Incidentie van Pathologie in een Eerstelijns Veldhospitaal voor Militairen bij Inzet van Belgische Militaire Eerstelijnsartsen tijdens Buitenlandse Missies: een Retrospectieve Studie

Inge Habex, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Jan Vandevoorde, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Geert Coremans, Belgische Defensie

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Incidentie van Pathologie in een Eerstelijns Veldhospitaal voor Militairen bij Inzet van Belgische Militaire Eerstelijnsartsen tijdens Buitenlandse Missies: een Retrospectieve Studie

Habex I, Vandevoorde J, Coremans G, Meert H, Eemans E.

ABSTRACT Doel: Overzicht krijgen van het soort pathologie waarmee de Belgische militaire eerstelijnsarts te maken krijgt in een eerstelijns veldhospitaal zonder chirurgische capaciteit (*Role 1*). Methode: Retrospectieve multicenter gegevensverzameling van alle buitenlandse militaire missies van 2012, 2013 en 2014 in een Role 1-veldhospitaal onder leiding van een Belgische eerstelijnsarts. Resultaten: De studie omvat 5135 patiëntencontacten. Bij de hoogste incidentie van pathologie vinden we de -doorgaans kleinere- kwetsuren (ten gevolge van sport, militaire training, transport, vijandige actie en andere) 19.44%, musculo-skeletale aandoeningen (rug, knie en andere) 18.88%, gastro-intestinale problemen (infectieus en andere aandoeningen) 15.33%, dermatologische problemen 14.57% en aandoeningen van neus, keel & oor 10.83%. Van alle patiënten wordt 96,3% ambulant behandeld. 3,3% wordt doorverwezen naar de tweedelijn. 0,4% van de patiënten dient gehospitaliseerd. Conclusie: De eerstelijnsarts krijgt voornamelijk te maken met ambulante niet-oorlogsgerelateerde pathologie die nauw aanleunt bij de huisartspathologie, zoals de kleine traumata en musculo-skeletale aandoeningen en banale gastro-intestinale klachten en neus-, keel- en oorklachten.

ACHTERGROND

Studies over het soort pathologie waarmee de militaire arts te maken krijgt in een eerstelijns veldhospitaal zonder chirurgische capaciteit (*Role 1*) op buitenlandse missie, zijn erg schaars[1-9]. Specifieke studies hierover betreffende de Belgische militaire missies zijn er nog niet. Toch worden alle medische contacten tijdens een militaire inzet in het buitenland gestructureerd bijgehouden.

Actueel rijst de vraag over welke competenties de eerstelijnsartsen bij Belgische Defensie moeten beschikken, aangezien de “klassieke opleiding” van huisartsen met brevet acute geneeskunde werd vervangen door specialisten acute geneeskunde zonder opleiding huisartsgeneeskunde. Dankzij deze studie wordt in kaart gebracht met welke pathologie de eerstelijnsartsen voornamelijk te maken krijgen en kan een inschatting gebeuren van de benodigde competenties.

MATERIAAL EN METHODE

Subjects

De eerstelijnsarts is verantwoordelijk voor de gezondheidstoestand van een specifiek omschreven groep ingezette militairen; “persons at risk”.

Geregistreerde consulten gaan uitsluitend over ontplooide Belgische militairen op effectieve buitenlandse zending. Hun gezondheidstoestand en vaccinatiestatus zijn vóór vertrek gunstig geëvalueerd. Elke operationele militair wordt ingelicht over gezondheidsrisico’s in het gebied van ontplooiing. Tijdens actieve dienst geldt een nultolerantie voor alcoholgebruik.

In deze retrospectieve studie zijn alle 263 weekverslagen van operationele zendingen van 2012, 2013 en 2014 opgenomen van Belgische eerstelijnsartsen in een veldhospitaal zonder chirurgische capaciteit (*Role 1*). Over deze periode werden in At Tiri, Kunduz, Kaboel, Kandahar, Kindu en Bamako (Fig. 1) 48 keer een Belgische eerstelijnsarts ontplooid voor één of meerdere weken.

Eerstelijns hospitalen aan boord zijn niet opgenomen in de studie omdat er vaak chirurgische capaciteit aan boord is en de dienstdoende arts frequent een tweedelijnsarts betreft met kwalificaties die meer afgestemd zijn op de specifieke noden aan boord.

Ook geëxcludeerd zijn de weekverslagen vanuit Role 1-veldhospitalen zonder arts. Het betreft eerstelijnsposten met een verpleegkundige en/of ambulanciers. Deze posten doen dienst voor een kleinere groep ontplooide militairen of is gesitueerd bij een andere goed toegankelijke eerste- en/of tweedelijnspost.

Occasioneel wordt melding gemaakt van consultaties voor de lokale burgerbevolking in een veldhospitaal (vijftiental consulten voor Afghanen); deze zijn niet opgenomen in de studie.

Data Registratie

Registratie gebeurt elektronisch op basis van het medisch registratiesysteem van de Verenigde Naties "EpiNATO, diseases and injury surveillance system". Tijdens een operationele buitenlandse zending noteert de dienstdoende militaire eerstelijnsarts in 25 vooropgestelde categorieën het aantal con-sulten, opvolgconsulten, doorverwijzingen naar tweede en derde lijn, en het aantal "persons at risk" waarvoor de arts verantwoordelijk is. De verslagen worden op wekelijkse basis doorgestuurd naar het hoofdkwartier.

Om praktische redenen zijn vijf registratieweken niet geïncludeerd; één omwille van blanco registratie met in de nota melding van vijftien niet-gespecificeerde consulten, vier weken omwille van registratie in EpiNATO-2; een versie met een andere categorie-indeling[10].

Analyse

Voor alle registraties in Excel, Word of pdf-formaat gebeurde een conversie naar Excel voor de gegevensverwerking. Een χ^2- homogeniteitstoets voor de verschillende operationele veldhospitalen werd uitgevoerd. Verschillen in incidentie over de jaren en tussen de verschillende operationele veldhospitalen gebeurde op basis van een student T-toets.

De data zijn inhoudelijk afgetoetst aan de bijvermelde nota's van de artsen en steekproefsgewijs getoetst aan de registratie in het medisch programma TotalHealth. Een aantal artsen is ondervraagd over de wijze en accuraatheid van registreren in EpiNATO.

RESULTATEN

Algemeen

De studie omvat 5135 patiëntencontacten (Kaboel-Afghanistan {n= 692}, Kunduz-Afghanistan {n= 836}, Kandahar-Afghanistan {n= 324}, At Tiri-Libanon {n= 2474}, Kindu-Congo {n= 753} en Bamako-Mali {n= 56}).

De Belgische eerstelijnsartsen zijn wekelijks verantwoordelijk voor gemiddeld 132 "persons at risk" (mediaan 107) (Fig. 2).

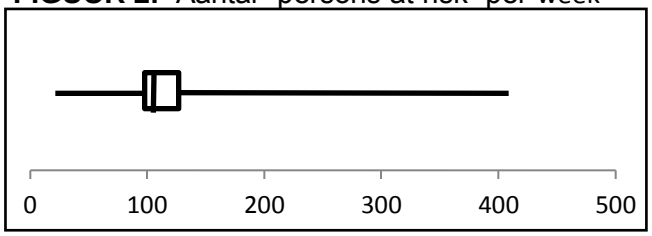
In 96,3% van de consultaties behandelt de

FIGURE 1 - Situering van de verschillende eerstelijns veldhospitalen



eerstelijnsarts de patiënt ambulant in het veldhospitaal zonder noodzaak tot doorverwijzing naar de tweede- en/of derdelijn. 3,3% wordt doorverwezen naar de tweedelijn, 0,4% van de patiënten dient gehospitaliseerd te worden. Dit is in concordantie met meerdere vergelijkbare observaties in Franse, Amerikaanse en Duitse veldhospitalen in Afghanistan en Libanon[1-2,4,11].

FIGUUR 2: Aantal "persons at risk" per week



Eerste consulten

Elke pathologie waarvoor een patiënt consulteert, wordt afzonderlijk geregistreerd als een *eerste* consult. Indien een patiënt voor hetzelfde probleem opvolgingsconsulten krijgt, registreert de eerstelijnsarts dit afzonderlijk in EpiNATO. Op het totaal aantal consulten n=5135 noteren we 4332 eerste consulten.

De pathologie geregistreerd in de veldhospitalen zijn -doorgaans kleinere- kwetsuren (ten gevolge van sport, militaire training, transport, vijandige acties en andere) 19,4%, musculo-skeletale aandoeningen (rug, knie en ander) 18,9%, gastro-intestinale problemen (infectieus en andere gastro-intestinale aandoeningen) 15,3%, dermatologische problemen 14,6%, aandoeningen van neus, keel & oor 10,8% (Fig. 3). De incidentie sportletsels is significant hoger tijdens de missie te At Tiri-Libanon ($p<0.01$).

Er is geen enkele consultregistratie betreffende drugs- of alcoholmisbruik, noch van letsels ten gevolge van nucleaire, biologische of chemische oorlogsvoering.

In de bestudeerde periode betreffen bijna alle pathologieën niet-oorlogsgerelateerde letsels en ziekten. "Injuries due to hostile action" beslaan 0,18% van alle consulten in de Role 1-veldhospitalen.

Specifieke klimatologische en omgevingsfactoren zorgen voor 0,8% van de consulten met hoofdzakelijk hitteslag en tweedegraadsbrandwonden door de zon. Doorheen de jaren zien we een belangrijke daling van het aantal patiënten in deze categorie. Preventieve maatregelen uit de "lessons learned" kunnen hiervoor verantwoordelijk zijn.

Infectieziekten worden in EpiNATO (in tegenstelling tot EpiNATO -2) minder onderscheiden. Wel gespecificeerd zijn gastro-intestinale infecties (7,9%) en andere infectieuze en parasitaire ziekten (1,3%).

Onder "other diseases and conditions" vallen in grote getale de consultaties voor vaccinatie tegen seizoensgebonden influenza.

Een volledig overzicht van de pathologie in tabel 1.

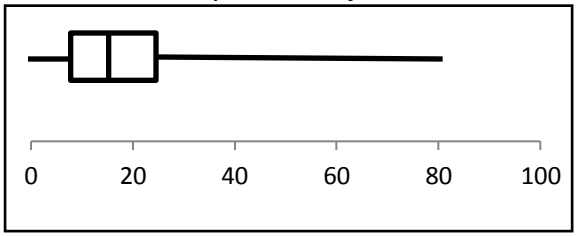
Opvolgconsulten

Het aantal opvolgingsconsulten (n= 803) bedraagt 15,6% van het totaal. Gemiddeld zijn er 19,5 consulten per week, waarvan 3 opvolgingsconsulten (Fig. 4). Opvolging gebeurt het intensiefst voor dermatologische problemen zoals bijvoorbeeld voor een gedraineerd abces.

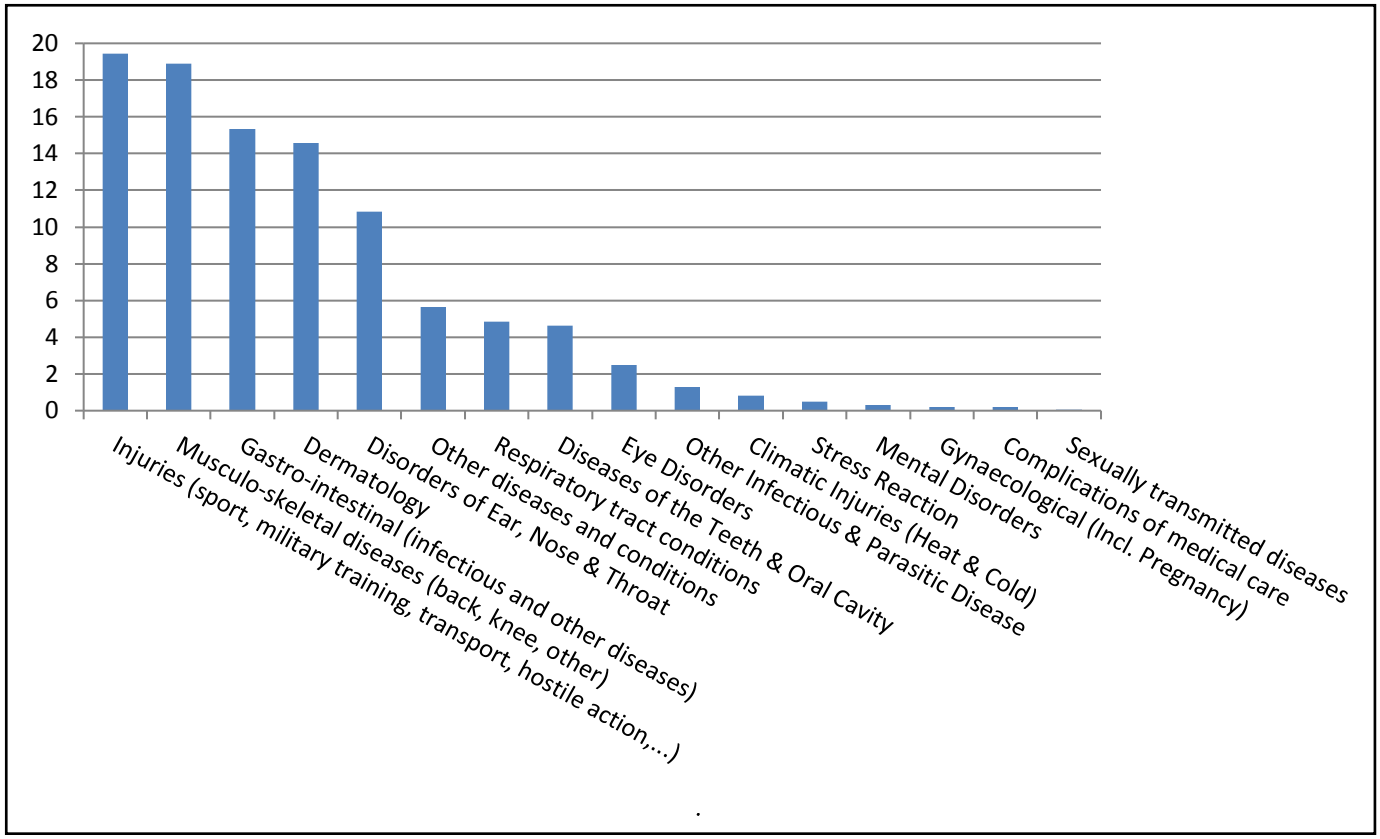
Doorverwijzing naar de tweedelijn

Van de 3,3% aan doorwijzingen naar de tweedelijn, springt voornamelijk de nood aan een tandarts[12] in het oog (Fig. 5).
Vanaf 2013 is hier een significante

FIGUUR 4: Boxplot wekelijks aantal consulten



FIGUUR 3: Consulten per pathologiegroep (in %)



daling ($p<0.0001$) genoteerd dankzij een verbetering van de tandheelkundige controle vóór vertrek op zending.

Andere doorverwijzingen gebeuren meestal voor bijkomend onderzoek zoals radiografie voor musculo-skeletale letsels of bloed- en urineanalyse voor infectieuze ziekten. Enkele artsen rapporteren dit niet als doorverwijzing indien er geen consult van een specialist aan gekoppeld is, anderen doen dit wel.

Hospitalisatie

Twintig keer werd derdelijnsgeneeskunde geregistreerd voor hospitalisatie (0,4% van alle consulten), onder meer tweemaal melding voor hitteslag, eenmaal voor gespecialiseerde oftalmologische verzorging na ontploffing van een airco, een abcesdrainage, een acuut abdomen, contact met hydrazine (Fig. 6).

DISCUSSIE

Werkgerelateerde geneeskunde

Ondanks het geringe percentage aan oorlogsgerelateerde pathologie waarmee de artsen in de studie in aanraking komen, eist de oorlogsgerelateerde werkomgeving bijzondere competenties van de eerstelijnsarts[2,13]. Deze vereiste vaardigheden staan niet ter discussie zoals onder andere adequaat reageren bij calamiteiten, werken onder vijandige omstandigheden, kennis en vaardigheden in nucleaire, biologische of chemische oorlogsvoering, en dergelijke. Hierin voorziet de militaire opleiding. Mogelijk is een specialist acute geneeskunde meer in zijn/haar comfortzone in dit aspect van het werk dan een huisarts.

Force Health Protection: Preventie

Hoofdtaak van de militaire arts is het zo fit mogelijk houden van de troepen (*Force Health*) om de operationaliteit van de zending niet in het gedrang te brengen. Preventieve geneeskunde hoort daarom tot de basistaken van de eerstelijnsarts. EpiNATO is specifiek ontwikkeld om vroegtijdig trends te kunnen opmerken om sneller de juiste preventieve maatregelen te implementeren of bij te

TABEL 1: Incidentie van pathologie per categorie voor eerste consulten

Eerste consulten	Aantal consulten[1]	Verhouding t.o.v. alle consulten (%)	Incidentie per week
Intestinal Infectious Disease	341	7.87	1.30
Sexually transmitted diseases	2	0.05	0.01
Other Infectious & Parasitic Disease	56	1.29	0.21
Alcohol & Drug Abuse	0	0.00	0.00
Mental Disorders	14	0.32	0.05
Stress Reaction	21	0.48	0.08
Eye Disorders	108	2.49	0.41
Disorders of Ear, Nose & Throat	469	10.83	1.78
Respiratory tract conditions	210	4.85	0.80
Diseases of the Teeth & Oral Cavity	201	4.64	0.76
Diseases of the Digestive System	323	7.46	1.23
Gynaecological (Incl. Pregnancy)	9	0.21	0.03
Dermatology	631	14.57	2.40
Disorders of the knee	97	2.24	0.37
Disorders of the back	215	4.96	0.82
Other Musculo – Skeletal diseases	506	11.68	1.92
Complications of medical care	8	0.18	0.03
Other diseases and conditions	244	5.63	0.93
Injuries due to transport	15	0.35	0.06
Injuries due to military training	23	0.53	0.09
Injuries due to sport	364	8.40	1.38
Injuries due to hostile action	8	0.18	0.03
Other Injuries not in cats 19-22[2]	432	9.97	1.64
Climatic Injuries (Heat & Cold)	35	0.81	0.13
NBC Indicators[3]	0	0.00	0.00
Totaal aantal eerste consulten	**4332**	**100**	**16.47**

[1] Geregistreerd gedurende de 263 weken
[2] cats 19-22: Injuries due to transport, military training, sport, hostile action
[3] NBC Indicators: Aantasting door Nucleaire, Biologische of Chemische Oorlogsvoering.

FIGUUR 6: Hospitalisaties[1]

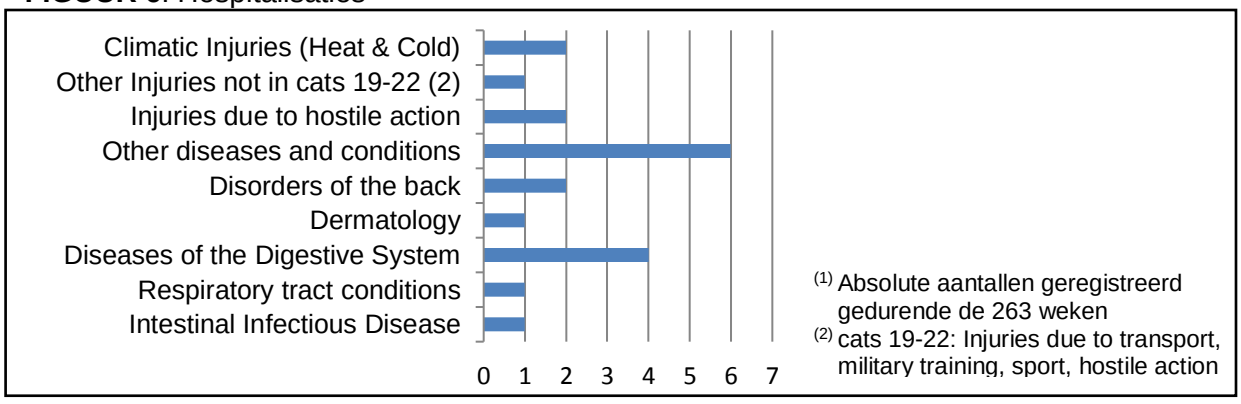
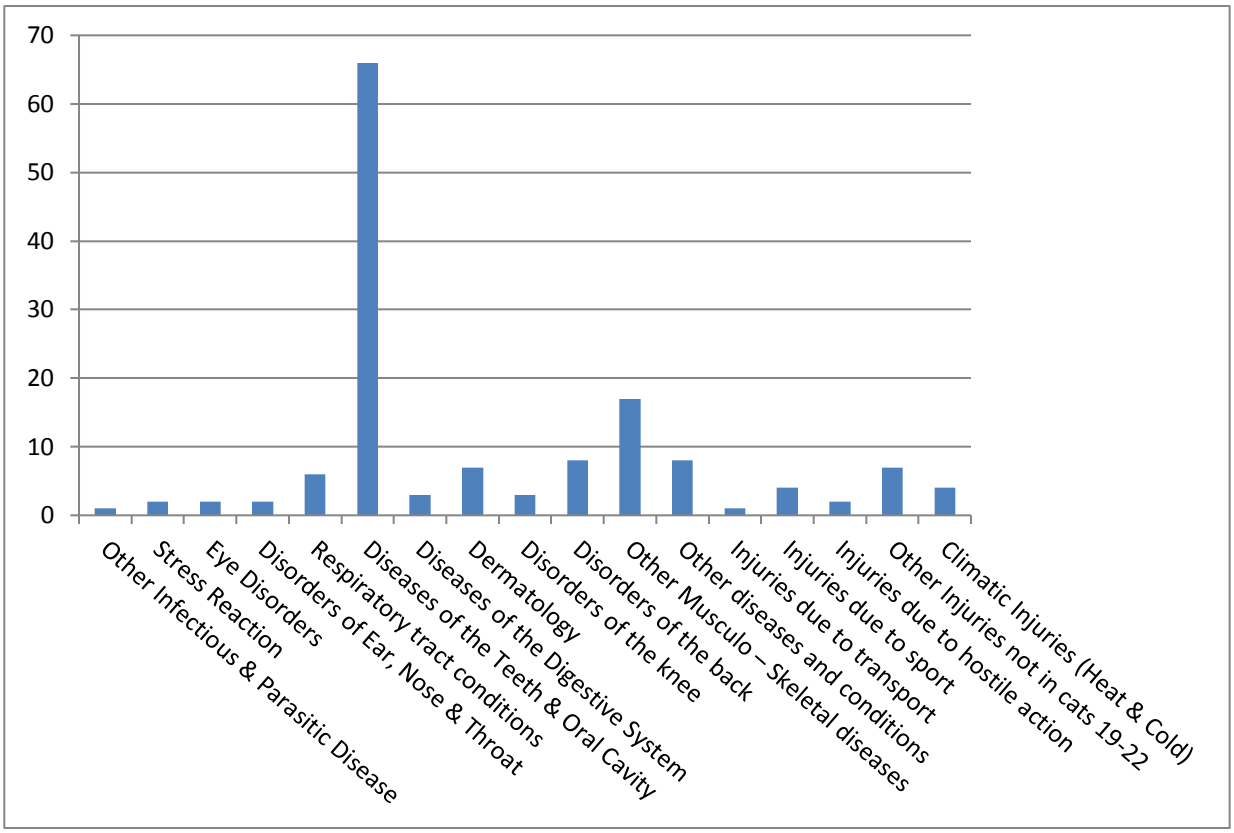


FIGURE 5: Doorverwijzing naar een specialist



Totaal aantal doorverwijzingen absolute aantallen over 263 weken van registratie

sturen[14]. In deze studie zien we hiervan meerdere bijvoorbeelden zoals een hoge incidentie aan gastro-intestinale infecties ten gevolge van eten buiten de gecontroleerde militaire keten. Een piek aan sportletsels bij deelname aan een competitief sporttoernooi te At Tiri-Libanon. Meerdere gevallen van snijwonden bij kappen van bamboe zonder handschoenen. Het correct implementeren van anti-malariamaatregelen en SOA-preventie lijkt zijn vruchten af te werpen voor de onderzochte periode in de veldhospitalen. De eerstelijnsarts onderschept de problemen en sensibiliseert.

In de huisartsopleiding komt het aspect preventieve geneeskunde grondig aan bod en behoort dit tot het basispakket. In de specialisatie acute geneeskunde behoort dit niet tot de basisvorming. De militaire opleiding komt hierin tegemoet via een theoretische cursus. Voor de huisarts is dit een kernvaardigheid die tijdens de opleiding actief ontwikkeld wordt.

Force Health Protection: Curatief

Wanneer een ingezette militair ziek of geblesseerd raakt, is het zowel voor het individu als voor de militaire opdracht van belang dat de patiënt zo snel en zo goed mogelijk herstelt en weer beschikbaar is. De Belgische militair heeft tijdens een buitenlandse zending recht op curatieve geneeskunde die de Belgische standaard evenaart.

Pathologie

De in hoofdzaak banale ambulante pathologie 96,3% omvat vooral de kleine traumatologie en musculo-skeletale blessures, in toto goed voor 38,3% van alle consulten. Waar bij de specialist acute geneeskunde de nadruk ligt op de eerste opvang, is de huisarts meer onderlegd in het sturen en begeleiden van het herstel. Gezien de nadruk tijdens buiten-

landse zendingen ligt op het zo snel en accuraat mogelijk herstel van de patiënt, is voor de militaire eerstelijnsarts meer doorgedreven opleiding hier eventueel adviseerbaar.

De ambulante -al dan niet infectieuze- gastro-intestinale aandoeningen (15,3%) en de neus-, keel- en ooraandoeningen (10,8%) vallen voornamelijk in het werkgebied van de huisarts en minder in dit van de acute geneesheer.

Over de dermatologische problematiek (14,6%) valt minder goed een conclusie te trekken, aangezien EpiNATO geen onderscheid maakt in deze categorie tussen schaaf- en snijwonden, insectensteken, dierenbeten, huiduitslag, huidabcessen, brandwonden. In de nieuwe versie EpiNATO-2 wordt wel onderscheid gemaakt.

Mentale problemen

Consultaties in verband met psychologische problematiek stranden op 0,8% van het totaal in de veldhospitalen hoewel psycho-sociale redenen en battle stress belangrijke oorzaken zijn van repatriëring en dus van verlies van een operationele militair op zending[15-16]. Gedeeltelijk komt dit door onderregistratie door de arts die tijdens een consult de mentale problematiek niet afzonderlijk registreert. Anderzijds zijn er bij ontplooiing van een grote groep militairen vaak psychologische raadgevers aanwezig en kan het zijn dat de arts niet rechtstreeks gecontacteerd wordt. In tegenstelling tot de specialist acute geneeskunde leert de huisarts in zijn basisvorming mentale problemen tijdig onderkennen, begeleiden en eventueel medicamenteus behandelen.

Impakt op de operationaliteit

Het EpiNATO-systeem vraagt de registratie van gedeeltelijke of volledig toegekende werkongeschiktheid. De Belgische artsen blijken in de onderzoeksperiode zeer onzorgvuldig omtrent de registratie hiervan. Bevraging van artsen bevestigt de niet-registratie of onderregistratie, waardoor geen conclusies kunnen getrokken worden over de impact van de verschillende pathologiegroepen op de operationaliteit van de troepen.

Voor het treffen of evalueren van impact-verbeterende maatregelen is de werkonbekwaamheid een goede maatstaf[1,4,15]. In de toekomst is zorgvuldige registratie daarom aangewezen en bewustmaking of verplichting van de dienstdoende artsen lijkt zinvol.

Methodologische belemmeringen

In de eerste versie van EpiNATO is er onvoldoende afbakening van de verschillende categoriegroepen. Zo brengen sommige artsen brandwonden door de zon onder bij “klimatologische problematiek”, anderen onder “dermatologische problematiek”. Een val op de sportpiste met schaaf- en snijwonden kan onder sportletsels vallen voor de ene, onder dermatologische letsels voor de ander. Een knieblessure tijdens het sporten kan onder “kniepathologie” of “sportblessure” worden geklasseerd. Een virale bovenste luchtweginfectie kan zowel onder “neus-, keel- en oorpathologie” vallen als onder “andere infectieuze ziekten” enzoverder.

In de nieuwe versie EpiNATO-2 zijn de categorieën beter afgestemd op de soort consulten tijdens zending. Inhoudelijk is elke categorie verduidelijkt door een lijst van ICD 10-codes en uitsluitingsdiagnoses.

EpiNATO is in eerste instantie een tool om trends tijdig op te sporen, met als doel medische problemen met grote impact op de operationaliteit van de troepen tijdig te onderscheppen en bij te sturen. De ernst of urgentiegraad van elke pathologie afzonderlijk wordt echter niet geregistreerd[14] en kan enkel indirect afgeleid worden op basis van het doorverwijsbeleid of op basis van de toegekende werkongeschiktheid. De diagnostische ICD 10-codes worden in de EpiNATO-2 versie wel systematisch geregistreerd.

Sinds 2015 heeft Belgische Defensie deze versie in gebruik. Dit zal toekomstige studies toelaten meer specifiek diagnose-georiënteerde conclusies te trekken.

BESLUIT

De militaire eerstelijnsarts krijgt in een Role 1-veldhospitaal voornamelijk te maken met ambulante niet-oorlogsgerelateerde pathologie die nauw aanleunt bij de huisartspathologie (96,3%), zoals de kleine traumata

en musculo-skeletale aandoeningen, banale gastro-intestinale klachten van infectieuze en niet-infectieuze origine en neus-, keel- en oorpathologie. Ook dermatologische problemen allerhande beslaan een significant deel van de consulten.

Gezien de hoge incidentie huisartsgerelateerde pathologie valt de huisartsgeneeskunde zeker onder de competenties waarover de eerstelijnsarts in een Role 1-veldhospitaal moet beschikken.

REFERENTIES

1. Aoun O, Roqueplo C, Rapp C. Spectrum and impact of health problems during deployment: A prospective, multicenter study of French soldiers operating in Afghanistan, Lebanon and Cöte d'Ivoire. Travel Medicine and Infectious Disease 2014; volume 12, Issue 4: 378-384.
2. Hepburn NC, Brooks TJ. An outbreak of chickenpox in a military field hospital--the implications for biological warfare. Journal of the Royal Society of Medicine 1991 Dec; 84(12): 721–722.
3. Gunepin M, Derache F, Ausset I, Berlizot P, Simecek J. The Rate of Dental Emergencies in French Armed Forces Deployed to Afghanistan. Military Medicine 2011; vol. 176: 828-832.
4. Cox AT, Lentaigne J,White S, Burns DS, Parsons I, O'Shea M, Stacey M, Sharma S, Wilson D. A 2-year review of the general internal medicine admissions to the British Role 3 Hospital in Camp Bastion, Afghanistan. Journal of the Royal Army Medical Corps 2016 Feb; 162(1): 56-62.
5. Sauvet F, Lebeau C, Foucher S, Flusain O, Jouanin JC, Debonne J-M. Operational Impact of Health Problems Observed During a Four-Month Military Deployment in Ivory Coast. Military Medicine 2009; vol. 174: 921-928.
6. Dainty LA, Morgan SA, Parker M, Burke RL. Rabies, Readiness, and Role 1 Medical Care. Military Medicine 2013; vol. 178: e1159-e1164.
7. Brondex A, Viant E, Trendel D, Puidupin M. Medical Activity in the Conventional Hospitalization Unit in Kabul NATO Role 3 Hospital: A 3-Month-Long Experience. Military Medicine 2014; vol. 179: 197-202.
8. Grainge C, Heber M. The role of the physician in modern military operations: 12 months experience in Southern Iraq. Journal of the Royal Army Medical Corps 2005 Jun; 151(2): 101-4.
9. Connor P, Hutley E, Mulcahy HE, Riddle MS. Enteric disease on Operation HERRICK; Journal of the Royal Army Medical Corps 2013 Sep; 159(3):229-36.
10. Cohen SP, Brown C, Kurihara C, Plunkett A, Nguyen C, Strassels SA. Diagnoses and factors associated with medical evacuation and return to duty for service members participating in Operation Iraqi Freedom or Operation Enduring Freedom: a prospective cohort study. Lancet 2010 Jan 23; 375(9711): 301-9.
11. Allied Medical Publication. NATO Standard AMedP-4.1. Deployment Health Surveillance. NATO Standardization Office; 2014.
12. Lee RU, Parrish SC, Saeed O, Fiedler JP. Combat Internist: The Internal Medicine Experience in a Combat Hospital in Afghanistan. Military Medicine 2015; vol. 180: 12-16.
13. Wilson JL, Carew MT, Strauss BA. Canadian forces evaluation of the EPINATO Health Surveillance System in Bosnia-Herzegovina. Military Medicine 2006; 171(10): 955-61.
14. Rödig E. Battle Trauma and DNBI (Disease and Non Battle Injury). The Impact of NATO/Multinational Military Missions on Health Care Management 2000. Beschikbaar via: URL: http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/p010941.pdf. Geraadpleegd 16 januari 2016.
15. Ramasamy A, Harrisson S, Lasrado I, Stewart MP. A review of casualties during the Iraqi insurgency 2006--a British field hospital experience. Injury 2009 May; 40(5): 493-7.
16. Korzeniewski K, Brzozowski R. Sickness profile among Polish troops deployed in Afghanistan in the years 2003-2005. International Maritime Health 2011; 62(1): 63-70.

Keywords

PubMed MeSH: military field hospital, military field hospitals, war, Military Medicine/ statistics and numerical data.

PubMed search: EpiNATO/pathology/ spectrum, non battle related injuries.

Military Medicine: non battle related injuries,

Role, Role 1, EpiNATO, Belgium, incidence, military pathology.

Aanmelding masterproef

Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: Habex Inge

Titel van het project :

Incidentie van Pathologie in een Eerstelijns Veldhospitaal (rol 1) bij inzet van Belgische militairen tijdens Buitenlandse Missies: een retrospectieve studie.

Type onderzoek (aankruisen wat past):

- o Praktijkverbeterend project
- X Onderzoeksproject
- o Literatuuronderzoek
- o Duodecim-project

Achtergrond/Aanleiding:

Studies over het soort pathologie waarmee de militaire eerstelijnsarts in een veldhospitaal (rol 1) tijdens buitenlandse missies te maken krijgt, zijn erg schaars. Specifieke studies hierover betreffende de Belgische militaire missies zijn er nog niet. Toch worden alle medische contacten tijdens een militaire inzet in het buitenland gestructureerd bijgehouden.
De competenties waarover de eerstelijnsartsen bij Belgische Defensie moeten beschikken kunnen dankzij deze studie in kaart worden gebracht.

Concrete vraagstelling:

Wat is de incidentie van huisartspathologie, oorlogsgerelateerde pathologie, acuut geneeskundige pathologie en specialistische pathologie (o.m. tropische geneeskunde, luchtvaartgeneeskunde, ...) in een veldhospitaal (rol 1)-setting bij de inzet van Belgische militairen in buitenlandse missies?

Geplande methode:

Retrospectieve gegevensverzameling op basis van EpiNATO / EMD met codering in Excel naar soort pathologie, civiel vs militair contact, plaats van buitenlandse missie en eventueel lokaal seizoen.
Dataverwerking voor bepalen van de incidentie van de soorten pathologie: oorlogsgerelateerd, plaatsgerelateerd (bv. tropische geneeskunde), werkomstandigheid gerelateerd (bv. luchtvaartgeneeskunde, hyperbare geneeskunde), non-related (huisartsgeneeskunde / acute geneeskunde / andere)

Datum en handtekening

27/11/2014	haio	28/11/14	praktijkopleider
28.11.14	promotor	1/12/2014	coördinator

Dr. INGE HABEX

Dr. HILDE MEERT

Prof. Dr. JAN VANDEVOORDE

DR. ELISABETH EEMANS

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANDEVOORDE
HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 27-05-2015

Ons Kenmerk: **2015/138**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Incidentie van pathologie in een eerstelijns veldhospitaal voor militairen (rol 1-setting) bij inzet van Belgische militaire eerstelijnsartsen tijdens buitenlandse missies : een retrospectieve studie
B.U.N. 143201524398

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **27-05-2015**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 27-05-2015

Ons Kenmerk : 2015/138

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 08-10-2014)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem, PhD	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M
Dr. J. Marchand, MD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Van Hoeystraat 7, Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. V. Caveliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. H. De Boeck, MD	Pediatric Orthopedics UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Grève, MD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Mey, MD	Radiology UZ BRUSSEL	M
Mrs. M. De Win	External Member	F
Mr. D. Danschutter	Head Nurse UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. Poelaert, MD	Anesthesiology UZ Brussel	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Dr. L. Wostyn, MD, Master of Laws	Master of Laws VUB External member	M

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote