

Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen

prof. dr. B.P.R. Gersons, dr. W.H.M. Gorissen,
dr. M. de Vries, drs. C. IJzerman, drs. D.A. Wiersma*

Inleiding

De functie en de samenstelling van de Nederlandse krijgsmacht zijn in beweging: van landsverdediging naar het handhaven van vrede in het buitenland, van krijgsmachtdeel-gebonden naar gezamenlijk optreden. Daarnaast is er een nieuwe generatie veteranen ontstaan, die een eigen aanpak vraagt: de 'jonge' veteranen die hebben deelgenomen aan vredesmissies en de dienst hebben verlaten.

Deze ontwikkelingen stellen nieuwe eisen aan de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor militairen en veteranen. Er is behoefte aan eenheid van visie en aanpak, en aan optimalisering

* B.P.R. Gersons is hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam en lid van de raad van bestuur van De Meren, de organisatie voor regionale, forensische en academische geestelijke gezondheidszorg te Amsterdam.

W.H.M. Gorissen is arts voor maatschappij en gezondheid, en epidemioloog en manager Zorgontwikkeling bij De Meren.

M. de Vries is gezondheidswetenschapper en senior beleidsmedewerker onderzoek en ontwikkeling bij de Stichting Impact, Landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg na rampen.

C. IJzerman is kolonel-arts, verbonden aan de Dienst Militaire Gezondheidszorg van het ministerie van Defensie.

D. A. Wiersma is sociaal-wetenschapper en zelfstandig adviseur Ariadne Coaching & Organisatieontwikkeling.

van de inhoud van de zorg. De staatssecretaris van Defensie, C. van der Knaap, heeft in september 2004 prof. dr. B.P.R. Gersons, hoogleraar psychiatrie en expert op het gebied van psychotrauma, gevraagd te adviseren over een visie op en een blauwdruk voor de militaire geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De staatssecretaris sloot daarmee aan bij het advies Veteranenzorg van luitenant-generaal b.d. C.J.M. de Veer, waarin werd opgeroepen tot eenheid van visie en handelen, ondersteund door een expertisecentrum van Defensie.

Met medewerking van meerdere interne en externe deskundigen is het advies 'Bijzondere missie: GGZ voor militairen en veteranen', in het vervolg aangeduid als 'het advies', tot stand gekomen en op 1 juni 2005 uitgebracht.

Dit artikel gaat in op de inhoud van het advies. Allereerst staan we kort stil bij de gevolgen die een uitzending kan hebben en beschrijven we de bestaande militaire GGZ en vergelijken deze met de civiele GGZ. Daarna zetten we de ontwikkelde visie en blauwdruk uiteen. Als laatste volgt wat Defensie doet met het advies.

Gevolgen van uitzendingen

In Nederland nemen jaarlijks enkele duizenden militairen deel aan vredes-



missies. Deze uitzendingen hebben voor het overgrote deel van de uitgezonden militairen positieve gevolgen. Veel militairen zijn trots op hun bijdrage aan de vrede en de wederopbouw in de inzetgebieden. Zij zien met tevredenheid terug op hun uitzending; zij kennen de waarde van hechte banden met collega's en zijn persoonlijk sterker geworden. Het merendeel van hen zal de meege maakte gebeurtenissen dan ook een



Boven: Het Veteraneninsigne, een Veteranenpas en een luchtfoto van het Veteraneninstituut te Doorn

Links: Op het Veteraneninstituut te Doorn reikt ICK Van Baal het Veteraneninsigne uit aan veteranen van de vier Opco's

(Foto's AVDD; collectie NIMH)

Uit Nederlands en internationaal onderzoek blijkt dat het risico op psychische problemen en stoornissen als gevolg van uitzending aanzienlijk is. Ongeveer één op de vijf uitgezonden militairen ontwikkelt klachten, vooral lichamelijk onverklaarde klachten (LOK) of symptomen van een post-traumatische stress-stoornis (PTSS). Bij een deel van deze mensen blijven de klachten lang bestaan en bij een beperkt deel zijn de klachten zo ernstig dat ze behandeling behoeven (PTSS; bij 4-5 procent van de uitgezonden militairen).

Er is dus een grote inspanning op psychologisch gebied nodig om militairen optimaal voor te bereiden op hun moeilijke taak elders in de wereld, of in Nederland wanneer het nationale taken, bijvoorbeeld terrorismebestrijding, betreft.

Huidige militaire ggz

Doelgroep

De primaire doelgroep van de militaire ggz bestaat uit bijna 51.000 actieve

passende plaats kunnen geven in hun verdere leven.

Dit neemt natuurlijk niet weg dat militairen een beroep met grote risico's hebben. Tijdens uitzending moeten zij in onbekende gebieden met ongekende omstandigheden en culturen vrede tot stand brengen of bewaren. Vijandige groeperingen kunnen een enorme bedreiging vormen voor de uiterst zichtbare en herkenbare militairen

van wie – in beginsel en afhankelijk van het soort missie – een neutrale opstelling wordt verwacht.

Militairen kunnen onder meer te maken krijgen met gijzeling, mishandeling, marteling, een afwijzende houding van de lokale bevolking of lichamelijk letsel. Los van de directe gevaren die deze situaties in zich dragen, vergroten zij ook de kans op het ontwikkelen van klachten na uitzending.

militairen, grotendeels jonge, autochtone mannen. Soms worden veteranen of burgerpersoneel behandeld. Familieleden worden incidenteel meebehandeld. De komende jaren zal het aantal 'jonge' veteranen sterk toenemen ten opzichte van het aantal 'oude' veteranen.

Psychische stoornissen

In de civiele en militaire GGZ worden in dezelfde mate vergelijkbare diagnoses gesteld. Militairen en burgers van gelijke leeftijd en geslacht blijken vergelijkbaar wat betreft het algemene voorkomen van psychische stoornissen. Uitzonderingen op deze regel vormen de diagnose PTSS, die bij militairen vaker wordt gesteld, en zeer ernstige psychiatrische stoornissen. Deze laatste komen bij militairen nauwelijks voor; vermoedelijk vanwege de screening bij indiensttreding.

Vanwege het repressieve beleid ten opzichte van alcohol en drugs zullen

'middenstoornissen' (klachten ten gevolge van (overmatig) gebruik van deze middelen) naar verwachting minder worden aangetroffen dan bij de in leeftijd en geslacht vergelijkbare civiele bevolking.

Naar schatting heeft – net als bij de civiele bevolking – eenkwart van alle militairen in één jaar een psychische stoornis (vooral depressie en angststoornissen). Epidemiologisch onderzoek naar het vóórkomen van psychische stoornissen bij militairen en veteranen kan meer duidelijkheid bieden over daadwerkelijke en actuele prevalenties. Tot op heden is dergelijk onderzoek niet verricht.

Van de militairen met een psychische stoornis heeft ongeveer eentiende deel behandeling nodig (dus 2,5 procent van alle militairen). Hierbij moet het aandeel uitzendingsgerelateerde klachten en de daaruit voortvloeiende behandelingen nog worden opgeteld.

Het gebruik van de militaire GGZ wijkt niet sterk af van de schattingen op basis van gegevens over de burgerbevolking. Uitzendingsgerelateerde stoornissen betreffen ongeveer 10 procent van de instroom in de militaire GGZ. De instroom van veteranen is beperkt, behalve bij het Centraal Militair Hospitaal (CMH).

Organisatie van de zorg

Ook wat betreft de organisatie van de zorg zijn er gelijkenissen tussen de militaire en civiele GGZ. Net als in de civiele gezondheidszorg heeft de militaire arts de eerstelijnsrol voor GGZ-problematiek. De militaire GGZ functioneert als tweedelijns-GGZ, maar met een deels eerstelijns toegang. Zij levert zorg in de reguliere situatie op kazernes en bases en rond uitzending. Voor crisisinterventies en enkele specifieke behandelvormen wordt samengewerkt met de civiele GGZ. Het zorgaanbod van de militaire GGZ is samengevat in tabel 1 (situatie mei 2005).



Uitvaart van een Nederlandse SFOR-militair, Bosnië-Herzegovina (Foto Mediagroep SFOR; collectie NIMH)

Type zorg	'Reguliere' situatie	Voor uitzending	Tijdens uitzending	Na uitzending
Preventie	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende; militair zelf; groep; aanstellingskeuring; vliegerpsychologen KLu 1 ^e /2 ^e lijn: -	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende 1 ^e lijn: voorlichting 2 ^e lijn: zonodig ondersteuning voorlichting	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende; militair zelf; groep 1 ^e lijn: - 2 ^e lijn: psycholoog ter plaatse of SPRINT *	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende; militair zelf; groep 1 ^e lijn: voorlichting 2 ^e lijn: ondersteunen voorlichting
Vroeg-signalering	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende; militair zelf; groep; MDD en geestelijke verzorging 1 ^e lijn: laagdrempelige toegang; verwijzing (huisarts en bedrijfsarts) 2 ^e lijn: -	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende 1 ^e lijn: - 2 ^e lijn: -	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende; militair zelf; militair zelf; groep; MDD en geestelijke verzorging 1 ^e lijn: laagdrempelige toegang; verwijzing 2 ^e lijn: psycholoog ter plaatse of SPRINT	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende; militair zelf; groep; MDD en GV; rol Vi (veteranen) 1 ^e lijn: laagdrempelige toegang; verwijzing 2 ^e lijn: voorlichting en 'debriefing'; bevraging na zes maanden
Behandeling / begeleiding	0 ^e lijn: - 1 ^e lijn: eerstelijns-behandeling (huisarts, MDD), verwijzing 2 ^e lijn: gespecialiseerde diagnostiek en behandeling	0 ^e lijn: - 1 ^e lijn: eerstelijns-behandeling (huisarts, MDD), verwijzing 2 ^e lijn: gespecialiseerde diagnostiek en behandeling	0 ^e lijn: - 1 ^e lijn: eerstelijns-behandeling (huisarts, MDD), verwijzing 2 ^e lijn: psycholoog ter plaatse of SPRINT	0 ^e lijn: - 1 ^e lijn: eerstelijns-behandeling (huisarts, MDD), verwijzing 2 ^e lijn: gespecialiseerde diagnostiek en behandeling
nazorg	0 ^e lijn: werkgeversrol direct leidinggevende 1 ^e lijn: begeleiding rehabilitatie 2 ^e /3 ^e lijn: behandelcomponent rehabilitatie	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t. rol Vi

Tabel 1: Overzicht zorgaanbod militaire GGZ (situatie mei 2005)

De totale omvang van de militaire GGZ bedraagt 94 FTE. Deze is verdeeld over de afdeling Psychiatrie van het CMH en drie krijgsmachtdeelgebonden ambulante GGZ-afdelingen: de Afdeling Individuele Hulpverlening van de Koninklijke Landmacht / Koninklijke Marechaussee (AIH-KL/KMar), de Afdeling GGZ van de Koninklijke Luchtmacht (AGGZ-KLu) en de GGZ van de Koninklijke Marine (GGZ-KM).

De krijgsmachtdelen verschillen niet alleen qua kleur maar ook voor wat betreft de organisatie, visie en uitvoering van de zorg. Zo heeft de AIH-KL/KMar relatief veel psychologen/psychotherapeuten in dienst (29 op 1 psychiater) en zijn de verschillen bij de zorg rond uitzending geprononceerd. Een uitzondering hierop vormt de geharmoniseerde – de door alle krijgsmachtdelen gebruikte – nazorgvragenlijst die zes maanden na terugkeer wordt afgenomen.

Wanneer de organisatie van de GGZ voor militairen en veteranen in andere westerse landen nader wordt be-

schouwd, blijkt er geen standaardoplossing te zijn voor de zorg rondom uitzendingen. In verhouding tot een aantal andere westerse landen is de Nederlandse militaire GGZ niet onderbezet.

Kwaliteit van zorg, onderzoek en kennismangement

In de civiele GGZ zijn zorgprogramma's en zorglijnen sterk in ontwikkeling. Binnen de militaire GGZ zien we dit terug bij de afdeling Psychiatrie



Kosovo-missie. Psychologische einddebriefing van de bedrijfsmaatschappelijke werker behorend tot 41 (NL) ARTY BNRA KFOR II in Orahovac, april 2000

van het CMH. Hier bestaan naast een algemene zorglijn, specifieke zorglijnen voor PTSS en alcohol. De ambulante militaire GGZ-afdelingen werken niet met specifiek ontwikkelde zorglijnen of zorgprogramma's. Er wordt wel gebruik gemaakt van civiele GGZ-behandelrichtlijnen.

De militaire GGZ beschikt niet over een eenduidig kwaliteits- of registratie- en dossiersystemen. Aansluiting bij de landelijke standaarden in de civiele GGZ voor registratie en kwaliteitsmanagement is niet op alle plaatsen gerealiseerd.

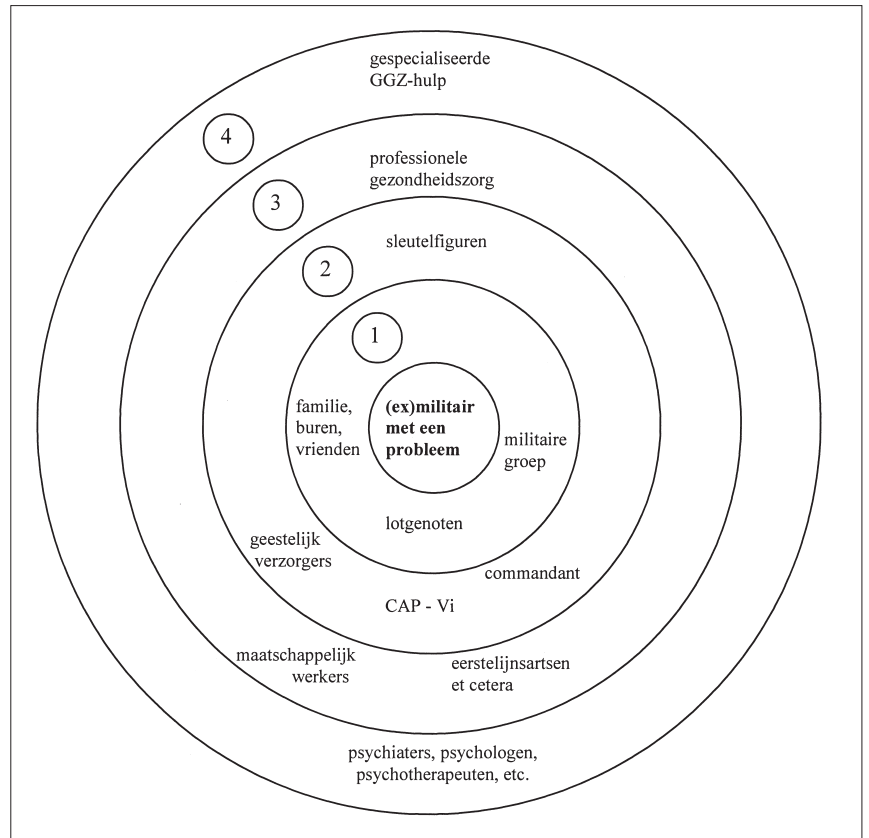
De militaire GGZ beschikt niet over een lange-termijnvisie op kennisontwikkeling en onderzoek. Kennis wordt 'te hooi en te gras' verzameld, terwijl wetenschappelijk onderzoek sterk door persoonlijke belangstelling bepaald wordt. Coördinatie van wetenschappelijk onderzoek ontbreekt, evenals samenwerking tussen de verschillende uitvoerende partijen. De wisselwerking tussen de klinische praktijk, onderzoek en beleid is nog gering, waardoor het kennismanagement zwak is en bepaalde soorten relevant onderzoek ontbreken. In de nieuwe opzet wordt hierin structuur aangebracht.

Visie: Op weg naar eenheid in de zorg voor militairen en veteranen

Militaire GGZ in het algemeen

In 'het advies' is de volgende visie op de militaire GGZ geformuleerd: de militaire GGZ is een primair bedrijfsgerichte GGZ voor mensen met het beroep met grote risico's van militair. Zij vindt haar legitimatie in de operationele inzet bij oefeningen en uitzending, de aanwezigheid van specifieke problematiek bij militairen en veteranen, en de nadruk op inzetbaarheid.

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen de gespecialiseerde GGZ in 'engere' zin (de tweede lijn) en de GGZ in 'brede' zin, waaronder wordt verstaan: de zorg door familie, collega's,



Figuur 1: Kringenmodel voor de GGZ, aangepast aan de militaire situatie

commandanten, geestelijk verzorgers, en een eerste lijn van militair artsen en maatschappelijk werk. Hiervoor kan het 'kringenmodel' voor de geestelijke gezondheidszorg worden gebruikt, met enige aanpassingen voor de militaire situatie (zie figuur 1).

Wat betreft de zorg rondom uitzending is dit kringenmodel voor militairen en veteranen erg belangrijk. Als er in de verschillende kringen goede kennis aanwezig is over de factoren die belangrijk zijn vóór, tijdens, maar vooral ná uitzendingen, kunnen opvang en signalering van eventuele problemen beter plaatsvinden.

Geestelijke gezondheidszorg kan op verschillende momenten in het leven van militairen noodzakelijk zijn. De inhoud van de zorg dient daarom zo goed mogelijk aan te sluiten bij de verschillende episoden in het militaire bestaan: op de kazerne, rondom uitzending en na het verlaten van de dienst.

Militaire GGZ in 'engere' zin per episode

De militaire GGZ voor kazernes en bases – de reguliere zorg – hoeft in principe niet inhoudelijk te verschillen van de civiele GGZ. Dit betekent dat er gebruik dient te worden gemaakt van protocollen voor intake en kortdurende behandeling, evenals van specialistische, diagnosespecifieke zorgprogramma's voor veel voorkomende stoornissen, waaronder depressie, angststoornissen, PTSS en LOK.

De zorg vóór, tijdens en na uitzending is een kerntaak van de militaire GGZ. Vooral voorafgaand aan de uitzending, maar ook in de perioden daarna draagt de militaire GGZ mede zorg voor de informatieverstrekking aan militairen en de 'kringen' rondom hen. Het ontbreken van een 'terugvalmogelijkheid' op de civiele GGZ, terwijl de militair zich in een 'hoogerisicosituatie' bevindt, stelt bijzondere

eisen aan de beschikbaarheid en organisatie van de zorg tijdens de uitzending.

Ook bij de afronding van een uitzending en in het traject van de nazorg speelt de militaire GGZ een rol. De militaire GGZ rond uitzending heeft behoefte aan krijgsmachtbrede, gestandaardiseerde richtlijnen en protocollen waarbinnen ruimte bestaat voor verbijzonderingen. Afwijkingen op de regel, bijvoorbeeld op basis van een beoordeling van de karakteristieken van een missie, kunnen met advies van de militaire GGZ worden vastgesteld door de Directie Militaire Gezondheidszorg van de Hoofddirectie Personeel en worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Chef Defensiestaf.

Het verdient aanbeveling de zogenoemde 'debriefing' zo dicht mogelijk terug te brengen tot zijn oorspronkelijke militaire betekenis. Dat betekent dat voorafgaand aan de uitzending een 'briefing' plaatsvindt. Men ontvangt en bespreekt alle relevante informatie die nodig is om een actie te ondernemen. Na afloop vindt 'debriefing' plaats. Dat betekent: het bespreken van hoe een en ander verlopen is, wat men ervan kan leren, hoe iedereen het ervaren heeft, stoom afblazen en eventueel aandacht geven aan ingrijpende gebeurtenissen. Dit kan in de toekomst, na zorgvuldige scholing en training, voor het grootste deel door militairen zelf worden uitgevoerd en, afhankelijk van de situatie, in meer of mindere mate ondersteund worden door deskundigen.

De militaire GGZ voor veteranen richt zich op mensen met een 'militair verleden in een civiele omgeving'. Tijdens uitzending kunnen zij ervaringen hebben opgedaan die hun sporen

nalaten zonder dat dit voor anderen, niet-militairen, duidelijk is. Het is zeer wenselijk om voor veteranen op korte termijn specifieke programma's op te zetten en daar breed bekendheid aan te geven. Deze programma's dienen op basis van de op dat moment bestaande kennis en inzichten te worden ingericht.

Daarvoor is afstemming nodig met het Veteraneninstituut over de opvang van de hulpvraag en bijbehorende verwijzingen, en afstemming met de civiele GGZ, die ook veel veteranen behandelen. Het verdient aanbeveling de gespecialiseerde behandelingen te concentreren op de afdeling psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal (CMH) en bij gespecialiseerde civiele instituten als Centrum '45 en het Sinai Centrum

Een scenario voor de militaire GGZ

Zelf doen versus verwijzen

In 'het advies' richt de militaire GGZ zich primair op het behandelen van actief dienende militairen waar het bekende, veel voorkomende storingen betreft; en op uitzendingsgerelateerde problematiek. Verwijzing naar de civiele GGZ vindt plaats

wanneer de aard van de problematiek deskundigheid vraagt die buiten de militaire GGZ beter voorhanden is.

Voor veteranen dienen specifieke programma's (betreffende PTSS, LOK, persoonlijkheidsproblematiek) volgens de stand van de kennis ontwikkeld te worden. Het verdient aanbeveling dit te concentreren binnen de afdeling psychiatrie van het CMH en de gespecialiseerde civiele instellingen. Behandeling van burgerpersoneel en familie is, uitzonderingen daargelaten, een taak voor de civiele GGZ.

Eén organisatie...

'Het advies' geeft aan dat de militaire GGZ in 'engere' zin één organisatie dient te worden om eenheid van visie en handelen mogelijk te maken. Hierin gaan op: de AIH-KL/KMar, de afdeling GGZ-KLU, de afdeling GGZ-KM, de afdeling Psychiatrie CMH en – voor de taken van zorg vóór, tijdens en na de uitzending – (een deel van) de vliegerpsychologen van de KLU.

Andere defensieafdelingen met psychologische taken onthouden zich van hulpverleningstaken. Het Dienstencentrum Gedragswetenschappen behoort dus niet tot de militaire GGZ-organisatie.

De organisatie voor de militaire GGZ dient te worden geleid door een alge-



**VN-missie Cyprus.
Psychologische einddebriefing
van een militair die deel uitmaakte
van 1 (NL) UN COY UNFICYP (3),
november 1999, bij Nicosia**

meen directeur (m/v) met visie en strategisch inzicht.

... met drie zorglijnen...

Binnen de militaire GGZ worden drie zorglijnen onderscheiden: ‘GGZ voor kazernes en bases’, ‘GGZ rond uitzending’ en ‘GGZ voor veteranen’. Elke zorglijn heeft een eigen adjunct-directeur. Hij/zij stuurt de inhoud van de te leveren zorg aan via zorgprogramma’s, protocollen en richtlijnen.

...en vier locaties

De zorg wordt geleverd vanuit vier geografisch gespreide regioteams. Op één daarvan bevinden zich directie en staf. De teams hebben ‘meewerkende’ teamleiders (m/v) die als hiërarchische chefs primair verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsvoering. De teams bestaan uit een combinatie van militaire en burgerhulpverleners (bijvoorbeeld 3/4 - 1/4). Elk team heeft tenminste één psychiater.

Vanwege het belang voor de therapeutische relatie kunnen verzoeken om een militair hulpverlener, desgewenst van de eigen ‘kleur’, worden gehonoreerd. De regioteams worden daarom qua samenstelling afgestemd op de kleur van de in de nabijheid

gelegen kazernes en bases. Een overzicht van de voorgestelde organisatie is weergegeven in figuur 2.

Intekenen op de kenniscyclus

Een dergelijke hoogwaardige GGZ-inzet voor de krijgsmacht vraagt om een goede kennisoverdracht vanuit de wetenschap.

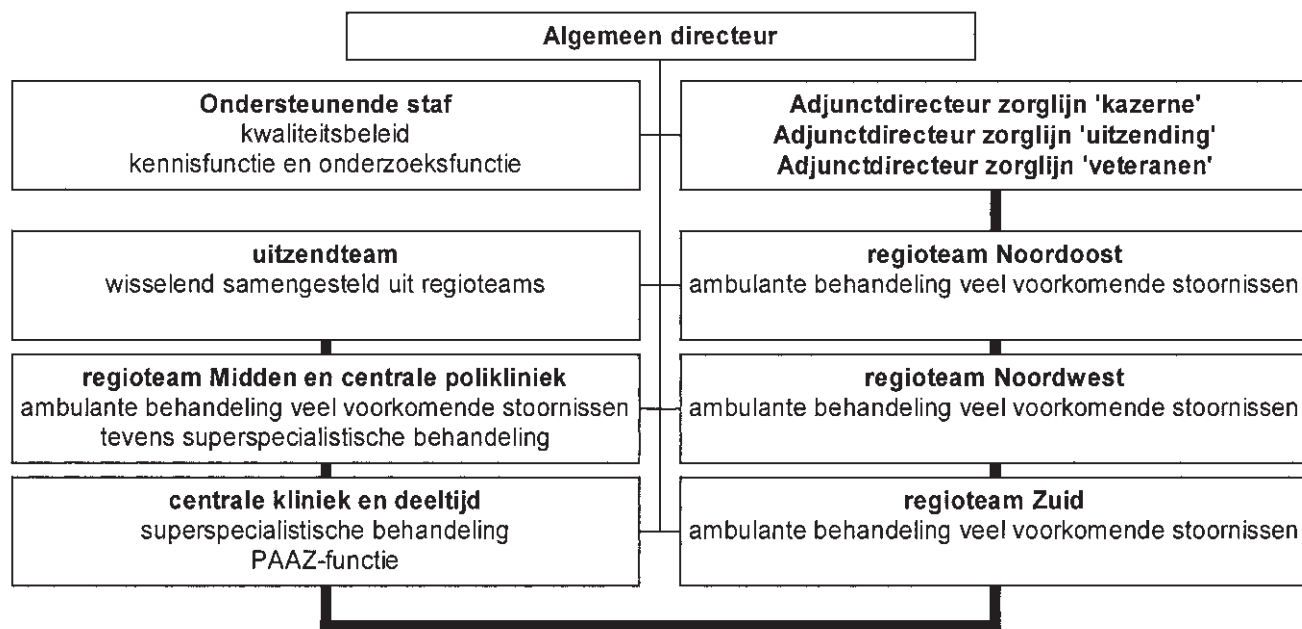
De militaire GGZ dient *evidence based* te werken. Hierbij moet optimaal gebruik worden gemaakt van in de civiele GGZ ontwikkelde kennis, protocollen, richtlijnen en zorgprogramma’s.

Ook voor bredere kwaliteitsborging dient te worden aangesloten op het in de civiele GGZ gebruikte Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ)-certificatieschema en de landelijke registratiestandaard ZorgIS.

In de civiele wetenschappelijke wereld bestaat weinig geconcentreerde aandacht voor vraagstellingen die relevant zijn voor de militaire situatie. Militair GGZ-onderzoek is vooral praktijkgericht, maar dient voldoende ruimte te bieden voor fundamenteel onderzoek, dat op langere termijn nieuwe mogelijkheden creëert voor behandeling en preventie van uitzendingsgerelateerde stoornissen.



Het is wenselijk dat een kennisinstituut wordt ingericht, met in- en externe deskundigen, dat de verbinding organiseert met de academische wereld, verwante kenniscentra zoals Stichting Impact – Landelijk kennis- en adviescentrum psychosociale zorg na rampen –, COGIS en zusterafdelingen in NAVO-landen. Het huidige Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut kan zich toespitsen op ‘bredere’ veteranenzaken.



Figuur 2: Organigram Dienst Militaire GGZ als onderdeel MGRB



**Veteranendag,
Den Haag, 29 juni 2005**
(Foto NIMH, O. Groot)

De eerste veteranendag werd gehouden in Den Haag op het Binnenhof, op de verjaardag van wijlen Prins Bernard, stond in het teken van respect voor iedere (oud-)militair die ooit voor het vaderland is uitgezonden naar het buitenland (Den Haag, 29 juni 2005)
(Foto Mindef, DV, P. Wiezorek; collectie NIMH)



Wat doet Defensie met 'het advies'?

Voor de onderzoeksfunctie wordt een onderzoeksprogrammaraad ingesteld met prominente wetenschappers, hulpverleners uit de civiele en militaire GGZ en vertegenwoordigers van Defensie. Onderzoek wordt bij een beperkt aantal instellingen uitgezet, bij voorkeur instellingen met bestaande, academisch verankerde, wetenschappelijke onderzoeklijnen. Deze onderzoeksinstellingen moeten onderling met elkaar in verband worden gebracht.

De ondersteunende staf van de militaire GGZ-organisatie ten slotte, faciliteert het kwaliteitsbeleid en de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's, evenals de kennis- en onderzoeksfunctie van de militaire GGZ.

'Het advies' is, zoals gezegd, op 1 juni 2005 aangeboden aan de staatssecretaris van Defensie. Deze gaf in zijn toespraak bij de ontvangst van 'het advies' aan dat hij de aanbevelingen overneemt. 'Het advies' is verwerkt in de nota Veteranenzorg, die op 1 juni 2005 naar de Tweede Kamer is gezonden, samen met 'het advies' als bijlage van die nota.

Vanuit de Directie Militaire Gezondheidszorg is kolonel-arts C. IJzerman inmiddels belast met het tot stand brengen van de nieuwe militaire GGZ-organisatie. In juli 2005 is het beleidsvoornemen hiertoe geaccordeerd

en vervolgens is een stuurgroep ingesteld om de herinrichting van de structuur en de inhoud van de militaire GGZ vorm te geven.

De plannen hiervoor zijn in het najaar van 2005 verder uitgewerkt en worden begin dit jaar aan de top van Defensie gepresenteerd. De nieuwe organisatie moet in het najaar van 2006 zijn gerealiseerd.

Literatuur

- Bramsen, I., Dirkzwager, A.J.E., Ploeg, H.M. van der – *Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Een onderzoek onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen.* Vrije Universiteit Amsterdam, 1997.
- Gersons, B.P.R., – *Acute psychiatrie* (derde herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum, 1995.
- Gersons, B.P.R., C. IJzerman, W.H.M. Gorissen, M. de Vries & D.A. Wiersma – *Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Advies van prof. dr. B.P.R. Gersons aan de Staatssecretaris van Defensie, de heer C. van der Knaap.* Ministerie van Defensie, Den Haag, 1 juni 2005.
- Gersons, B.P.R., Olff, M. – *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen.* Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- Mouthaan, J., Dirkzwager, A., Vries, M. de, Elands, M., Scagliola, S., Weerts, J. – *Libanon laat ons nooit helemaal los. Resultaten van onderzoek naar de gezondheid en het welzijn van UNIFIL'ers die in de periode 1979-1985 naar Libanon zijn uitgezonden.* Veteraneninstituut, Doorn, 2005.
- Staatssecretaris van Defensie – *Personeelsbrief. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 200 X, nrs 4 en 5.* Ministerie van Defensie, Den Haag, 21 september 2004.
- Staatssecretaris van Defensie – *Nota Veteranenzorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 30139, nr. 2. Ministerie van Defensie, Den Haag, 1 juni 2005.
- Veer, C.J.M. de, – *Advies Veteranenzorg.* Ministerie van Defensie, Den Haag, juli 2004.
- Vollebergh, W., Graaf, G. de, Have, M. ten, Schoemaker, C., Dorsselaer, S. van, Spijker, J., Beekman, A. – *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesis.* Trimbos Instituut, Utrecht, 2003.
- Vries, M. de, – *Post-deployment syndrome in Cambodia Veterans.* Dissertatie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 2002.