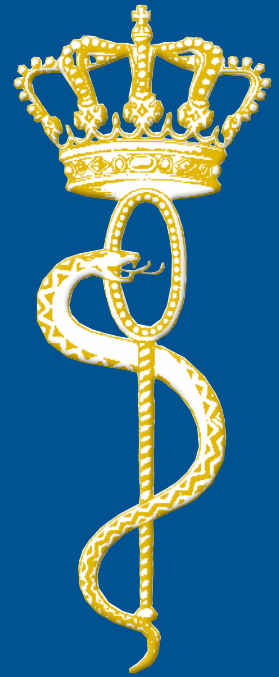


NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT



VERSCHIJNT TWEEMAANDELIJKS
78e JAARGANG
SEPTEMBER 2025 - NR. 5



MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE



NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

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

HOOFDREDACTEUR

H. van der Wal
kolonel MHBA MHA EMSD

EINDREDACTEUR

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

LEDEN VAN DE REDACTIE

P.C. van Heereveld
luitenant-kolonel-tandarts
dr. D.G.A. Knotnerus-Janssen
majoor-apotheker
drs. E. Mol
Sr. Adv. Arbeid en Gezondheid
E.G.J. Onnuw
kolonel-vliegerarts
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

mr. R.G.P.A. Sondeijker
secretaris/redacteur NMGT
Postbus 90701, 2509 LS 's-Gravenhage
Telefoon +31629548264
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 veeleenvoudigd
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	189
Aanmelden voor abonnement NMGT	189
Informatie over onderzoeksrapport Meet before the crisis: Interdepartementale samenwerking tussen VWS en Defensie	215

Van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg:

Column september 2025	190
-----------------------------	-----

Van de Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie:

Nieuwsbrief DGO, augustus 2025	220
--------------------------------------	-----

Oorspronkelijke artikelen:

50 jaar Medische Dienst Interview met de commandant van de Belgische Medische Component, generaal-majoor Marc Ongena <i>door geneesheer brigadegeneraal b.d. E. Dhondt</i>	191
---	-----

De ontwikkeling van depressieve symptomen na uitzending geassocieerd met psychologische, biochemische en genetische profielen vóór uitzending Een 10 jaar durende studie onder Nederlandse militairen <i>door X. Plas MSc, dr. B. Bruinsma, dr. C.J. van Lissa, kolonel-arts b.d. prof. dr. E. Vermetten, dr. R. van Lutterveld en prof. dr. E. Geuze</i>	199
--	-----

Boekbesprekingen:

'de Villa' Over Jan Bastiaans, het kz-syndroom, LSD en geestelijke bevrijding <i>door mr. R. Sondeijker</i>	216
Return to Base <i>door mr. R. Sondeijker</i>	218

CONTENTS

VOLUME 78 – SEPTEMBER 2025 – ISSUE 5



From the editor:

Foreword	189
Subscription Netherlands Military Medical Review	189
Information about research report Meet before the crisis: Interdepartmental cooperation between the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Defence	215

From the Military Health Care Inspectorate:

Column September 2025	190
-----------------------------	-----

From the Commander of the Defence Health Care Organisation:

Newsletter Defence Health Care Organisation, August 2025	220
--	-----

Original contributions:

Fifty years autonomy of the Belgian military medical service <i>by Brigadier General ret. E. Dhondt MD</i>	191
The development of depressive symptoms after deployment associated with psychological, biochemical, and genetic profiles before deployment A 10-year study among Dutch military personnel <i>by X. Plas MSc, B. Bruinsma PhD, C.J. van Lissa PhD, Colonel mc ret Prof. E. Vermetten PhD, R. van Lutterveld PhD and Prof. E. Geuze PhD</i>	199

Book reviews:

'the Villa' About Jan Bastiaans, the KZ syndrome, LSD and mental liberation <i>by R. Sondeijker LLM</i>	216
Return to Base <i>by R. Sondeijker LLM</i>	218

VOORPAGINA

Een Chinook-helikopter pikt militairen van de Alfa Koningscompagnie op voor
terugkeer naar de basis in Kandahar.
Van 2005 tot 2008 namen Nederlandse militairen deel aan de International Security
Assistance Force (ISAF)-missie in Afghanistan, waar zij werden blootgesteld aan
stressvolle omstandigheden. Er is onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van
depressieve symptomen tot tien jaar na uitzending; zie p. 199-215.

Foto: Beeldbank NIMH/Richard Frigge (AVDD).



Voorwoord

Beste lezers,

Het verheugt mij u, namens de gehele redactie, deze editie van het *Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift* (NMGT) te presenteren, met interessante en lezenswaardige bijdragen van diverse auteurs.

In deze editie heeft brigadegeneraal M.Y. Molenaar, Inspecteur Militaire Gezondheidszorg, wederom een actuele en interessante column geschreven over een onderwerp dat direct verband houdt met de kerntaken en verantwoordelijkheden van de inspectie.

Het openingsartikel van deze uitgave betreft een lezenswaardig interview met de commandant van de Belgische Medische Component, generaal-majoor Marc Ongena. Daarin blikt hij niet alleen terug op vijftig jaar Medische Dienst binnen de Belgische Defensie, maar geeft hij ook zijn visie op de huidige werking en de toekomstige ambities van dit belangrijke krijgsmachtonderdeel. Het artikel verscheen eerder in het *Belgisch Militair Tijdschrift* en vormt de opmaat naar een interview dat de NMGT-redactie later dit jaar zal hebben met dr. Erwin Dhondt, geneesheer brigadegeneraal b.d. bij de Belgische krijgsmacht.

Het tweede artikel is geschreven door Xandra Plas MSc, onderzoeker in opleiding en PhD-student bij het Expertisecentrum Militaire Geestelijke Gezondheidszorg en de afdeling Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, samen met enkele co-auteurs. Dit interessante artikel beschrijft een onderzoek waarin 1032 Nederlandse militairen vóór tot tien jaar na hun uitzending naar Afghanistan (2005–2008) zijn gevolgd om de ontwikkeling van depressieve symptomen te bestuderen. De resultaten benadrukken onder meer het belang van langdurige monitoring en psychologische ondersteuning na uitzending.

Tot slot bespreekt mr. Richard Sondejker, secretaris/redacteur van ons tijdschrift, twee lezenswaardige boeken. In *'de Villa'*, onder redactie van dr. Leo van Bergen en prof. dr. Eric Vermetten, wordt uitvoerig ingegaan op het werk, de behandelmethode en nalatenschap van de Nederlandse psychiater Jan Bastiaans (1917–1987). In een tijd waarin het begrip posttraumatische stressstoornis (PTSS) nog niet bestond, richtte hij zich op de behandeling van overlevenden van concentratiekampen en ander oorlogsgeweld, voor wie reguliere psychotherapie vaak tekortschoot. Het boek *Return to Base* is het persoonlijke relaas van Dominique Schreinemachers, voormalig Apache-gevechtshelikopterpiloot bij de Koninklijke Luchtmacht. Daarin beschrijft zij niet alleen haar diensttijd en uitzendingen, onder meer naar Afghanistan, maar ook de periode daarna, met onder meer haar strijd tegen PTSS.

Namens de voltallige redactie wens ik u veel leesplezier!

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



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: nmgt@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: nmgt@mindef.nl met als onderwerp 'wijziging abonnement NMGT'.

De secretaris NMGT R.G.P.A. Sondejker

Voorkomen...

Column IMG september 2025



Voorkomen is beter dan genezen. Dat geldt niet alleen voor individuen, maar ook voor organisaties. Een gedegen voorbereiding is altijd van groot belang.

Defensie is druk bezig met de versnelde gereedstelling voor hoofdtak 1. Versneld gereedstellen betekent ook: versneld keuzes maken. Daarbij ontstaat het risico dat kwaliteit lijdt onder snelheid. Een standaardtruc in de zakenwereld om klanten duidelijk te maken dat iets niet én snel, én goed en tegelijk nog eens goedkoop kan zijn, is de bekende driehoek met de woorden 'snel', 'goed' en 'goedkoop'. De klant moet twee van de drie woorden kiezen.

'Snel' en 'goed' kost altijd meer, maar helaas niet alleen meer geld. Vaak neemt men onder tijdsdruk ook meer risico. De tijd ontbreekt voor diepere analyses of het ophalen van meer informatie. Risico's wil je niet structureel blijven nemen als er mensenlevens op het spel staan, zoals bij militaire gezondheidszorg. Daarom is risico's vooraf wegen, mitigeren of bewust accepteren, hét middel bij uitstek om als organisatie bij te dragen aan het voorkomen van verlies.

Maar, het accepteren van extra risico's mag niet 'het nieuwe normaal' worden. Een bocht afsnijden onder tijdsdruk kan, maar structureel afsnijden doet iets met de veiligheid. Dit fenomeen, het normaliseren van een tijdelijke afwijking/verlaging van de norm, noemen wij *normalisation of deviance*.

Gereedstellen is stap 1. Stap 2 is gereedstaan en zo goed mogelijk blijven. Als toezichthouder zien we de gereedstelling dan ook niet als een race, maar als een marathon. Een marathon waaraan Defensie begon vanuit een achterstandspositie. We zien veel keuzes die we als inspectie begrijpen, maar waar Defensie wel de risico's helder in kaart moet brengen. Zoals bijvoorbeeld het tijdelijke inkorten van geneeskundige opleidingen. Hoe garandeert Defensie dat opleidingen ook weer worden teruggezet naar de reguliere inhoud? Of accepteert Defensie bewust de lagere norm? Zo zien wij als inspectie meerdere dilemma's. Bijvoorbeeld inzet van geneeskundig personeel dat weliswaar is opgeleid, maar onvoldoende ervaring heeft.

Welke keuzes gaan we maken? Houden we vast aan uitsluitend BIG-geregistreerde geneeskundigen? Hoe zorgen we ervoor dat militairen het ook mentaal kunnen volhouden? Hoe zorgen we voor afdoende militaire gezondheidszorg bij de al krappe arbeidsmarkt en als militaire collega's civiel worden ingezet? Hoe borgen we de beveiliging van voedsel en voedselveiligheid zodat de besmetting ervan niet als wapen wordt gebruikt?

Samen met de organisatie wil de IMG voorkomen dat we terecht komen in een glijdende schaal. Waarbij afwijking van de norm normaal wordt en we niet meer zien waar we risico's nemen. Waarbij de gezondheid van medewerkers niet meer het hoogste goed is. Dat doen we vanuit onze missie voor hoofdtak 1: 'Toezicht van de IMG draagt bij aan optimale inzetbaarheid van militairen en het voorkomen van vermijdbare gezondheidsschade en verliezen van defensiemedewerkers'. Want, voorkomen is altijd beter dan genezen.



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



50 jaar Medische Dienst

Interview met de commandant van de Belgische Medische Component,
generaal-majoor Marc Ongena

door geneesheer brigadegeneraal b.d. Erwin Dhondt

Introductie

Geachte lezer,

Met veel genoegen biedt het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift (NMGT) u het artikel *50 jaar Medische Dienst* aan. Het betreft een interview met de commandant van de Belgische Medische Component, generaal-majoor Marc Ongena. Het interview werd afgenomen door dr. Erwin Dhondt, geneesheer brigadegeneraal b.d. bij de Belgische krijgsmacht en lid van de redactieraad van het Belgisch Militair Tijdschrift (BMT). De oorspronkelijke publicatie verscheen in editie 28 van het BMT (december 2024).

In dit uitgebreide interview blikt generaal-majoor Ongena terug op vijftig jaar Medische Dienst binnen de Belgische defensie. Daarnaast werpt hij een blik op de huidige werking en de toekomstige ambities van dit essentiële onderdeel van de Belgische krijgsmacht.

De redactie van het NMGT acht deze herpublicatie waardevol, omdat het interview op heldere wijze toont wat de Belgische krijgsmacht vandaag de dag op geneeskundig gebied onderneemt en reeds gerealiseerd heeft. Tegelijkertijd weerspiegelt het ontwikkelingen en uitdagingen die ook herkenbaar zijn voor de Nederlandse Geneeskundige Troepen. Het is een treffend voorbeeld van hoe militaire medische diensten zich blijven aanpassen aan veranderende politieke omstandigheden, zowel nationaal als internationaal.

Deze publicatie markeert hopelijk het begin van een nauwere samenwerking tussen het BMT en NMGT — een samenwerking die, naar wij hopen, zal bijdragen aan een bredere en structurele kennisuitwisseling tussen beide militaire tijdschriften.

Later dit jaar zal een interview volgen met voornoemde dr. Erwin Dhondt. Daarin zal hij een actuele stand van zaken geven aangaande de ontwikkelingen binnen het domein van defensiegezondheid en -gezondheidszorg. De publicatie hiervan in het NMGT wordt begin volgend jaar verwacht.

Tot slot past op deze plaats een woord van dank aan onze Belgische counterparts. In het bijzonder danken wij divisieadmiraal ir. Baudouin Coppieters de Gibson, directeur-generaal van het Koninklijk Hoger Instituut voor Defensie, evenals hogergenoemde generaal-majoor Marc Ongena en geneesheer brigadegeneraal b.d. Erwin Dhondt, voor hun toestemming en bereidwillige medewerking aan de herpublicatie van dit artikel.

mr. R. Sondejker
Secretaris/redacteur NMGT

ⁱ Toegevoegd door redactie NMGT.



Ter gelegenheid van de 50 jaar autonomie van de Belgische militaire Medische Dienst hebben we generaal-majoor Marc Ongena geïnterviewd. Het vraaggesprek focust voornamelijk op de geschiedenis van de Medische Dienst, maar geeft ook op het einde een inkijk in wat de nabije toekomst in petto heeft. Generaal-majoor Marc Ongena is sinds 24 september 2021 commandant van de Medische Component. Afgestudeerd aan de Koninklijke Militaire School (KMS, afdeling Alle Wapens), ving hij in 1990 zijn loopbaan aan als officier van de troepen van de Medische Dienst. Hij keerde van 2012 tot 2016 terug naar de KMS als hoofd en lesgever van de leerstoel Medische Operaties aan het Defensiecollege. Zijn ervaring ligt hoofdzakelijk in het domein van de operaties en training. Zo was hij drie jaar chef van het bureau 'paraatstelling' van het Operationeel Commando van de Medische Component (COMOPSMED).

Namens het Belgisch Militair Tijdschrift: Onder het motto 'laten we maar beginnen bij het begin', wat was de aanleiding om in de aanloop naar 1974 op te komen voor een onafhankelijke Medische Dienst?

In volle Koude Oorlog, in 1974 dus, besluit de regering tot deze autonomie in het raam van toenmalige structurele hervormingen van de krijgsmacht. De krijgsmacht beleefde moeilijke budgettaire tijden en tegelijk brak een tijdperk aan van meer medezeggenschap, overleg en inspraak. Ook de samenleving evolueerde naar een gewijzigde sociale dimensie in de relatie tussen patiënten en zorgverstrekkers. En dan was er ook de snelle vooruitgang in het



De eerste vrouwen doen hun intrede bij de Medische Dienst.

medische denken en handelen, een andere factor die aanleiding gaf tot het herdenken van de Belgische militaire geneeskunde. Vóór 1974 had de gezondheidsdienst te kampen met een aantal moeilijkheden: een dubbele commandostructuur, onvoldoende inspraak bij het beheer van het personeel en van het budget en ten slotte, een gebrek aan erkenning, niet zozeer binnen de Landmacht, maar meer daarbuiten.

Waren er toen zoveel hindernissen die het goede functioneren van de ‘medische steun’ in de weg stonden? Met andere woorden, wat had de toenmalige gezondheidsdienst van het leger bij die autonomie te winnen?

De voornaamste hindernis was dat de machten onvoldoende prioriteit gaven aan de medische steun en dat beslissingen over de medische detachementen/eenheden werden genomen door officieren van andere wapens die niet veel kaas hadden gegeten van militaire geneeskunde en die niet steeds de adviezen van hun artsen volgden.

Als u mij dus vraagt “wat hadden wij te winnen?”, dan zeg ik: op eigen benen staan, professioneler werken en een centrale aansturing en beheer van de capaciteiten voor medische steun.

In termen van benchmarking, wat hebben andere landen – al dan niet NAVO-lidstaten – in het verleden of zelfs ook nog op de dag van vandaag gedaan?

Er zijn verschillende strekkingen naargelang de tradities en inzichten. Voor de NAVO behoort de medische steun tot de *combat service support*, naast o.a. de logistiek, *movement control*, *field accommodation units*, enz. In se wil dit zeggen dat alle lidstaten zelf moeten opdraaien voor deze diensten, dat het met andere woorden een “nationale verantwoordelijkheid” is om hun strijdkrachten te ondersteunen waar nodig. Daarom bestaan er veel verschillen als het gaat om de positie van de Medische Dienst binnen de strijdkrachten, gaande van het Belgische model van volledige centralisatie en eenheid van commando tot modellen waarbij alle middelen verdeeld zijn over de krijgsmachtdelen en structuren en er maar enkele stafofficieren te vinden zijn op het hoogste niveau die met gezondheid en gezondheidszorg belast zijn. Een land zoals Jordanië heeft bijvoorbeeld een enorme Medische Dienst ten opzichte van het geheel van de strijdkrachten en neemt daar een belangrijke plaats in, omdat hij instaat voor de zorg niet enkel van militairen en hun families maar ook van andere rechthebbenden. De kwaliteit van die zorg is namelijk zeer hoog aangeschreven en is trouwens de best verkrijgbare in het hele land. Daar kunnen we zelfs beschouwen dat het nationale gezondheidssysteem door het leger wordt gedragen. Zoals steeds heeft elke oplossing zijn voordelen en nadelen en is het de politiek van een land die beslist in welke positie de Medische Dienst van de strijdkrachten wordt geplaatst, zoals ook in 1974 in België geschiedde.

Zijn er nog landen die een soortgelijke weg zijn opgegaan om dan uiteindelijk aanvaard te worden als een volwaardig ‘krijgsmachtdeel’?

Ja, Duitsland bijvoorbeeld, dat toch als het leidende land op het vlak van prestatievermogen van de militaire gezondheidsdienst binnen de NAVO wordt beschouwd. Mijn collega zei in 2022 dat de *Sanitätsdienst* van de *Bundeswehr* 6 miljard euro zou krijgen van het *Sondervermögen* van 100 miljard euro dat Duitsland vrijmaakte na de Russische inval in Oekraïne om zijn leger op korte termijn te versterken. Ondertussen is dat wat afgezwakt, maar het toont wel aan over welke middelen onze burens beschikken.

Of andersom: zijn er landen die zich bedacht hebben en hun medische korps opnieuw verdeeld hebben en ingedeeld volgens de klassieke land-, lucht- (en nu ook ruimte-), marine- (en cyber-)domeinen?

Niet bij mijn weten. Er zijn echter heel wat landen die nooit zijn overgegaan naar een centralisatie, zoals de Verenigde Staten, omdat ze voldoende middelen hebben om alle krijgsmachtdelen terdege te ondersteunen. De Medische Component is pas ontstaan in 2002, bij de invoering van de eenheidsstructuur binnen Defensie. Dat gebeurde door alle operationele middelen en medische eenheden samen te voegen. Voordien stonden de medische capaciteiten van het eerste en tweede echelon nog onder het bevel van de Land-, Lucht- en Zeemacht, en dat sedert 1974. De verandering in 2002 moet gezien worden als de oplossing voor een kleiner wordend leger, waar *pooling & sharing* van schaarse middelen gemeengoed werd, uit noodzaak eerder dan vanuit de idee dat het beter zou werken. Met andere woorden, indien de intentie zou bestaan om de Medische Dienst terug te verspreiden, dan vereist dit een versterking van de capaciteiten, een personeelsgroei, investeringen in materieel en hogere werkingsmiddelen. Ik zie dat niet gebeuren



Ontplooiing van een veldlabo in Burkina Faso.

in de eerstkomende jaren. We kunnen dromen van een arts in elke eenheid en in elke kazerne van Defensie en voldoende chirurgen, anesthesisten, urgentieartsen, enz. in een *role 2 medical treatment facility*¹ (MTF) bij elke component apart, maar de realiteit van de arbeidsmarkt en de voorspelde evolutie in België op het vlak van zorgverstrekkers doorprikken deze droom. Wat vandaag geldt, is dat de rol 1-capaciteiten gespecialiseerde steun leveren, omdat ze per gesteunde component in onze twee medische bataljons zijn verzameld: een medische compagnie voor steun aan het Special Operations Regiment, de Luchtcomponent en de Marine in één bataljon en twee medische compagnies in een tweede bataljon voor de gemotoriseerde brigade van de Landcomponent.

Stel dat je vandaag – 50 jaar later dus – zou mogen kiezen, zou je opnieuw pleiten voor complete autonomie of toch net niet?

Wel, eerst misschien even verduidelijken dat er

in feite geen complete autonomie voor de Medische Dienst is geweest. Nooit. In 1974 werd er overgegaan tot een gedeeltelijke ontvoogding. Het was een Belgisch compromis, waarbij de gezondheidsdienst zijn eigen beleid zou kunnen uittekenen en het bevel zou voeren over medische formaties hoger dan die van het tweede echelon. De formaties van het eerste en tweede echelon bleven in de schoot van de Land-, Lucht- en Zeemacht en van de Rijkswacht, evenwel onder technische en deontologische supervisie van de chef van de Gezondheidsdienst. In een koninklijk besluit van 3 maart 1974 werd vastgelegd dat de staf van de Gezondheidsdienst voortaan, op gelijke voet met de staven van de Land-, Lucht- en Zeemacht, deel uitmaakte van de Generale Staf. En ook vandaag, ook al zijn de eenheden onder één commando geplaatst, kunnen we niet stellen dat de Medische Dienst compleet autonoom werkt. De Medische Component en de andere componenten vormen de zogenaamde 'interventiemacht'. Ze levert inzetbare detachementen voor de medische ondersteuning van de operaties, maar het beheer van de middelen is gecentraliseerd in de algemene directies en de strategie en het beleid worden centraal bepaald. In zekere zin bevinden we ons eerder in de toestand van vóór 1974 als het om autonome bevoegdheden voor de Medische Component gaat, alleen is dit vandaag ook het geval voor de andere componenten. We hebben eind 2023 een herziening van de processen in de Defensiestaf doorgevoerd, waarbij een duidelijk onderscheid werd gemaakt tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus en een verbeterde strategische sturing van Defensie als hoofddoelstelling werd vooropgesteld.

Of is er misschien een nog 'betere' tussenoplossing na te streven?

Het kan altijd beter, maar verbetering zal in hoge mate afhangen van wat de politiek en met name een volgende federale regering zal voorzien op het vlak van werkmiddelen voor Defensie.

Ongeveer 20 à 25 jaar na de onafhankelijkheid – we schrijven dan 1994 – doen zich heel wat veranderingen voor, voornamelijk ingegeven door een gewijzigd geopolitiek landschap, met in 1989 de val van de Berlijnse Muur, om hem niet te noemen. Zo wordt in 1993 de dienstplicht opgeschort en worden de Belgische strijdkrachten in Duitsland (BSD) stelselmatig teruggetrokken; na een bijna 60 jaar militaire aanwezigheid in ons buurland. Dat keerpunt halveert bijna – bij wijze van spreken – de 50-jarige periode van autonomie, die we vandaag vieren. Welk effect had dit op de organisatie en de werking van de MD, in zijn rol van combat service support 'par excellence'?



Inzet van het specialistisch medische personeel van de Medische Dienst in een multinational medical unit role 3 te Kandahar Air Field (Operation Green Skander 2011-2013). Bron: © BE Defence.

Het belangrijkste effect was het wegvallen van de dienstplichtige zorgverstrekkers in alle medische disciplines en beroepen. Waar zij voorheen rechtstreeks na het beëindigen van hun studies aan een periode van minstens tien maanden – en voor de artsen zelfs vijftien maanden – bij het leger begonnen en zo heel veel patiëntenzorg op zich namen, viel de Medische Dienst plotseling terug op een veel kleinere groep van beroeps- en tijdelijke militairen. Het zorgaanbod kreeg toen een lelijke knauw. De militairen

die naar België terugkeerden, moesten voor hun behandelingen naar de civiele zorgverstrekkers en zorginstellingen gaan. En aldus moest een volledig nieuw stelsel van terugbetalingen van medische kosten geïmplementeerd worden. Er moesten speciale medicatievoorschriften in gebruik genomen worden en uiteindelijk werd er ook een systeem opgezet van civiele zogenaamde 'aangenomen zorgverstrekkers' die zich ertoe verbonden zich aan de conventionele tarieven voor de betaling van hun prestaties te houden.

Op operationeel vlak werd de periode na de val van de Muur gekenmerkt door talrijke opdrachten in het buitenland. Onze militairen van de Medische Dienst namen daar telkens aan deel in vaak moeilijke omstandigheden. Ver van de gespecialiseerde medische hulp in ziekenhuizen op eigen bodem moesten ze de medische ondersteuning verzekeren van de ingezette militairen. Gaandeweg werden dan ook de procedures voor een dergelijke operationele inzet geperfectioneerd en aangepast; van missie tot missie, wat uiteindelijk is uitgemond in een heel professioneel georganiseerde medische steuncomponent met ervaring in wereldwijde expeditieoperaties en in een breed gamma van inzetscenario's. Wat we vanaf de jaren '90 echter niet meer oefenden, waren operaties in het hoogste geweldsspectrum of een echte oorlog op grote schaal tegen een even sterke vijand. Het waren de tijden van het vredesdividend, het einde van de strijd tussen de beschavingen en de illusies van de hegemonie van de Westerse democratische wereld en een globale welvaart binnen ieders bereik. Al deze operaties hebben een grote invloed gehad op de medische doctrine. Ten gevolge van het streven naar een geperfectioneerde medische ondersteuning, vonden bijzondere concepten hun ingang: ik citeer graag het *golden hour*-principe, *damage control surgery* en noties zoals *medical planning timelines*, *en route care*, *forward aeromedical evacuation*. Die waren erop gericht om zoveel mogelijk levens van gewonde soldaten te redden – en dat hebben ze ook gedaan. Dit streven naar excellentie is in die tijd de drijvende kracht geweest voor innovatie en de ontwikkeling van nieuwe technologie en verbeterde procedures en behandelingsprotocollen. Het domein van de toegepaste militaire geneeskunde was eerst een niche voor wetenschappelijk onderzoek bij onze intelligentsia. Dat vond echter internationaal vanaf de terreurdreiging en dito aanslagen zoals 9/11 al snel een bredere weerklank bij de burgercollega's. Ook in ons land kwam zo het oorlogstrauma van de slachtoffers in beeld voor het nationale publiek.

Sedert enkele jaren, na o.a. de terugtrekking uit Afghanistan en Afrika, zien we een nieuwe wending in de globale veiligheidsomgeving en zijn wij Belgen genoodzaakt om ons weer anders voor te bereiden op wat komen kan.

De situatie is opnieuw ontvlamd in het zuiden van Libanon, het gebied tussen de Litaniërivier en de Blauwe Linie (*Blue Line*), de grens met de zuidelijke buur van Libanon: Israël. Dat gebied is maar al te goed bekend bij onze medics. Het is immers de regio waar de Medische Component een kleine 20 jaar geleden ooit zijn eerste en tot nu toe enige zelfstandige buitenlandse operatie organiseerde in het kader van de aanwezigheid van de Belgian-Luxemburg Forces in Lebanon (BELUFIL). Hoe kijkt u daarop terug?

Persoonlijk heb ik positieve herinneringen aan de zes maanden die ik zelf doorbracht in het zuiden van Libanon van bij de start van deze Belgische deelname aan UNIFIL².

De eenheid waarover ik toen het bevel had, heeft het veldhospitaal in Tibnin ontplooid en het gros van het eerste medische detachement geleverd. Opnieuw, het was voornamelijk de regering en de buitenlandse politiek van België die bepaalden dat de Medische Component werd ontplooid – en wel voor een vredesondersteunende opdracht onder VN-mandaat. Dat mandaat werd echter aangepast na de Israëlische bombardementen in Libanon in de zomer van 2006. Deze inzet valt m.i. in te delen in het geloof dat het Westen de leiding diende te nemen in het beheersen van conflicten, want samen met BELUFIL waren er nog NAVO- en Europese landen die nieuwe contingents aan UNIFIL leverden. Voordien – en sinds 1976 – bestond die vooral uit derdewereldlanden. De toenmalige Belgische minister van Defensie hechtte veel belang aan deze opdracht en ook aan de humanitaire hulp die werd geboden aan de lokale bevolking. Dat leidde trouwens regelmatig tot fricties met UNIFIL, omdat dat buiten hun mandaat viel.

Hoe kijken de ‘anciens’ onder uw manschappen daarop terug, zij die daar gediend hebben?

Het veldhospitaal is meer dan twee jaar geopend gebleven voor blauwhelmen en vooral lokalen, zou ik zeggen. Er werd daar een enorm aantal medische prestaties verricht. Velen van onze medische specialisten zijn meer dan een keer naar Libanon vertrokken doordat er onvoldoende collega's in de rangen van de Medische Component waren, actieven of reservisten. De meesten hebben zeer positieve herinneringen aan de opdracht, net omdat ze patiënten konden verzorgen. Jammer genoeg zijn er ook moeilijke momenten geweest. We hebben er immers enkele soldaten verloren en voor zij die daar toen waren, zal dat ongetwijfeld ook een blijvende herinnering zijn. Dat toont alleen maar aan dat we elke keer dat we op operatie vertrekken, we wel degelijk aan significante risico's worden blootgesteld.

Ik vermoed dat, sinds de nieuwe escalatie in het conflict tussen Israël en Hezbollah, de veteranen van BELUFIL, net zoals ik, met een bijzondere bekommernis kijken naar wat zich momenteel in Libanon afspeelt – en ook naar de situatie van de blauwhelmen. Ik hoop dat het recente staakt-het-vuren standhoudt en dat het menselijke leed niet verder toeneemt.

Een interview over het weliswaar recente verleden, is natuurlijk ook het moment om even een blik te werpen op de toekomst van de Medische Dienst. Vandaar mijn vraag: hoe bent u gestart aan de implementatie van het *NATO Medical Support Capstone Concept*, het fameuze NMSCC³?

Het NAVO-concept dat u vermeldt, vormt een goede basis voor de versterking van de medische steuncapaciteiten in de gewijzigde strategie van de Alliantie, de DDA⁴ genaamd. Het is op strategisch niveau uitgewerkt en is het resultaat van een akkoord tussen alle lidstaten. In eerste instantie is het aan de NAVO-commandostructuren om dit te implementeren, maar zoals ik eerder al zei: medische ondersteuning wordt klassiek beschouwd als een nationale verantwoordelijkheid van elke lidstaat. De vertaalslag van de NAVO-strategie in nationaal beleid gebeurt aan de hand van de Belgische strategische plannen die door de regering worden opgesteld. Het laatste dergelijke plan is het zogenaamde STAR-plan. Dat dateert echter van juni 2022, dus van vóór het NMSCC en het werd trouwens ook geschreven vóór de inval in Oekraïne. Het is dus wachten op een nieuw plan voor Defensie, dat verder gaat dan 2030 en ook verder dan wat is opgenomen in het STAR-plan en de militaire programmeringswet die daaraan is gekoppeld. De nieuwe federale regering zal deze taak op zich nemen. Op het niveau van de Medische Component zijn we met de beschikbare capaciteiten de paraatstelling aan het veranderen om ons te trainen op operaties van

collectieve verdediging van het bondgenootschap en het grondgebied. Er is echter nog een groot tekort aan uitrusting om naast de kwaliteit ook de kwantiteit aan de noodwendigheden te laten voldoen. We zijn dus in volle transformatie, waarbij het ritme wordt opgelegd door de transformatie van Defensie in haar geheel en dat van de componenten in het bijzonder – zoals bijvoorbeeld het CAMO-project van de Landcomponent met zijn verhoopte timings voor de overgang naar de nieuwe gevechtsdoctrines en formaties.

In NAVO-verband werken we momenteel samen aan de uitwerking van een *medical action plan* dat moet tegemoetkomen aan de vijf belangrijkste uitdagingen waarmee alle militaire medische diensten geconfronteerd worden. Het is nog iets te vroeg om hier meer over te zeggen.

Aansluitend op het voorgaande, welke uitdagingen staan er u vandaag en morgen te wachten?

Het gaat om uitdagingen die het gevolg zijn van de opdracht die ik als *Medical Component Commander* (MCC) heb gekregen: de inzetbaarheid van de actuele troepen van de Medische Component maximaal verhogen en tegelijk de transformatie voorbereiden en uitvoeren op de gepaste ogenblikken.

De staf van de Medische Component heeft voor enkele weken de toekomstige medische modules gedefinieerd die nodig zijn om samen een robuuste behandelings- en evacuatieketen te vormen. Die keten voorziet tevens in een aantal gespecialiseerde modules, zoals 'CBRN'⁵ of 'preventieve geneeskunde'. Deze definities zijn erkend en bekrachtigd door de Defensiestaf en geven dus aan welke veranderingen in de toekomst moeten aangebracht worden en welke bijkomende middelen hiervoor nodig zullen zijn. Wat dat betreft, verwacht ik duidelijkheid in 2025.

Vandaag werken we aan de medische ondersteuning van de lopende activiteiten en van de operaties van alle componenten of diensten van Defensie die voor 2025 zijn gepland – reële of *stand-by* operaties. Onze paraatstelling is erop gericht om in eerste instantie de kwaliteit te garanderen van die medische ondersteuning en zorgverstrekking, – en dat op een gelijkwaardig niveau met dat van onze burgercollega's in België. Dat betekent bekwaam, ervaren en getraind medisch personeel in alle functies die moeten worden ingevuld; performante en voldoende uitrusting en voorraden die medische interventies op hoogtechnologisch en therapeutisch niveau toelaten; voorbereidende trainingsactiviteiten tezamen met te steunen detachementen zodat een vlekkeloze integrale samenwerking in het inzetgebied wordt verzekerd; en tot slot, een medisch-ethische training die onze mensen weerbaar maakt voor de realiteit waarmee zij kunnen worden geconfronteerd.



Montage van het Rol 2 veldhospitaal 2021. Bron: © BE Defence.

Wat zijn uw beschouwingen en concrete krachtlijnen daaromtrent om uw beleid in de komende drie jaar vorm te geven en/of te ondersteunen?

Als component *commander* vervul ik geen grote rol in het beleid. Deze rol is weggelegd voor de rechtstreekse medische adviseur van de chef Defensie die begin dit jaar werd aangesteld. Samen met mijn staf zijn wij er vooral om advies te geven inzake de haalbaarheid van bepaalde beleidsopties die ter studie liggen bij de algemene

directies en/of stafdepartementen of om te duiden welke implicaties dergelijke opties hebben voor de organisatie, werking, uitrusting of bemanning. Dit is de rol die ik als *Medical Component commander* al drie jaar vervul en waarmee ik mijn bijdrage lever aan de toekomst van Defensie. Beleid voeren vraagt geld en het bepalen van prioriteiten bij het uitgeven ervan. Als Medische Component beheren we amper budgetten en leggen we zeker niet de prioriteiten vast. We zijn een ondersteunende component, een *enabler*, die ook geen gevechtsoopdrachten heeft, maar wel altijd in elk gevecht aan de zijde van de strijders zal staan.

Ten slotte, welke boodschappen en aanbevelingen wil je meegeven aan je manschappen enerzijds en aan de chef Defensie (CHOD) en de overheden van dit land anderzijds? Die moeten binnenkort – laat het ons hopen – de nieuwe politieke koers bepalen.

Hier kan ik overnemen wat ik vaak poneer: “Invest more in the medical capacities. It is your cheapest weapon system, but one that can save lives”.

De Medische Component groeit al geruime tijd, de verjonging is volop ingezet, de motivatie en het moreel zijn hoog, de drang naar prestaties en de honger naar excellentie in wat we doen, is groot. Op het vlak van mentale en materiële weerbaarheid en uithoudingsvermogen is er nog ruimte voor verbetering en het ‘totale welzijn’ van een heel aantal medewerkers verdient ook nog bijkomende aandacht.

Dank u, Marc.

SUMMARY

FIFTY YEARS AUTONOMY OF THE BELGIAN MILITARY MEDICAL SERVICE

In commemoration of the 50th anniversary of the Belgian Military Medical Service's autonomy, the editorial team of the Belgian Military Journal conducted an interview with Major General Marc Ongena. The interview's primary focus is on the historical evolution of the Medical Service. However, it also offers a prospective view of the service's future trajectory.

Major General Marc Ongena has served as the commanding officer of the Medical Component since September 24, 2021. A graduate of the Royal Military School (KMS, All Arms Division), he began his career in 1990 as an officer in the Medical Component troops. From 2012 to 2016, he resumed his position at KMS, assuming the roles of both head and lecturer of the Medical Operations Chair at the Defense College. His professional experience is primarily concentrated in the domains of operations and training. For instance, he served as chief of the 'readiness' office of the Medical Component Operational Command (COMOPSMED) for a period of three years.

CINQUANTE ANS D'AUTONOMIE DU SERVICE MÉDICAL MILITAIRE BELGE

À l'occasion des 50 ans d'autonomie du service médical militaire belge, la rédaction de la Revue militaire belge a interviewé le général-major Marc Ongena. L'entretien se concentre principalement sur l'histoire du service médical, mais donne également un aperçu de ce que l'avenir proche nous réserve. Le général-major Marc Ongena est commandant de la composante médicale depuis le 24 septembre 2021. Diplômé de l'École royale militaire (ERM, section Toutes Armes), il débute sa carrière en 1990 comme officier des troupes du Service médical et retourne à l'ERM de 2012 à 2016 en tant que chef et conférencier de la chaire Opérations médicales au Collège de défense. Son expérience porte principalement sur les opérations et la formation. Il a été chef du bureau Mise en condition de Commandement Opérationnel de la Composante Médicale (COMOPSMED) pendant trois ans.

Noten:

1. Rol 2 veldhospitaal.
2. United Nations Interim Force in Lebanon.
3. Het NMSCC is het allereerste strategische medische steunconcept voor collectieve verdediging van de NAVO dat op
4. Deterrence and Defence of the Euro-Atlantic Area.
5. Chemische, biologische, radiologische of nucleaire incidenten.



De ontwikkeling van depressieve symptomen na uitzending geassocieerd met psychologische, biochemische en genetische profielen vóór uitzending

Een 10 jaar durende studie onder Nederlandse militairen

door Xandra Plas MSc^a, dr. Bastiaan Bruinsma^b, dr. Caspar J. van Lissa^c, kolonel-arts b.d. prof. dr. Eric Vermetten^d, dr. Remko van Lutterveld^b, prof. dr. Elbert Geuze^e

^a Onderzoeker in opleiding, PhD-student, Expertisecentrum Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) en afdeling Psychiatrie, UMC Utrecht.

^b Senior wetenschappelijk onderzoeker, Expertisecentrum MGGZ en afdeling Psychiatrie, UMC Utrecht.

^c Senior wetenschappelijk onderzoeker, Afdeling Methodologie en Statistiek, Universiteit Tilburg.

^d Hoogleraar en psychiater, Afdeling Psychiatrie, UMC Leiden.

^e Hoofd Expertisecentrum MGGZ.

Artikel ontvangen mei 2025.

Dit artikel is een gecombineerde samenvatting van de Engelstalige publicaties *Long-term trajectories of depressive symptoms in deployed military personnel: a 10-year prospective study* en *Delayed onset of depressive symptoms in deployed Dutch military personnel: Identifying distinct psychological, biochemical, and genetic pre-deployment profiles*. Deze publicaties verschenen respectievelijk in april 2024 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.139>) en april 2025 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.123>) in het Journal of Affective Disorders.

Samenvatting

Inleiding

Van 2005 tot 2008 namen Nederlandse militairen deel aan de International Security Assistance Force (ISAF)-missie in Afghanistan, waar zij blootgesteld werden aan stressvolle omstandigheden. Dit onderzoek bestudeert de langetermijnontwikkeling van depressieve symptomen tot tien jaar na uitzending, met speciale aandacht voor psychologische, biochemische en genetische risicofactoren voorafgaand aan de uitzending.

Methode

Een cohort van 1032 militairen (mannen en vrouwen) werd gevolgd van vóór tot tien jaar na uitzending. Depressieve symptomen werden gemeten met de Symptoom CheckList-90 (SCL-90). Met behulp van trajectanalyse werden verschillen in verloop van depressieve symptomen over tijd onderzocht. Verschillen in pre-uitzendkenmerken (zoals psychologische, biochemische en genetische factoren) tussen de depressietrajecten werden onderzocht met behulp van een niet-parametrische multivariate analyse.

Resultaten

Vier depressietrajecten na militaire uitzending werden geïdentificeerd: veerkrachtig (65%), intermediate-stabiel (20%), symptomatisch-chronisch (9%) en vertraagd-toenemend (6%). De trajecten verschilden op stressoren, negatieve levensgebeurtenissen en psychologische variabelen, maar het vertraagd-toenemende traject was doorgaans niet te onderscheiden van het intermediate-stabiele traject op basis van voorafgaande kenmerken.

Conclusie

Psychologische kenmerken vóór uitzending konden de symptomatisch-chronische en veerkrachtige trajecten onderscheiden, terwijl verschillen tussen de vertraagde-toenemende en intermediate-stabiele trajecten pas jaren later zichtbaar werden, waarschijnlijk door toegenomen negatieve levensgebeurtenissen. De bevindingen benadrukken het belang van langdurige monitoring en brede psychologische ondersteuning na militaire uitzending. Toekomstig onderzoek kan zich richten op het begrijpen van depressietrajecten en het ontwikkelen van interventies die verschillende psychologische domeinen aanpakken om de veerkracht binnen militaire populaties te versterken.

Inleiding

Tussen 2005 en 2008 namen de Nederlandse strijdkrachten deel aan de International Security Assistance Force (ISAF) van de NAVO. Gedurende de missie speelde het Nederlandse krijgsmacht een rol bij het bevorderen van de wederopbouw, stabiliteit en veiligheid in Afghanistan. De meest voorkomende stressoren waarmee het personeel werd geconfronteerd, waren blootstelling aan vijandelijk vuur, het getuige zijn van lijden of verwondingen, en het gewond raken of overlijden van collega's¹.

Het is bekend dat militaire missies zoals ISAF invloed kunnen hebben op de mentale gezondheid, waaronder depressieve symptomen²⁻⁵. Depressie is een veelvoorkomende psychische aandoening binnen de krijgsmacht en heeft een aanzienlijke impact op persoonlijke werkprestaties, fysieke gezondheid en uitzendresultaten⁶. In vergelijking met de algemene bevolking lopen militairen een twee keer zo hoog risico op het ontwikkelen van psychische aandoeningen, waarbij uitzendingen – met name die waarbij sprake is van gevechtsblootstelling – dit risico verder verhogen³.

Toename van depressieve symptomen kan zich niet alleen op korte termijn manifesteren¹, maar ook op lange termijn. Eerder onderzoek van onze onderzoeksgroep liet zien dat zelfs tot tien jaar na uitzending nog sprake kan zijn van depressieve symptomen⁷. Het is daarom belangrijk om inzicht te krijgen in het langetermijnverloop van depressieve symptomen bij uitgezonden militairen. Zulke inzichten kunnen niet alleen bijdragen aan betere beleidsvorming rondom uitzendingen en geestelijke gezondheidszorg binnen de krijgsmacht, maar bieden ook waardevolle kennis over de impact van langdurige stress op de mentale gezondheid in bredere zin.

Hoewel depressieve klachten binnen de krijgsmacht veelvuldig zijn onderzocht, is relatief weinig aandacht besteed aan de langetermijnontwikkeling (ofwel de trajecten) van deze klachten na uitzending. Het merendeel van de onderzoeken naar het verloop van depressieve symptomen richtte zich op burgers in plaats van militaire steekproeven⁸⁻¹¹. Musliner et al.¹² toonden in een systematische review aan dat in de algemene bevolking meestal drie tot vier verschillende symptoomtrajecten worden geïdentificeerd. Slechts een beperkt aantal studies heeft zich gericht op militairen.

Een voorbeeld is het onderzoek van Karstoft et al.¹³, die drie trajecten vonden bij Deense militairen tot 6,5 jaar na uitzending naar Afghanistan: 1) laag en stabiel (86.5%), 2) gemiddeld en fluctuerend (4.0%) en 3) laag maar toenemend (9.4%). Twee andere studies met militaire steekproeven van Sampson et al.^{14,15} vonden vier trajecten van depressieve symptomen bij de Amerikaanse krijgsmacht over een periode van vier jaar: 1) laag en stabiel (resistent) (55.8-61.5%), 2) toenemend (12.8-13.2%), 3) afnemend (16.1-18.7%) en 4) hoog en stabiel (chronisch) (9.2-12.7%). Deze studies laten zien dat depressieve klachten bij militairen zich op uiteenlopende manieren kunnen ontwikkelen. Toch blijven onderzoeken met een langere follow-up periode zeldzaam. Het Prospective Research in Stress-Related Military Operations (PRISMO)-onderzoek¹⁶ is een van de weinige studies over een periode van tien jaar en biedt daarom de mogelijkheid de ontwikkeling van depressieve symptomen na uitzending over langere periodes te onderzoeken.

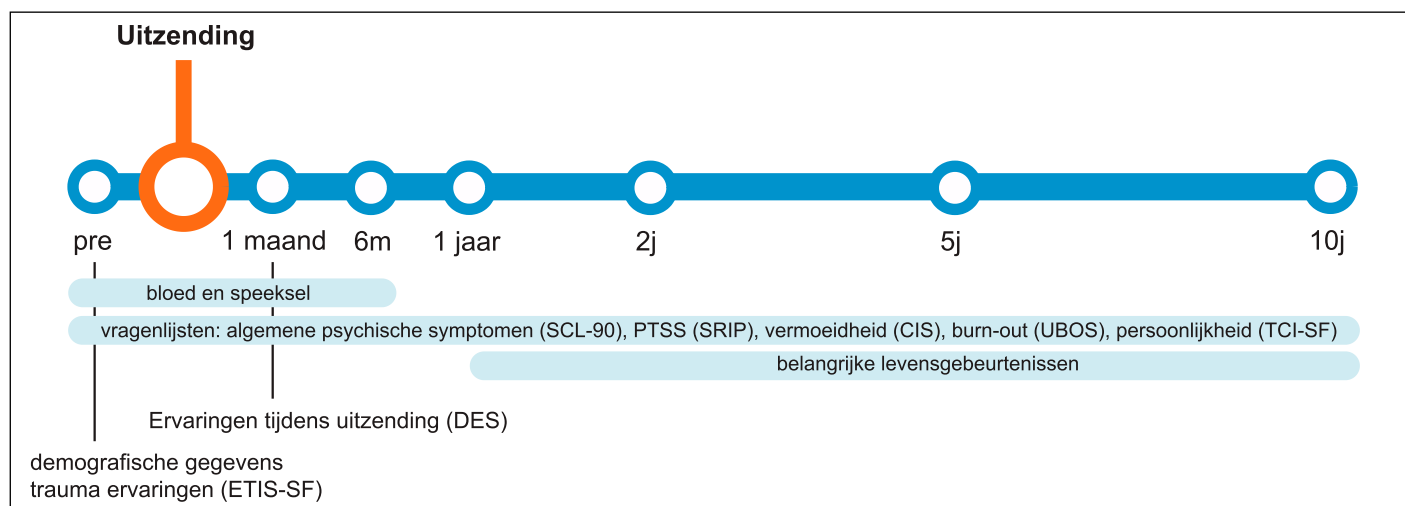
Verschuillende factoren zijn in eerder onderzoek gelinkt aan het ontstaan of verloop van depressieve symptomen. Uitzending, met name uitzending met gevechtscontact, is bijvoorbeeld een risicofactor voor het ontstaan van depressie⁴. Daarnaast zijn geslacht, opleidingsniveau, eerdere traumatische ervaringen en rang geassocieerd met depressie of depressietrajecten^{12,13,17}. Bovendien komt depressie vaak voor in combinatie met posttraumatische stressstoornis (PTSS), een psychiatrische aandoening die kan ontstaan na blootstelling aan traumatische ervaringen, wat vaak voorkomt in een militaire context^{18,21}.

Deze bevindingen roepen een cruciale vraag op: zijn er specifieke kenmerken vóór uitzending, psychologisch, biochemisch of genetisch, die samenhangen met het ontwikkelen en/of een toename

van depressieve symptomen *ná* uitzending? Ondanks eerdere studies die depressieve symptoomtrajecten koppelen aan psychologische en omgevingsfactoren ontbreekt nog steeds een uitgebreide analyse van psychologische, biochemische en genetische verschillen voorafgaand aan uitzending. Kennis over de factoren die samenhangen met depressie is essentieel om militairen te kunnen identificeren die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van klachten na uitzending. Omdat depressieve symptomen zich per individu verschillend uiten, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de variatie in symptoomtrajecten en de onderliggende risicofactoren. Dit maakt het mogelijk om gerichte en preventieve strategieën te ontwikkelen om kwetsbare militairen vroegtijdig te ondersteunen. Met dit onderzoek streven we er dan ook naar om beter inzicht te krijgen in de mechanismen die ten grondslag liggen aan het langetermijnverloop van depressieve klachten bij militairen, zodat tijdige signalering en effectieve interventies kunnen worden gerealiseerd.

Dit artikel bestaat uit twee complementaire delen. Het eerste deel richt zich op het in kaart brengen van het langetermijnverloop van depressieve symptomen bij militair personeel over een periode van tien jaar na uitzending. Om dit doel te bereiken, wordt een trajectanalyse toegepast op gegevens uit de PRISMO-cohortstudie¹⁶. De PRISMO-studie werd in 2005 gestart door het ministerie van Defensie om biologische en psychologische factoren in relatie tot mentale gezondheid longitudinaal en prospectief te bestuderen. In totaal namen 1032 militairen deel aan de PRISMO-studie, waarbij gegevens op meerdere momenten over een periode van 10 jaar werden verzameld, van vóór tot na uitzending.

Het tweede deel van de studie sluit aan op de bevindingen uit deel 1 en richt zich op het identificeren van kenmerken voorafgaand aan uitzending die geassocieerd zijn met de trajecten van depressieve symptomen. Door gebruik te maken van niet-parametrische multivariate analyse zal het onderzoek psychologische, biochemische en genetische variabelen op een uitgebreide manier bestuderen. Door deze factoren te integreren, beoogt de studie nieuwe inzichten te bieden in het risico op depressie en het verloop ervan bij militairen.



Afkortingen: m, maand; j, jaar; DES, Deployment Experience Scale; ETISR-SF, Early Trauma Inventory Self Report – Short Form; SCL-90, Nederlandse Symptom CheckList-90; SRIP, Self-Rating Inventory for Post-Traumatic Stress Disorder; CIS, Checklist Individuele Spankracht; UBOS, Utrechtse Burn-Out Schaal; TCI-SF, Temperament and Character Inventory-Short Form.

Fig. 1: Design van de gebruikte data van het Prospectief Onderzoek naar Stressgerelateerde Militaire Operaties (PRISMO). De PRISMO-studie verzamelde gegevens op 7 meetmomenten, maar de SCL-90 werd niet afgenomen bij T5 en daarom is dit meetmoment weggelaten. Figuur aangepast van Plas et al. (2024).

Methode

Design en deelnemers

Volledige details over het PRISMO-cohort en de metingen zijn te vinden in het PRISMO-protocolartikel¹⁶. Kort samengevat namen in totaal 1032 militairen (mannen en vrouwen) deel aan deze cohortstudie. Alle deelnemers werden tussen maart 2005 en september 2008 uitgezonden naar Afghanistan in het kader van de ISAF-missie. Gegevens werden verzameld over een periode van 10 jaar (Fig. 1). Ongeveer één maand vóór uitzending werd de nulmeting (T0) uitgevoerd

op de kazerne. Twee vervolgmetingen vonden plaats één maand (T1) en zes maanden (T2) na uitzending, eveneens op de militaire basis. De vervolgmetingen op één jaar (T3), twee jaar (T4) en vijf jaar (T5) na uitzending werden thuis afgenomen. De 10-jaarsmeting (T6) werd vervolgens uitgevoerd op het Expertisecentrum van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg. Deelnemers vulden meerdere vragenlijsten in, op papier (T0–T4, T6) of online (T5). Voorafgaand aan het onderzoek gaven alle deelnemers schriftelijk toestemming. Alle procedures werden goedgekeurd door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Metingen

Depressie

Voor T0–T4 en T6 werden depressieve symptomen gemeten met de depressieschaal van de Nederlandse *Symptom Checklist-90* (SCL-90)²². Omdat de SCL-90 niet werd afgenomen bij T5 (de 5-jaar follow-upmeting), is dit meetmoment uitgesloten van de analyse. De SCL-90 is een zelfrapportagevragenlijst voor het meten van psychopathologische symptomen bij volwassenen. De vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid, validiteit en interne consistentie²². De depressieschaal van de SCL-90 bevat 16 items met antwoorden op een 5-punt Likertschaal, variërend van 1 (nooit) tot 5 (voortdurend). De laagst mogelijke somscore is daarmee 16 en de hoogst mogelijke 80. Voor de trajectanalyse werd de somscore van de SCL-90 depressieschaal gebruikt. Op basis van universele normen voor de algemene bevolking wordt een matige SCL-90 depressiescore gedefinieerd als een score tussen de 20 en 23²². De depressieschaal van de SCL-90 is gevalideerd in diverse populaties²³⁻²⁵.

Demografie, uitzending gerelateerde stressoren en negatieve levensgebeurtenissen

Bij aanvang van het onderzoek werden gegevens verzameld over geslacht, leeftijd, rang, opleidingsniveau, jaar van uitzending, eerdere uitzendingen (ja of nee), en traumatische ervaringen in de vroege jeugd. De rang werd gecategoriseerd in soldaat, korporaal, onderofficier en officier. Het opleidingsniveau werd onderverdeeld in drie niveaus: laag (enkele jaren middelbare school, niet afgerond), gemiddeld (middelbare school afgerond) en hoog (enige jaren hoger onderwijs of universiteit). Het jaar van uitzending werd ingedeeld in twee groepen: 2005-2006 en 2007-2008. Tijdens meetmoment T1 rapporteerden de deelnemers hun functie en ervaringen tijdens de uitzending. De functie is de rol van de deelnemer tijdens de uitzending zoals activiteiten binnen de basis (bijv. logistiek), activiteiten buiten de basis (bijv. patrouilles), of beide. Daarnaast vulden deelnemers de *Deployment Experience Scale* (DES) in. De DES is een checklist die blootstelling aan 19 gevechtsgelateerde en traumatische stressoren tijdens uitzending meet, zoals het zien van doden, lichamelijk letsel en persoonlijk gevaar¹. Op T3-T6 rapporteerden alle deelnemers levensgebeurtenissen (bijv. echtscheiding, relatieproblemen, financiële problemen) over het afgelopen jaar (T3 en T4) of de afgelopen 6 maanden (T5 en T6). Gebeurtenissen die niet noodzakelijk negatief zijn (zoals huwelijk, geboorte, verhuizing of pensionering) werden buiten beschouwing gelaten.

Psychologische, biochemische en genetische kenmerken

Voorafgaand aan de uitzending werden psychologische, biochemische en genetische variabelen verzameld (Tabel 1). Psychologische variabelen werden gemeten aan de hand van de subschalen van zelfrapportagevragenlijsten en omvatten algemene psychische klachten, PTSS-symptomen, vermoeidheid, burn-out, persoonlijkheid en blootstelling aan trauma. De biochemische variabelen bestonden uit zeven verschillende bloedmarkers die afkomstig waren van bloedmonsters die voorafgaand aan uitzending werden afgenomen. Deze variabelen omvatten neuropeptide Y, argininevasopressine, oxytocine, testosteron, sekse-hormoon bindend globuline (SHBG), dehydro-epiandrosteron (DHEA) en gamma-aminoboterzuur (GABA). Deze biologische variabelen zijn eerder onderzocht in relatie tot psychopathologie na uitzending binnen het PRISMO-cohort²⁶⁻³⁰. Daarnaast zijn *Polygenic Risk Scores* (PRS) voor depressie en PTSS afgeleid uit eerder PRISMO-onderzoek, op basis van desoxyribonucleïnezuur (DNA) dat uit bloedmonsters werd geëxtraheerd³¹.

Categorie Vragenlijst	Kenmerk
Algemene symptomen mentale gezondheid <i>Symptom Checklist (SCL-90)</i>	Agorafobie Angst Somatische klachten Insufficiëntie van denken en handelen Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit Hostiliteit Slaapproblemen
Posttraumatische stressstoornis (PTSS) <i>Self-Rating Inventory for PTSD (SRIP)</i>	Herbeleving Vermijding Hyperalertheid
Vermoeidheid <i>Checklist of Individual Strength (CIS)</i>	Ernst van vermoeidheid Gebrek aan concentratie Gebrek aan motivatie Gebrek aan activiteit
Burn-out <i>Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS)</i>	Emotionele uitputting Depersonalisatie Competentie
Persoonlijkheid <i>Temperament and Character Inventory – Short Form (TCI-SF)</i>	Prikkelzoekend Leedvermijgend Sociaalgericht Volhardend Zelfsturend Coöperatief Zelftranscendent
Trauma ervaringen <i>Early Trauma Inventory Self Report – Short Form (ETISR-SF)</i>	Algemeen jeugdtrauma Fysieke kindermishandeling Emotionele kindermishandeling Seksuele kindermishandeling
Biochemische kenmerken <i>Bloedmonster</i>	Neuropeptide Y Argininevasopressine Oxytocine Testosteron Seksueel-hormoon bindend globuline (SHBG) Dehydro-epiandrosteron (DHEA) Gamma-aminoboterzuur (GABA)
Genetische kenmerken - Polygenic Risk Scores (PRS) <i>Bloedmonster</i>	Major Depression Disorder (MDD) Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Tabel 1: Overzicht van de psychologische, biochemische en genetische kenmerken en de bijbehorende vragenlijsten.

Statistische analyse

Beschrijvende statistiek

Deelnemers met depressiemetingen op één of meerdere meetmomenten werden meegenomen in de trajectanalyse. Ter controle op selectiebias werden de groepen met en zonder enige depressiemeting vergeleken met behulp van chi-kwadraattoetsen. Verschillen in depressiescores over de tijd werden geanalyseerd met de Friedman ANOVA. De beschrijvende statistiek wordt weergegeven als aantallen en percentages.

Alle analyses werden uitgevoerd in de programmeertaal R (versie 4.2.2, pakket voor trajectanalyse: *tidySEM*), met een significantieniveau van $p < .05$ (tweezijdig). Alle R-code is openbaar beschikbaar via GitHub: https://github.com/XandraPlas/prismo_trajectoryAnalysis en https://github.com/XandraPlas/prismo_trajectoryAnalysis_shortReport

Trajectanalyse

Om heterogeniteit in het verloop van depressieve symptomen na uitzending te detecteren, werd een trajectanalyse uitgevoerd (*Latent Class Growth Analyses* (LCGA)). LCGA gaat ervan uit dat meerdere ontwikkeltrajecten bestaan³²⁻³⁴. Aangezien LCGA volledige data vereist, werden ontbrekende gegevens over depressie- en PTSS-items geïmputeerd met behulp van het *missForest* algoritme³⁵. Dit algoritme gebruikt een *random forest* model van alle andere variabelen om ontbrekende waarden in te vullen. Omdat voorbereidende analyses aangaven dat het LCGA-model niet goed convergeerde als gevolg van scheef verdeelde data, werd een Box-Cox-transformatie uitgevoerd. Deze transformatie maakt het mogelijk om de patronen van heterogeniteit tussen deelnemers gedetailleerder te onderzoeken.

Om veranderingen in het verloop van depressieve symptomen na uitzending te modelleren, werden zowel lineaire als kwadratische termen opgenomen en werden de ongelijke tijdsintervallen tussen meetmomenten gespecificeerd in het model. Verschillen tussen de geïdentificeerde trajecten in startpunt, helling en stapparameters werden beoordeeld met Wald-toetsen.

Het best presterende model werd geselecteerd op basis van een combinatie van de *Bayesian Information Criterion* (BIC) en de interpreteerbaarheid van het model^{33,34,36}. Gangbare *fit-indices* zijn informatiecriteria (IC) zoals de BIC, de voor steekproefgrootte gecorrigeerde BIC (saBIC) en de *Akaike Information Criterion* (AIC). Het algemene principe is om het model met de laagste waarde op deze IC's te selecteren³⁷⁻³⁹. Bij tegenstrijdige IC's kan het buigpunt in een scree-plot worden gebruikt om te bepalen welke extra klassen slechts marginaal bijdragen aan de daling van de IC's⁴⁰. Om de classificatieprestatie van het model te beoordelen, werden de entropie, de *posterior classification probability* (de kans dat iemand tot de toegewezen klasse behoort) en de klassengrootte geëvalueerd. Duidelijk van elkaar te onderscheiden klassen waren wenselijk, aangezien het doel was om de klassensamenstelling te interpreteren. Klasse-onderscheidbaarheid hangt samen met entropie waarbij een hoge entropie wijst op goed te onderscheiden klassen^{39,41}. Oplossingen met een entropie lager dan .90 werden daarom uitgesloten. Ten tweede geldt dat wanneer de *posterior classification probability* van een individu hoog is voor één klasse en laag voor de andere klassen, de klassen duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn; met andere woorden, het model kan individuen met vergelijkbare trajecten adequaat groeperen⁴². Alleen oplossingen met een minimum *average posterior classification probability* van >.90 werden geaccepteerd⁴¹. Tot slot adviseert eerder onderzoek een minimale klassengrootte van 50 deelnemers of 5% van de totale steekproef^{41,43}. Daarom werden alleen klassen met ten minste 50 deelnemers in beschouwing genomen.

Voor de trajectanalyse en beoordeling van covariaten (demografische gegevens, uitzendingservaringen en negatieve levensgebeurtenissen) werd de drietrapsbenadering gevolgd, waarbij classificatiefouten van het model werden meegenomen⁴⁴. Om significante verschillen tussen trajecten te toetsen, werd een omnibus *likelihood-ratio* test uitgevoerd. Voor alle *likelihood-ratio* tests werden *p*-waarden gecorrigeerd voor *multiple testing* via de *false discovery rate*. Wanneer de omnibus test significant bleef, werden ook de post-hoc toetsen gecorrigeerd.

Multivariate analyse

Er waren 132 personen met meer dan 80% ontbrekende data op baseline. Deze deelnemers werden uitgesloten, wat resulteerde in een uiteindelijke steekproef van 846 militairen, ingedeeld in de volgende trajecten: veerkrachtig (66%, *n*=558), intermediate-stabiel (20%, *n*=173), symptomatisch-chronisch (9%, *n*=74) en vertraagd-toenemend (5%, *n*=41). Daarnaast ontbrak tot 30% van de item-niveau data voor psychologische en biochemische variabelen en 55% voor PRS. Vanwege het hoge percentage ontbrekende data voor PRS werd hiervoor geen imputatie uitgevoerd. Ontbrekende data voor psychologische en biochemische variabelen op baseline werden wel geïmputeerd met het *missForest* algoritme³⁵. Verder werden vijf *outliers* verwijderd bij de meting van neuropeptide Y en vier *outliers* bij de meting van vasopressine (waarden >5 standaarddeviaties van het gemiddelde).

Verschillen in de kenmerken voorafgaand aan uitzending tussen de depressietrajecten werden onderzocht met behulp van een niet-parametrische multivariate analyse uitgevoerd met de *nonpartest*-functie van het *npvm* R-pakket⁴⁵, aangezien de aannames voor normaliteit niet werden voldaan, waardoor parametrische analyse ongeschikt was. Deze analyse werd uitgevoerd voor de psychologische, biochemische en genetische variabelen afzonderlijk. Als de resultaten van de multivariate analyse significant waren werden univariate Kruskal-Wallis tests gebruikt om individuele variabelen te beoordelen, waarbij Dunn's test werd gebruikt voor *pairwise* vergelijkingen en Cliff's Delta voor effectgrootteberekeningen. Bonferroni-correctie werd toegepast om meerdere vergelijkingen te corrigeren in zowel de univariate Kruskal-Wallis tests als de *pairwise* vergelijkingen met Dunn's test.

Resultaten

Beschrijvende statistiek

De vergelijking tussen de groep met en zonder metingen is weergegeven in tabel 2, samen met baseline kenmerken van de deelnemers voor uitzending. Voor de meeste kenmerken werden geen significante verschillen gevonden tussen deelnemers zonder enige depressiemeting en deelnemers met ten minste één depressiemeting, met uitzondering van leeftijd. De gemiddelde depressiescore in de steekproef veranderde niet significant gedurende de 10 jaar na uitzending ($\chi^2(5)=9.56$, $p=.09$).

	Deelnemers met depressiemeting op één of meerdere moment(en) (n=978) ^a		Deelnemers zonder depressiemeting (n=29) ^a		p-waarde
Geslacht					
Man	893	(91%)	28	(97%)	0.32
Vrouw	85	(9%)	1	(3%)	
Leeftijd in jaren^b	28.5	(SD: 8.94)	23.2	(SD: 2.51)	<0.01
Rang^c					
Soldaat	388	(40%)	6	(50%)	0.41
Korporaal	199	(21%)	4	(33%)	
Onderofficier	346	(36%)	2	(17%)	
Officier	35	(4%)	0	(0%)	
Educatieniveau^d					
Laag	33	(4%)	0	(0%)	0.73
Gemiddeld	764	(85%)	11	(92%)	
Hoog	105	(12%)	1	(8%)	
Functie^e					
Buiten de militaire basis	476	(60%)	7	(64%)	0.56
Binnen de militaire basis	244	(31%)	4	(36%)	
Zowel buiten als binnen	73	(9%)	0	(0%)	
Jaar van uitzending					
2005-2006	251	(26%)	10	(34%)	0.29
2007-2008	727	(74%)	19	(66%)	
Eerdere uitzendingen^f					
Nee	469	(53%)	9	(75%)	0.12
Ja	421	(47%)	3	(25%)	

Verschillen in demografische kenmerken tussen deelnemers met en zonder uitkomstwaarden zijn getest met een Chi-kwadraat- of Mann-Whitney U-toets. Significant bij $p < .05$.

^a De aantallen kunnen afwijken van de totale steekproefgrootte vanwege ontbrekende waarden binnen de beschrijvende variabelen. Voor variabelen met ontbrekende gegevens worden de steekproefgroottes aangegeven: ^bn=1000, ^cn=980, ^dn=914, ^en=804, ^fn=902.

Afkortingen: SD, standaarddeviatie.

Tabel 2: Demografische gegevens en basiskkenmerken van de uitgezonden deelnemers in het PRISMO-cohort, n (%).

Trajectanalyse

Een cohort van in totaal 1032 militairen (91% man) nam deel aan de PRISMO-studie. Van dit totaal werden er 978 geïncordeerd in de trajectanalyse. Deelnemers werden uitgesloten als zij uiteindelijk niet waren uitgezonden (n=25) of geen enkele meting van depressieve symptomen hadden op enig tijdstip (n=29).

Model selectie

Een selectie van kenmerken en fitstatistieken is opgenomen in tabel 3 voor de lineaire modellen. Alle kwadratische modellen, met uitzondering van het één-klasse kwadratische model, ondervonden convergentieproblemen en slaagden er niet in een definitieve oplossing te vinden. Dit suggereert dat de kwadratische modellen te complex zijn voor onze dataset³⁹. Hoewel het mogelijk is om alternatieve niet-lineaire patronen te onderzoeken, ligt het aanhoudende probleem in de complexiteit die gepaard gaat met modellen die veel parameters bevatten.

Model	LL	Parameters	AIC	BIC	saBIC	Entropie	Minimum posterior classification probability	Minimale groeps-grootte (% van totale steekproef)	LMR	LMR p-waarde
Lineaire stap										
1	526	9	-1035	-991	-1049	1.00	1.00	100%		
2	1903	13	-3779	-3716	-3802	0.94	0.97	24%	2626	<0.01
3	2251	17	-4468	-4385	-4498	0.93	0.93	9%	665	<0.01
4	2351	21	-4660	-4558	-4699	0.94	0.90	6%	191	<0.01
5	2431	25	-4811	-4689	-4858	0.90	0.83	6%	152	<0.01
6	2466	29	-4874	-4732	-4928	0.90	0.83	2%	68	<0.01
7	2484	33	-4903	-4742	-4965	0.91	0.80	1%	35	<0.01

Dikgedrukt is in overeenstemming met onze criteria of duidt op significantie ($p < .05$).

Afkortingen: LL, Log-likelihood; AIC, Akaike Information Criteria; BIC, Bayesian Information Criteria; saBIC, sample-size-adjusted Bayesian Information Criteria; LMR, Lo-Mendell-Rubin likelihood test.

Tabel 3: Modelkenmerken en fitstatistieken.

Voor de lineaire modellen werd een afname in BIC, saBIC en AIC waargenomen naarmate het aantal klassen toenam. De afname in informatiecriteria (IC's) vlakke af na drie klassen. Daarnaast was de Lo-Mendell-Rubin (LMR) likelihood-ratio test significant bij elke extra klasse en was de entropie boven de .90 voor alle modellen. De *posterior classification probability* was acceptabel (boven de .90) tot en met het vier-klassen model. Daarom werden de modellen met vijf of meer klassen niet geaccepteerd. Voor alle modellen met één tot vier klassen was de klassengrootte groter dan 5% en bestond deze uit minstens 50 individuen.

Al met al convergeerden de meeste kwadratische modellen niet, en zowel het drie- als het vier-klassen model presteerden goed en hadden een acceptabele prestatie. Het vier-klassen model wist echter de kleine groep militairen te identificeren die een vertraagde toename in depressieve symptomen vertoonden. Daarom werd het lineaire vier-klassen model geselecteerd als het definitieve model.

Depressietrajecten

De vier geïdentificeerde klassen waren een veerkrachtig traject met 639 deelnemers (65%), een intermediate-stabiel traject met 199 deelnemers (20%), een symptomatisch-chronisch traject met 86 deelnemers (9%) en een vertraagd-toenemend traject met 54 deelnemers (6%) (Fig. 2). De veerkrachtige groep vertoonde lage niveaus van depressieve symptomen vóór uitzending met een kleine significante daling na uitzending, gevolgd door stabiliteit ($p < .01$). De intermediate-stabiele en symptomatisch-chronische groep lieten een significante toename in depressieve symptomen zien

na uitzending. Bij de intermediate-stabiele groep daalde dit niveau daarna licht over tijd, terwijl het bij de symptomatisch-chronische groep verhoogd en stabiel bleef tot het 10-jaars meetpunt ($p<.01$). De vertraagd-toenemende groep begon qua symptomen tussen de lage en intermediate-stabiele groep vóór uitzending. Deze vertraagd-toenemende groep vertoonde daarna een significante afname in depressieve symptomen van vóór tot direct na uitzending, gevolgd door een toename tot 10 jaar na uitzending ($p<.01$).

Resultaten van de Wald-tests toonden aan dat de scores voor depressieve symptomen vóór uitzending (intercepten) en de toename van vóór tot één maand na uitzending (stapparameter) significant verschilden tussen alle klassen ($p<.01$). Daarnaast verschilden de trajecten significant in helling (slope) ($p<.01$).

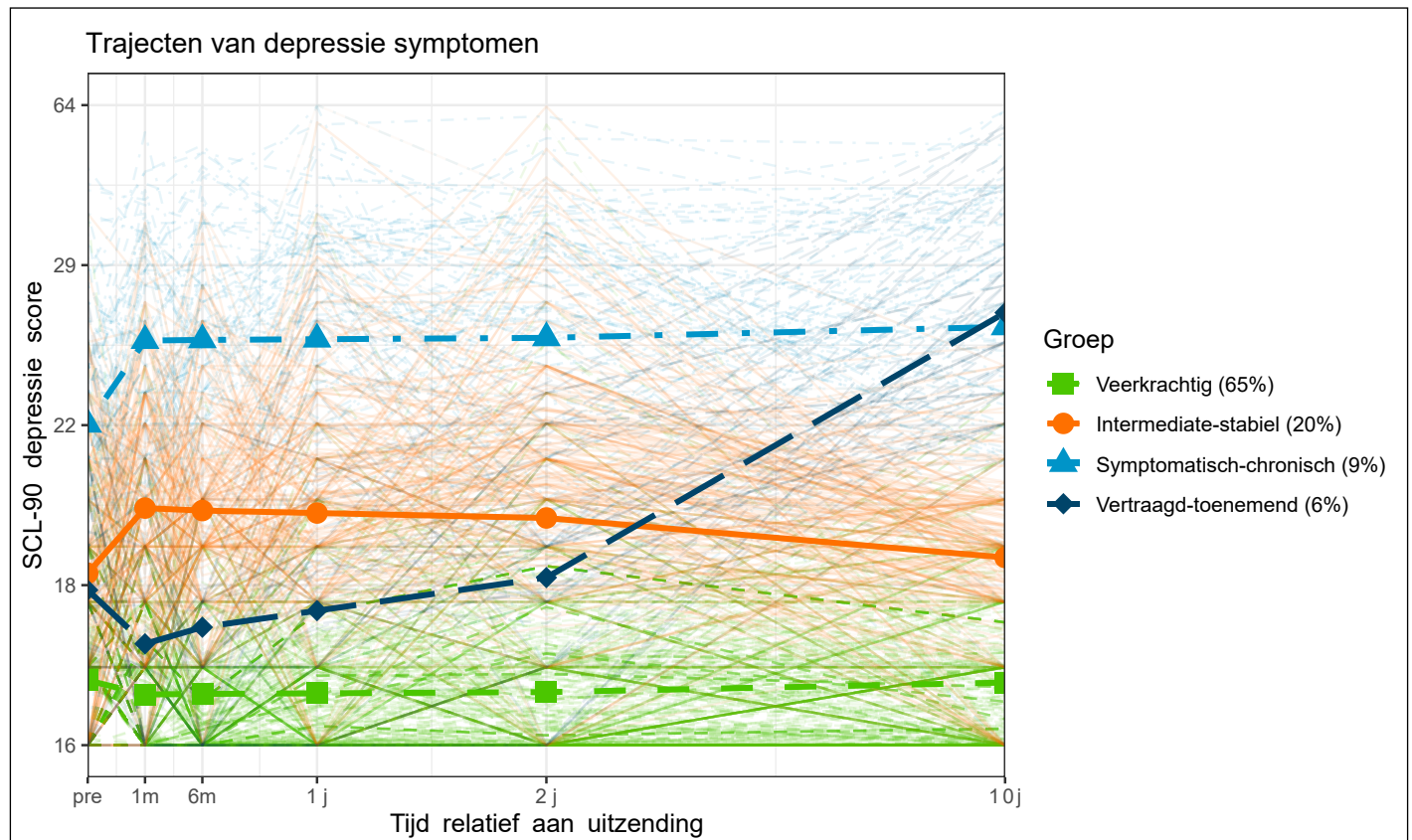


Fig. 2: Voorspelde depressietrajecten en individuele depressiescores op de verschillende meetmomenten. Verschillende kleuren geven de vier verschillende klassen aan. De SCL-90 (Symptom CheckList – 90) score is terug geschaald op basis van de Box-Cox-transformatie. Figuur aangepast van Plas et al. (2024).

Covariaten

Analyses van de covariaten met behulp van de drie-stappenbenadering lieten zien dat de trajecten niet verschilden op demografische variabelen, waaronder geslacht ($\Delta LL(5)=6.3$, $p=.27$, $p_{corr}=.37$), leeftijd ($\Delta LL(8)=8.4$, $p=.40$, $p_{corr}=.50$), rang ($\Delta LL(11)=13.5$, $p=.26$, $p_{corr}=.37$), educatieniveau ($\Delta LL(9)=7.1$, $p=.63$, $p_{corr}=.66$), functie ($\Delta LL(8)=8.1$, $p=.43$, $p_{corr}=.51$), jaar van uitzending ($\Delta LL(5)=3.6$, $p=.61$, $p_{corr}=.66$) of eerdere uitzendingen ($\Delta LL(6)=3.0$, $p=.81$, $p_{corr}=.81$). Er werden wel significante verschillen gevonden in het aantal stressoren tijdens uitzending, waarbij de veerkrachtige groep minder stressoren rapporteerde dan de intermediate-stabiele groep ($\Delta LL(2)=23.0$, $p=.01$, $p_{corr}=.01$), symptomatisch-chronische groep ($\Delta LL(2)=325.7$, $p=.01$, $p_{corr}=.01$), en vertraagd-toenemende groep ($\Delta LL(2)=9.5$, $p<.01$, $p_{corr}<.05$).

Vanaf de uitzending tot het tijdstip van één jaar, rapporteerden deelnemers in de veerkrachtige groep minder negatieve levensgebeurtenissen in vergelijking met de intermediate-stabiele groep ($\Delta LL(8)=20.6$, $p<.01$, $p_{corr}<.01$) en symptomatisch-chronische groep ($\Delta LL(8)=20.8$, $p<.01$, $p_{corr}<.01$). Vanaf één jaar na de uitzending en doorlopend tot het tijdstip van tien jaar, vertoonde de veerkrachtige groep consequent minder negatieve levensgebeurtenissen in vergelijking met alle andere trajecten ($p<.01$, $p_{corr}<.01$). Van twee jaar na de inzet tot tien jaar na de inzet, rapporteerde

de vertraagd-toenemende groep meer negatieve levensgebeurtenissen in vergelijking met de intermediate-stabiele groep ($\Delta LL(9)=10.2$, $p<.01$, $p_{corr}<.01$).

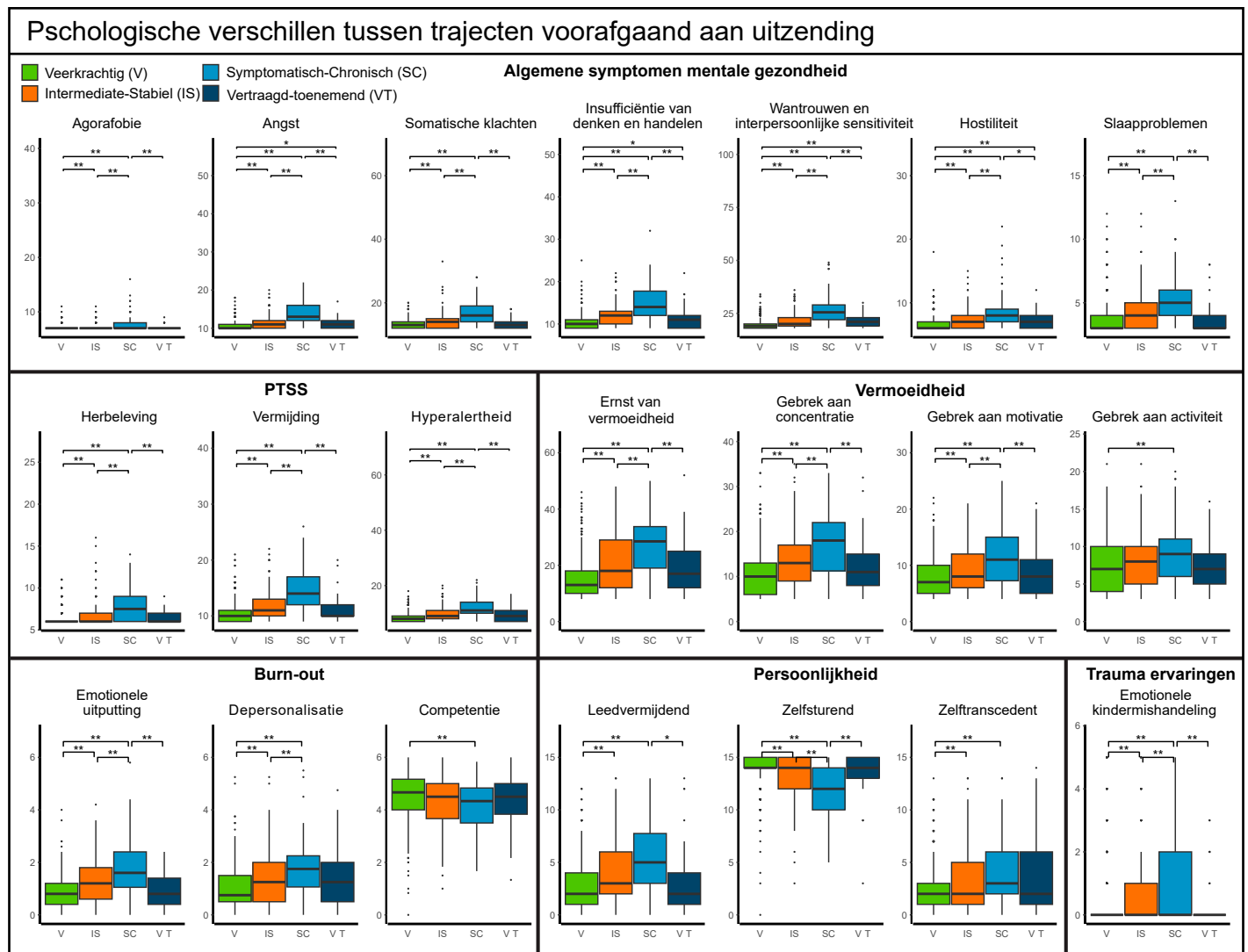
Er werd geen significant verschil gevonden in de trajecten tussen individuen die in actieve dienst bleven ($\Delta LL(6)=9.8$, $p<.13$, $p_{corr}<.20$). Dit suggereert dat de status van actieve dienst geen significante invloed had op het traject van depressieve symptomen in de tijd.

Multivariate analyse

De multivariate analyse liet significante verschillen zien tussen de depressietrajecten voor de psychologische variabelen ($F_{(40,4607)}=14.35$, $p<.01$). Voor de biochemische en genetische variabelen werden geen significante verschillen gevonden (biochemisch: $F_{(18,2065)}=1.13$, $p<.32$, genetisch: $F_{(6,269)}=1.14$, $p<.34$). Dezelfde bevindingen werden gevonden wanneer mannen en vrouwen afzonderlijk werden geanalyseerd. Van de 28 onderzochte psychologische variabelen vertoonden er 21 significante verschillen tussen de trajecten. De resultaten van de univariate Kruskal-Wallis testen voor elke significante psychologische variabele zijn weergegeven in figuur 3.

Vertraagd-toenemend traject

Resultaten van de klassenanalyse toonden een vertraagd-toenemend traject. Dit traject, waarbij symptomen ondanks een laag beginniveau in de loop van de tijd aanzienlijk verergeren, vormt unieke uitdagingen vanwege het uitgestelde begin en benadrukt de noodzaak om de onderliggende



Afkortingen: V, Veerkrachtig; IS, intermediate-stabiel; SC, symptomatisch-chronisch; VT, Vertraagd-Toenemend.

Fig. 3: Visuele weergave van verschillen voorafgaand aan uitzending tussen de depressietrajecten. Voor alle variabelen met significante univariate Kruskal-Wallis-resultaten wordt een subplot weergegeven, waarbij verschillende boxen/kleuren de verschillende trajecten representeren. De limieten van de y-as zijn gebaseerd op het bereik van de subschalen. Significantie wordt aangeduid met een asterisk (* $p_{corr}<.05$, ** $p_{corr}<.01$), waarbij de p-waarden zijn gecorrigeerd voor multiple comparisons met behulp van de Bonferroni-correctie. Figuur aangepast van Plas et al. (2024).

oorzaken beter te begrijpen. Opmerkelijk is dat personen in de vertraagd-toenemende groep bij aanvang vergelijkbare depressieniveaus vertonen als degenen in de intermediate-stabiele groep.

Het vertraagde-toenemende traject liet verschillende opvallende bevindingen zien in vergelijking met andere depressieve symptoomtrajecten. Specifiek vertoonden individuen in deze groep significant hogere scores dan het veerkrachtige traject ($p < .05$) op algemene psychische gezondheidsklachten zoals angst, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, maar niet op agorafobie, somatische klachten of slaapproblemen. Behalve bij gebrek aan activiteit (vermoeidheid), depersonalisatie (burn-out), competentie (burn-out) en zelftranscendentie (persoonlijkheid), scoorde het vertraagde-toenemende traject lager (hoger voor zelfsturing) dan het symptomatisch-chronische traject ($p < .05$). Er werden echter geen significante verschillen gevonden tussen het vertraagde-toenemende en het intermediate-stabiele traject over de verschillende domeinen, wat erop wijst dat hun profielen voorafgaand aan uitzending vergelijkbaar zijn.

Andere trajecten

De symptomatisch-chronische en veerkrachtige trajecten vertoonden significant verschillende scores op het merendeel van de pre-uitzending kenmerken vergeleken met de andere trajecten. Zoals weergegeven in figuur 3, scoorde het symptomatisch-chronische traject consequent het hoogst op psychologische variabelen, gevolgd door het intermediate-stabiele traject en vervolgens het veerkrachtige traject. De enige uitzonderingen waren competentie (burn-out) en zelfsturing (persoonlijkheid), waarbij de volgorde omgekeerd was.

Details en supplementaire analyses

Voor meer details en supplementaire analyses verwijzen we jullie door naar de originele artikelen:

- 'Long-term trajectories of depressive symptoms in deployed military personnel: a 10-year prospective study' (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.139>)⁴⁶
- 'Delayed onset of depressive symptoms in deployed Dutch military personnel: Identifying distinct psychological, biochemical, and genetic pre-deployment profiles' (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.123>)⁴⁷

Discussie

De huidige studie onderzocht allereerst de trajecten van depressieve symptomen tot 10 jaar na uitzending bij Nederlandse militairen. Een klassenanalyse werd uitgevoerd op een groep van 978 veteranen die waren uitgezonden als onderdeel van ISAF. In lijn met de hypothese werden vier verschillende trajecten geïdentificeerd: 1) veerkrachtig, 2) intermediate-stabiel, 3) symptomatisch-chronisch, en 4) vertraagd-toenemend. De trajecten verschilden op stressoren tijdens uitzending, negatieve levensgebeurtenissen en meerdere psychologische variabelen maar het vertraagd toenemende traject kon over het algemeen niet onderscheiden worden van het intermediate-stabiele traject op basis van kenmerken voorafgaand aan de uitzending.

Trajectanalyse

Het merendeel van de studiestudiepopulatie viel binnen het veerkrachtige traject (65%), met geen of lage niveaus van depressieve symptomen. Deze bevinding is consistent met eerdere studies uitgevoerd bij militaire populaties, waar een veerkrachtige groep (55,9% - 86,5%) werd waargenomen, bestaande uit de meeste deelnemers¹³⁻¹⁵. Zowel de veerkrachtige als het intermediate-stabiele traject bleven onder gemiddelde symptoomniveaus (gemiddelde niveaus: 20-23)²². Deze bevindingen ondersteunen het idee dat veerkracht vaker voorkomt dan verwacht⁴⁸ en kunnen wijzen op veerkracht bij ingezet militair personeel, wat een beschermende factor is tegen depressie^{49,50}. Daarnaast, aangenomen dat ingezet militair personeel een uitzonderlijke selectie van jonge en gezonde individuen is, wordt een hoge mate van veerkracht bij tegenslag verwacht in deze groep.

In tegenstelling tot de veerkrachtige en intermediate-stabiele trajecten, was er een symptomatische-chronische groep (9%) aanwezig die middelmatige niveaus van symptomen vertoonde voor de inzet, en deze nam toe naar hoge niveaus ($>23^{22}$) na uitzending. Hoewel trajecten met hoge depressieve symptomen zeldzaam zijn, rapporteren studies zowel in militaire als civiele populaties langdurige chronische, hoge niveaus van depressieve symptomen bij een klein percentage ($<10\%$) van de studiebevolking^{12,14,15}. Het erkennen van de aanwezigheid van een chronisch traject benadrukt het belang van regelmatige screening binnen de krijgsmacht om doorlopende symptomen snel aan te pakken. Bovendien benadrukt dit het belang van het opleiden van ingezet militair personeel dat depressieve symptomen ontwikkelt, met de nadruk dat deze symptomen mogelijk niet noodzakelijkerwijs in de tijd afnemen.

Ten slotte was het model in staat een vertraagd-toenemende groep (6%) te identificeren. Deze toenemende groep werd ook gevonden in eerdere militaire studies^{13,14,51}. Pas tegen het 10-jaar tijdstip vertoonde de vertraagd-toenemende groep bovengemiddelde niveaus van depressieve symptomen. Ondanks de relatief lage absolute niveaus van depressieve symptomen die werden waargenomen in het vertraagd-toenemende traject, is er reden tot bezorgdheid over deze groep. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat grotere toename van symptomen gedurende een inzetperiode samenhangen met hogere post-militaire stress en een verminderd civiel arbeidsplezier⁵². Dit suggereert dat het monitoren en aanpakken van de toename van depressieve symptomen cruciaal kan zijn voor hun langdurig welzijn.

Onze resultaten toonden aan dat individuen in trajecten met hogere niveaus van depressieve symptomen meer negatieve levensgebeurtenissen ervoeren. Het is echter belangrijk op te merken dat deze resultaten niet causaal geïnterpreteerd kunnen worden, omdat levensgebeurtenissen tijdens de studieperiode gemeten werden. Het is dus even plausibel dat deze negatieve levensgebeurtenissen de trajecten van depressieve symptomen beïnvloedden, of dat de trajecten van depressieve symptomen de kans op het ervaren van, of de waargenomen betekenis van, levensgebeurtenissen beïnvloedden. Opmerkelijk is dat de vertraagd-toenemende groep een toename van zowel negatieve levensgebeurtenissen als depressieve symptomen vertoonde van twee tot tien jaar na de inzet. Daarnaast suggereren de significante verschillen in startpunten tussen de klassen dat individuen mogelijk verschillende niveaus van kwetsbaarheid of aanleg voor depressie hebben, zelfs vóór de uitzending. Als individuen met een hogere kwetsbaarheid of al bestaande depressieve symptomen de krijgsmacht binnenkomen, zou de blootstelling aan stressvolle en traumatische gebeurtenissen tijdens de inzet (bijvoorbeeld scheiding van dierbaren, gevechten, of het getuige zijn van verwondingen en schadelijke situaties) de depressieve symptomen kunnen verergeren, wat leidt tot een ernstiger traject van depressieve symptomen na de inzet. Verder onderzoek is nodig om de interactie tussen bestaande kwetsbaarheden, blootstelling aan inzetstressoren, en het verloop van depressieve symptomen te begrijpen, met name in militaire contexten waar blootstelling aan traumatische gebeurtenissen vaak voorkomt.

Analyse van covariaten toonde geen verschillen tussen de trajecten wat betreft demografische variabelen. Met betrekking tot stressoren tijdens uitzending werden wel verschillen waargenomen tussen de verschillende trajecten. Eerder onderzoek heeft consequent een verband aangetoond tussen depressie en militaire inzet, vooral bij inzet met gevechtsblootstelling. Daarentegen is militaire inzet zonder gevechtsblootstelling juist in verband gebracht met een verlaagd risico op depressie^{3,4,53}. In onze studie rapporteerden deelnemers met een veerkrachtig traject minder negatieve ervaringen tijdens de inzet, zoals persoonlijk gevaar, het schreeuwen van gewonden en het gevoel de controle kwijt te zijn. Opnieuw is het belangrijk op te merken dat deze resultaten niet causaal geïnterpreteerd mogen worden. Gezien de verschillen in depressieve symptomen tussen de trajecten vóór de inzet, is het aannemelijk dat deze trajecten invloed hadden op de perceptie van stressoren tijdens de inzet. In overeenstemming met onze resultaten vonden Porter et al.⁵⁴ dat depressie geassocieerd was met het getuige zijn van mishandeling, het gevoel in gevaar te zijn, het kennen van gewonde personen of zelf gewond raken.

Multivariate analyse

Het vertraagde-toenemende traject vertoonde verschillen op psychologische kenmerken voorafgaand aan uitzending in vergelijking met zowel het veerkrachtige als het symptomatisch-chronische traject. Personen in de vertraagd-toenemende groep hadden hogere symptoomscores op angst, interpersoonlijke sensitiviteit en vijandigheid dan degenen in het veerkrachtige traject. Ze verschilden van het symptomatisch-chronische traject door lagere scores op vermoeidheid, burn-out en zelftranscendentie en hogere scores op zelfsturing. Deze verschillen zijn deels te verwachten, aangezien de trajecten vóór uitzending al baselineverschillen in depressieve symptomen vertoonden, en bekend is dat depressieve symptomen samenhangen met factoren zoals vermoeidheid en burn-out⁵⁵.

Tussen het vertraagde-toenemende en het intermediate-stabiele traject werden vóór uitzending geen verschillen gevonden. Het vertraagde-toenemende traject wordt pas twee jaar na uitzending onderscheidend ten opzichte van het intermediate-stabiele traject⁴⁶. Van twee tot tien jaar na uitzending rapporteerden individuen in het vertraagde-toenemende traject meer negatieve levensgebeurtenissen dan degenen in het intermediate-stabiele traject. Hoewel geen sprake is van een causale relatie, suggereren de bevindingen uit beide studies dat de toename in depressieve symptomen waarschijnlijk samenhangt met negatieve levensgebeurtenissen die later in het leven plaatsvinden, een relatie die vaker onderzocht is⁵⁶. Beide groepen delen mogelijk een onderliggende kwetsbaarheid, aangezien ze vóór uitzending al verschilden van het veerkrachtige traject. Bij de vertraagde-toenemende groep lijkt deze kwetsbaarheid zich pas te manifesteren in toegenomen depressieve symptomen wanneer deze getriggerd wordt door negatieve levensgebeurtenissen. Dit komt overeen met bewijs dat wijst op een mechanisme waarbij risicovolle omgevingen leiden tot meer stressvolle levensgebeurtenissen en een verhoogd risico op een ernstige depressie⁵⁷.

Het symptomatisch-chronische traject was het meest afwijkend vóór uitzending, met verhoogde scores op verschillende psychologische variabelen, terwijl het veerkrachtige traject consequent de laagste scores liet zien. Onze bevindingen suggereren dat veerkracht en kwetsbaarheid verder reiken dan afzonderlijke psychologische domeinen: militairen die lage scores lieten zien op depressieve tonen ook lage scores op andere gebieden en kwetsbaarheid bij het symptomatisch-chronische traject strekt zich ook uit over meerdere psychologische domeinen. Dit komt overeen met eerdere verwachtingen, gezien de hoge mate van comorbiditeit tussen psychische stoornissen⁵⁸.

Er werden geen significante verbanden gevonden in de biochemische en genetische gegevens. De afwezigheid van bevindingen suggereert dat de biologische maten mogelijk niet gevoelig genoeg zijn om relevante verschillen vóór uitzending tussen de trajecten te detecteren, en dat psychologische factoren waarschijnlijk een grotere rol spelen bij de kwetsbaarheid voor depressieve symptomen in militaire populaties.

Limitaties

Een belangrijke beperking van deze studie is het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten, die mogelijk niet volledig overeenkomen met klinische beoordelingen van depressie. Toch werd deze methode consistent toegepast op alle meetmomenten, wat de betrouwbaarheid van symptoommeting versterkt. Daarnaast was de onderzoekspopulatie weinig divers (overwegend één etniciteit en weinig vrouwen), wat de generaliseerbaarheid van de bevindingen beperkt. Ook nam ongeveer 40% van de deelnemers niet deel aan alle meetmomenten, een veelvoorkomend probleem bij longitudinale studies dat mogelijke vertekening kan veroorzaken. Verder heeft de gekozen analysemethode (LCGA) bekende beperkingen, zoals subjectiviteit bij modelselectie. Er werd echter gekozen voor strikte selectiecriteria en het gebruik van open-source software (R, tidySEM), waardoor de analyses transparant en reproduceerbaar zijn. Een andere

beperking is het grote tijdsinterval tussen twee en tien jaar na uitzending, waardoor informatie over mogelijke behandelingen en tussentijdse levenservaringen ontbreekt. Tevens ontbrak een controlegroep van niet-uitgezonden militairen, waardoor het moeilijk is om vast te stellen in hoeverre depressieve symptomen direct aan uitzending zijn toe te schrijven. Tot slot kan de ongelijke verdeling van deelnemers over de trajecten (met een grote veerkrachtige groep) en de lage scores op mentale gezondheidsmaten en PTSS de detectie van verschillen bemoeilijken. Sterke punten van de studie zijn het unieke, langdurige (tien jaar) militaire cohort, de brede analyse van psychologische, biochemische en genetische factoren, en de open toegankelijkheid van de analysemethoden. Dit biedt waardevolle inzichten in depressieve symptomen binnen een hoog-stresscontext.

Conclusie

Deze studie identificeerde vier trajecten van depressieve symptomen tot tien jaar na uitzending onder militairen. De trajecten waren geassocieerd met stressoren van uitzending en negatieve levensgebeurtenissen. Daarnaast konden psychologische kenmerken vóór uitzending de symptomatisch-chronische en veerkrachtige trajecten duidelijk onderscheiden, maar de vertraagde-toenemende en intermediate-stabiele trajecten konden pas jaren na uitzending worden onderscheiden, waarschijnlijk door toegenomen negatieve levensgebeurtenissen. Biochemische en genetische factoren toonden geen onderscheidend vermogen tussen trajecten.

De bevindingen benadrukken het belang van langdurige monitoring, ook na de militaire dienst, en benadrukken de noodzaak om brede psychologische ondersteuning te bieden. Toekomstig onderzoek kan zich richten op het begrijpen van de onderliggende mechanismen van verschillende depressietrajecten en het ontwikkelen van interventies die meerdere psychologische domeinen bestrijken om veerkracht binnen militaire populaties te versterken.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken de Nederlandse militairen, evenals alle leden van het PRISMO-team die betrokken waren bij de gegevensverzameling, voor hun voortdurende inzet voor de studie.

SUMMARY

THE DEVELOPMENT OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AFTER DEPLOYMENT ASSOCIATED WITH PSYCHOLOGICAL, BIOCHEMICAL, AND GENETIC PROFILES BEFORE DEPLOYMENT A 10-year study among Dutch military personnel

Introduction

From 2005 to 2008, Dutch military personnel participated in the ISAF mission in Afghanistan, where they were exposed to stressful conditions. This study examines the long-term development of depressive symptoms up to ten years after deployment, with a specific focus on psychological, biochemical, and genetic risk factors present before deployment.

Method

A cohort of 1,032 military personnel (both men and women) was followed from before deployment to ten years after. Depressive symptoms were assessed using the SCL-90. Trajectory analysis was used to examine differences in the course of depressive symptoms over time. Differences in pre-deployment characteristics (including psychological, biochemical, and genetic factors) between depression trajectories were analyzed using a non-parametric multivariate approach.

Results

Four depression trajectories following military deployment were identified: resilient (65%), intermediate-stable (20%), symptomatic-chronic (9%), and delayed-onset-increasing (6%). The trajectories differed in terms of stressors, negative life events, and psychological variables. However, the delayed-increasing trajectory generally could not be distinguished from the intermediate-stable based on pre-deployment characteristics.

Conclusion

Psychological characteristics prior to deployment could distinguish the symptomatic-chronic and resilient trajectories, whereas differences between the delayed-increasing and intermediate-stable trajectories only became apparent years later, likely due to increased negative life events. The findings highlight the importance of long-term monitoring and comprehensive psychological support after military deployment. Future research should focus on understanding depression trajectories and developing interventions targeting multiple psychological domains to strengthen resilience in military populations.

Literatuur:

1. Reijnen A., Rademaker A.R., Vermetten E., Geuze E.: Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to Afghanistan: a 2-year longitudinal analysis. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2023 Feb 14];30(2):341–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25195152/>
2. Milliken C.S., Auchterlonie J.L., Hoge C.W.: Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *JAMA* [Internet]. 2007 Nov 14 [cited 2022 Nov 8];298(18):2141–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18000197/>
3. Bonde J.P., Utzon-Frank N., Bertelsen M., Borritz M., Eller N.H., Nordentoft M., et al.: Risk of depressive disorder following disasters and military deployment: systematic review with meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2022 Nov 15];208(4):330–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892850/>
4. Wells T.S., Leardmann C.A., Fortuna S.O., Smith B., Smith T.C., Ryan M.A.K., et al.: A prospective study of depression following combat deployment in support of the wars in Iraq and Afghanistan. *Am J Public Health* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2023 Mar 16];100(1):90–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19910353/>
5. Belding J.N., Castañeda S.F., Jacobson I.G., Leardmann C.A., Porter B., Powell T.M., et al.: The Millennium Cohort Study: The first 20 years of research dedicated to understanding the long-term health of US Service Members and Veterans. *Ann Epidemiol*. 2022 Mar 1;67:61–72.
6. Pflanz S.E., Ogle A.D.: Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. *Mil Med* [Internet]. 2006 [cited 2023 Jul 25];171(9):861–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17036607/>
7. Van der Wal S.J., Geuze E., Vermetten E.: Long-term risk for mental health symptoms in Dutch ISAF veterans: the role of perceived social support. *Psychol Med* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 8]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35039095/>
8. Lin S., Wu Y., He L., Fang Y.: Prediction of depressive symptoms onset and long-term trajectories in home-based older adults using machine learning techniques. *Aging Ment Health* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 15]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35118924/>
9. Zhang J., Meiser-Stedman R., Jones B., Smith P., Dalgleish T., Boyle A., et al.: Trajectory of post-traumatic stress and depression among children and adolescents following single-incident trauma. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 15];13(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35251531/>
10. Gao T., Qin Z., Hu Y., Fei J., Cao R., Liang L., et al.: Trajectories of depression and anxiety in Chinese high school freshmen: Associations with Internet addiction. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2022 Nov 15];286:180–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33730662/>
11. Kaup A.R., Byers A.L., Falvey C., Simonsick E.M., Satterfield S., Ayonayon H.N., et al.: Trajectories of Depressive Symptoms in Older Adults and Risk of Dementia. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2022 Nov 15];73(5):525–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26982217/>
12. Musliner K.L., Munk-Olsen T., Eaton W.W., Zandi P.P.: Heterogeneity in long-term trajectories of depressive symptoms: Patterns, predictors and outcomes. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2022 Nov 15];192:199–211. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26745437/>
13. Karstoft K.I., Nielsen A.B.S., Armour C., Vedtofte M.S., Andersen S.B.: Trajectories of depression symptoms from pre- to post- deployment: Does previous trauma predict symptom increase? *J Affect Disord* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2022 Nov 15];266:120–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32056865/>
14. Sampson L., Cohen G.H., Calabrese J.R., Fink D.S., Tamburrino M., Liberzon I., et al.: Mental Health Over Time in a Military Sample: The Impact of Alcohol Use Disorder on Trajectories of Psychopathology After Deployment. *J Trauma Stress* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Nov 15];28(6):547–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26625353/>
15. Sampson L., Cabral H.J., Rosellini A.J., Gradus J.L., Cohen G.H., Fink D.S., et al.: Stressful life events and trajectories of depression symptoms in a U.S. military cohort. *Sci Rep* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2022 Nov 15];12(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35773360/>
16. Van der Wal S.J., Gorter R., Reijnen A., Geuze E., Vermetten E.: Cohort profile: the Prospective Research In Stress-Related Military Operations (PRISMO) study in the Dutch Armed Forces. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Nov 16];9(3). Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/3/e026670>
17. Tang B., Liu X., Liu Y., Xue C., Zhang L.: A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 Jun 19 [cited 2023 Mar 23];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24941890/>
18. Rhead R., Macmanus D., Jones M., Greenberg N., Fear N.T., Goodwin L.: Mental health disorders and alcohol misuse among UK military veterans and the general population: a comparison study. *Psychol Med* [Internet]. 2022 Jan 10 [cited 2023 Mar 23];52(2):292–302. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32777197/>
19. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association Publishing; 2022.
20. Vermetten E., Ambaum J.: Exposure to combat and deployment; reviewing the military context in The Netherlands.

- <https://doi.org/10.1080/0954026120191602517> [Internet]. 2019 Jan 2 [cited 2023 Mar 23];31(1):49–59. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540261.2019.1602517>
21. Van der Wal S.J., Vermetten E., Geuze E.: Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up. *European Psychiatry*. 2021;64(1).
 22. Arrindell W.A., Ettema J.H.M.: SCL-90 | Symptom CheckList. 3rd ed. Pearson; 2005.
 23. Schmitz N., Kruse J., Heckrath C., Alberti L., Tress W.: Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 1999 Jul [cited 2023 Aug 9];34(7):360–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10477956/>
 24. Strik J.J.M.H., Honig A., Lousberg R., Denollet J.: Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics* [Internet]. 2001 [cited 2023 Aug 9];42(5):423–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11739910/>
 25. Aben I., Verhey F., Lousberg R., Lodder J., Honig A.: Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as Screening Instruments for Depression in Stroke Patients. *Psychosomatics*. 2002 Sep 1;43(5):386–93.
 26. Reijnen A., Geuze E., Vermetten E.: The effect of deployment to a combat zone on testosterone levels and the association with the development of posttraumatic stress symptoms: A longitudinal prospective Dutch military cohort study. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2023 Nov 20];51:525–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25128222/>
 27. Reijnen A., Geuze E., Vermetten E.: Individual variation in plasma oxytocin and vasopressin levels in relation to the development of combat-related PTSD in a large military cohort. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2023 Nov 20];94:88–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28689067/>
 28. Reijnen A., Geuze E., Eekhout I., Maihofer A.X., Nievergelt C.M., Baker D.G., et al.: Biological profiling of plasma neuropeptide Y in relation to posttraumatic stress symptoms in two combat cohorts. *Biol Psychol* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2023 Nov 20];134:72–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29471015/>
 29. Schür R.R., Boks M.P., Geuze E., Prinsen H.C., Verhoeven-Duif N.M., Joëls M., et al.: Development of psychopathology in deployed armed forces in relation to plasma GABA levels. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2023 Nov 20];73:263–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27566489/>
 30. Schijven D., Geuze E., Vinkers C.H., Pulit S.L., Schür R.R., Malgaz M., et al.: Multivariate genome-wide analysis of stress-related quantitative phenotypes. *European Neuropsychopharmacology*. 2019 Dec 1;29(12):1354–64.
 31. Schür R.R., Schijven D., Boks M.P., Rutten B.P.F., Stein M.B., Veldink J.H., et al.: The effect of genetic vulnerability and military deployment on the development of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms. *European Neuropsychopharmacology*. 2019 Mar 1;29(3):405–15.
 32. Jung T., Wickrama K.A.S.: An Introduction to Latent Class Growth Analysis and Growth Mixture Modeling. *Soc Personal Psychol Compass* [Internet]. 2008 Jan [cited 2022 Nov 17];2(1):302–17. Available from: https://www.researchgate.net/publication/227511128_An_Introduction_to_Latent_Class_Growth_Analysis_and_Growth_Mixture_Modeling
 33. Nguena Nguefack H.L., Pagé MG., Katz J., Choinière M., Vanasse A., Dorais M., et al.: Trajectory Modelling Techniques Useful to Epidemiological Research: A Comparative Narrative Review of Approaches. *Clin Epidemiol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 17];12:1205–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33154677/>
 34. Ram N., Grimm K.J.: Growth mixture modeling: A method for identifying differences in longitudinal change among unobserved groups. *Int J Behav Dev* [Internet]. 2009;33(6):565–76. Available from: <http://www.sagepublications.com>
 35. Stekhoven D.J., Bühlmann P.: Data and text mining MissForest-non-parametric missing value imputation for mixed-type data. 2012 [cited 2022 Dec 21];28(1):112–8. Available from: <http://stat.ethz.ch/CRAN/>
 36. Nagin D.S., Odgers C.L.: Group-Based Trajectory Modeling in Clinical Research. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2010;6:109–38. Available from: www.annualreviews.org
 37. Nylund K.L., Asparouhov T., Muthén B.O.: Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396> [Internet]. 2007 [cited 2022 Nov 17];14(4):535–69. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705510701575396>
 38. Van der Nest G., Lima Passos V., Candel M.J.J.M., Van Breukelen G.J.P.: An overview of mixture modelling for latent evolutions in longitudinal data: Modelling approaches, fit statistics and software. *Adv Life Course Res*. 2020 Mar 1;43:100323.
 39. Van Lissa C.J., Garnier-Villarreal M., Anadria D.: Recommended Practices in Latent Class Analysis Using the Open-Source R-Package tidySEM. *Struct Equ Modeling* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 28]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705511.2023.2250920>
 40. Nylund-Gibson K., Choi A.Y.: Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Transl Issues Psychol Sci*. 2018 Dec;4(4):440–61.
 41. Weller B.E., Bowen N.K., Faubert S.J.: Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932> [Internet]. 2020 Jun 5 [cited 2023 Mar 2];46(4):287–311. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0095798420930932>
 42. Andruff H., Carraro N., Thompson A., Gaudreau P., Louvet B.: Latent Class Growth Modelling: A Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2009 Mar 1;5(1):11–24.
 43. Muthén B.O., Muthén L.K.: Integrating Person-Centered and Variable-Centered Analyses: Growth Mixture Modeling With Latent Trajectory Classes. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2000 Jun 1 [cited 2022 Dec 15];24(6):882–91. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1530-0277.2000.tb02070.x>
 44. Vermunt J.K.: Latent Class Modeling with Covariates: Two Improved Three-Step Approaches. *Political Analysis* [Internet]. 2010 Sep 23 [cited 2023 Feb 14];18(4):450–69. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/political-analysis/article/abs/latent-class-modeling-with-covariates-two-improved-threestep-approaches/7DEF387D6ED4CF0A26A2FA06F9470D02>
 45. Ellis A.R., Burchett W.W., Harrar S.W., Bathke A.C.: Nonparametric Inference for Multivariate Data: The R Package npmv. *J Stat Softw* [Internet]. 2017 Jan 11 [cited 2024 Jan

- 18];76(1):1–18. Available from: <https://www.jstatsoft.org/index.php/jss/article/view/v076i04>
46. Plas X., Bruinsma B., Van Lissa C.J., Vermetten E., Van Lutterveld R., Geuze E.: Long-term trajectories of depressive symptoms in deployed military personnel: A 10-year prospective study. *J Affect Disord*. 2024 Jun 1;354:702–11.
 47. Plas X., Van Lutterveld R., Bruinsma B., Vermetten E., Geuze E.: Delayed onset of depressive symptoms in deployed Dutch military personnel: Identifying distinct psychological, biochemical, and genetic pre-deployment profiles. *J Affect Disord* [Internet]. 2025 Aug 1 [cited 2025 Apr 28];382:210–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032725006986>
 48. Bonanno G.A.: Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol* [Internet]. 2004 Jan [cited 2023 Apr 13];59(1):20–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14736317/>
 49. Brailovskaia J., Schönfeld P., Zhang X.C., Bieda A., Kochetkov Y., Margraf J.: A Cross-Cultural Study in Germany, Russia, and China: Are Resilient and Social Supported Students Protected Against Depression, Anxiety, and Stress? *Psychol Rep* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2023 Apr 13];121(2):265–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28836915/>
 50. Watters E.R., Aloe A.M., Wojciak A.S.: Examining the Associations Between Childhood Trauma, Resilience, and Depression: A Multivariate Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2023 Apr 13];24(1):231–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34313169/>
 51. Sampson L., Gradus J.L., Cabral H.J., Rosellini A.J., Fink D.S., Cohen G.H., et al.: Stressful life events and incident depression among U.S. military personnel. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 13];58(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36897335/>
 52. Campbell-Sills L., Kautz J.D., Ray C., Lester P.B., Choi K.W., Naifeh J.A., et al.: Associations of active-duty mental health trajectories with post-military adjustment: Results from the STARRS Longitudinal Study. *J Affect Disord* [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2024 Mar 5];340:535–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37553016/>
 53. Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O., Stein M.B., Belik S.L., Meadows G., et al.: Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2007 Jul [cited 2023 Mar 20];64(7):843–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17606818/>
 54. Porter B., Hoge C.W., Tobin L.E., Donoho C.J., Castro C.A., Luxton D.D., et al.: Measuring Aggregated and Specific Combat Exposures: Associations Between Combat Exposure Measures and Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Alcohol-Related Problems. *J Trauma Stress* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2023 Mar 20];31(2):296–306. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jts.22273>
 55. Bianchi R., Schonfeld I.S., Laurent E.: Burnout–depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev*. 2015 Mar 1;36:28–41.
 56. Tennant C.: Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2002 [cited 2024 Dec 24];36(2):173–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11982537/>
 57. Kendler K.S., Gardner C.O.: Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: a longitudinal model. *Psychol Med* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2024 Dec 23];46(9):1865–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26975621/>
 58. Kessler R.C., Wai T.C., Demler O., Walters E.E.: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005 Jun [cited 2024 Dec 23];62(6):617–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939839/>

VAN DE REDACTIE



Geachte lezers,

Langs deze weg wil ik u informeren omtrent het volgende.

Op 20 maart 2025 is bij de Nederlandse Defensie Academie het volgende onderzoeksrapport verschenen: 'Meet before the crisis: Interdepartementale samenwerking tussen VWS en Defensie'.

Het rapport is geschreven door luitenant-kolonel Bernice den Bak, als onderdeel van de Hogere Defensie Vorming. Momenteel is zij werkzaam bij het Cluster Gezondheidskundig Beleid HDP, Directoraat-Generaal Beleid bij het ministerie van Defensie. Sinds 1 september jl. is zij namens het ministerie van Defensie werkzaam als liaisonofficier bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Voor genoemd onderzoek beoogt bij te dragen aan de civiel-militaire crisisbeheersing in het zorgdomein op politiek-strategisch niveau. Grensoverschrijdende crises zoals pandemieën vragen om nauwe samenwerking binnen de rijksoverheid. De ministeries van VWS en Defensie werken daarom steeds intensiever samen aan weerbare zorg, gericht op de continuïteit van zorg tijdens crises en conflicten.

In haar interessante onderzoek laat Den Bak zien dat collaboration awareness – verantwoording afleggen en het bewerkstelligen van voorspelbaarheid en wederzijds begrip tussen samenwerkingspartners – de interdepartementale samenwerking in de pre-conflictfase, ook wel de koude fase genoemd, versterkt en zo de basis legt voor effectievere samenwerking in crisistijd. Ondanks beperkingen in middelen en strategische regie blijken regelmatige interactie en afstemming cruciaal.

Het onderzoek biedt aanbevelingen aan voor beide ministeries om de samenwerking verder te institutionaliseren door het ontwikkelen van een gezamenlijke visie en narratief, het verduidelijken van verantwoordelijkheden en het borgen van structurele contactmomenten voor afstemming en kennisoverdracht.

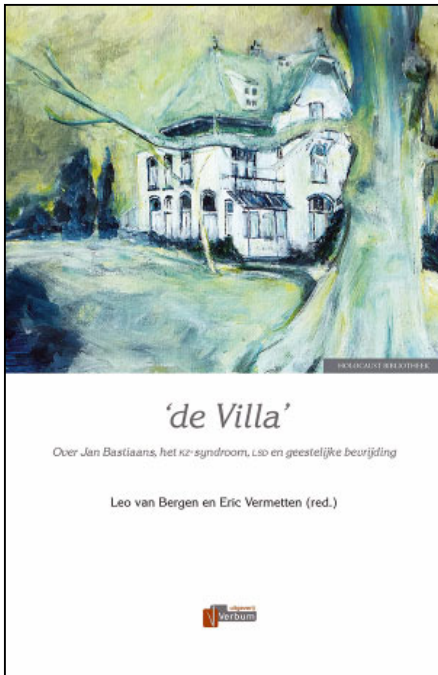
Het onderzoeksrapport kan worden opgevraagd bij de onderzoekster: bm.d.bak@mindef.nl
Ook kunt u zich via dit e-mailadres tot haar wenden voor vragen dan wel suggesties.

Op een later moment zal Bernice den Bak haar bevindingen in de vorm van een artikel delen met de lezers van het NMGT.

*Namens de redactie,
mr. R. Sondejker
Secretaris/redacteur NMGT*

‘de Villa’

Over Jan Bastiaans, het kz-syndroom, LSD en geestelijke bevrijding



Auteur: Leo van Bergen

Eric Vermetten (red.)

Uitgever: Verbum

Pagina's: 350

Prijs: € 29,50

Hardcover

Verschijningsjaar: 2025

ISBN: 9789493028807

Een ongewone psychiater in een roerige tijd

De bundel *De Villa* is geen biografie in de traditionele zin, noch een volledig historisch overzicht. Het is een uitvoerige beschouwing van het werk, de behandelmethoden en de erfenis van de Nederlandse psychiater Jan Bastiaans (1917 – 1987).

Bastiaans is een van de meest besproken figuren uit de Nederlandse naoorlogse psychiatrie. Zijn werk concentreerde zich op de behandeling van overlevenden van concentratiekampen en ander oorlogsgeweld, voor wie reguliere psychotherapie vaak tekortschoot. In een tijd waarin het begrip posttraumatische stressstoornis (PTSS) nog niet bestond, diagnosticeerde hij het zogeheten kz-syndroom, afgeleid van het Duitse woord *Konzentrationslager*. Hij was daarmee de eerste in Nederland die systematisch aandacht besteedde aan langdurige psychische schade door oorlogservaringen.

Psychedelische therapie tussen hoop en controverse

De bundel laat zien hoe Bastiaans met zijn therapieën getraumatiseerden behandelde, maar daarbij ook ethische grenzen opzocht en soms overschreed. Gedreven door de urgentie van naoorlogs psychisch lijden, bewandelde Bastiaans onconventionele paden. Vanaf 1961 experimenteerde hij met *Lysergic acid diethylamide* (LSD) als hulpmiddel in de psychotherapie. Het therapeutische doel was bevrijding van trauma via intense herbeleving.

Zijn aanpak oogstte zowel lof als kritiek, met name vanwege de risico's van de behandelmethode, het gebrek aan wetenschappelijke

onderbouwing, zijn solistische werkwijze en het creëren van een afhankelijkheidspositie bij patiënten. Een interessant gegeven is dat Bastiaans, toen LSD in 1966 onder de Opiumwet werd geplaatst, een uitzonderingspositie kreeg vanwege zijn reputatie als behandelaar van ernstig getraumatiseerde oorlogsslachtoffers. Later werkte hij ook met *Psilocybine*, een andere psychedelische stof.

De titel en inhoudelijke bijdragen

Centraal in de bundel staat *De Villa*, een dependance van de Jelgersmakliniek in Oegstgeest, waar Bastiaans tientallen patiënten met oorlogstrauma's behandelde. De locatie, fraai afgebeeld op de cover door Irma Jansen, fungeert als fysieke ruimte en symbool voor het grensgebied tussen psychiatrie en ethiek.

De bundel bevat bijdragen van verschillende onderzoekers, ex-patiënten, een filmmaker, en een verpleegkundige, die ieder op uiteenlopende wijze betrokken waren bij Jan Bastiaans en zijn behandelmethoden. In het bijzonder wordt de zogenoemde methode-Bastiaans onderworpen aan een hernieuwde, kritische analyse. De uiteenlopende bijdragen bieden samen een rijk en evenwichtig beeld van persoonlijke en professionele ervaringen en inzichten, waarin de complexiteit van Bastiaans' werkwijze helder naar voren komt.

Essay: Begrijpt u nu waarom ik huil...

Een belangrijk onderdeel van de bundel is het vierdelige historische essay van medisch-historicus Leo van Bergen over de geruchtmakende film *Begrijpt u nu waarom ik huil...* van Louis van Gasteren uit 1969. De documentaire toont de behandeling van Joop Telling, een voormalig concentratiekamp-

gevangene, met LSD onder begeleiding van Jan Bastiaans. De film was oorspronkelijk alleen bedoeld voor een beperkt - voornamelijk medisch - publiek.

De televisie-uitzending in 1972 maakte destijds diepe indruk in Nederland, maar leidde ook tot stevige kritiek. Tegen de achtergrond van de uitzending speelde tevens de discussie rond de mogelijke vrijlating van de Drie van Breda. Mede door de impact van de film werd uiteindelijk afgezien van de vrijlating van deze drie tot levenslang veroordeelde Duitse oorlogsmisdadigers.

Van Bergen gaat in zijn essay onder meer in op de ontstaansgeschiedenis, de reacties en de nasleep van de film. Het essay biedt niet alleen een gedetailleerde analyse van de film, maar plaatst deze ook in de context van trauma, herinnering en therapeutische verwerking.

Getuigenissen van patiënten

Naast Telling komen ook andere patiënten aan bod. Aangrijpend en lezenswaardig zijn met name de hoofdstukken die handelen over de trauma's van de Israëlische schrijver Yehiel De-Nur - bekend onder zijn pseudoniem Ka-Tzetnik (kampnummer) 135633. Via De-Nur wordt een unieke inkijk geboden in de behandelwijze van Jan Bastiaans.

De-Nur onderging in 1976 vijf LSD-sessies in de Villa, waarvan hij later verslag deed in zijn in 1989 gepubliceerde boek *Shivitti*. In *De Villa* wordt De-Nur, die in de loop der jaren grotendeels in de vergetelheid was geraakt, onder de aandacht gebracht, onder meer via de Israëlische regisseur Assaf Lapid en de Nederlandse onderzoeker en producent Maartje Alders. In Lapid's film *The Return from the Other Planet* staat het leven van De-Nur en zijn behandeling bij Bastiaans centraal en betekende een hernieuwde kennismaking met deze Israëlische schrijver. Het hoofdstuk waarin Lapid en Alders worden geïnterviewd over de film en het maakproces is bijzonder relevant in het kader van Bastiaans' gedachtegoed over herbeleving als therapeutisch instrument.

Sterke punten

De kracht van *De Villa* ligt in de afgewogen en zorgvuldige reconstructie van Bastiaans' werk en nalatenschap. De auteurs slagen erin een evenwichtig oordeel te geven: zij erkennen zijn pioniersrol in het zichtbaar maken van oorlogstrauma's, maar schuwen niet de kritiek op de gebrekkige wetenschappelijke onderbouwing en de ethische spanningen rond zijn therapieën. De bundel plaatst Bastiaans' werk binnen het bredere historisch perspectief van het naoorlogse Nederland, met verwijzingen naar onder meer de opkomst van de psychosomatiek, de Molukse gijzelingen en de discussie rond de Drie van Breda.

De kritiek op Bastiaans' behandelmethode wordt in het boek onder meer treffend geïllustreerd aan de hand van de zaak-Eibert Meester (1919–1999). Meester, destijds PvdA-Eerste Kamerlid, werd in 1973 door Bastiaans behandeld met LSD, op basis van de diagnose 'kz-syndroom'. Hij presenteerde zich als verzetsheld, beweerde kamponteringen te hebben doorstaan en ontving een verzetspensioen. Later bleek zijn verzetsverhaal grotendeels verzonnen. Deze onthulling leidde tot zijn vertrek uit de Eerste Kamer en bracht Bastiaans in diskrediet; zijn klinisch beoordelingsvermogen werd publiekelijk ter discussie gesteld. De affaire droeg bij aan Bastiaans' professionele teloorgang in de jaren die volgden.

Een belangrijke meerwaarde is de actuele relevantie van het onderwerp: er worden parallellen getrokken met huidig onderzoek naar psychedelische therapieën, zoals behandelingen met 3,4-Methyleendioxymethamfetamine (MDMA) voor PTSS. Hoogleraar psychiatrie en mederedacteur Eric Vermetten pleit in Nederland voor legalisering van MDMA - de werkzame stof in Ecstasy (XTC) - bij traumabehandeling. Positieve resultaten, vooral bij oorlogsveteranen, hebben de belangstelling voor het werk van Bastiaans opnieuw aangewakkerd.

Het boek is toegankelijk geschreven en daardoor ook zeer lezenswaardig voor lezers zonder medische voorkennis. Daarnaast bevat het aansprekende voorbeelden van mensen die met Bastiaans in aanraking kwamen, zoals patiënten en medewerkers. Wat de bundel bijzonder maakt, is de zorgvuldige balans

tussen persoonlijke getuigenissen en kritische, wetenschappelijke beschouwingen. Thema's als de ethiek van psychedelische therapie, de aard van het kz-syndroom en de invloed van Bastiaans op de latere traumazorg worden diepgaand tegen het licht gehouden.

Conclusie

De Villa is een indrukwekkend boek over een van de bekendste behandelaars uit de Nederlandse psychiatriegeschiedenis. De bundel geeft erkenning aan Jan Bastiaans' baanbrekende werk en zijn moedige inzet voor oorlogsslachtoffers. Tegelijkertijd wordt niet weggekeken van zijn fouten en de ethische vraagstukken die zijn methodes oproepen.

Het is een aanbevelenswaardig boek, niet alleen voor professionals in de psychiatrie, maar ook voor leken. Het zet aan tot bezinning over welke behandelrisico's als aanvaardbaar kunnen worden beschouwd en onderstreept voorts de noodzaak van zorgvuldigheid en ethiek in de psychiatrie.

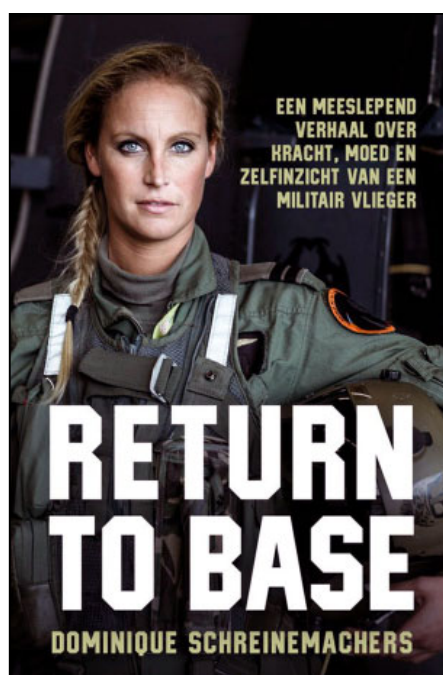
In een tijd van hernieuwde belangstelling voor psychedelische therapieën en intensieve traumabehandeling vormt deze terugblik een waardevol historisch document.

mr. R. Sondejker
Secretaris/redacteur NMGT

BOEKBESPREKING



Return to Base



Auteur: Dominique Schreinemachers
Uitgever: KOSMOS
Pagina's: 232
Prijs: € 23,99
Verschijningsjaar: 2025
ISBN: 9789043935302

Persoonlijk verhaal

Het boek is het persoonlijke relaas van Dominique Schreinemachers, voormalig Apache-gevechtshelikopterpiloot bij de Koninklijke Luchtmacht. In het boek neemt ze de lezer mee naar haar vroege jeugd in Noord-Limburg, waar ze samen met haar zusje Floor opgroeide in een liefdevol kunstenaarsgezin. Tegelijkertijd maakten het alcoholprobleem van haar veel te vroeg overleden vader, evenals chaos en onveiligheid, ook deel uit van het gezin. Ze schrijft liefdevol over haar ouders. Met name haar moeder was de steunpilaar van het gezin en wijdde haar leven aan het redden van haar man en beide kinderen. De thuissituatie was voor Dominique een belangrijke reden om te kiezen voor de structuur en veiligheid van de Nederlandse krijgsmacht.

Het boek, dat is opgebouwd uit korte hoofdstukken, beschrijft verder haar militaire opleiding en uitzending naar Afghanistan: een reis van twintig jaar militaire dienst. Het ijkpunt in het boek is een dramatische missie op 10 december 2009, waarin haar Apache wordt geraakt en ze ternauwernood weet terug te keren naar de basis. Deze dag, opgedeeld in "twaalf keer zestig seconden", wordt met veel oog voor detail en intensiteit beschreven. Vooral de angst om neer te storten in vijandelijk gebied en levend in handen van de vijand te vallen – met gevangenschap en marteling als reëel gevolg – wordt aangrijpend beschreven ("Die laatste kogel is voor mij.").

Het boek besteedt ook nadrukkelijk aandacht aan de periodes na haar uitzending en dienstdienst. Deze fasen in haar leven worden gekenmerkt door haar strijd met posttraumatische stressstoornis (PTSS), een

Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) therapie, verlies van identiteit, de overgang naar het burgerleven, relatieproblemen, het moederschap en uiteindelijk de oprichting van haar eigen bedrijf, gericht op gedragsverandering en persoonlijke groei.

Titel

De titel *Return to Base* verwijst niet alleen naar het bevel om terug te keren naar de militaire basis, maar draagt ook een diepere, symbolische lading. Voor Dominique Schreinemachers staat het gelijk aan haar innerlijke reis naar rust en herstel na traumatische ervaringen. Het is een zoektocht naar een plek waar ze zich opnieuw veilig voelt: fysiek, mentaal en emotioneel.

Het boek van Dominique Schreinemachers vertoont thematische overeenkomsten met het werk van de Amerikaan Jesse Richard Pitts uit 2004: *Return to Base: Memoirs of a B-17 Copilot, Kimbolton, England, 1943-1944*. Deze tweede luitenant vloog als lid van de 379th Bomb Group van de US Eighth Air Force tussen 1943 en 1944 vijftientig missies boven Frankrijk en Duitsland in een B-17. In zijn boek beschrijft hij niet alleen de operaties tijdens de Tweede Wereldoorlog, maar ook zijn leven vóór en na de oorlog. Het boek is een persoonlijk verslag van overleven, zelfreflectie en een zoektocht naar zingeving.

Ook bij Pitts is de titel als meer dan een operationeel bevel: ze symboliseert de emotionele, psychologische en verhalende reis van overleven, reflectie en het vinden van een veilige haven in tijden van chaos. In dat licht bezien had Schreinemachers wellicht beter voor een andere titel kunnen kiezen, die meer recht doet aan haar unieke verhaal.

Meer dan een oorlogs- of missiebiografie

Return to Base wijkt af van de conventionele oorlogs- of missiebiografie. In plaats van een chronologische reconstructie van militaire ervaringen neemt Dominique Schreinemachers de lezer eveneens mee naar haar innerlijke wereld.

Wat begint als een verhaal over een militaire carrière, groeit gaandeweg uit tot een breder, menselijk verhaal over vallen, opstaan en opnieuw beginnen. Het boek belicht de impact van trauma, het verlies van houvast en de zoektocht naar betekenis in een nieuwe fase van het leven.

Met *Return to Base* laat Schreinemachers vooral zien wat het betekent mens te zijn met alle kracht, kwetsbaarheid en complexiteit die daarbij horen.

Aanrader

Return to Base is een krachtig, openhartig en indringend relaas over veerkracht, trauma en persoonlijk herstel. Dominique Schreinemachers biedt een unieke inkijk in het leven van een vrouwelijke gevechtspiloot én in de persoonlijke strijd nadien.

Het is een boek dat raakt, inspireert en blijft resoneren – een echte aanrader.

Tot slot is het noemenswaardig dat Dominique Schreinemachers de oprichter en leider is van *The Boost Company*, een organisatie die zich richt op het versterken van leiderschap, teamdynamiek en persoonlijke groei. Ze brengt haar ervaring als luchtmachtpiloot, gedragspsycholoog en mediator samen om trainingen en inspirerende lezingen te geven aan bedrijven en teams.

Meer informatie over haar bedrijf is te vinden op de officiële website van *The Boost Company*: theboostcompany.com

mr. R. Sondejker
Secretaris/redacteur NMGT



Nieuwsbrief Defensie Gezondheidszorg

Nummer 8, augustus 2025

Operationele gezondheidszorg

NAVO standaard AMedP-8.19 Military Healthcare Ethics vastgesteld

In juni dit jaar is de NAVO standaard AMedP-8.19 Military Healthcare Ethics (MHE) vastgesteld. Deze publicatie beschrijft de toepassing van MHE binnen alle militaire gezondheidsactiviteiten van de NAVO en heeft als doel een gemeenschappelijk begrip te creëren om NAVO-zorgverleners te begeleiden bij de ethische uitvoering van hun taken. De publicatie kan ook als informatiebron dienen voor commandanten en planners. De standaard is te downloaden via het [publicatieportaal](#) op intranet. De AMedP-8.19 moet in december 2025 geïmplementeerd zijn.

Nieuwsbrief Kenniscentrum DGOTC

In [Nieuwsbrief nr. 3/2025](#) van het Kenniscentrum Operationele Gezondheidszorg van het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC) vindt u een terugkoppeling met link naar presentaties van de op 19 juni jl. gehouden Kennissharing, informatie over de roadshow van het Handboek operationeel gezondheidszorgsysteem (HB MHC 8-1/0) en nadere informatie over het Handboek operationeel gezondheidszorgsysteem landoperaties (HB MHC 8-1/2). Het was aanvankelijk de bedoeling om naast HB MHC 8-1/2 een handboek voor het maritieme optreden en voor het luchtoptreden te schrijven. Inmiddels is besloten het R1 medical support van het Commando Lucht- en Ruimtestrijdkrachten (CLRS) en de amfibisch en rivier-operaties op te nemen in HB MHC 8-1/2 en dit handboek gelijktijdig om te nummeren naar HB MHC 8-1/1 Operationele Gezondheidszorg (OGZ) landoperaties.

Nieuwe test voor fysieke inzetbaarheid: van FIT naar FIT-CLAS

De landmacht introduceert een nieuwe Fysieke Inzetbaarheids Test (FIT), genaamd de 'FIT-CLAS', om beter aan te sluiten bij de recent herziene eisen waaraan militairen moeten voldoen. De FIT-CLAS is ontwikkeld door de Lichamelijke Oefening (LO) & Sportorganisatie Koninklijke Landmacht, Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie en het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid. Het grootste verschil met de oude test is de overgang van losse testonderdelen naar het doorlopen van een fictief inzetscenario. Daarnaast is de benodigde tijdsduur ook aanzienlijk afgenomen.

Lees in [dit artikel](#) over de veranderingen, de eerste ervaringen en wie de FIT-CLAS gaat gebruiken. De formele ingangsdatum is 1 januari 2026, maar de test wordt al in de tweede helft van 2025 in de nieuwe vorm afgenomen. Meer informatie over de FIT-CLAS is te vinden in de [open bibliotheek](#) van het Kenniscentrum LO&Sportorganisatie.

Heeft u nog vragen over FIT-CLAS? Dan kunt u via e-mail contact opnemen met drs. Bertil Veenstra (BJ.Veenstra.01@mindef.nl).

Beoefening operationeel geneeskundige keten

Militair medisch personeel heeft in de week van 11 augustus jl. de zogeheten operationeel geneeskundige keten beoefend. De focus lag hierbij op opvang, behandeling en het via de lucht afvoeren van zo'n 120 gewonden. Land- en luchtmacht werkten hierbij nauw samen en ook een civiel bedrijf leverde een bijdrage. Tijdens de training kregen de zwaarst gewonden voorrang bij evacuatie naar een militair veldhospitaal (Role 2). Daar is uitgebreidere diagnostiek mogelijk evenals chirurgische ingrepen. De gewonden werden met Chinook-transporthelikopters vervoerd. Eenmaal geland nam militair geneeskundig personeel 'op de grond' de slachtoffers over. Ook hier was een selectie in zwaarte van de verwondingen een wezenlijk onderdeel van de oefening. De volgende schakel in de geneeskundige keten is het transport naar een hoger zorgniveau. De gewonden belandden uiteindelijk in het Centraal Militair Hospitaal of specialistische civiele ziekenhuizen. Het volledige nieuwsbericht is via [intranet](#) of [internet](#) te lezen.

Regelgeving

I-MGA/005 'De Rode Kruis Identiteitskaart en de Rode Kruis Armband' is vastgesteld

Nederland committeert zich aan het Humanitair Oorlogsrecht (HOR). Op basis van de Conventies van Genève (1949) en het HOR genieten bepaalde groepen non-combattanten bijzondere bescherming. Ter herkenning van deze bijzondere bescherming ontvangen deze non-combattanten een Rode Kruis Identiteitskaart (RKI) en een Rode Kruis Armband (RKA). De [I-MGA/005](#) beschrijft de uniforme kenmerken en stelt de kaders rondom verstrekking van de RKI en de RKA.

De praktische uitwerking zoals aanschaf van benodigde middelen, het inrichten en borgen van de procedure van uitlevering en registratie wordt opgepakt vanuit de staf DGO door de afdeling bedrijfsvoering en Reguliere Militaire Gezondheidszorg (RMG) in afstemming met de defensieonderdelen.

Wijziging in proces geneeskundig onderzoek ten behoeve van opleiding in de VS

De PB-179 'Proces geneeskundig onderzoek ten behoeve van opleiding in de Verenigde Staten (VS)' is gewijzigd. Tot voor kort moesten defensiemedewerkers die voor een opleiding naar de VS gingen verplicht een röntgenfoto laten maken om tuberculose uit te sluiten. Vanaf heden is een negatieve Interferon Gamma Release Assay (IGRA)-bloedtest ook toegestaan. Omdat deze bloedtest geen stralingsbelasting met zich meebrengt wordt hierop overgegaan. De [PB 179](#) en het formulier '[Medical Screening Dutch students](#)' zijn hierop aangepast.

Klachtenbehandeling gezondheidszorg

Reactie MGA op Jaarverslag klachtenfunctionarissen MGZ 2024

In de vorige nieuwsbrief (nr. 6/7 - juni/juli) stond een verwijzing naar het Jaarverslag klachtenfunctionarissen MGZ 2024. De Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA), commandeur-arts dr. Jelle Bos heeft inmiddels een [reactie](#) gegeven op het jaarverslag. Het advies is om de kennissessies tussen de kwaliteitsmanagers en klachtenfunctionarissen voort te zetten. Mede naar aanleiding van het aantal binnengekomen klachten bij de operationele commando's (2 in 2024), wordt geadviseerd aandacht te geven aan het klachtenmanagement binnen de operationele commando's. In het najaar zal een gericht onderzoek uitgezet worden bij het Defensy College.

Bedrijven DGO

Nieuw inzetstuk voor FM50 CBRN-masker voor elke militair die een (lees)bril of contactlenzen draagt



Elke militair die een (lees)bril of contactlenzen draagt, krijgt voor het nieuwe FM50 CBRN-masker een nieuw inzetstuk. Het is belangrijk een afspraak te maken voor het aanmeten van dit inzetstuk ook als u nog geen nieuw masker heeft.

Bent u in 2023 of recenter bij het Centraal Militair Hospitaal (CMH) geweest voor een oogmeting en uw sterkte voldoet nog, dan kunt u zelf uw brilinzet aanvragen. Lees via [deze link](#) hoe u de aanvraag kan indienen. Is dit niet het geval maak dan een afspraak voor een oogmeting bij het CMH en geef daarbij aan dat het voor het inzetstuk FM50 is. Voor de benodigde gegevens over het maken van een afspraak lees het volledige nieuwsbericht op [intranet](#).

Let op: Het project loopt af dus regel het aanmeten van het inzetstuk voor het einde van dit jaar.

Doorverwijzing voor medische hulpmiddelen

De militair is verplicht om zijn/haar zorg met betrekking tot medische hulpmiddelen af te nemen bij Orthopedie Techniek Aardenburg (OTA) van het Militair Revalidatie Centrum. Dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Als een verwijzer de militair extern (civiel) doorverwijst zal het medisch hulpmiddel niet vergoed worden door de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK)/ DSW Zorgverzekeraar.

De juiste route is dat de verwijzer een verwijsbrief (met een goede beschrijving van de klacht en de medische indicatie) mailt naar ota@mrcdoorn.nl. OTA kijkt aan de hand van de verwijsbrief of zij het medisch hulpmiddel kunnen leveren. Wanneer dit niet mogelijk is, regelt OTA een akkoordverklaring waarmee het medisch hulpmiddel civiel kan worden aangeschaft en de kosten door DSW/SZVK worden vergoed.

Schoenen

In tegenstelling tot het gestelde in nog geldende interne defensierichtlijnen levert OTA geen aangepast schoeisel en doet ook geen schoenaanpassingen. Dit doet het Kleding- en Persoonsgebonden Uitrustingsbedrijf (KPU) dan wel gaat het via het medisch schoenensprekuur in het Militair Revalidatie Centrum.



Medische indicatie

OTA ontvangt regelmatig verwijsbrieven zonder (duidelijke) vraagstelling of met juist heel veel informatie, zoals een overzicht met episodes en metingen en ziektes. Deze gegevens zijn niet relevant voor de vraagstelling. Vermelding hiervan is dan ook niet wenselijk. Graag alleen een duidelijke vraagstelling vermelden, klachtomschrijving en medische indicatie.

Nieuwe commandant voor het EGB

Maandag 14 juli jl. heeft kolonel Bastiaan Nieuwdorp het commando over het Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf (EGB) officieel overgenomen. Hij volgt luitenant-kolonel Linda Boogaard op die het EGB de afgelopen periode met veel inzet heeft geleid. Het volledige nieuwsbericht over de commando-overdracht is te lezen op [intranet](#).

Hondenvluchten: logistiek en verzorging

Nederlandse hondenteams van Defensie bewaken de MQ-9 Reapers in Roemenië. Het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) is kennisdomeinhouder Dieren van Defensie en geeft advies op het gebied van veiligheid, (preventieve) gezondheid en welzijn van alle levende wezens, zoals de Military Working Dogs. Bij voorkeur wordt gevlogen zonder tussenstops om de reistijd voor de honden zo kort mogelijk te houden en de geleider wil in de buurt van zijn hond kunnen zijn. Iets wat op een commerciële vlucht onmogelijk is. Uiteraard moeten alle vaccinaties, ontwormingen, preventieve maatregelen en paspoorten van de honden in orde zijn.

Opening gezondheidscentrum 't Harde

Het nieuwe pand voor het Gezondheids- en Tandheelkundig Centrum op de Tonnetkazerne in 't Harde is



10 juli jl. officieel geopend en in gebruik genomen. Dit nieuwe pand is het eerste volledige emissievrije defensiegebouw. Het gebouw is niet alleen duurzaam en toekomstbestendig, het is ook ontworpen met oog voor het welzijn van de medewerkers en patiënten. Na een korte trainingsperiode voor het personeel kunnen de centra nu hun patiënten ontvangen. Het volledige nieuwsbericht is te lezen op [intranet](#) of [internet](#).

Demissionair minister van Defensie bezoekt Militair Revalidatie Centrum



Minister Ruben Brekelmans bezocht donderdag 7 augustus het Militair Revalidatie Centrum (MRC) in Doorn. Hij sprak daar met Oekraïense revalidanten en bracht een bezoek aan Orthopedie Techniek Aardenburg. Sinds oktober 2021 biedt het MRC plek aan militaire en burgerslachtoffers uit Oekraïne, inclusief de huidige 13 revalidanten zijn inmiddels 82 Oekraïners behandeld of onder behandeling. De minister sprak een aantal van hen tijdens therapiesessies. Revalidatiezorg voor de Oekraïners is

vaak complex en vraagt een hoge mate van expertise die in hun eigen land niet altijd beschikbaar is. Commandant MRC Monika Kop vertelt: “Patiënten hebben bijvoorbeeld letsel veroorzaakt door explosies. Een gevolg is dikwijls een (dubbele) beenamputatie. Met protheses moeten zij weer leren lopen”. Na ontslag krijgen de revalidanten een uitgebreid dossier mee, dat onder meer alle protheseonderdelen beschrijft. In het thuisland moeten zij verder worden geholpen. De behandelaars van het MRC adviseren Oekraïense collega’s ook op afstand. Daarnaast zet het MRC een speciaal project op voor zorgverleners in Oekraïne. De Nederlanders gaan hen leren om patiënten na een beenamputatie snel en adequaat mobiel te krijgen met een goed passende prothese. Het betreft een klein aspect van het vak om een relatief eenvoudige behandeling heel goed uit te voeren. Het is niet mogelijk om ze alle aspecten van het vak te leren, want de specialisatie tot revalidatiearts duurt vier jaar. Daarnaast doet het MRC met de zorg voor de Oekraïense gewonden veel kennis en ervaring op het gebied van oorlogstrauma op. Lees het volledige verslag van dit bezoek op [intranet](#) of [internet](#) en/of beluister via [internet](#) het interview met de minister in de uitzending van Sven Op 1 - zomereditie op Radio NPO 1 vanaf het MRC.

Preventieve gezondheidszorg

Hoe om te gaan met insectenallergie



Statistisch gezien is er in elke huisartsenpraktijk minimaal één persoon met een potentieel levensbedreigende allergie voor bijen- of wespengif. Deze patiënten worden echter vaak niet goed herkend in de praktijk, waardoor zij in bepaalde gevallen onterecht onderbehandeld blijven. Voor zorgprofessionals is er op de website van Allergologisch Laboratorium Kopenhagen (ALK) een artikel beschikbaar met daarin praktische informatie over:

- de verschillende soorten stekende insecten;
- preventieve maatregelen ter voorkoming van insectensteken;
- het herkennen van verschillende reacties na een insectensteek;
- indicaties voor verwijzing naar een allergoloog;
- mogelijkheden tot diagnostiek en behandeling van insectengifallergie met allergeen specifieke immunotherapie.

Het artikel is te raadplegen via [internet](#) (inloggen met een BIG-nummer is vereist om het document te kunnen lezen).

Keuring & Selectie

Nieuwe keuringslocatie in Wezep

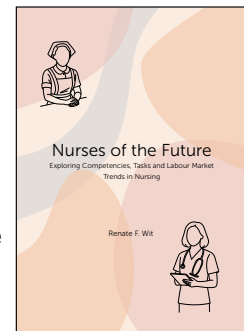
Aspirant-militairen en reservisten uit het noorden van het land kunnen voor het selectie- en keuringstraject nu in de eigen regio terecht. Daarvoor is op 16 juli jl. de zogeheten ‘keuringshub’ geopend op de Prinses

Margrietkazerne in Wezep. Omdat de organisatie versneld moet doorgroeien naar 100.000 medewerkers in 2030 stellen meerdere hubs in het land Defensie in staat grotere aantallen kandidaten te selecteren en te keuren. De andere twee keuringslocaties zijn Amsterdam en Oirschot.

Wetenschappelijk onderzoek

Proefschrift 'Nurses of the future'

Het proefschrift 'Nurses of the future' beschrijft de trends in het verpleegkundig beroep. In de verpleging gaat steeds meer aandacht uit naar het bevorderen van zelfmanagement, het betrekken van naasten, digitale zorgvormen en hoe te anticiperen op een groeiend tekort aan zorgpersoneel. Renate Wit beschrijft deze trends in haar proefschrift dat via [internet](#) is te downloaden.



Veteranenzorg

Veteranenlexicon: voor een beter begrip van de belevingswereld van de Nederlandse veteraan

In opdracht van het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV) is het Veteranenlexicon vervaardigd, in co-creatie met ARQ Kenniscentrum Oorlog, Vervolging en Geweld. Het Veteranenlexicon is bedoeld als handreiking voor huisartsen, psychologen, psychiaters, verplegers of maatschappelijk werkers die te maken hebben met militairen en veteranen. Militairen spreken hun eigen taal en het kan dus wel eens lastig zijn om bepaalde woorden, uitspraken en uitdrukkingen van militairen te begrijpen. Door het schetsen van de belevingswereld én het bieden van praktische handvatten en achtergrondinformatie geeft het lexicon een overzicht van zaken die helpen een brug te slaan in het contact met een militair. Het Veteranenlexicon is te raadplegen/downloaden via [internet](#).

Rapporten

Rapportage datalekken 2024 van de Autoriteit Persoonsgegevens

De sector Gezondheid & Welzijn was in 2024 opnieuw koploper in het aantal datalekmeldingen. Dat blijkt uit de jaarlijkse datalekkenrapportage van de Autoriteit Persoonsgegevens. Het rapport is te downloaden via [internet](#).

Boekbesprekingen

Leestip - De Villa: Traumabehandeling met psychedelica

Er lopen momenteel vele klinische onderzoeken naar de rol van psychedelica bij diverse psychiatrische aandoeningen. Dat maakt dat er ook wordt gekeken naar voorlopers en pioniers. Een van hen was prof. dr. Jan Bastiaans (1917-1997) die vanaf de jaren zestig gezag genoot als expert op het gebied van de behandeling van getraumatiseerde oorlogsslachtoffers. Bastiaans gebruikte psychedelica (LSD vooral) als middel om toegang te krijgen tot de diepste lagen van de psyche, niet alleen als therapie, maar als een poort naar geestelijke bevrijding, schrijft psychiater Eric Vermetten in de bundel 'de Villa'. Die

Villa was destijds de dependance van de Leidse Jellgismakliniek waar Bastiaans zijn patiënten behandelde.

De Villa, Leo van Bergen en Eric Vermetten (red.), uitgeverij Verbum. ISBN 9789493028807

Een uitgebreide boekbespreking is te lezen op p. 216-218 (Red.)



Leestip - Verborgen achter maskers: tien uitzendingen, één gevecht

Luisa Bonanno, anesthesiemedewerker bij het Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR), schreef een boek over haar traumatische belevenissen en (soms vernederende) ervaringen in het missiegebied. Met dit boek en haar 'nuldelijns' hulpactiviteiten voor veteranenlotgenoten probeert ze het taboe dat helaas nog altijd rust op PTSS bij (oud-)militairen te doorbreken.

Verborgen achter maskers: tien uitzendingen, één gevecht, Luisa Bonanno, Kompas uitgeverij. ISBN 9789492107619



Op 30 september en 1 oktober a.s. vindt de 13e International Conference on Disaster and Military Medicine (DiMiMED) plaats in Koblenz. De conferentie is georganiseerd door de Duitse defensieorganisatie CPM.

Het thema van de conferentie is: 'Anticipating the Unknown – Preparing for the Future. Strengthening Medical Capacities to

Prepare for Unpredictable Disaster and Combat Challenges'. Meer informatie over het programma en de registratie voor DiMiMED is beschikbaar via [internet](#).

30 oktober tot 1 november 2025:

56e jaarcongres Duitse Vereniging voor Militaire Geneeskunde en Farmacie

De Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP) is met ongeveer 4.000 leden de beroepsvereniging voor militaire geneeskunde en farmacie. De missie van de DGWMP is het aanbieden van gecertificeerde professionele trainingen voor alle leden van de Medische Dienst van de Bundeswehr. Dit doet men door middel van digitale of hybride formats, evenementen georganiseerd door de regionale afdelingen, licentie- en thematische werkgroepen, en conferenties en congressen over de belangrijkste thema's van militaire geneeskunde en farmacie. Meer informatie vindt u op de [DGWMP website \(internet\)](#).

Van 30 oktober tot 1 november 2025 vindt het 56e jaarcongres van de DGWMP plaats in het Noord-Duitse Papenburg vlakbij de Nederlandse grens bij Groningen. Het congresprogramma biedt een gevarieerd aanbod van lezingen en workshops op klinische -, medisch-organisatorische -, tandheelkundige -, farmaceutische - en veterinaire onderwerpen. Het congres is primair voor personeel van de Duitse militair geneeskundige dienst en de voertaal is daarom vrijwel volledig Duits. Voor deelname aan dit congres is het goed kunnen verstaan en begrijpen van de Duitse taal daarom een must. Jaarlijks nemen gasten uit Oostenrijk, Zwitserland, Frankrijk en Luxemburg deel aan het congres. Kijk voor meer informatie, ook over het aanmelden voor deelname op [internet](#).

Wilt u deelnemen aan het congres, vriendelijk verzoek dit ook even te melden aan de Nederlandse verbindingsofficier ([kolonel-arts W. Korterink](#)) bij de Duitse geneeskundige dienst.

Vooruitblik naar 2026

Het 57e jaarcongres vindt in de herfst van 2026 ook in Papenburg plaats met als thema de gezondheidszorgaspecten van het "Operationsplan Deutschland (OPLAN-DEU)" hetgeen de Duitse plannen zijn voor de bondgenootschappelijke verdediging in de context van een NAVO-artikel 5-operatie. Dit onderwerp is ook voor de Nederlandse militair geneeskundige dienst uitermate interessant.

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

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

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

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

**1 op de 5 mensen
krijgt dementie.**



Alzheimer Nederland is er voor iedereen die met dementie te maken krijgt.
Voor een beter leven mét dementie en een toekomst zónder dementie.

Informatie vind je op alzheimer-nederland.nl.

NEDERLANDS MILITAIR GENEESKUNDIG TIJDSCHRIFT

MINISTERIE VAN DEFENSIE - DEFENSIE GEZONDHEIDSZORG ORGANISATIE

