuit konden spreken (deelnemers kenden elkaar niet, droegen burgerkleding om het verschil tussen rangen niet te benadrukken, en de interviewleiders waren onafhankelijke onderzoekers die op geen enkele manier de carrière van de militair konden beïnvloeden).

De eerste minder sterke kant van het huidige onderzoek heeft betrekking op generaliseerbaarheid van de resultaten. De steekproef had een relatief lage diversiteit in leeftijd en rangen, met een groep relatief oudere militairen met hoge rangen. Ook was er een over-representatie van de landmacht binnen de groep militairen met psychische klachten, en van de marine binnen de groep militairen zonder psychische klachten. De resultaten zijn mogelijk anders voor verschillende lagen en krijgsmachtdelen binnen Defensie. Een studie onder Nederlandse werknemers liet bijvoorbeeld zien dat jongere mensen minder vaak psychische klachten bespreken²². Het doel van kwalitatief onderzoek is echter inzicht te krijgen in een complex onderwerp waarover meer kennis nodig is waarbij generaliseerbaarheid niet het doel is. Toekomstig kwantitatief onderzoek zou de keuze om psychische klachten te bespreken verder moeten bestuderen in een representatieve steekproef.

De tweede beperking van het huidige onderzoek is dat het perspectief van leidinggevenden ontbreekt, terwijl de leidinggevende erg belangrijk bleek te zijn in de keuze om psychische klachten te bespreken. Een eerdere studie in het Duitse leger heeft wel het perspectief van leidinggevenden meegenomen en zij vonden vergelijkbare resultaten. Echter, om meer inzicht te krijgen in de invloed van leidinggevenden, moet toekomstig onderzoek het perspectief van leidinggevenden verder onderzoeken.

De derde beperking is dat zelfselectie van deelnemers niet uitgesloten kan worden, omdat deelnemers zichzelf konden aanmelden voor dit onderzoek. Ook is er een risico dat vooroordelen van de onderzoekers een rol hebben gespeeld, omdat de onderzoekers de transcripten hebben gecodeerd. Om dit effect te minimaliseren en te voorkomen dat de resultaten een subjectieve interpretatie van één onderzoeker zijn, zijn alle transcripten door meerdere onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd.

De vierde beperking van het onderzoek heeft te maken met het gebruik van focusgroepen, namelijk dat deelnemers niet anoniem voor elkaar blijven. Dit vormt het risico dat deelnemers alleen sociaal wenselijke antwoorden geven. In het huidige onderzoek is wel gekozen voor focusgroepen omdat deze, in vergelijking met interviews, het voordeel hebben dat deelnemers op elkaar kunnen reageren, wat extra inzicht in het onderwerp kan geven²⁵. En zoals beschreven tijdens de sterktes, zijn verschillende maatregelen genomen zodat deelnemers vrijuit konden spreken.

Conclusies

De resultaten laten zien dat de keuze om psychische klachten, inclusief verslaving, wel of niet te bespreken complex is, en dat stigma en discriminatie aanzienlijke barrières vormen voor het bespreken van klachten en als gevolg ook voor gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid. Om militairen te faciliteren in het bespreken van psychische klachten, is het van groot belang dat stigma en discriminatie worden verlaagd. De focus zou moeten liggen op interventies die een werkomgeving creëren die meer steun biedt aan militairen met psychische klachten. Dit kan door bijvoorbeeld de relatie tussen militairen en de leidinggevende te verbeteren, en door kennis en bewustzijn rond psychische klachten in het algemeen (niet alleen werkgerelateerde klachten) te verhogen. Hierdoor kan het makkelijk worden te praten over psychische klachten in de werkomgeving. Dit is extra belangrijk op het niveau van de leidinggevenden, gezien de cruciale rol die zij spelen in de keuze rondom klachten te bespreken.

Verder hadden militairen ook angsten voor negatieve gevolgen voor de carrière en sociale afwijzing. Er was grote overeenkomst tussen de perspectieven, wat aangeeft dat openheid waarschijnlijk ook echt een risico vormt voor de carrière en sociale relaties. Het beleid rond negatieve gevolgen voor de carrière door psychische klachten zou aangepast kunnen worden om deze angst deels weg te nemen. Verder zou toekomstig onderzoek zich moeten richten op interventies die militairen helpen in de keuze om wel of niet open te zijn, om deze negatieve gevolgen te voorkomen^{17,31}. Zorgprofessionals zouden hier een belangrijke rol in kunnen spelen door de keuze om wel of niet open te zijn te bespreken als onderdeel van de behandeling.

Samen kunnen deze bevindingen gebruikt worden een veiligere omgeving te creëren voor militairen om open te zijn over psychische klachten. Dit geeft leidinggevend de mogelijkheid steun te geven, wat de gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid kan verbeteren. Ook kan bespreekbaarheid van psychische klachten in de werkomgeving het makkelijker maken vroegtijdig hulp te zoeken, wat ook weer belangrijk is voor gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid.

Dankbetuiging

De onderzoekers danken de deelnemers hartelijk voor de openhartige gesprekken, die hun inzicht hebben gegeven in dit belangrijke onderwerp.

Financiering

Het onderzoek is voornamelijk gefinancierd door het IMPACT PhD Programma 2018 van Tilburg University. Ook is het onderzoek deels gefinancierd door het ministerie van Defensie. Deze financiering heeft geen invloed gehad op de interpretatie van data, het schrijven van het artikel of de keuze om het artikel te publiceren.

SUMMARY

DECISION (NOT) TO DISCLOSE MENTAL HEALTH CONDITIONS OR SUBSTANCE ABUSE IN THE WORK ENVIRONMENT: A MULTIPERSPECTIVE FOCUS GROUP STUDY WITHIN THE MILITARY

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

Referenties:

1. Bogaers R., Geuze E., Van Weeghel J., Leijten F., Rüsç N., Van de Mheen D, et al.: Decision (not) to disclose mental health conditions or substance abuse in the work environment: a multiperspective focus group study within the military. *BMJ Open*. 2021;11(10):e049370.
2. McFarlane A.C., Williamson P., Barton C.A.: The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *Journal of public health policy*. 2009;30(3):311-27.
3. Reijnen A., Rademaker A., Vermetten E., Geuze E.: Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to Afghanistan: a 2-year longitudinal analysis. *European Psychiatry*. 2015;30(2):341-6.
4. Sundin J., Fear N.T., Greenberg N., Wessely S.: Differences in the reporting of mental health outcomes between US and UK military personnel. *Occupational and Environmental Medicine*. 2011;68(Suppl 1):A49-A.
5. Kyron M.J., Podlogar M.C., Joiner T.E., McEvoy P.M., Page A.C., Lawrence D.: Allowing Non-Disclosure in Surveys with Suicide Content: Characteristics of Non-Disclosure in a National Survey of Emergency Services Personnel. *Psychological assessment*. 2020.
6. Stevelink S., Malcolm E., Mason C., Jenkins S., Sundin J., Fear N.: The prevalence of mental health disorders in (ex-) military personnel with a physical impairment: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*. 2015;72(4):243-51.
7. Milner A., Kavanagh A., King T., Currier D.: The influence of masculine norms and occupational factors on mental health: Evidence from the baseline of the Australian longitudinal study on male health. *American journal of men's health*. 2018;12(4):696-705.
8. Brouwers E.P.: Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC psychology*. 2020;8(1):1-7.
9. Leijten F.R., Van den Heuvel S.G., Ybema J.F., Robroek S.J., Burdorf A.: Do work factors modify the association between chronic health problems and sickness absence among older employees? *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2013:477-85.
10. Leijten F.R., De Wind A., Van den Heuvel S.G., Ybema J.F., Van der Beek A.J., Robroek S.J. et al.: The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(11):1058-65.
11. Jones A.M.: Disclosure of mental illness in the workplace: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2011;14(3):212-29.
12. Brohan E., Henderson C., Wheat K., Malcolm E., Clement S., Barley E.A. et al.: Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):11.
13. Brouwers E., Joosen M., Van Zelst C., Van Weeghel J.: To Disclose or Not to Disclose: A Multi-stakeholder Focus Group Study on Mental Health Issues in the Work Environment. *Journal of occupational rehabilitation*. 2019:1-9.
14. Coleman S., Stevelink S., Hatch S., Denny J., Greenberg N.: Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychological medicine*. 2017;47(11):1880-92.
15. Stergiou-Kita M., Mansfield E., Bezo R., Colantonio A., Garritano E., Lafrance M. et al.: Danger zone: Men, masculinity and occupational health and safety in high risk occupations. *Safety science*. 2015;80:213-20.
16. Janssens K., Sweerts C., Vingerhoets A.: Schaamte over tranen. *Medisch Contact*. 2015;50:2442-4.

17. Stratton E., Einboden R., Ryan R., Choi I., Harvey S.B., Glozier N.: Deciding to Disclose a Mental Health Condition in Male Dominated Workplaces; a Focus-Group Study. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9.
18. Chandler A.: Masculinities and suicide: Unsettling 'talk' as a response to suicide in men. *Critical Public Health*. 2021;1-10.
19. Hom M.A., Stanley I.H., Schneider M.E., Joiner Jr T.E.: A systematic review of help-seeking and mental health service utilization among military service members. *Clinical psychology review*. 2017;53:59-78.
20. Rüsç N., Rose C., Holzhausen F., Mulfinger N., Krumm S., Corrigan P.W. et al.: Attitudes towards disclosing a mental illness among German soldiers and their comrades. *Psychiatry research*. 2017;258:200-6.
21. Dewa C.S., Van Weeghel J., Joosen M.C., Brouwers E.P.: What Could Influence Workers' Decisions to Disclose a Mental Illness at Work? *The international journal of occupational and environmental medicine*. 2020;11(3):119.
22. Dewa C.S., Van Weeghel J., Joosen M.C., Gronholm P.C., Brouwers E.P.: Workers' decisions to disclose a mental health issue to managers and the consequences. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12.
23. Bogaers R., Geuze E., Van Weeghel J., Leijten F., Van de Mheen D., Varis P. et al.: Barriers and facilitators for treatment-seeking for mental health conditions and substance misuse: multi-perspective focus group study within the military. *BJPsych Open*. 2020;6(6).
24. Van Beukering I., Smits S., Janssens K., Bogaers R., Joosen M., Bakker M. et al.: In What Ways Does Health Related Stigma Affect Sustainable Employment and Well-Being at Work? A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2021:1-15.
25. Ritchie J., Lewis J., Nicholls C.M., Ormston R.: *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*: sage; 2013.
26. Bogaers R., Geuze S., Van Weeghel J., Leijten F., Van de Mheen H., Varis P. et al.: Belemmerende en bevorderende factoren voor hulp zoeken bij psychische klachten of verslaving: Focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse krijgsmacht. *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift*. 2021;74(2):103-14.
27. Toth K.E., Dewa C.S.: Employee decision-making about disclosure of a mental disorder at work. *Journal of occupational rehabilitation*. 2014;24(4):732-46.
28. Bryan B.T., Gayed A., Milligan-Saville J., Madan I., Calvo R., Glozier N. et al.: Managers' response to mental health issues among their staff. *Occupational Medicine*. 2018;68(7):464-8.
29. Milligan-Saville J.S., Tan L., Gayed A., Barnes C., Madan I., Dobson M. et al.: Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(11):850-8.
30. Donaldson-Feilder E., Yarker J., Lewis R.: Line management competence: the key to preventing and reducing stress at work. *Strategic HR Review*. 2008.
31. Scior K., Rüsç N., White C., Corrigan P.W.: Supporting mental health disclosure decisions: the Honest, Open, Proud programme. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;216(5):243-5.
32. Henderson C., Brohan E., Clement S., Williams P., Lassman F., Schauman O. et al.: Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;203(5):350-7.
33. Sheehan L.L., Corrigan P.W., Al-Khouja M.A., Team SoSR: Stakeholder perspectives on the stigma of suicide attempt survivors. *Crisis*. 2016.
34. Corrigan P.W., Shah B.B., Lara J.L., Mitchell K.T., Combs-Way P., Simmes D. et al.: Stakeholder perspectives on the stigma of fetal alcohol spectrum disorder. *Addiction Research & Theory*. 2019;27(2):170-7.



OP WEG NAAR EEN
**ROOKVRIJE
 GENERATIE**



Ontdek hoe de wereld rookvrij wordt op rookvrij.nl

Bevrijd

Over het KZ-syndroom in de Nederlandse kranten



Afb. 1: Uitreiking Ereteken van Verdienste in Goud. Foto: Erik Kottier.

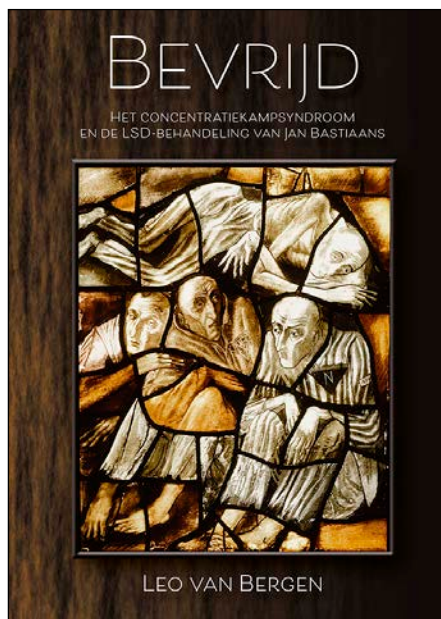
collega's en vrienden volop de gemeente en verdiende loftrompet over Vermetten gestoken. Het werd afgesloten met het door de minister van Defensie verlenen van het Ereteken van Verdienste in Goud. De onderscheiding werd uitgereikt door commandeur-arts Remco Blom. Het was de eerste keer dat deze onderscheiding is toegekend aan een officier in de militaire gezondheidszorg. Er werd door Vermetten in deel vier, een dankrede van hemzelf, uitgebreid en geëmotioneerd bij stilgestaan.

Speelde dit zich nationaal en in het Nederlands af, ertussendoor, in deel 3, ging Vermetten, die deel vier geheel en al zelf verzorgde met een ondanks de beschreven pagina's in zijn hand, geheel geïmproviseerd dankwoord, de grens over, tot Australië aan toe. Daarbij gingen hij en zijn collega's anderhalf uur in het Engels in gesprek over PTSS en aanverwante problematiek, waarbij met name termen als 'moral injury' en 'treatment resistance' aan bod kwamen. Opvallend was de kritiek op dit laatste thema. Ik kan me nog goed herinneren dat als dit thema in mijn dagen aan het VUmc (2000-2011) aan bod kwam, het overheersende gevoel bij studenten toch was dat de arts het het beste weet en dat dus 'medicatieontrouw' een heel slechte zaak was als het al niet ronduit dom van de patiënt werd genoemd. Ook nu werd door sommigen 'treatment resistance' nog gezien als een van de oorzaken van tegenvallende of zelfs uitblijvende resultaten, maar werd toch ook gezegd dat de term alleen al een belediging is van het zelfstandig denkvermogen van de patiënt. Moet er niet bij stil worden gestaan *waarom* die patiënt huiverig tegenover de behandeling stond? Licht op zijn minst een deel van de schuld daarvoor niet bij de behandelaar en de behandeling zelf (zoals bij medicatieontrouw op zijn minst een deel van de schuld ligt bij de desondanks toegejuichte bijsluiters waarop al de kwalen staan vermeld die zo'n geneesmiddel tot gevolg kan hebben)? Een interessante discussie waarbij uiteraard (nog) niet tot een consensus werd gekomen. Wat de discussie wel duidelijk maakte, was dat zij een wat meer duurzame, CO2-besparende variant bood voor kampioen vliegreuven Vermetten om zijn collega's *all over the world* te woord te kunnen staan. Al blijft een pintje op afstand toch altijd wat behelpen.

Over Bevrijd

Blijft over deel twee: een één uur lang durende presentatie van het door mij geschreven boek *Bevrijd. Het concentratiekampsyndroom en de LSD-behandeling van Jan Bastiaans*, prachtig uitgegeven door QV-uitgeverij van Fred Lardenoye die velen van jullie bekend zal zijn als voormalig

uitgever van *Checkpoint* en huidig uitgever van *De Kareoler*. Vermeldenswaard is dat tien procent van de opbrengst ten goede komt aan het Nypels-Tans-fonds waaruit wetenschappelijk onderzoek wordt gefinancierd naar psychische problemen door traumatische ervaringen.



Afb. 2: Voorzijde boek.

Het boek gaat over de wijze waarop tussen medio jaren vijftig en medio jaren tachtig (toen PTSS het KZ-syndroom 'verdrong') in de Nederlandse kranten en het Nieuw Israëlitisch Weekblad is geschreven en gereflecteerd over dat zogenaamde KZ- of (post)concentratiekampsyndroom. Een grote rol hierin is uiteraard weggelegd voor de voornaamste behandelaar ervan, de Leidse hoogleraar Jan Bastiaans, die onder meer gebruik maakte van het psychedelicum LSD. Dankzij zijn media-optredens (eerst in kranten later ook op de televisie) kon hij uitgroeien tot 'de enige in Nederland met genoeg gezag om het tegen Loe de Jong op te nemen', zoals een der kranten schreef.

Onder veel meer passeren de discussie over de vrijlating van de Drie van Breda, de televisie-uitzending van de film *Begrijpt u nu waarom ik huil...*, de opening van Centrum'45, de Molukse gijzelingen, de uitzending van de serie *Holocaust*, en de door Rudy Kousbroek, zelf een overlevende van een Japans

interneringskamp, geïnitieerde discussie over het Oostindisch kampsyndroom de revue. Het boek laat zien hoe het aantal van aanvankelijk 'enkele duizenden' slachtoffers in de beschreven decennia uitgroeide tot zo'n 200.000, waarmee het meteen aantoont dat 'inclusie' ook zo zijn nadelen heeft.

Werd er eerst alleen gekeken naar joodse of verzetsoverlevenden van de Duitse kampen, naderhand voegden zich daar allerhande andere groepen bij zoals mensen die midden jaren zeventig in een gegijzelde trein, ambassade of school hadden gezeten, de zogenaamde tweedegeneratie overlevenden, Nederlanders die 'fout' waren geweest en daar problemen mee kregen (evenals hun kinderen), overlevenden van de Indische kampen (die ondanks het overduidelijk racisme van de term vaak nog steeds zonder aanhalingstekens 'Jappenkampen' worden genoemd) en soldaten die problemen kregen met het werk dat zij hadden uitgevoerd dan wel hadden moeten uitvoeren, zoals in Indonesië 1946-1949 of daarna te Korea. Werd eerst nog onderscheid gemaakt tussen deze 'oorlogssyndroom' genoemde problematiek en het kampsyndroom; gaandeweg vervaagde ieder onderscheid en werd het tezamen op één hoop gegooid ondanks de evidente verschillen. Duidelijk werd dat het leeuwendeel van de psychiaters af wilde van een diagnostische benaming waarbij de oorzaak centraal stond (denk bijvoorbeeld ook aan *shellshock* of *combat-fatigue*). De symptomen van de problematiek waren huns inziens van meer belang belang – zie ook korte tijd gebezigde termen als 'naweesyndroom', 'existentieel emotioneel stressyndroom' of 'rampensyndroom', een term die de Shoah in feite tot 'een ramp' reduceert terwijl het handelde om een massale racistisch-ideologische moordpartij, om een genocide. Als die symptomen min of meer gelijkkluidend waren, dan moest de diagnose dezelfde zijn, al verschilden de oorzaken nog zo hemelsbreed van elkaar als het overleven van een concentratiekamp aan de ene kant en het aanschouwen van een auto-ongeluk of, zoals ook is beweerd, het ondergaan van een abortus aan de andere. De posttraumatische stressstoornis – in feite een samenvoeging van de problematiek van soldaten van de Vietnamoorlog en van vrouwen die het slachtoffer van 'huiselijk' geweld waren geweest – werd van dit denken het resultaat.

Neem het kampsyndroom en het oorlogssyndroom. Aan de ene kant mensen die zonder enige mogelijkheid tot verweer, en vaak puur om wat ze door komaf waren, dag in dag uit wisten dat hun laatste uur kon slaan: de slachtoffers pur sang. Terwijl het bij het oorlogssyndroom ging om

mensen die, gewapend als ze waren, zich op zijn minst konden verweren als ze al niet zelf fiks geweld hadden uitgeoefend; niet louter slachtoffers dus, maar op zijn minst óók daders. Nog duidelijker wordt het als de kampoverlevenden worden vergeleken met de gegijzelden uit bijvoorbeeld de treinen bij De Punt en Wijster van de jaren zeventig. Mensen die enerzijds vanwege wat zij bij geboorte waren, zijn afgevoerd naar oorden van verschrikking waar zij soms jarenlang werden geconfronteerd met een geweldsmachine die hen alleen maar – ternauwernood – in leven liet omdat zij nog van economisch nut konden zijn of omdat zij handig en goedkoop medisch experimenteermateriaal vormden, tegenover mensen die puur toevallig in een trein hadden gezeten waar zij werden geconfronteerd met een groep die hen niet dood wilde hebben maar als middel gebruikte voor het bereiken van een politiek doel en waarbij de overheid alles probeerde om hen zo snel mogelijk en zo gezond mogelijk weer naar huis te krijgen.

Tekenend is dat weinig kampoverlevenden op enige sympathie met hun onderdrukkers te betrappen waren, ook als zij er geen syndroom of stoornis aan hadden overgehouden, terwijl dat bij de gegijzelden wel is voorgekomen. Het kan toch niet zo zijn, zo wierp een enkeling tegen, dat dit tot eenzelfde trauma leidt? Maar het leidde er zelfs toe dat is geopperd dat ook Adolf H., de dader aller daders, door een getroebleerde jeugd een kampsyndroom zou kunnen hebben ontwikkeld wat hem tot de man zou hebben gemaakt die hij tot leedwezen van de rest van de wereld is geworden.

De presentatie

De presentatie van *Bevrijd* verliep in twee delen. In het eerste werd ondergetekende aan de tand gevoeld door moderator van dienst Malou van Hintum, professioneel dagvoorzitter en als wetenschapsjournalist gespecialiseerd in psychische problematiek. Dit deel ging over het eigenlijke onderwerp van het boek: de reflectie in de kranten op het KZ-syndroom en de overgang daarvan, of beter: het opgaan ervan in PTSS, en de rol die de kranten zelf daarin hebben gespeeld. Zij waren allesbehalve louter weergevers van de psychiatrische discussie. Als bijvoorbeeld een psychiater op de vraag om hoevelen het handelde, '30- tot 40.000' antwoordde, dan werd het in de berichtgeving al snel eerst 'ongeveer 40.000' en daarna 'minimaal 40.000'.

Nadat het boek werd aangeboden aan Jan Wilke Reeds, de voorzitter van de Raad van Bestuur van ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, en Bert van Hemert, hoofd van de afdeling psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum, werd overgegaan op het tweede deel van de presentatie. Het behelsde een door Van Hintum geleid gesprek met vier specialisten op het gebied: wetenschappelijk medewerker van het Veteraneninstituut, Gielt Algra, die met name het perspectief



Afb. 3: Presentatie van het boek met Fred Lardenoye, Leo van Bergen, Malou van Hintum, Jan-Wilke Reerds en Bert van Hemert. Foto: Erik Kottier.

van de getroebleerde soldaten belichtte; emeritus-hoogleraar psychotraumatologie Rolf Kleber; hoogleraar geschiedenis der psychiatrie Joost Vijselaar, en hoogleraar geschiedenis van de farmacie en directeur van het Freudenthal Instituut, Toine Pieters. Zij spraken over de man die zoals gezegd noodzakelijkerwijs een grote rol in de berichtgeving speelde, de Leidse hoogleraar psychiatrie Jan Bastiaans, niet de enige maar wel de belangrijkste en meest charismatische der behandelaars. Zeker vanaf

eind jaren zestig, toen in het bijzijn van koningin Juliana en een deel van de toenmalige regering, de over zijn behandeling handelende film *Begrijpt u nu waarom ik huil...* van cineast Louis van Gasteren werd vertoond, was zijn naam niet meer uit de berichtgeving over traumatische gevolgen van geweldgebruik weg te staan. Als hij al niet werd geciteerd of zelfs geïnterviewd dan werd hij wel genoemd. De letters LSD waren daarbij zelden ver weg. Zij stonden voor de naam van een psychedelisch middel dat in 1944 als medisch therapeuticum op de markt was gebracht, vanwege het maatschappelijk pleziergebruik in 1966 werd verboden, maar door enkele psychiaters, onder wie Bastiaans, mocht blijven worden gebruikt.



Afb. 4: Het gesprek met Malou van Hintum, Toine Pieters, Rolf Kleber, Joost Vijselaar en Gielt Algra. Foto: Erik Kottier.

Ondanks behoorlijke meningsverschillen over nut en onnut van de ‘Behandeling Bastiaans’ – waarbij Algra duidelijk maakte dat in de jaren zeventig die meningsverschillen ook bij hem in de familie aanwezig waren geweest, waarbij het er zogezegd warmpjes aan toe kon gaan – werd hier wél consensus bereikt. Nee, wetenschappelijk had Bastiaans ons weinig meer te melden. Daarvoor was zijn autoritaire, directieve methode te achterhaald en zijn bewijsvoering te mager

geweest, om niet te zeggen: afwezig. Maatschappelijk gezien echter stond zijn erfenis nog steeds overeind, ook gezien de huidige interesse in het gebruik van middelen als ketamine en MDMA die – net als LSD – ingezet worden om de in zichzelf opgesloten, getraumatiseerde mens ‘bevrijd’ te krijgen. Hij zocht de randen op van wat mogelijk was om zijn patiënten te helpen en bij te staan en hij is, meer nog dan joodse psychiaters die de kampen overleefden en ook over het syndroom schreven, de man geweest die de Nederlandse bevolking heeft doen inzien dat trauma op het ene moment, op een ander moment kan leiden tot een getroebleerd leven, zelfs na jaren nog.

Leo van Bergen
Postdoctoraal onderzoeker LUMC

Bevrijd
Het concentratiekampsyndroom en de
LSD-behandeling van Jan Bastiaans

Uitgever: Quo Vadis Uitgeverij
Auteur: Leo van Bergen
Publicatiedatum: 27 januari 2022
Hardcover: 416 pagina's
Prijs: € 32,50
ISBN-13: 978-9492435187

Afscheid kolonel-arts b.d. prof. dr. Eric Vermetten,
Nederlands Veteraneninstituut,
Doorn, 27 januari 2022

Gemist? Of wilt u de bijeenkomst terugkijken?
 De video's van de zoomsessie zijn te vinden via
<https://lnkd.in/dvRBrDQ5> en foto's via:
<https://lnkd.in/daw5ghPC>
 of op YouTube:
 Deel 1: <https://www.youtube.com/embed/65OwPueDrTM>
 Deel 2: <https://www.youtube.com/embed/guCKvoBGKcY>
 Deel 3: https://www.youtube.com/embed/A_eB2BauHXc
 Deel 4: <https://www.youtube.com/embed/z9ULIP6JC98>

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 1, januari 2022

Instructies

Herziening tijdelijke regeling vaccinatie COVID-19

De tijdelijke regeling vaccinatie COVID-19 is herzien en op 23 december gepubliceerd in de Staatscourant. In de tijdelijke 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.

Deze tijdelijke regeling is als addendum aan de I-MGA/035 Vaccinaties voor defensiepersoneel toegevoegd en in te zien via het [publicatieportaal](#).

Interim CEAG-instructie 203 'Military Working Dog'

De interim CEAG-instructie 203 'Military Working Dog' (MWD) betreft zorg voor de militaire werkhond, de teams die met MWD werken en de hondengeleider. De instructie is gericht op het borgen van welzijn, gezondheid en veiligheid van de militaire werkhond. Daarnaast omvat het maatregelen ter verspreiding van ziekte, inclusief infectie(ziekten) die van dieren op mensen kunnen worden overgedragen.

De instructie bestaat uit een basisdocument en 18 bijlagen en is te raadplegen via [intranet](#).

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 2022 zijn vermeld zijn te downloaden via [intranet](#) of [internet](#).

Zoals in de nieuwsbrief van december al was vermeld is de ziektekostenverzekering per 1 januari van uitvoerder veranderd. De ziektekostenverzekering zelf verandert niet. Er veranderen wel een aantal praktische zaken. Declaraties kunnen voortaan online ingediend worden en het raadplegen van persoonlijke gegevens is ook gemakkelijker gemaakt. De nieuwe MijnSZVK-omgeving én de SZVK-app bieden snel toegang.

Operationele gezondheidszorg

Themadagen TCCC-NLD bij DGOTC

Vanwege de veranderingen van de prehospital medische richtlijnen en protocollen naar Tactical Combat Casualty Care NLD (TCCC-NLD) organiseert het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) in april themadagen. U kunt één van deze themadagen bezoeken om in verschillende workshops TCCC-NLD te ervaren. De dag wordt gezamenlijk afgesloten met een netwerkborrel. Voor deze themadagen is accreditatie aangevraagd.

Om iedereen de mogelijkheid te geven een themadag bij te wonen, zullen deze plaatsvinden op meerdere dagen, nl. 31 maart en 8, 14 en 22 april. De invulling van deze dagen is gelijk en u schrijft zich in voor één van deze data. De themadagen vinden plaats op de Korporaal van Oudheusdenkazerne in Hilversum. De doorgang is afhankelijk van de dan geldende COVID-richtlijnen.

Waarom TCCC?

Door de TCCC-richtlijnen te implementeren in de protocollen en opleidingen binnen het prehospital domein van de militaire gezondheidszorg sluit onze geneeskundige keten internationaal beter aan en krijgt de zorg een kwalitatieve impuls.

Invulling van de dag

Tijdens de themadag worden verschillende workshops georganiseerd waar u een selectie van kunt bijwonen. Zo kunt u demo's bijwonen waarbij 'care under fire/threat' en 'tactical field care' centraal staan zodat u van dichtbij kunt meemaken welk effect dit heeft, gaat u de verdieping in op medische onderwerpen, krijgt u meer uitleg over materiaal en de gelegenheid om kennis te maken met (mogelijk) toekomstige materialen en zullen er ervaringen worden uitgewisseld.

Bent u geïnteresseerd en wilt u zich inschrijven?

Dat kan via de [SharePoint-pagina](#) die het DGTOC voor de implementatie van TCCC-NLD heeft ingericht. Het is afhankelijk van het aantal inschrijvingen welke dagen doorgang vinden, daarom het verzoek om u vóór 15 februari in te schrijven. Na inschrijving ontvangt u meer informatie. U kunt deze SharePoint-pagina ook volgen om op de hoogte te blijven van alle informatie over de implementatie van TCCC-NLD.

Wetenschappelijk onderzoek

Onderzoek naar effectievere behandeling bij gehoorschade na lawaaitrauma

Majoor-vliegerarts en huisarts Arianne Beckers-Bruls start in samenwerking met kapitein ter zee-arts dr. R.P. Weenink, militair anesthesioloog Academisch Medisch Centrum (AMC), en kapitein ter zee-arts dr. J.A. de Ru, KNO-arts Centraal Militair Hospitaal (CMH), met een onderzoek naar een effectievere behandeling die minder intensief en belastend is voor de patiënt met gehoorschade na lawaaitrauma.

Naam onderzoek: HOXACAT trial (Hyperbaric Oxygen therapy for Acute Acoustic Trauma)

Onderzoeksvraag: Is 2x per dag hyperbare zuurstoftherapie gedurende 5 dagen effectiever dan 1x per dag hyperbare zuurstof gedurende 10 dagen voor het herstellen van gehoorschade na lawaaitrauma?

Doelgroep: 18-plus-patiënten met gehoorschade na acuut lawaaitrauma.

Werkwijze: De onderzoekers vragen artsen om patiënten met lawaaitrauma en subjectieve gehoorschade snel te verwijzen naar de KNO-arts in het CMH (bij voorkeur met telefonische aankondiging zodat de patiënten meteen gepland kunnen worden). De gehoorschade hoeft nog niet geobjectiveerd te zijn. De patiënt dient tussen 24 en 72 uur na het lawaaitrauma op de polikliniek KNO te zijn om deel te kunnen nemen aan het onderzoek. Voor meer informatie over het onderzoek kunt u per e-mail contact opnemen met majoor-vliegerarts en huisarts [Arianne Beckers-Bruls](#).

Data huisartsen is een goudmijn

Het tijdschrift Huisarts en Wetenschap publiceerde onlangs een podcast en interviewartikel met Robert Verheij, programmaleider bij het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg – het Nivel. Aanleiding daarvoor was zijn oratie over het Lerend Zorgsysteem. Huisartsen hebben een goudmijn aan informatie, zo vertelt Verheij: "Je hoeft niet altijd actief data te verzamelen voor gezondheidsonderzoek. Veel data is er al, we moeten het alleen goed weten te benutten."

De podcast, het interview en de oratie zijn via [internet](#) te beluisteren/lezen.

Intranet

Vernieuwing intranet

U heeft vast al gezien dat de opmaak van intranet de afgelopen maanden is gewijzigd. De reden voor deze vernieuwing is dat intranet daardoor ook op bijvoorbeeld de smartphone of iPad beter leesbaar is. DOSCO is al overgegaan op deze nieuwe versie. Binnenkort zal ook de DGO overgaan. Deze vernieuwing is gelijk aangegrepen om de indeling te wijzigen en de DGO-organisatiesite en de Startpagina Gezondheidszorg Defensie tot één pagina te integreren. Zo is er nog maar één ingang naar de militaire gezondheidszorg die daarnaast thematisch en op doelgroep ingedeeld zal zijn. Hierdoor zal het in het begin mogelijk lastig zijn om alle vertrouwde informatie weer snel terug te vinden, onze excuses daarvoor. Heeft u vragen of kunt u iets niet vinden dan kunt u daarvoor altijd terecht bij [Paulien Burema](#) of [Cora Kleijbergen](#).

Internet

Rijksportaal vernieuwd

Het Rijksportaal is vernieuwd en vanaf nu te bezoeken via de Mulan-werkplek (Start → Internet en Rijksportaal → Defensie favorieten (staat in de werkbalk). Voor het nieuwe portaal moet worden ingelogd. De gebruikersnaam is het Mulan-account (u-nummer) met daaraan toegevoegd @mod.nl. Het wachtwoord is hetzelfde als dat van het Mulan-account.

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

DGI van intranet naar SharePoint

Met de update van DGO-intranet is besloten dat DGI voortaan zal verdergaan op SharePoint. We zijn op dit moment druk bezig onze SharePoint-site in orde te maken. Sla daarom het adres [https://doscoportal.mindf.nl/sites/0200/096/SitePages/Duurzaam-Gezond-Inzetbaar-\(DGI\).aspx](https://doscoportal.mindf.nl/sites/0200/096/SitePages/Duurzaam-Gezond-Inzetbaar-(DGI).aspx) alvast op onder uw favorieten! Mocht u in de overgangsfase van intranet naar SharePoint vragen hebben, zijn wij altijd per e-mail bereikbaar: DGI@mindf.nl.

DGI-kalender 2022

DGI heeft een kalender ontworpen om gedurende het hele jaar op een leuke manier aandacht te vragen voor de DGI-thema's en het gezondheidsbewustzijn en de kennis te vergroten.

De maand januari hebben we afgetrapt met 'Dry January': een maand waarin bewustwording wordt gecreëerd om wel of juist niet te drinken door het alcoholgebruik een maand op pauze te zetten.

In 'Variatie Februari' ligt de focus op een gevarieerd voedingspatroon. Benieuwd naar de thema's van de andere maanden? De [kalender](#) is op de SharePoint-site van DGI te vinden.

Kerstboodschap DGI

Pak die regie en laat u inspireren door DGI! Aan het eind van 2021 mocht het kernteam DGI een kerstboodschap opnemen voor de DOSCO-vlog. Bekijk deze via [internet](#).

DGI-nieuwsbrief

Woensdag 22 december is de 9e nieuwsbrief van DGI verschenen in een geheel nieuw format. Bent u benieuwd naar deze en volgende nieuwsbrieven? Mail naar DGI@mindf.nl om u aan te melden.

Bedrijven DGO

Klantberichten MGLC

Het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC) heeft in december het volgende klantbericht uitgegeven:

- [Reduceerventielen](#) (klantbericht 89)

Staatssecretaris te gast bij het DGOTC

Woensdag 19 januari was staatssecretaris Christophe van der Maat te gast bij het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) in Hilversum. Daar worden momenteel militairen getraind om de Nederlandse bevolking te voorzien van een boosterprik. De staatssecretaris verdiepte zich niet alleen in de gang van zaken rond het vaccineren. Hij kreeg ook uitleg over het gebruikelijke pakket aan geneeskundige opleidingen en trainingen. Lees het volledige bericht op [intranet](#).

DOSCO-serie 'Onze vakmensen'

Een brug slaan tussen wetenschap en praktijk

Onderzoeker en stafadviseur Cesar probeert een brug te slaan tussen de wetenschap en de praktijk. Hij doet dit voor cadetten en adelborsten op het gebied van training, blessures, voeding en slaap. Er is al veel kennis op het gebied van optimaal presteren maar de vraag is hoe we die het beste kunnen benutten. Cesar maakt een vertaalslag naar de opleidingen van de Nederlandse Defensie Academie (NLDA)-instituten en kijkt daarbij vooral naar de verbinding tussen de verschillende spelers. Lees het volledige interview op [intranet](#).

Parlementaria

De Kamerbrief over ontwikkelingen op personeelsgebied geeft de stand van zaken weer van zowel een aantal (recente) moties en toezeggingen als eerder gedane toezeggingen naar aanleiding van het jaarverslag 2017 van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg. De Kamerbrief is via [deze link](#) te lezen.

Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF)

Hieronder krijgt u een overzicht met een korte beschrijving van de programma's van de afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF).

Hitte, koude, hoogte

De komende drie jaar heeft TGTF de beschikking over een grote klimaatgereguleerde ruimte. In deze ruimte kan de temperatuur worden ingesteld tussen +10°C en +40°C en de luchtvochtigheid tussen 20 en 80%. In samenwerking met partners kan TGTF deze ruimte gebruiken voor de volgende doeleinden:

1. Onderzoek naar thermische eigenschappen van kleding en de consequenties voor warmteafgifte. Hiervoor heeft TGTF tot eind februari 2022 de beschikking over een thermische manikin ('zweetpop') waarmee de geschiktheid van kleding en uitrusting voor warme en koude omgevingen kan worden uitgetest.
2. Het voorbereiden van militairen op een warm en/of vochtig klimaat, in een kunstmatige omgeving, ook wel acclimeren genoemd. Bij oefeningen en inzet zijn de mogelijkheden voor acclimatisatie ter plaatse vaak beperkt.
3. Ontwikkeling van een hittetolerantietest. Bij militairen die hitteziekte hebben doorgemaakt kan een valide test duidelijk maken of een volgende inzet in warmte veilig is.
4. Gebruik van de ruimte in Opleiding & Training (O&T)-cycli. In een veilige setting kunnen kleine groepen militairen ervaring opdoen in warme/vochtige omgeving, vergelijkbaar met hoe dat nu plaatsvindt in de Masker Oefen Ruimte (MOR). Wensen en ideeën over het gebruik en toepassing van de klimaatgereguleerde ruimte kunt u kenbaar maken bij één van de programmaleiders: drs. Chris Harts (cc.harts.01@mindef.nl) en dr. Koen Levels (k.levels@mindef.nl). Meer informatie kunt u vinden op de [SharePoint-pagina](#).

Elke leerling telt

Het programma 'Elke Leerling Telt' richt zich op initiële opleidingen, vaktechnische opleidingen en diverse functieopleidingen van manschappen en onderofficieren binnen het Opleidings- en Trainingscommando (OTCo) van Commando Landstrijdkrachten (CLAS). Het programmadoel is het voorkomen van (onnodige) uitval en het verhogen van het opleidingsrendement. Dit gebeurt hoofdzakelijk door:

1. het meten van de fysieke belastbaarheid bij de aanvang van de opleiding;
2. het wekelijks monitoren van (en advies geven over) de fysieke en mentale belastbaarheid en motivatie tijdens de opleiding;
3. het monitoren van het opleidingsrendement en identificeren van oorzaken van uitval tijdens en na de opleiding.

Naast bovengenoemde methoden doen de TGTF/Fieldlab Managers veldonderzoek, onder andere naar fysieke belasting, en vertalen zij wetenschappelijke kennis over fysieke en mentale belastbaarheid, vanuit sportgeneeskunde, inspanningsfysiologie en prestatiepsychologie, naar praktische maatregelen ten behoeve van het optimaliseren van de kwaliteit van de opleidingsomgeving. Voor meer informatie over het programma kunt u de [SharePoint-pagina](#) bekijken of contact opnemen met de programmaleider: dhr. Anton Koteris (AMB.Koteris@mindef.nl).

Presteren onder druk

Dit programma richt zich op de mentale weg naar optimaal presteren in de opleidingen en opwerktrajecten richting operationele inzet van de Koninklijke Landmacht. Leren presteren op het moment dat het moet en met de aangeleerde vaardigheden de militaire taak optimaal uitvoeren.

Binnen het programma werken militaire prestatiepsychologen aan verschillende educatieve methoden. Er worden lessen ontworpen, audio- en videomateriaal opgenomen en oefeningen ontwikkeld. Een aantal specifieke voorbeelden van deze producten:

- De e-learning Mentale Kracht, een product van de Open Defence Academy (ODA), waar het programma aan heeft bijgedragen (voor alle details zie het [intranetbericht](#));
- Het werkmodel 'Building Blocks Mentaal Vaardige Militair';
- De reader 'Militaire Mentale Vaardigheden'.

Voor meer informatie over het programma kunt u de volgende [SharePoint-pagina](#) bekijken of contact opnemen met de programmaleider: dhr. Wim Keizer (WAJ.Keizer@mindef.nl).

Balans fysieke belasting & belastbaarheid

Het werk van militairen wordt gekenmerkt door fysiek belastende activiteiten. Voor sommige militairen speelt de hoge fysieke functiebelasting voornamelijk tijdens de opleiding een rol, maar voor de meesten blijft die

gedurende de hele loopbaan aanwezig. Om te zorgen dat militairen voldoende belastbaar (fit) zijn om hun werk veilig uit te kunnen voeren zonder daarbij op korte of lange termijn gezondheidsschade op te lopen, dient de belastbaarheid van de militair in balans te zijn met de fysieke functiebelasting. Dit programma bevat de elementen die een rol spelen om dit evenwicht (balans) te bewaren: het meetbaar maken van de fysieke functiebelasting, het systeem van functieclusters, de aanstellingskeuring, tests/metingen voor het expliciteren van algemene en taakspecifieke belastbaarheid en het trainen van fysieke fitheid.

Voor meer informatie over het programma kunt u de [SharePoint-pagina](#) bekijken of contact opnemen met de programmaleider: drs. Bertil Veenstra (BJ.Veenstra.01@mindef.nl).

Sportgeneeskundige kennis op de werkvloer

Het militaire beroep kent fysieke en psychische belasting. Sportgeneeskunde is het vak dat zich bezighoudt met de fysieke belasting van de militair. Aandachtsgebieden voor de sportgeneeskunde zijn hart en longen bij inspanning en het bewegingsapparaat (botten, spieren, pezen). Sportartsen kunnen een bijdrage leveren aan de zorg voor militairen als er een (sportgeneeskundige) aandoening is, maar sportartsen kunnen ook adviseren om sportproblematiek (uitval) te voorkomen. Dit laatste valt in het programma 'Sportgeneeskundige kennis op de werkvloer'. Dit programma omvat bijvoorbeeld onderwijs aan zorgverleners over sportgeneeskundige onderwerpen. Daarnaast wordt ook onderzoek naar blessurepreventie gedaan. Denk hierbij onder meer aan loopscholing ter vermindering van schokbelasting. Voor meer informatie over het programma kunt u de [SharePoint-pagina](#) bekijken. Heeft u behoefte aan een sportgeneeskundige scholing op uw eigen kazerne, neem dan contact op met luitenant-kolonel-arts prof. dr. W.O. Zimmermann, bij TGTF (WO.Zimmermann@mindef.nl).

Operationele slaapmanagement

Grondgebonden militaire scenario's in opleiding, oefening en missie kunnen leiden tot vermoeidheid en slaapttekort. Het bewust en systematisch managen van rust en slaap vindt in deze context nog weinig plaats. Het programma 'Operationele Slaapmanagement' kan hierin ondersteunen. Het richt zich daarbij op vier pijlers: preventie (planningstools die de effecten van slaap-/waakritmes en roosters kunnen voorspellen), identificatie (meet- en monitoringssystemen voor slaap- en vermoeidheid), mitigatie (evidence-based maatregelen) en kennisdeling, educatie & voorlichting. Zo is in 2021 onderzoek gedaan naar de effectiviteit van lichtbrillen bij nachtdiensten van de Defensie Bewakings- en Beveiligingsorganisatie (DBBO) en zijn workshops en podcasts over slaap ontwikkeld. Op dit moment worden studies verricht naar het slaappatroon van opleidingseenheden en personeel aan boord van een fregat. Voor 2022 zijn studies naar voedingssuppletie voor alertheid en naar individuele chronotype gepland. Vanuit het programma wordt periodiek een Defensie Kennisnetwerk Slaap georganiseerd.

Voor meer informatie over het programma kunt u de [SharePoint-pagina](#) bekijken of contact opnemen met de programmaleider: dr. Pieter Helmhout (p.h.helmhout.01@mindef.nl).

Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift

NMGT, nr. 1 (januari 2022)

Het januarinummer van het [NMGT](#) van 2022 is verschenen, met hierin o.a. een samenvatting van het proefschrift van majoor-apotheker dr. Knotnerus-Janssen (waarover eerder in deze nieuwsbrief al een bericht verscheen) en een bijdrage van mevrouw Miedema waarin ruim aandacht wordt besteed aan het 75-jarig jubileum van het Militair Revalidatie Centrum (MRC) Aardenburg. Een overzicht van alle verschenen nummers van het NMGT vanaf 2004 is terug te vinden op [intranet](#).

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 [intranet](#)

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247/06-83215163 of per e-mail: p.burema@mindef.nl

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 2, februari 2022

Opleiding en training

Reanimatie van drenkelingen

De afdeling Medische & Verpleegkundige Aangelegenheden van het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) wil graag de aandacht richten op reanimatie bij drenkelingen.

In het handboek [Medische Protocollen Prehospitaal](#) komt deze specifieke reanimatie op twee plaatsen terug, namelijk in het protocol reanimatie (4.22) en in het protocol (bijna-)verdrinking (7.7). Dit geldt voor alle niveaus vanaf Zelfhulp en Kameradenhulp (ZHKH). Benadrukt moet worden dat reanimatie van de drenkeling begint met vijf beademingen (indien mogelijk met 100% zuurstof) en daarna wordt vervolgd zoals elke reanimatie. Daarnaast moet bij een slachtoffer dat nat is, de borst afgedroogd worden voordat de Automatische Externe Defibrillator (AED) elektroden worden geplakt.

De Nederlandse Reanimatieraad vermeldt ook dat indien men het reanimeren start volgens het 'gewone' protocol, men niet iets fout doet. Bij twijfel is niets doen schadelijker dan met het gewone protocol beginnen.

Rapporten/Jaarverslagen

Jaaroverzicht Kenniscentrum DGOTC

Binnen het kennisdomein militaire gezondheidszorg heeft het Kenniscentrum Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (KC DGOTC) als taak de kennisvergadering en -productie voor de operationele gezondheidszorg (OGZ) zowel op personeel, materieel, als procedureel gebied.

De kennisvergadering en -verwerking levert jaarlijks een veelheid aan kennisproducten op. Deze producten worden op het DGOTC-portaal gepubliceerd en via nota's, nieuwsbrieven of andersoortige publicaties bekend gesteld. Elk jaar geeft het KC een jaaroverzicht uit dat als naslag kan dienen voor de gerealiseerde en gewijzigde kennisproducten met betrekking tot de OGZ, maar waarin ook de in dat jaar verschenen geneeskundige NAVO-publicaties zijn opgenomen. Het jaaroverzicht is terug te vinden op de [SharePoint-site](#) van het KC onder de tegel 'Algemene overzichten'.

Wetenschappelijk onderzoek

Proefschrift 'Promoting cardiovascular health through personalized supervised exercise therapy in intermittent claudication'



Kapitein-arts dr. Sandra Jansen heeft op 11 februari haar proefschrift 'Promoting cardiovascular health through personalized supervised exercise therapy in intermittent claudication' verdedigd aan de Universiteit van Maastricht. Kapitein Jansen is momenteel in opleiding tot Algemeen Militair Arts (AMA).

Het onderwerp van haar proefschrift is interessant voor iedereen die te maken heeft met hart- en vaatziekten en secundaire preventie-/leefstijlgeneeskunde. Het volledige proefschrift is te downloaden van [internet](#).

NIVEL Onderzoeksagenda 2022-2024

In de NIVEL Onderzoeksagenda 2022-2024 staan vier grote maatschappelijke uitdagingen centraal, nl: *gezond zijn en blijven, inclusieve samenleving, de zorgprofessional van de toekomst en duurzame zorg*. Het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, het NIVEL, benoemt tal van onderzoeksactiviteiten waarmee ze concreet invulling willen geven aan de genoemde ambitie, met behulp van inzet van veel ervaren experts en met gebruikmaking van hun unieke onderzoeksinfrastructuur met panels en registraties. Download de Onderzoeksagenda via [internet](#).

Onderscheidingen

Ereteken voor Verdienste in goud voor kolonel-arts b.d. prof. dr. Eric Vermetten



Tijdens zijn afscheid vanwege functioneel leeftijdsontslag is kolonel-arts b.d. prof. dr. Eric Vermetten op 27 januari door commandeur-arts Remco Blom onderscheiden met het Ereteken voor Verdienste in goud. Vermetten kreeg deze onderscheiding vanwege zijn grote verdiensten als militair wetenschapper. Hij vergrootte bijvoorbeeld de kennis op het gebied van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en psychotrauma. Daarnaast heeft hij tientallen onderzoeken gepubliceerd en was hij bij honderden publicaties betrokken. Binnen Defensie is Vermetten vooral bekend als één van de grondleggers van PRISMO, een prospectief onderzoek naar stress-

gerelateerde klachten onder zo'n 1.000 militairen. Zij waren tussen 2005 en 2008 uitgezonden naar Afghanistan. Lees het volledige nieuwsbericht via [intranet](#).

Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI)

Groepstrainingen Stoppen met Roken: evaluatie

Afgelopen najaar hebben een aantal leefstijlcoaches groepstrainingen Stoppen met Roken gegeven op diverse defensielocaties. Van alle deelnemers is 75% gestopt met roken. Meer dan de helft van de deelnemers rookte langer dan 30 jaar en meer dan 15 sigaretten per dag. De deelnemers waardeerden de groepstraining met een rapportcijfer 8,2. De best beoordeelde elementen hiervan waren de CO-meting (dit is de koolstofmonoxidemeting; CO is een giftig gas dat o.a. wordt geproduceerd in tabaksrook. De CO-meter is een visueel hulpmiddel dat helpt bij de motivatie om te stoppen met roken), het uitwisselen van ervaringen, verkregen inzichten over hoe een rookverslaving werkt en de nadelen van roken, ondersteunende leefstijladviezen en de professionele en betrokken trainers.

Defensie Leefstijlinterventie van start

Dit voorjaar start de Defensie Leefstijlinterventie (DLI) op meerdere defensielocaties in het land, waaronder Utrecht, Amersfoort, Oirschot, Havelte en Vught. De DLI richt zich op duurzame gedragsverandering: het verbeteren van je leefstijl, kwaliteit van leven en werken aan blijvend gewichtsverlies. Naast betere eetgewoontes is er aandacht voor bewegen, slaap, ontspanning, stress en werk-privébalans. Het programma loopt van maart/april tot en met december en bestaat uit 10-12 groepsbijeenkomsten en 5-7 individuele gesprekken onder leiding van de leefstijlcoaches van de Lichamelijke Oefening & Sportorganisatie (LO&Sport) en DGI. Aan het programma kunnen militairen en burgermedewerkers meedoen die overgewicht (BMI>25) hebben, gemotiveerd zijn om in groepsverband hun leefstijl te verbeteren en minimaal 80% van de groepsbijeenkomsten kunnen bijwonen. Kijk voor meer informatie en op welke locaties DLI wordt aangeboden op deze [SharePoint-pagina](#).

Bedrijven DGO

Klantberichten MGLC

Het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC) heeft in januari het volgende klantbericht uitgegeven:

- Geneeskundige uitrusting gewondentransport voertuig ([klantbericht 90](#))

Medezeggenschapscommissies

Informatie Medezeggenschapscommissie beschikbaar via SharePoint

De intranetsite van de Gemeenschappelijke MedezeggenschapsCommissie Defensie Gezondheidsorganisatie (GMC DGO) is overgezet op SharePoint en vanaf heden via deze [link](#) bereikbaar. Alle informatie over en de vastgestelde verslagen van de GMC zijn vanaf 2019 tot heden op deze site geplaatst.

Op De GMC-site staat in het bovenste navigatiemenu ook een link naar de [DOSCO-overzichtspagina](#) met daarop alle linkjes naar de SharePoint-pagina's van alle medezeggenschapsorganen.

COVID-19

Einde boostercampagne Defensie

De boostercampagne van Defensie is beëindigd. In korte tijd zijn bijna 30.000 militairen geboosterd. Militairen die nog geen booster hebben gehad, kunnen daarvoor terecht bij hun eigen gezondheidscentrum. Dat geldt ook voor militairen die nog niet zijn gevaccineerd. In andere landen gelden soms andere eisen dan in Nederland. Lees het [volledige nieuwsbericht](#) op intranet voor meer informatie.

Rapport Gezondheidsraad over Post-COVID-syndroom

Een deel van de COVID-19-patiënten houdt klachten. Dit wordt vaak *long* (langdurig) COVID genoemd of het post-COVID-syndroom. De Gezondheidsraad heeft de wetenschappelijke literatuur hierover in kaart gebracht. Daarin worden uiteenlopende klachten beschreven, die soms maanden aanhouden en na verloop van tijd kunnen afnemen. De beschikbare onderzoeken bevatten nog veel onzekerheden. Wel is duidelijk dat het post-COVID-syndroom naast gevolgen voor de patiënten zelf, ook implicaties heeft voor de zorg. Het rapport van de Gezondheidsraad is via [internet](#) te downloaden:

Evenementen

12 april 2022: Techbeurs 'Innovation in Defence'

Voor een effectieve, efficiënte, veilige en relevante krijgsmacht is kennis en innovatie onmisbaar. Daarom werkt Defensie samen met kennispartners als TNO, het Nederlands Lucht- en Ruimtevaartcentrum (NLR), het Maritime Research Institute Netherlands (MARIN) en de Defensie Academie.

Op de jaarlijkse techbeurs worden de belangrijkste onderzoeksresultaten getoond. Het programma van dit jaar bestaat uit break-outsessies in de ochtend waar de belangrijkste militaire innovaties worden gepresenteerd, in de middag volgt een keynote door Plaatsvervangend Commandant der Strijdkrachten (P-CDS) vice-admiraal Boudewijn Boots. Daarnaast is er volop gelegenheid tot netwerken. Het evenement is interessant voor alle militairen en burgermedewerkers van Defensie. Vooraf aanmelden via [internet](#) is verplicht. Wie zich al had aangemeld voor de in december 2021 gecancelde editie hoeft zich niet opnieuw aan te melden.

Datum: 12 april

Tijd: 09.00-18.00 uur

Locatie: Fokkerterminal Den Haag

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 [intranet](#)

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247/06-83215163 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'.

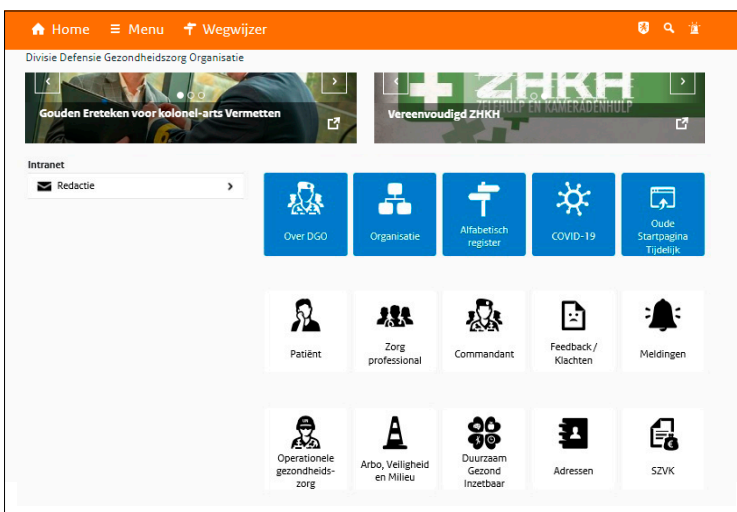
De secretaris NMGT A. Sondeijker

Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Speciale editie, maart 2022

Vernieuwd intranet

Zoals u al heeft kunnen zien is het intranet van uiterlijk veranderd. Ook de intranetpagina's van de Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) zijn 1 maart 2022 overgezet naar de nieuwe omgeving/format. Waar er voorheen twee pagina's waren, de 'Defensie Gezondheidszorg Organisatie' site en de 'Startpagina Gezondheidszorg Defensie' is dit nu samengevoegd tot één intranetsite 'Divisie Defensie Gezondheidszorg Organisatie'.



Met deze samenvoeging is ook de indeling veranderd. Zo is de informatie in de nieuwe opzet thematisch ingedeeld per doelgroep. Er is een tegel voor de patiënt, de zorgprofessional en de commandant. Elk DGO-bedrijf heeft natuurlijk ook een eigen pagina die onder de tegel 'Organisatie' is terug te vinden. Zie hiernaast de afbeelding van de nieuwe site.

De bekende 'alfabet-zoekpagina' wordt ook weer ingericht, maar dan in opgeschoonde versie. Op dit moment is het nog niet compleet maar de komende weken wordt dit verder ingevuld. Omdat veel informatie op de oude

'Startpagina Gezondheidszorg Defensie' staat die niet is overgezet naar de nieuwe omgeving, is tijdelijk een tegel beschikbaar die naar de oude omgeving linkt.

Mist u (eigen) informatie op de nieuwe site die via de oude omgeving wel beschikbaar is, stuur dan een link van deze pagina naar de contactpersonen [Paulien Burema](#) en [Cora Kleijbergen](#), zodat zij deze informatie, mits nog actueel, kunnen overzetten naar de nieuwe site. Dit is mogelijk tot **uiterlijk 4 april 2022**. Ook als u informatie niet kunt vinden en voorheen wel, stuur dan gerust een e-mail naar de contactpersonen. Zij helpen u dan verder.

Vanuit de DGO-site kan een link worden opgenomen naar medische informatie op pagina's van defensieonderdelen. Daar waar dat nog niet is gedaan kan aan de contactpersonen een link van de betreffende pagina's worden gestuurd zodat zij deze kunnen toevoegen. Hierbij de kanttekening dat deze informatie door de organisatie zelf actueel moet worden gehouden en dat alleen linkjes van actuele pagina's ter plaatsing op de DGO-site worden aangeboden.

Naar verwachting zal de oude omgeving per **1 mei 2022** niet meer beschikbaar zijn!

Heeft u oude pagina's toegevoegd aan uw favorieten, vergeet dan niet deze te vervangen door de nieuwe link: [Divisie Defensie Gezondheidszorg Organisatie](#).

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 [intranet](#)

Aan- of afmelden voor de nieuwsbrief kan via Paulien Burema, tel: 030-218 4247/06-83215163 of per e-mail: p.burema@mindef.nl

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

E-mail: nmgt@mindef.nl