

**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

Colofon

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

Projectgroep herontwerp militaire GGZ:

- Prof.dr. B.P.R. Gersons; hoogleraar psychiatrie, Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum; lid raad van bestuur van De Meren, organisatie voor regionale, forensische en academische GGZ, te Amsterdam (voorzitter)
- Drs. C. IJzerman, kolonel-arts; Directie Militaire Gezondheidszorg, Ministerie van Defensie, te Den Haag (secretaris)
- Dr. W.H.M. Gorissen; arts voor maatschappij en gezondheid en epidemioloog; manager Zorgontwikkeling bij De Meren, organisatie voor regionale, forensische en academische GGZ, te Amsterdam (rapporteur)
- Mw. Dr. M. de Vries; gezondheidswetenschapper, senior beleidsmedewerker onderzoek en ontwikkeling bij Stichting Impact, Landelijk Kenniscentrum Psychosociale Zorg na Rampen, te Amsterdam (meewerkend lid)
- Mw. Drs. D.A. Wiersma; sociaalwetenschapper, zelfstandig adviseur Ariadne Coaching & Organisatieontwikkeling, te Utrecht (procesbegeleiding)

Leeswijzer

Voor u ligt het advies Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Het advies bestaat uit een aanbiedingsbrief met aanbevelingen van de adviseur, prof.dr. B.P.R. Gersons, aan de staatssecretaris van Defensie, dhr. C. van der Knaap, een samenvatting en het feitelijke advies met inhoudsopgave en bijlagen.

De basis van dit advies wordt gevormd door drie deelrapporten en de opbrengst van twee werkconferenties met aanwezigen die in hun werk betrokken zijn bij de militaire geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In het advies zijn deze bouwstenen samengebracht en geïntegreerd. Het eerste deelrapport bestaat uit een beschrijving van het functioneren van de huidige militaire GGZ, afgezet tegen de civiele GGZ. In het tweede deelrapport wordt de visie op de militaire GGZ uiteengezet. In het derde deelrapport wordt deze visie vertaald in een organisatieblauwdruk. De tekst van het advies kan gedownload worden via de website van het ministerie van Defensie (www.mindef.nl).

Den Haag, 1 juni 2005,

Excellentie,

Bij het aanbieden van de begroting 2005 in september 2004 heeft u de Tweede Kamer geïnformeerd over uw voornemen om eenheid tot stand te brengen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor militairen en veteranen. U sloot daarbij aan bij het advies Veteranenzorg van generaal b.d. C.J.M. de Veer, waarin werd opgeroepen tot eenheid van visie en handelen, ondersteund door een expertisecentrum van Defensie. U meldde de Tweede Kamer dat u mij verzocht had een advies aan u uit te brengen over een visie op de militaire GGZ, en deze te vertalen in een blauwdruk voor een toekomstige organisatie.

Ondersteund door een zeer deskundige en hardwerkende projectgroep, een klankbordgroep, een stuurgroep¹ en met gebruikmaking van twee werkconferenties met betrokkenen², voldoe ik aan uw verzoek het advies 'Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen' op 1 juni 2005 uit te brengen.

Ik heb geconstateerd dat de taakstelling en de samenstelling van het Nederlandse leger zich in de afgelopen decennia ingrijpend hebben gewijzigd. Landsverdediging staat nauwelijks meer op de agenda. Uitzending in UNO of NATO verband naar onbekende gebieden in ongekende omstandigheden en culturen is de hoofdtaak geworden en brengt nieuwe taken met zich mee. Het leger bestaat al lang niet meer uit dienstplichtigen, maar uit professionals die een veelheid van deskundigheden met een optimale lichamelijke en psychische conditie moeten zien te combineren. Het ministerie van Defensie is een moderne werkgever geworden die aandacht heeft voor haar personeel en optimalisering van de werkomstandigheden. Daarbij past een eigen gezondheidsapparaat om mensen aan te trekken, te behouden, te beschermen en ook na het verlaten van de organisatie van dienst te zijn.

Nederlands en internationaal onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat, naast de directe lichamelijke gevaren, het risico op het ontwikkelen van psychische problemen en stoornissen als gevolg van uitzending aanzienlijk is. De confrontatie met geweldsuitoefening, constante dreiging van aanslagen en gevaar voor eigen leven, dragen daar aan bij. Gijzeling, marteling

¹ Voor de samenstelling van de diverse groepen wordt verwezen naar het colofon en bijlage 3 in het advies.

² De derde werkconferentie vindt op 8 juni 2005 plaats.

en lichamelijk letsel verhogen het risico op het ontwikkelen van psychische problemen nog meer. De confrontatie met het lijden van de bevolking ter plaatse en de onderdrukking tussen bevolkingsgroepen kunnen hun sporen nalaten bij uitgezonden militairen. Onthechting van de eigen samenleving na terugkeer komt mede daardoor voor. Dit kan tot de nodige aanpassingsproblemen en psychische stoornissen leiden.

Behalve negatieve effecten op de geestelijke gezondheid hebben uitzendingen vaak ook positieve gevolgen. Voor veel militairen is het zeer bevredigend een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan conflictoplossing in de wereld. Het hoogrisico karakter van het militaire beroep bevordert een sterke band tussen de militairen die als waardevol ervaren wordt. Uitzendingen hebben zowel positieve als negatieve gevolgen voor de relatie met de familie. De verhoogde risico's vragen om grote inspanningen op psychologisch gebied om militairen optimaal voor te bereiden op hun moeilijke taak elders in de wereld, of in Nederland wanneer het terrorisme bestrijding betreft. Die voorbereiding geldt in andere zin ook voor het thuisfront. Zij moeten het vaak lange tijd zonder hun familielid doen. Naast voorbereiding zijn signalering van psychische problematiek en behandeling opportuun. Deze moeten snel en adequaat plaats vinden.

De projectgroep is begonnen met het in kaart brengen van feiten over de geestelijke gezondheid van militairen en veteranen en de geboden zorg daarvoor. Ik heb mogen constateren dat leidinggevende militairen, geestelijk verzorgers, militaire artsen, maatschappelijk werkenden en de militaire GGZ in 'engere' zin, zich deze taak duidelijk stellen en zich daar met toewijding op richten.

Er lijkt inderdaad sprake te zijn van een verhoogd voorkomen van klachten die samenhangen met uitzending. Het gaat om angst- en stemmingsstoornissen, de cluster lichamelijk onverklaarde klachten, verslavingsproblemen en persoonlijkheidsveranderingen. Ook relatieproblematiek komt voor na uitzending. Zeer ernstige psychiatrische stoornissen doen zich, vermoedelijk vanwege de screening bij indiensttreding, nauwelijks voor.

Naar schatting is de omvang³ van de psychische problematiek die niet direct met uitzending samenhangt, met medeneming van het hier eerder gestelde, niet groter dan bij een vergelijkbare groep in de algemene bevolking. De beperkte omvang van de militaire GGZ, minder dan 100 FTE, is in overeenstemming hiermee. Echter, ondanks de grote inzet van medewerkers van de militaire GGZ bestaat er geen eenheid van inzicht en aanpak. De

³ Een epidemiologisch onderzoek zou hier meer zekerheid kunnen bieden.

afdelingen zijn per krijgsmachtdeel en via het Centraal Militair Hospitaal (CMH) georganiseerd zonder dat iemand organisatorisch of professioneel de leiding heeft over de totale militaire GGZ. De aanpak rond uitzendingen en de samenstelling van disciplines verschillen op basis van te onderscheiden inzichten. Er bestaan nauwelijks protocollen en een kwaliteitssysteem ontbreekt. Kennis wordt ‘te hooi en te gras’ verzameld, terwijl wetenschappelijk onderzoek sterk door persoonlijke belangstelling bepaald wordt. In de civiele GGZ komt een dergelijke versnipperde kleinschaligheid nauwelijks meer voor.

Met betrokkenen bij de militaire GGZ bleek het mogelijk deze knelpunten te delen en op zoek te gaan naar oplossingen. Het ontwikkelen van een visie op de zorg had hierbij prioriteit. De uitgangspunten van de zorgvisie zijn als volgt:

- De militaire GGZ is primair een bedrijfsgerichte GGZ.
- De militaire GGZ in ‘engere’ zin is aanvullend op de GGZ in ‘bredere’ zin. Deze wordt geboden, vanuit een ‘kringenmodel’, door familie, collega’s, commandanten, geestelijk verzorgers en een eerste lijn van huisartsen, maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen.
- Een passende superspecialisering verdient de voorkeur boven het geven van primaat aan de kleur van het onderdeel waar militair en hulpverlener toe behoren.

De beperkte schaal en de specificiteit van de psychische problematiek vragen om het samenvoegen van de huidige onderdelen tot één militaire GGZ-organisatie. Deze zou geleid moeten worden door een innovatieve bestuurder/manager met strategisch inzicht die naast waardering van kennis ook liefde voor de militaire organisatie toont. Hij/zij zou ondersteund moeten worden door een kleine staf. Daarvoor beveel ik aan drie inhoudelijke adjunct-directeuren aan te stellen met onderscheiden taken ten aanzien van respectievelijk de basiszorg op kazernes en bases, de zorg rond uitzendingen en de zorg voor veteranen. Dit moet de huidige versnipperde aandacht vervangen door een doelgerichte en wetenschappelijk onderbouwde aanpak die geprotocolleerd kan worden en waarbij kwaliteitssystemen nuttig zijn. Ik stel voor om de ‘kleur’ ondergeschikt te maken aan de kwaliteit van de GGZ en de dienstverlening vanuit drie of vier locaties te laten plaats vinden. De eerder geschetste groep van een directeur en adjunct-directeuren met een kleine staf dient een ‘winning team’ te worden waarbij motivatie en inzicht prevaleren boven een cultuur van dominant gedrag.

Het is gebleken dat signalering van psychische problematiek voor en tijdens uitzending goed haalbaar is, doordat men ‘dicht op de manschappen zit’. In de periode na uitzending of wanneer militairen de dienst hebben verlaten, is deze signalering aanzienlijk minder eenvoudig, maar van essentieel belang. Er zal namelijk altijd een groep militairen en veteranen zijn die langdurig ernstige klachten ontwikkelt. Ik bepleit de signalering systematisch te organiseren vanuit de militaire GGZ langs de lijnen van maatschappelijk werk, eerstelijnsartsen en het Veteraneninstituut, en de zogenoemde ‘debriefing’ terug te brengen tot haar oorspronkelijke militaire betekenis. Verder is het zeer wenselijk om voor veteranen op korte termijn specifieke behandelprogramma’s op te zetten en daar breed bekendheid aan te geven. Deze programma’s, betreffende posttraumatische stressstoornis, lichamelijk onverklaarde klachten en persoonlijkheidsproblematiek, dienen naar de stand van de kennis te worden ingericht. Het verdient aanbeveling deze te concentreren op de afdeling psychiatrie van het CMH en/of bij Centrum ’45. Met civiele GGZ-organisaties zullen concrete, meerjarige afspraken gemaakt moeten worden over de omvang en kwaliteit van de aan hen gevraagde inzet, in het bijzonder voor veteranen.

Een hoogwaardige GGZ-inzet voor Defensie vraagt om een goede kennistransfer vanuit de wetenschap. Ik bepleit de opzet van een kennisinstituut gericht op de GGZ-problematiek van militairen en veteranen. Dit nieuwe kennisinstituut zal nauwe banden onderhouden met deskundigen op het gebied van stresspsychologie en met andere verwante kenniscentra zoals Stichting Impact –Landelijk Kenniscentrum Psychosociale Zorg na Rampen- en COGIS. Het huidige Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut kan zich toespitsen op bredere veteranzaken.

Naast een kennisinstituut is het aan te bevelen een meerjarig onderzoeksprogramma te realiseren met een evenwichtige verhouding tussen biologische en psychosociale aspecten. Hiervoor dient een programmaraad te worden ingesteld. Academische inbedding van de militaire GGZ is op termijn aan te raden. Om dit te realiseren kan aansluiting gevonden worden bij de beste onderzoeksgroepen op traumagebied in Nederland.

Oorlogen, zo leert ons de geschiedenis, laten bij iedereen onuitwisbare sporen na. Een goede militaire GGZ kan nooit alle klachten verhelpen of alle problemen oplossen. Noch bij actief dienende militairen, noch bij veteranen. Waar behandeling niet of onvoldoende mogelijk blijkt, dienen blijvende steun en respect geboden te worden.

Ik wil tot slot mijn grote waardering uitspreken voor de enorme inzet en medewerking die ik ben tegengekomen bij het vervaardigen van dit advies. Ik ben hen allen, in het bijzonder de leden van de projectgroep, daar zeer dankbaar voor. U dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik hoop dat dit advies de (ex)militair en diens familie van dienst zal zijn.

Hoogachtend,

Prof.dr. B.P.R. Gersons

Samenvatting

Adviesvraag, aanleiding en werkwijze

De Staatssecretaris van Defensie, dhr. C. Van der Knaap, heeft prof.dr. B.P.R. Gersons, hoogleraar psychiatrie en expert op het gebied van psychotrauma, bij het aanbieden van de begroting in september 2004 gevraagd te adviseren over een visie op en een blauwdruk voor de militaire geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het voorliggende advies Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen is op 1 juni 2005 uitgebracht. Aanleiding voor de adviesvraag was het voornemen om eenheid tot stand te brengen in de GGZ en de zorg voor veteranen te optimaliseren. Door de veranderde functie van de Nederlandse krijgsmacht van landsverdediging naar vredeshandhaving in het buitenland, treden krijgsmachtdelen in toenemende mate gezamenlijk op. Er bestaat echter verschil van inzicht en aanpak tussen de krijgsmachtdelen in de zorg voor de geestelijke gezondheid van militairen rondom uitzending, op kazernes en bases. Daarnaast is een nieuwe generatie veteranen ontstaan die een eigen aanpak vraagt: de ‘jonge’ veteranen die hebben deelgenomen aan vredesmissies en de dienst hebben verlaten. De maatschappelijke belangstelling voor deze groep en hun problematiek is groot.

Voor zijn advies heeft prof. Gersons een projectgroep samengesteld. Deze heeft allereerst een beschrijving gemaakt van het functioneren van de huidige militaire GGZ, afgezet tegen de civiele GGZ. De resultaten van deze voorstudie zijn gepresenteerd op een eerste werkconferentie met betrokkenen bij de militaire GGZ en de parate militaire organisatie. Tijdens deze bijeenkomst werden inzichten over de inhoud van de zorg verzameld en geordend. Deze zijn beschreven in een visiedocument dat is gepresenteerd op een tweede werkconferentie met als gespreksonderwerp het herontwerp van de militaire GGZ. De resultaten van deze bijeenkomst zijn vervolgens uitgewerkt in een blauwdrukdocument. Een klankbordgroep van vooraanstaande deskundigen heeft de deelrapporten en de verslaglegging van de conferenties becommentarieerd en geadviseerd over het proces. Een stuurgroep van de adjunct-hoofddirecteur Personeel en de Directeur Militaire Gezondheidszorg zorgde voor de afstemming met de verwachtingen van de adviesvrager.

De gevolgen van uitzendingen

Uitzendingen hebben het militaire handelen ingrijpend veranderd. In onbekende gebieden met ongekende omstandigheden en culturen moet vrede tot stand worden gebracht of worden bewaard. Vijandige groeperingen kunnen een enorme bedreiging vormen voor de uiterst zichtbare en herkenbare militairen van wie een neutrale en terughoudende opstelling wordt verwacht. Gijzeling, mishandeling, marteling, een afwijzende houding van de lokale bevolking en lichamelijk letsel zijn onder meer risicofactoren voor het ontwikkelen van klachten na uitzending.

In Nederland worden jaarlijks enkele duizenden militairen uitgezonden voor vredesmissies. Hoewel het merendeel de uitzending redelijk goed doorstaat, blijkt uit Nederlands en internationaal onderzoek dat het risico op het ontwikkelen van 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 een Posttraumatische Stresstoornis (PTSS; bij 4-5% van de uitgezonden militairen).

Is de militaire GGZ anders dan de civiele GGZ?

Doelpopulatie

De primaire doelpopulatie van de militaire GGZ bestaat uit bijna 51.000 actieve militairen. Soms worden veteranen of burgerpersoneel behandeld. Familieleden worden incidenteel meebehandeld. De militaire doelpopulatie kent een oververtegenwoordiging van jonge mannen en een gering aandeel allochtonen. Het aantal ‘jonge’ veteranen zal de komende jaren sterk toenemen.

Psychische stoornissen

Epidemiologisch onderzoek naar psychische stoornissen bij militairen ontbreekt. Militairen en burgers van gelijke leeftijd en geslacht zijn, op basis van afgeleide gegevens, echter vergelijkbaar wat betreft het algemene voorkomen van psychische stoornissen. In de civiele en militaire GGZ worden in dezelfde mate vergelijkbare diagnoses gesteld. Uitzonderingen op deze regel vormen de diagnose PTSS, die bij militairen vaker wordt gesteld, en zeer ernstige psychiatrische stoornissen. Deze komen bij militaire nagenoeg niet voor, vermoedelijk vanwege de screening bij indiensttreding. Vanwege het repressieve beleid ten opzichte van

alcohol en drugs zullen middelenstoornissen naar verwachting minder worden aangetroffen dan bij de in leeftijd en geslacht vergelijkbare algemene bevolking.

Uitgaande van de militair-civiele vergelijkbaarheid, heeft naar verwachting een kwart van alle militairen in een jaar een psychische stoornis (vooral depressie en angststoornissen). Van deze groep heeft ongeveer een tiende deel behandeling nodig (dus 2,5% van alle militairen).

Hierbij moet het aandeel uitzendingsgerelateerde klachten en de daaruit voortvloeiende behandelingen nog worden opgeteld.

Over het gebruik van de militaire GGZ zijn wel gegevens bekend. Deze wijken niet sterk af van de schattingen op basis van gegevens over de algemene bevolking.

Uitzendingsgerelateerde stoornissen betreffen ongeveer 10% van de instroom in de militaire GGZ. De instroom van veteranen is beperkt, behalve bij het Centraal Militair Hospitaal (CMH).

Het bereik van de militaire GGZ is hoger (26 nieuwe cliënten per 1.000 militairen) dan in de civiele GGZ (18 per 1.000 burgers). De gemiddelde behandelduur in de ambulante militaire GGZ is korter (13 contacten) dan in de civiele GGZ (20 contacten; inclusief de langdurige zorg). De gemiddelde wachttijd voor intake en behandeling in de ambulante militaire GGZ is veel korter (2-4 weken) dan in de civiele GGZ (tot 11 weken).

Organisatie van de zorg

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.

De totale omvang van de militaire GGZ bedraagt 94 FTE. Deze is versnipperd over de afdeling Psychiatrie van het CMH (29 FTE) en drie krijgsmachtdeelgebonden ambulante GGZ-afdelingen: de Afdeling Individuele Hulpverlening van de Koninklijke Landmacht / Koninklijke Marechaussee (AIH-KL/KMar: 47 FTE), de GGZ van de Koninklijke Luchtmacht (GGZ-KLu: 7 FTE) en de GGZ van de Koninklijke Marine (GGZ-KM: 11 FTE). De krijgsmachtdelen verschillen in de manier waarop zorg is georganiseerd. Zo heeft de AIH-KL/KMar heeft relatief veel psychologen/psychotherapeuten in dienst (29 op 1 psychiater). Ook bij de zorg rond uitzending zijn de verschillen geprononceerd, met uitzondering van de geharmoniseerde nazorgvragenlijst die zes maanden na terugkeer wordt afgenomen.

In andere westerse landen is de GGZ voor militairen en veteranen wisselend georganiseerd. Er is geen duidelijke standaardoplossing. In verhouding tot de onderzochte landen is de Nederlandse militaire GGZ niet onderbezet.

Kwaliteit van zorg, onderzoek en kennismanagement

De afdeling Psychiatrie van het CMH heeft naast een algemene zorglijn, specifieke zorglijnen voor PTSS en alcohol. Deze zijn vergelijkbaar met de zorgprogramma's die in de civiele GGZ worden ontwikkeld. De ambulante GGZ-afdelingen werken niet met 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 termijn visie op kennisontwikkeling en onderzoek. Kennis wordt 'te hooi en te gras' verzameld, terwijl wetenschappelijk onderzoek sterk door persoonlijke belangstelling bepaald wordt. Coördinatie van het 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.

Op weg naar eenheid in de zorg voor militairen en veteranen

Visie op de militaire GGZ in het algemeen

De militaire GGZ is een primair bedrijfsgerichte GGZ voor mensen met het hoogrisico beroep 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 en de GGZ in 'brede' zin waaronder wordt verstaan de zorg door familie, collega's, commandanten, geestelijk verzorgers en een eerste lijn van huisartsen, maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen.

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.

Visie op de militaire GGZ in 'engere' zin per episode

De militaire GGZ voor kazernes en bases 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 specialistische diagnosespecifieke zorgprogramma's voor veel voorkomende stoornissen, waaronder depressie, angststoornissen, PTSS en LOK, zoals deze in de civiele GGZ voorhanden zijn.

De zorg voor, tijdens en na uitzending is een kerntaak van de militaire GGZ. Het ontbreken van een terugvalmogelijkheid op de civiele GGZ, terwijl de militair zich in een hoogrisico situatie bevindt, stelt bijzondere eisen aan de beschikbaarheid en organisatie van de zorg. 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' terug te brengen tot zijn oorspronkelijke militaire betekenis. Dat betekent dat van te voren 'briefing' plaats vindt. 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 er van kan leren, hoe iedereen het ervaren heeft, stoom afblazen en eventueel aandacht geven aan ingrijpende gebeurtenissen. Dit kan door militairen zelf na training worden uitgevoerd.

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 behandelprogramma's op te zetten en daar breed bekendheid aan te geven. Deze programma's dienen naar de stand van de kennis te worden ingericht. Het verdient aanbeveling deze te concentreren op de afdeling psychiatrie van het CMH en/of bij Centrum '45.

Een mogelijk passend scenario voor de militaire GGZ

Wat zelf doen en wat verwijzen naar de civiele GGZ

De militaire GGZ richt zich primair op het behandelen van actief dienende militairen waar het bekende, veel voorkomende stoornissen 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 Centraal Militair Hospitaal (CMH) en/of Centrum '45. Behandeling van burgerpersoneel en familie is, uitzonderingen daargelaten, een taak voor de civiele GGZ.

Eén militaire GGZ-organisatie met drie zorglijnen en vier locaties

De militaire GGZ in 'engere' zin dient één organisatie 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 de vliegerpsychologen van de KLu. Andere defensieafdelingen met psychologische taken onthouden zich van hulpverleningstaken. Het Dienstencentrum Gedragwetenschappen behoort dus niet tot de militaire GGZ-organisatie. De organisatie dient te worden geleid door een algemeen directeur (m/v) met visie en strategisch inzicht.

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. De zorg wordt geleverd vanuit vier over het land gespreide locaties. Op één daarvan bevinden zich directie en staf. De teams hebben 'meewerkend' teamleiders (m/v) die als hiërarchische chefs primair verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsvoering. De teams bestaan uit een mix 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.

Intekenen op de kenniscyclus

Een dergelijke hoogwaardige GGZ-inzet voor de krijgsmacht vraagt om een goede kennistransfer 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 Kenniscentrum Psychosociale Zorg na Rampen-, COGIS en zusterafdelingen in NATO-landen. Het huidige Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut kan zich toespitsen op bredere veteranzaken.

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 bij instellingen met bestaande, academisch verankerde, wetenschappelijke onderzoeklijnen. Deze onderzoeksinstellingen worden onderling met elkaar in verband gebracht.

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

Inhoudsopgave

Samenvatting	vii
Inhoudsopgave	xv
1. Inleiding	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Vraagstelling	2
1.3 Werkwijze	3
2. Gevolgen van uitzendingen	7
2.1 Enkele nationale en internationale gegevens over uitzendingen	7
2.2 Zorg rond uitzending	10
3. Is de militaire GGZ anders dan de civiele?	13
3.1 De militaire doelpopulatie	13
3.2 GGZ-problematiek bij militairen in vergelijking met de algemene bevolking	14
3.3 Het huidige aanbod aan civiele en militaire GGZ	16
3.4 Samenstelling van de militaire GGZ	17
4. Op weg naar eenheid van visie op de GGZ voor militairen en veteranen	23
4.1 Missie van de militaire GGZ	23
4.2 Kringenmodel voor de GGZ	23
4.3 Visie op de militaire GGZ	24
4.4 De militaire GGZ: drie episoden in het militaire bestaan	27
4.5 Kwaliteitsbewaking	33
5. Een mogelijk passend scenario voor de militaire GGZ	35
5.1 Scenario's voor de organisatie van de militaire GGZ	35
5.2 Wat zelf doen en wat verwijzen naar de civiele GGZ	36
5.3 Één Militaire GGZ met drie zorglijnen	37
5.4 Teamstructuur	41
5.5 Organigram	43

6. Intekenen op de kenniscyclus	45
6.1 Huidig onderzoek in de militaire GGZ	45
6.2 De staf van de nieuwe militaire GGZ-organisatie	46
6.3 Één onderzoeksprogramma voor de militaire GGZ	46
6.4 Één kennisinstituut voor de militaire GGZ	47
7. Conclusies en aanbevelingen	49
7.1 Conclusies over de huidige situatie in de militaire GGZ	49
7.2 Aanbevelingen voor de toekomst van de militaire GGZ	51
Bijlagen	55
Bijlage 1: Belangrijkste gebruikte bronnen	55
Bijlage 2. Gebruikte afkortingen	57
Bijlage 3: Leden stuurgroep en klankbordgroep	58
Bijlage 4: Deelnemers werkconferenties	59

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De functie van de krijgsmacht is de afgelopen decennia veranderd. Van oudsher was het verdedigen van de landsgrenzen een taak van het leger. Tijdens de koude oorlog richtte een gezamenlijke defensie zich binnen NATO-verband tegen de dreiging van het communisme. Sinds begin jaren tachtig ligt de nadruk in toenemende mate op inzet bij en deelname aan vredesoperaties elders in de wereld. Namens de UNO of de NATO wordt vrede bewerkstelligd, afgedwongen of bewaakt. Momenteel worden jaarlijks enkele duizenden militairen uitgezonden voor vredesmissies. Het streven is militairen maximaal eenmaal per anderhalf jaar uit te zenden. Een nieuwe uitdaging waar de krijgsmacht op dit moment voor staat is de inzet bij de strijd tegen het terrorisme.

Naast de veranderende functie van de krijgsmacht stelt de technisch verbeterde uitrusting eisen aan de samenstelling van het leger. Het dienstplichtigenleger met grote aantallen inzetbare en oproepbare militairen heeft plaatsgemaakt voor een kleiner beroepsleger van professionals met een hogere mate van specialisatie, flexibiliteit en betrokkenheid bij de organisatie. De meest recente verandering is het komen tot één commando structuur waarbinnen de verschillende krijgsmachtdelen gezamenlijk kunnen optreden.

De huidige krijgsmacht vraagt om een kwalitatief hoogwaardige militaire gezondheidszorg. Allereerst om de lichamelijke en psychische gezondheid van militairen, en daarmee de inzetbaarheid, te waarborgen. Daarnaast ook om het gespecialiseerde personeel te kunnen behouden en uit de noodzaak van 'goed werkgeverschap'.

Door deelname aan vredesoperaties is (sociaal)psychologische kennis nog belangrijker geworden. Militairen moeten zich in onbekende gebieden en culturen, in ongekende omstandigheden en onder allerlei vormen van dreiging kunnen handhaven. Zij kunnen geconfronteerd worden met geweldsuitoefening, constante dreiging van aanslagen en gevaar voor eigen leven, bijvoorbeeld gijzeling of marteling, en het lijden van de bevolking ter plaatse. Maar ook ziektes, verleidingen, vernederingen en de afwezigheid van het thuisfront kunnen hun sporen nalaten. Militairen zijn kwetsbaarder in oncontroleerbare veldsituaties, wanneer zij niet voldoende zijn voorbereid of onjuist zijn geïnformeerd, als de politieke doelen niet aansluiten bij de wensen van de plaatselijke bevolking in het inzetgebied of als

men speelbal dreigt te worden van plaatselijke belangen en facties. Militairen moeten daarom beschikken over psychologische overlevingsvaardigheden en overmatige stress kunnen beperken.

Om psychische schade bij de ingezette militairen te voorkomen en te beperken hebben de militaire geestelijke gezondheidszorgafdelingen van de verschillende krijgsmachtdelen oplossingen ontwikkeld. Op basis van te onderscheiden inzichten wordt kennis toegepast over de psychische gevolgen van blootstelling aan chronische stress en schokkende ervaringen, de mogelijkheden tot preventie en behandeling. De adviezen van de commissie Tiesinga (2000) en de aanbevelingen die voortgekomen zijn uit verschillende Nederlandse onderzoeken naar militairen en veteranen hebben hier sterk aan bijgedragen.

Er is behoefte om tot eenheid van inzicht en aanpak te komen vanuit een eenduidige militaire geestelijke gezondheidszorg. Van verschillende kanten, onder andere in het advies Veteranenzorg van generaal b.d. C.J.M. de Veer, is hierop aangedrongen. De aanpak rond uitzendingen en de samenstelling van disciplines verschilt bijvoorbeeld tussen krijgsmachtdelen die wel geacht worden gezamenlijk te opereren. Ook bestaat er geen eenduidig systeem van kwaliteitsbewaking.

1.2 Vraagstelling

De Staatssecretaris van Defensie, dhr. C. van der Knaap, wenst een oplossing voor de verschillen in opvatting en handelwijzen binnen de militaire geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hij wenst een eenduidige organisatie met een goede kwaliteitsborging en met benutting van een kennisinstituut. Dit moet zich ook uitstrekken tot de zorgverlening aan veteranen met uitzendingsgerelateerde problematiek. De Staatssecretaris heeft prof.dr. B.P.R. Gersons, hoogleraar psychiatrie en deskundige op het gebied van de psychotraumatologie, gevraagd te adviseren over een visie op en een blauwdruk voor de militaire GGZ.

In de 'Personeelsbrief' van 21 september 2004 zet de Staatssecretaris zijn verzoek als volgt uiteen aan de Tweede Kamer:

'De zorg voor enerzijds de actief dienende militairen en anderzijds de veteranen is ondeelbaar. Uiterlijk 1 april 2005 zal een duidelijke zorgvisie gereed zijn met, daaraan gekoppeld, een systematische kwaliteitsbewaking. Uitgangspunt is een actievere benadering van de veteranen zonder dat zorg wordt opgedrongen en zonder dat er van

medicalisering sprake is. Er zijn reeds initiatieven genomen om de militaire geestelijke gezondheidszorg te harmoniseren en te reorganiseren. Er is gekozen voor een structuur die de eerstelijns zorgverlener in staat stelt een doelgerichte verwijzing naar de juiste volgende zorgverlener te maken. Er moet echter ruimte blijven om onder verschillende omstandigheden een aangepaste gezondheidszorg te kunnen aanbieden.

De blauwdruk voor de herinrichting van de militaire geestelijke gezondheidszorg zal uiterlijk juli 2005 gereed zijn. Ik heb professor Gersons aangezocht om in overleg met alle partijen die blauwdruk te ontwerpen.

De organisatie van de zorg bij crisisbeheersingsoperaties maakt deel uit van de voorbereiding op een operatie. Er worden aanwijzingen gegeven voor de (geestelijke) gezondheidszorgactiviteiten voor, tijdens en na de uitzending. Al deze activiteiten zullen onder begeleiding van externe deskundigen worden gestandaardiseerd voor de gehele krijgsmacht. '

' Op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek naar gezondheidsproblemen die samenhangen met de uitzending van militairen zal Defensie de kennis hieromtrent verder ontwikkelen. De kennis zal beschikbaar worden gemaakt. Hiertoe worden afspraken gemaakt met deskundige vakgroepen binnen Defensie en met een aantal universiteiten. Om de versnippering van wetenschappelijke onderzoek te voorkomen en een bundeling van kennis te bewerkstelligen, zal Defensie op korte termijn een expertisecentrum opzetten waarin al het desbetreffende onderzoek wordt geconcentreerd. Ook de positie van het Kennis- en onderzoekscentrum wordt hierbij betrokken. '

1.3 Werkwijze

De adviseur, prof.dr. B.P.R. Gersons, is begonnen met het samenstellen van een projectgroep om hem binnen de beperkte tijd van acht maanden bij te staan in het opstellen van het advies. Naast prof. Gersons als voorzitter maakten de volgende personen deel uit van de projectgroep: kolonel-arts drs. C. IJzerman (secretaris vanuit het Ministerie van Defensie); dr. W.H.M. Gorissen, arts-epidemioloog en bekend met de GGZ (rapporteur); mw. dr. M. de Vries, gezondheidswetenschapper en gepromoveerd op de gevolgen van de uitzending naar Cambodja (meewerkend lid); en mw. drs. D.A. Wiersma, sociaalwetenschapper (procesbegeleiding). De projectgroep is in november 2004 met haar werkzaamheden gestart en ze is negen maal bijeen gekomen.

De adviseur heeft samen met de secretaris over de werkzaamheden en de voortgang van het advies afgestemd met een stuurgroep bestaande uit Cdr. P.H. Scholten (Adjunct Hoofddirecteur Personeel) en Cdre vliegerarts A.J. van Leusden (Hoofd Militaire Gezondheidszorg). De stuurgroep is tweemaal bijeen gekomen.

De projectgroep heeft gebruik gemaakt van een klankbordgroep waar de volgende personen deel van uit maakten: Brigadegeneraal arts b.d. E.G. van Ankum, voormalig Inspecteur Militaire Gezondheidszorg; mw. drs. M. Christophe, voormalig commissaris van politie te Amsterdam; prof.dr. T.E.D. van der Grinten, hoogleraar beleid en management van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam en lid Raad voor de Zorg; en mw. drs. J. Lanphen, huisarts, voormalig voorzitter Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde en lid Raad voor de Zorg. De klankbordgroep is tweemaal bijeen gekomen. Als werkwijze heeft de adviseur gekozen voor het opstellen van een aantal deelrapporten. Deze zijn tot stand gebracht door de projectgroep in afstemming met betrokkenen bij de militaire GGZ. Dit gebeurde onder meer via werkconferenties. De deelrapporten vormden de basis voor het advies en zijn als achtergronddocumenten beschikbaar gesteld aan de adviesvrager. Op bescheiden wijze is gebruik gemaakt van nationale rapporten, NATO-bronnen en internationale wetenschappelijke literatuur. Videomateriaal is bekeken waarin militairen verslag doen van hun uitzendervaringen. Luitenant-kolonel C.J. Matthijsen, die het bevel voerde over Nederlandse troepen in Irak, heeft de projectgroep geïnformeerd over zijn ervaringen aldaar.

De projectgroep is begonnen met het verzamelen van feitelijke gegevens over de aard, omvang en werkwijze van de militaire GGZ in vergelijking met de GGZ in de civiele samenleving. Een concept van deze eerste deelrapportage is voor commentaar voorgelegd aan de leden van de klankbordgroep en aan de deelnemers aan de eerste werkconferentie. Vervolgens is op 10 februari 2005 een startbijeenkomst gehouden met toespraken namens de Staatssecretaris en van leden van de projectgroep. Hier is de werkwijze van de projectgroep gepresenteerd en is een uiteenzetting gegeven over de omvang en werkwijze van de militaire GGZ in vergelijking met de civiele. Op de startbijeenkomst waren vertegenwoordigers van Defensie en aanpalende GGZ-organisaties aanwezig. In aansluiting hierop volgde de eerste werkconferentie op 10 en 11 februari 2005. Er werd gebruik gemaakt van een 'versnellingskamer' om opvattingen over de visie op de zorg te verkrijgen. Door middel van een netwerk van laptops werden alle deelnemers gestimuleerd zoveel mogelijk informatie te verstrekken naar aanleiding van een veertigtal door de projectgroep van tevoren geformuleerde vragen.

Op 17 maart 2005 vond een tweede werkconferentie plaats. Tijdens deze bijeenkomst werd een door de projectgroep opgesteld concept voor het tweede deelrapport over de zorgvisie gepresenteerd en bediscussieerd. De resultaten hiervan zijn vervolgens verwerkt in het derde concept deelrapport met een voorstel voor een blauwdruk voor de militaire GGZ. Dit is voor commentaar voorgelegd aan de klankbordgroep en de deelnemers aan de tweede conferentie. Een selectie van betrokkenen bij de militaire GGZ, de parate krijgsmachtdelen en de veteranenwereld, voor een belangrijk deel bestaande uit vrouwelijke deskundigen, heeft aan de werkconferenties deelgenomen en zal ook deelnemen aan de derde werkconferentie. Deze vindt plaats op 8 juni, een week na het uitbrengen van het advies aan de Staatssecretaris van Defensie. Bij deze laatste werkconferentie zal het gaan om aandachtspunten voor de implementatie van het advies.

2. Gevolgen van uitzendingen

Wheat fell headless in the field

Till Death did reap enough.

We seek to bury the revealed

No earth is deep enough.

You cannot wash the stains from minds

Nor shut the past behind the blinds

No night has sleep enough.

Lee et al., A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II Combat, Am J Psychiatry 1995;152:516-522.

2.1 Enkele nationale en internationale gegevens over uitzendingen

Militairen hebben per definitie te maken met de gruwelijke gevolgen van oorlogen, zoals ook in bovenstaand citaat is weergegeven. Vooral de Eerste Wereldoorlog heeft laten zien hoe honderdduizenden niet gesneuvelde militairen, naast lichamelijke gevolgen, slachtoffer werden van psychiatrische stoornissen zoals 'shell-shock'. In 1997 ontving in Engeland nog 7% van de mannen boven de 70 jaar een uitkering vanwege invaliditeit die zij hadden opgelopen tijdens de Tweede Wereldoorlog.

De Vietnam oorlog heeft er mede toe geleid, dat de zogenoemde Posttraumatische stressstoornis (PTSS) in 1980 als officiële diagnose werd opgenomen in het Amerikaanse diagnoseoverzicht van psychiatrische stoornissen.

De Golfoorlog is berucht geworden vanwege de grote aantallen militairen die na terugkeer last kregen van tal van klachten waarvoor geen medische verklaring kon worden gegeven, ook wel aangeduid als het 'Golfoorlog syndroom'.

De lange termijn gevolgen van oorlog en uitzending zijn dus bekend en ze vormen een belangrijke bestaansreden voor de militaire geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Preventie, tijdige signalering en behandeling van psychische problematiek hebben in de loop van de tijd een steeds belangrijker plaats gekregen in de militaire gezondheidszorg.

Uitzendingen in UNO- of NATO-verband vormen een nieuw hoofdstuk in de militaire geschiedenis. Naar aanleiding van de ervaringen van de Amerikaanse uitzending in Somalië in 1994, werd duidelijk hoe anders de situatie van de militairen geworden is. Bekende wetenschappers zeggen hier het volgende over: *‘Het einde van de Koude Oorlog is de start geworden van een periode, waarin het Amerikaanse leger gevraagd is de vrede te bewaren onder omstandigheden waarin vrede twijfelachtig is, maar waar echter de noodzaak van de oplossing van een conflict zeer groot is. Gevechtssoldaten zijn daarbij enorm zichtbaar en ze zijn blootgesteld aan levensbedreiging, terwijl ze tevens gevraagd worden afstand en neutraliteit te bewaren...’* en *‘De hedendaagse vredeshandhavers worden frequent geconfronteerd met complexe stressoren, waaronder de noodzaak vrede af te dwingen tussen elkaar bestrijdende militieën, humanitaire hulp te verschaffen temidden van sociaal-politieke ontredde, en te balanceren in zich steeds wijzigende regels van engagement’.*

Uit Israëliisch onderzoek blijken gijzeling, gevangenschap en marteling het risico op psychische stoornissen aanzienlijk te vergroten. Recent is uit onderzoek gebleken dat tussen de 11 en 17% van de uit Afghanistan en Irak teruggekeerde Amerikaanse militairen een psychische stoornis heeft. De psychiatrische stoornissen vertonen vaak een chronisch beeld en ze gaan gepaard met gedragsproblemen en verslaving. Vanwege angst voor stigmatisering heeft een minderheid, tussen de 23 en 40%, hulp voor deze klachten gezocht. Het zoeken van hulp lijkt eerder gedreven te worden door schuldgevoelens en twijfels over het geloof dan door symptomen van PTSS of beperkingen in het sociale functioneren.

2.1.1 Klachten na uitzendingen

Het merendeel van de militairen, ongeveer 80%, ontwikkelt geen klachten na uitzending. De klachten van uitgezonden militairen komen grotendeels overeen met die in de algemene bevolking. Vaak gaat het om lichamelijke klachten waarvoor geen duidelijke somatische verklaring kan worden gevonden. Deze klachten van bijvoorbeeld ernstige vermoeidheid, concentratieproblemen of geheugenverlies worden ook wel lichamenlijk onverklaarde klachten (LOK) genoemd. Behalve LOK komen andere psychische stoornissen voor na uitzending, bijvoorbeeld PTSS, angst- en stemmingsstoornissen, middelenstoornissen of combinaties daarvan. Klachten na uitzending kunnen ernstig, hardnekkig en langdurig zijn. Bij follow-up onderzoek onder Cambodjagangers met ernstige vermoeidheidsklachten, rapporteerde ruim 60% na anderhalf jaar geen herstel of verbetering van de klachten. In een follow-up studie die 10 jaar na de Golfoorlog plaatsvond, waren de scores van Golfoorlog veteranen, net als bij

eerdere metingen, op vrijwel alle gezondheidsmaten slechter dan die van twee controlegroepen.

Sinds 1997 is een reeks onderzoeken uitgevoerd naar de gevolgen van uitzending van Nederlandse militairen. Bramsen, Dirkzwager, Van der Ploeg en Van Esch deden uitgebreid onderzoek naar het welbevinden, de opvang en nazorg onder veteranen, gezinsleden, zorginstellingen en later ook bij Cambodjagangers (1997, 2001). Bramsen en collega's vonden bij 21% van de veteranen verwerkingsproblematiek. De Cambodja-gangers waren ook onderwerp van studie van Soetekouw, De Vries, Bleijenberg en Van der Meer (1998, 2000, 2001, 2002). Deze onderzoekers verrichten vanuit de interne geneeskunde en de medische psychologie een longitudinaal onderzoek naar de aard, omvang en etiologie van de klachten van de Cambodja-gangers. Zij doen verslag van de verhoogde dreiging waaronder de Cambodja-gangers zich bevonden, gijzeling, mishandeling en marteling, en afgewezen worden door de lokale bevolking. De Vries constateert vooral een hoge mate van vermoeidheid, concentratiestoornissen en geheugenproblemen bij de teruggekeerden. Soetekouw had al eerder aangetoond, dat het hier klachten betreffen die inderdaad lichamelijk niet te verklaren zijn.

Tot slot onderzochten Mulder en Reijneveld (1999) klachten van militairen die uitgezonden waren in Lukavac, voormalig Joegoslavië.

Samenvattend kan gesteld worden dat Nederlandse militairen na uitzending vergelijkbare klachten vertonen als bijvoorbeeld hun Engelse en Amerikaanse collega's. LOK lijken daarbij vaker voor te komen dan PTSS. Dit beeld zou overigens anders kunnen worden als er ooit sprake zou zijn van omvangrijke gevechten en grote aantallen gesneuvelden in korte tijd.

2.1.2 PTSS na uitzending

PTSS wordt gekenmerkt door klachten van herbeleving, vermijding, afstomping en verhoogde prikkelbaarheid die optreden na het meemaken van een traumatische gebeurtenis die subjectieve reacties van intense angst, hulpeloosheid of afgrijzen oproept. De klachten moeten minimaal één maand aanhouden en ernstig lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren veroorzaken. Wanneer de klachten langer dan drie maanden duren, wordt van chronische PTSS gesproken. Militairen staan tijdens uitzending onder continue stress en lopen verhoogd risico op het meemaken van schokkende gebeurtenissen. Cijfers over de prevalentie van PTSS bij militairen lopen uiteen. Onderzoek onder uitgezonden Nederlandse militairen laat cijfers zien van ruim 1% tot 8%. In het eerder genoemde onderzoek van Bramsen was bij 5-6% van de veteranen sprake van PTSS. PTSS werd slechts bij 1,3 % van de Cambodja-gangers

aangetroffen. Bij getroffen en na rampen, mannen en vrouwen uit de algemene bevolking, worden hogere percentages van PTSS gevonden, bijvoorbeeld ongeveer 13 % 18 maanden na de ramp in Enschede.

2.2 Zorg rond uitzending

2.2.1 Zorg rond uitzending in Nederland

De militaire GGZ voor, tijdens en na uitzending is per krijgsmachtdeel georganiseerd. De directe commandant speelt hierbij een belangrijke rol en bespreekt met zijn manschappen wat hen te wachten staat. Vanwege de risico's op psychische problemen bij uitzendingen, wordt de commandant hierbij ondersteund door gespecialiseerde hulpverleners. De krijgsmacht gebonden GGZ-afdelingen hebben hiervoor oplossingen ontwikkeld. Alle krijgsmachtdelen kennen een voorbereiding op de missie, waar de psychologische voorbereiding van de militair onderdeel van uitmaakt, een vorm van zorg tijdens de missie en een vorm van zorg aan het einde van en enige tijd na uitzending. De meest opvallende verschillen betreffen het al dan niet aanwezig zijn van een psycholoog in het uitzendgebied en de wijze waarop de gesprekken aan het einde van de missie worden georganiseerd. Het zorgaanbod wordt samengevat in tabel 1.

Het is niet helemaal duidelijk hoe pieken in de vraag naar hulp worden opgevangen. Deze kunnen bijvoorbeeld ontstaan na een calamiteit. De kleine GGZ-afdelingen van KM en KLu lijken weinig mogelijkheden te hebben om snel de hulpverlening te kunnen opschalen. Alleen de AIH-KL/KMar lijkt hiervoor over voldoende menskracht te beschikken.

Tabel 1. Militaire GGZ rondom uitzending

	Voor uitzending	Tijdens uitzending	Einde uitzending	Na uitzending
CMH				Gespecialiseerde behandeling
AIH KL/KMar	<ul style="list-style-type: none"> • Preventieve psychoeducatie • Informatie aan thuisfront 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaak psycholoog in 1^e lijns zorgteam; tevens advies aan commandant • 7x24 uurs consultatie • Opschalingsmogelijkheid 	Individuele gesprekken in uitzendinggebied door psychologen	<ul style="list-style-type: none"> • Nazorgvragenlijst • 2^e lijnsbehandeling
GGZ KM	Bijdrage voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> • Special Psychic Rapid Intervention Team (SPRINT) • Soms psycholoog in zorgteam, tevens ter advisering aan stafarts 	Groepsgesprekken buiten uitzendinggebied door niet-hulpverleners en/of MDD	<ul style="list-style-type: none"> • Nazorgvragenlijst • 2^e lijnsbehandeling
GGZ KLu niet betrokken; Vliegerpsychologen KLu wel	Informatieverstrekking	<ul style="list-style-type: none"> • Meegaan of periodiek verblijf vliegerpsycholoog • Informatieverstrekking aan thuisfront 	Individuele gesprekken	<ul style="list-style-type: none"> • Nazorgvragenlijst • 2^e lijnsbehandeling
MDD	Voorbereiding militair en thuisfront	Participatie in thuisfrontorganisaties	Deelname groepsgesprekken	Bijdrage terugkeergesprekken op onderdeel
GV	Aanwezigheid en steun	Aanwezigheid en steun; ook in SPRINT	Aanwezigheid en steun	Aanwezigheid en steun
Vi				CAP-Vi

2.2.2 De zorg rond uitzendingen in enkele andere westerse landen

In andere westerse landen, Groot-Brittannië, België, Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Canada en Australië, is de GGZ voor militairen en veteranen wisselend georganiseerd. Er is geen duidelijke standaardoplossing. In verhouding tot de onderzochte landen is de Nederlandse militaire GGZ niet onderbezet.

Voorafgaande aan uitzending wordt in geen enkel van de bovengenoemde landen een standaard psychologische screening uitgevoerd. Op medisch gebied gebeurt dit wel. Psychoeducatie wordt vrijwel overal gegeven. Onderwerp en doelgroepen verschillen echter. De zorg tijdens uitzending is in Groot-Brittannië en Canada overwegend belegd bij maatschappelijk werkers en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en). In geen van de landen maakt een psychiater standaard deel uit van de missie. Voor de meeste landen, afgezien van Duitsland, geldt dit ook voor psychologen. In meerdere landen wordt er voor gekozen om psychiaters en psychologen op afroep of bij lange en/of moeilijke missies, eventueel voor een korte periode, in te zetten.

De zorg na uitzending is in verschillende landen nog in ontwikkeling. In veel landen worden uitgezonden militairen na terugkeer medisch geëvalueerd, waarbij ook aandacht is voor psychische klachten. In verschillende landen worden nazorgvragenlijsten verstuurd.

Wat betreft het thuisfront hebben de meeste landen voorzieningen getroffen. In België, Duitsland en Canada is daarbij gekozen voor 'family support' centra.

3. Is de militaire GGZ anders dan de civiele?

Epidemiologisch onderzoek over het vóórkomen van psychische stoornissen bij militairen ontbreekt. Over klachten na uitzending zijn wel gegevens beschikbaar.

Op basis van een compilatie van bij de militaire GGZ-afdelingen verzamelde gegevens en epidemiologische gegevens over de algemene bevolking, heeft de projectgroep zich een indruk verschaft van de aard, omvang, gebruik en werkwijze van de huidige militaire GGZ.

3.1 De militaire doelpopulatie

3.1.1 Actief dienenden

Het defensiepersoneel bestaat uit bijna 51.000 FTE militairen en bijna FTE 16.000 burgers. Vrouwen vormen een minderheid bij alle onderdelen. Van de militairen is 13% vrouw, van het burgerpersoneel 22%.

De leeftijd van militairen is gemiddeld 32 jaar (mannen zijn gemiddeld 33 jaar; vrouwen zijn gemiddeld 26 jaar). Burgerpersoneel is gemiddeld 43 jaar (mannen zijn gemiddeld 44 jaar; vrouwen zijn gemiddeld 40 jaar). Ter vergelijking, mannen en vrouwen in de Nederlandse beroepsbevolking zijn gemiddeld 40 jaar.

Het percentage allochtonen onder militairen (gemiddeld 7,6%, maar in de groep tot 25 jaar circa 11%) ligt beduidend lager dan in de algemene bevolking.

Behalve voor hogere functies en speciale onderdelen hebben degenen die zich aanmelden voor het leger gemiddeld een lage opleiding en een lage sociaal economische status.

3.1.2 Veteranen

Veteranen zijn mensen die de dienst hebben verlaten en die betrokken zijn geweest bij krijgshandelingen en/of uitzending voor vredesoperaties. Het betreft naar schatting 160.000 personen, ongeveer 115.000 zogenoemde ‘oude’ veteranen die zijn ingezet tijdens oorlogen (tot en met Nieuw-Guinea) en ongeveer 45.000 zogenoemde ‘jonge’ veteranen die ingezet zijn tijdens vredesoperaties (vanaf Libanon). Tot nu toe zijn ongeveer 80.000 militairen ingezet voor vredesoperaties. Een deel van deze groep is nog in actieve dienst. Het aantal ‘jonge’ veteranen zal de komende jaren toenemen en het aantal ‘oude’ veteranen zal afnemen. Naar schatting zullen er in 2020, 100.000 ‘jonge’ en 12.000 ‘oude’ veteranen zijn.

3.2 GGZ-problematiek bij militairen in vergelijking met de algemene bevolking

3.2.1 Voorkomen van psychische problematiek in de algemene bevolking en bij militairen

Uit onderzoek (Nemesis studie, 2003) blijkt dat jaarlijks 23,5% van de volwassen Nederlandse bevolking een psychische stoornis heeft. Angst- en stemmingsstoornissen en middelenafhankelijkheid zijn de meest voorkomende stoornissen (zie tabel 2). Hoewel psychische stoornissen bij mannen en vrouwen evenveel voorkomen, worden bij mannen meer middelenstoornissen en minder angst- en stemmingsstoornissen gezien dan bij vrouwen. Van de mannen lijdt jaarlijks 5% aan een depressie en 8% aan een angststoornis. Zelf toegebracht letsel komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Mannen overlijden echter vaker door suïcide.

Op basis van gegevens over GGZ-problematiek in de algemene bevolking en de gewogen extrapolaties daarvan naar de militaire populatie, heeft naar schatting 13% van de 51.000 militairen (grotendeels mannen) in actieve dienst een angststoornis of depressie (6.500 personen). Vanwege overlap moet het totaal met minstens één psychische stoornis worden geschat op maximaal 25% (12.500 personen).

De meest voorkomende stoornissen bij de ambulante militaire GGZ-afdelingen zijn angst- en stemmingsstoornissen. Uitzendingsgerelateerde stoornissen omvatten ongeveer 10% van de instroom in de militaire GGZ. PTSS wordt in de militaire GGZ meer gezien dan in de civiele GGZ. Het aantal gevallen van zelf toegebracht letsel en suïcides kan op basis van gegevens uit de civiele GGZ worden geschat op enkele tientallen per jaar.

Vanwege de relatief jonge leeftijd van veel militairen zou een verhoogd optreden van middelenstoornissen kunnen worden verwacht, maar door repressief beleid worden alcohol en drugsproblemen minder gezien dan in de civiele GGZ, namelijk bij 1-4% van de militairen. Bij de psychologische selectie van de meestal jonge (15-18 jaar) kandidaat-militairen wordt aandacht besteed aan het voorkomen van middelengebruik, ernstig crimineel verleden, persoonlijkheidsstoornissen, aanpassingsstoornissen en gedragsstoornissen en wordt er gekeken naar stabiliteit en copingstijlen. Bij de medische keuring wordt ook gelet op psychische en psychiatrische problematiek. Hierdoor zal de instroom van militairen met ernstige stoornissen, zoals schizofrenie, zeer beperkt zijn.

Tabel 2: Prevalentie van psychische stoornissen onder volwassenen (18-64 jaar) in Nederland.

Diagnose volgens DSM-III-R	Laatste 12 maanden	Ooit in het leven
Stemmingsstoornissen	7,6 %	19,0 %
Angststoornissen	12,4 %	19,3 %
Alcoholmisbruik/-afhankelijkheid	8,2 %	17,2 %
Drugmisbruik/-afhankelijkheid	1,3 %	3,1 %
Schizofrenie	0,2 %	0,4 %
Eetstoornis	0,4 %	0,7 %
Tenminste 1 diagnose	23,5 %	41,2 %

3.2.2 Gebruik van GGZ in de algemene bevolking en bij militairen

Niet alle mensen met psychische stoornissen zoeken of krijgen hulp. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat huisartsen ongeveer 10% van het aantal mensen met een psychische stoornis naar de GGZ verwijst. De instroom in de tweedelijns-GGZ is ongeveer 2% van de bevolking, hiervan wordt jaarlijks weer 5% (0,1% van het totaal) opgenomen.

Ook van de uitgezonden militairen klopt maar een deel, naar schatting een kwart, aan de deur van de militaire GGZ. Vergeleken met de civiele GGZ is dit, vanwege de intensieve nazorg, een relatief hoog percentage. Gezien de relatief korte contracten van uitgezonden militairen bestaat deze groep voor een belangrijk deel uit veteranen.

De gegevens over het gebruik van de drie krijgsmachtdeelgebonden ambulante GGZ-afdelingen (AIH-KL/KMar, GGZ-KLu en GGZ-KM) en de afdeling Psychiatrie van het CMH zijn samengevat in tabel 3.

Het 'bereik' van de militaire GGZ (met 1587 nieuwe cliënten in 2003) is hoger dan het bereik van de civiele GGZ (26 nieuwe cliënten per 1.000 militairen). De gemiddelde behandelduur is in de militaire GGZ korter (gemiddeld 13 contacten per nieuwe cliënt). De gemiddelde wachttijd tot behandeling is in de militaire GGZ (2-4 weken) beduidend korter dan in de civiele GGZ.

Tabel 3: instroom in de militaire GGZ-afdelingen

	adherentie (militairen)	nieuwe cliënten per jaar (2003)	nieuwe cliënten per 1.000	contacten per jaar (2003)	contacten per cliënt
Afd. AIH-KL/KMar	27.184	822	± 30	± 10.000	± 12
Afd. GGZ-KLu	10.333	272	± 26	4.046	± 15
Afd. GGZ-KM	11.157	252	± 23	± 3.600	± 14
Psychiatrie - CMH	50.873	± 173 polikliniek ± 68 opnames	± 3 ± 1	2360 contacten 1986 dagen 949 deeltijd	± 14 ± 29 dagen

3.3 *Het huidige aanbod aan civiele en militaire GGZ*

3.3.1 Civiele geestelijke gezondheidszorg

Burgers met psychische klachten richten zich primair tot de huisarts. Samen met de eerstelijnspsycholoog en het maatschappelijk werk vormt deze de eerstelijns-GGZ. Hier vindt behandeling plaats van eenvoudige psychische stoornissen. Voor ernstiger klachten verwijst de huisarts naar de formele tweedelijns-GGZ. Deze is overwegend georganiseerd in geïntegreerde GGZ-instellingen, waarin ambulante, klinische en deeltijd GGZ zijn gebundeld. Daarnaast bestaat er een uitgebreid circuit van vrijgevestigde psychologen/psychotherapeuten en psychiaters.

Binnen de meeste GGZ-instellingen bestaan zogenaamde zorgprogramma's. Deze zijn doorgaans modulair opgebouwd en geven een beschrijving van de zorg voor cliënten met een bepaalde stoornis. Ze beschrijven de specifieke diagnostiek, behandeling, begeleiding en vaak ook preventie en rehabilitatie. De zorgprogramma's en protocollen die worden ontwikkeld betreffen onder meer de intakeprocedure en diagnostiek, kortdurend generalistisch behandelen, stemmingsstoornissen (depressie, dysthyme stoornis en bipolaire stoornis), angststoornissen (fobieën, PTSS), psychotische stoornissen (schizofrenie) en persoonlijkheidsstoornissen.

De ontwikkeling van zorgprogramma's beoogt de transparantie van de GGZ te vergroten en het 'evidence based' werken te bevorderen. Hieronder wordt verstaan het integreren van de beste beschikbare wetenschappelijke kennis met de praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis van cliënten. Voor de belangrijkste stoornissen zijn en worden in dit kader ook landelijk multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld. GGZ-instellingen nemen deze op in hun zorgprogramma's. Momenteel wordt ook een richtlijn ontwikkeld voor vroegtijdige interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen.

De civiele GGZ heeft een landelijk registratiesysteem: ZorgIS. Voor de kwaliteitsborging heeft zij samen met de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) een certificatieschema voor de GGZ ontwikkeld.

3.3.2 Militaire geestelijke gezondheidszorg

Vanwege de specifieke taken van Defensie heeft de krijgsmacht een eigen gezondheidszorgsysteem. De militaire gezondheidszorg (en dus ook de militaire GGZ) vindt haar legitimatie vooral in drie aspecten:

1. de operationele inzet bij oefeningen en uitzendingen.
 2. de aanwezigheid van specifieke (beroepsgebonden) problemen bij militairen.
 3. de nadruk op inzetbaarheid, met naast preventie en zorg een sterke nadruk op rehabilitatie.
- De uitgangspunten voor de militaire gezondheidszorg, die ook gelden voor de militaire GGZ, zijn vastgelegd in de Grondslagen, Hoofdpijnen en Systeemeisen:

- *‘De militaire gezondheidszorg is gericht op het bewaken, bevorderen en zo nodig herstellen van de gezondheid van de militair. De militaire gezondheidszorg draagt bij aan de onbelemmerde uitvoering van de operationele taak van de individuele militair en zijn eenheid. Hiertoe worden alle relevante aspecten van gezondheidszorg in onderlinge samenhang en in een continuüm uitgevoerd.’*
- *‘De militaire gezondheidszorg richt zich primair op militairen. Op aanwijzing van de minister, kan worden voorzien in zorg aan derden.’*
- *‘De gezondheidszorg voor de krijgsmacht richt zich, met inachtneming van de omstandigheden waaronder de krijgsmacht moet opereren, de uitvoering van de operationele taak en de eisen die in dit kader aan het personeel worden gesteld, op de in Nederland civiel gebruikelijke kwaliteitsnormen, de Nederlandse wetgeving en de Nederlandse professionele standaard. De militaire gezondheidszorg volgt de verplichtingen voortvloeiend uit internationale verdragen.’*

De Nederlandse militaire GGZ telt 112 psychologen (1 psycholoog op 642 personeelsleden), 7 psychiaters (1:10.286) en 80 maatschappelijk werkers (1:900). Wat betreft de verhouding tussen professionals en militairen, heeft Nederland een vergelijkbaar aandeel psychologen als België. Voor de psychiaters is Nederland vergelijkbaar met Frankrijk en Denemarken. In vergelijking met andere landen, België, Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Canada en Australië, heeft de Nederlandse militaire GGZ relatief de meeste maatschappelijk werkers in dienst. Alleen in de militaire GGZ in Groot-Brittannië zijn maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen ook sterk vertegenwoordigd.

3.4 Samenstelling van de militaire GGZ

3.4.1 De Militair Geneeskundige Dienst

Binnen Defensie hebben de krijgsmachtdelen: de Koninklijke Landmacht (KL), de Koninklijke Luchtmacht (KLu) en de Koninklijke Marine (KM) een eigen geneeskundige dienst. Vanuit deze geneeskundige diensten worden alle militairen van eerstelijnszorg

voorzien. Militaire locaties van enige omvang hebben een gezondheidscentrum (of ziekenboeg) met één of meer militair artsen, tandartsen, fysiotherapeuten en geneeskundig hulppersoneel. Deze eerstelijnsgezondheidszorg werkt op lokaal niveau nauw samen met de bedrijfsmaatschappelijk werkers en vaak ook met de geestelijk verzorgers.

In de eerste lijn werken 186 artsen die curatieve en bedrijfsgeneeskundige taken uitvoeren. Hiervan zijn er ruim 50 opgeleid tot huisarts (1 per 1.000 militairen) en een even groot aantal tot bedrijfsarts. De rest is algemeen militair arts (basisarts met twee jaar aanvullende militair geneeskundige opleiding). Ze zijn verdeeld over ongeveer 40 kazernes en bases.

Eerstelijnsartsen verwijzen zonedig naar de militaire GGZ en/of naar militair medisch (somatisch) specialisten, die ook onderling naar elkaar kunnen verwijzen. De medisch-specialistische zorg voor militairen wordt geleverd vanuit het Centraal Militair Hospitaal (CMH) te Utrecht (in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht) en door enkele aan Defensie gelieerde ziekenhuizen.

3.4.2 Krijgsmachtdeelgebonden GGZ afdelingen

De militaire GGZ wordt verleend vanuit de afdeling psychiatrie van het CMH (met klinische, deeltijd- en poliklinische functies) en vanuit drie krijgsmachtdeel gebonden GGZ-afdelingen. De personele sterkte van deze afdelingen is weergegeven in tabel 4.

a) De afdeling Militaire Psychiatrie van het CMH heeft vier sectoren: polikliniek, kliniek (13 open bedden), deeltijdbehandeling (8 stoelen) en wetenschappelijk onderzoek (biologisch-psychiatrisch onderzoek naar PTSS en Post-Deployment Syndrome (PDS: De Vries, 2002), samen met de divisie hersenen van het UMC Utrecht). Door deze sectoren lopen drie zorglijnen: Algemene Psychiatrie, Alcoholproblematiek en PTSS. In voorbereiding is de zorglijn PDS. Er is er een consultatietaak naar de andere CMH-afdelingen en de gehele Defensie-gezondheidszorg. Verwijzers zijn de eerstelijnsartsen en de ambulante GGZ-instellingen binnen Defensie. De afdeling vangt militairen op die om psychische redenen worden gerepatrieerd en heeft een signaleringstaak bij om somatische redenen gerepatrieerde militairen.

De BOPZ wordt conform de civiele regelgeving uitgevoerd middels een overeenkomst met het UMC Utrecht. Voor taken die de afdeling Psychiatrie-CMH niet zelf kan uitvoeren wordt teruggevallen op de psychiatrische universiteitskliniek van het UMC Utrecht.

b) De AIH-KL/KMar bestaat uit de stafafdeling in Amersfoort en vier secties. Zij levert naast de hulpverlening aan militairen met psychische en psychosociale problematiek, ook zorg aan veteranen met PTSS. Incidenteel wordt hulp geboden aan burgermedewerkers van

Defensie en gezinsleden van militairen. Het dienstenpakket bestaat uit ambulante curatieve hulpverlening, psychologische ondersteuning bij uitzending, werkinterventies en teambuilding en dienstverlening naar derden (o.a. naar Suriname en het Veteranen-instituut). Er wordt gewerkt aan een op het HKZ-model geënt kwaliteitssysteem.

- c) De afdeling GGZ-KLu in Utrecht behandelt verwezen militairen van de KLu en op verzoek ook veteranen met uitzendingsgerelateerde problematiek. De afdeling maakt deel uit van de gecertificeerde gezondheidsdienst van de KLu. Inhoudelijk wordt aangesloten bij normen en standaarden die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn. Binnen de KLu bestaat een Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML). Hieraan zijn vliegerpsychologen verbonden. Zij ondersteunen en adviseren de commandanten en hebben een taak in de begeleiding van de vliegers (als groep) op de squadrons. Hoewel zij in beginsel geen individuele hulpverlening bieden, hebben ze soms individuele contacten met militairen. Voor behandeling verwijzen ze naar de afdeling GGZ-KLu.
- d) De afdeling GGZ-KM is ondergebracht op het Sociaal Medisch Centrum Driehuis (SMD) van de KM. Sinds 2004 maakt ook de psycholoog op de ziekenboeg in Den Helder deel uit van de GGZ-KM. De afdeling behandelt militairen van de KM en in beperkte mate burgerpersoneel van de KM en veteranen. In de behandeling kan gebruik worden gemaakt van behandelprotocollen uit de civiele GGZ. Wanneer opname is geïndiceerd of er een specifieke behandelindicatie is, wordt gebruik gemaakt van de faciliteiten van het CMH. Vanuit de afdeling wordt de eerste lijn op de bases/kazernes versterkt door psychotherapeuten die één of enkele dagdelen aanwezig zijn voor consultatie en laagdrempelige, kortdurende behandeling.

Tabel 4. Personeel in de militaire GGZ (in FTE)

Discipline	AIH-KL/KMar	GGZ-KLu	GGZ-KM	CMH	TOTAAL
Psychiater	1	1,4	2,0	2,4	6,8
AGIO	0	0	0	4,4	4,4
GZ-psycholoog / psychotherapeut	29	4,2	7,55	2,8	43,55
Bedrijfsmaatsch.werker 'plus'	4	0	0	0,0	4
SPV	0	0	0	1,0	1
Vaktherapeut	0	0,4	0	2,3	2,7
Verpleegkundige	0	0	0	14,0	14
Adm. ondersteuning	13	1,4	1,2	2,0	17,6
TOTAAL	47	7,4	10,75	28,9	94,05

De militaire GGZ is in principe een tweedelijnsvoorziening, hoewel er op onderdelen een directe (eerstelijns) toegang van militairen tot de voorziening is. Binnen de Doctrine en Advies Commissie GGZ (DAC-GGZ) vindt overleg en afstemming plaats tussen de militaire GGZ afdelingen en wordt geadviseerd over bijvoorbeeld protocollair handelen. Alle binnen

de civiele GGZ gebruikelijke behandelvormen worden ook in de militaire GGZ gebruikt (bijvoorbeeld psychodiagnostisch onderzoek, psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, groepstherapie, medicamenteuze therapie, EMDR, vaktherapieën). De GGZ-afdelingen geven consultatie aan het Sociaal Medisch Team (SMT) in de eerste lijn. Naast eerstelijnsartsen verwijzen ook het Veteraneninstituut, de Maatschappelijke Dienst Defensie en de geestelijk verzorgers naar de GGZ-afdelingen. Indien de aard van de klachten daarom vraagt, kunnen de psychologen gemakkelijk contact leggen met behandelend militair artsen. Tabel 5 geeft een overzicht van het globale zorgaanbod van de militaire GGZ.

Tabel 5. Overzicht zorgaanbod militaire GGZ

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: behandel-component rehabilitatie	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t. rol Vi

3.4.3 Overige instellingen met taken in de GGZ in 'bredere' zin

De Maatschappelijke Dienst Defensie (MDD), de Geestelijke Verzorging (GV) en het Veteranen Instituut (Vi) zijn instellingen die niet tot de militaire GGZ in 'engere' zin worden gerekend, maar er wel nauwe relaties mee hebben.

- e) De MDD vormt het bedrijfsmaatschappelijk werk van Defensie. Zij werkt samen met de eerstelijnsgezondheidszorg en maakt deel uit van hulpverleningsteams bij grote oefeningen en uitzending. De bedrijfsmaatschappelijk werker helpt bij problemen die van invloed zijn

op het welzijn, maar ook bij moeilijkheden van meer zakelijke aard. De MDD werkt nauw samen met de eerstelijnsartsen en de militaire GGZ afdelingen. De MDD heeft circa 75 bedrijfsmaatschappelijk werkers (BMW'ers) verdeeld over zeven regiokantoren.

- f) Er is één Dienst Geestelijke Verzorging (GV), met geestelijke verzorgers uit verschillende denominaties. Er zijn 150 geestelijk verzorgers, verdeeld over de kazernes en bases en één centrale locatie. Geestelijk verzorgers hebben veel contacten op de onderdelen. Door hun laagdrempelige toegang signaleren ze veel problemen. Ze participeren in het SMT en verwijzen mensen naar de eerstelijnszorg en soms rechtstreeks naar de militaire GGZ. Ze hebben een rol bij de zorg rondom uitzending. De geestelijk verzorger bij het Vi participeert in de 'Werkgroep GGZ Veteranen' van het Vi.
- g) Het Veteraneninstituut heeft een Centraal Aanmeld Punt (CAP-Vi) voor veteranen en hun verwanten. Bij zorgvragen van veteranen met uitzendingsgerelateerde problemen inventariseert het maatschappelijk werk vanuit het Veteranen Instituut de problematiek. Voor behandeling wordt verwezen naar hulpverleningsinstanties. De Werkgroep GGZ Veteranen (met militaire en civiele GGZ, GV, MDD en Vi), coördineert de hulpverlening aan veteranen, signaleert knelpunten en draagt oplossingen aan.

3.4.5 Relatie van de militaire GGZ met de civiele GGZ

Wanneer binnen het CMH (en het UMC Utrecht, waaraan het CMH is aangehaakt) een specialisme niet beschikbaar is, wordt verwezen naar civiele zorginstellingen op het gebied van verslavingszorg (de CAD's) en traumaverwerking (zoals Centrum '45). Het gaat om incidentele gevallen van verwijzing en overname. Bij crisis buiten het ziekenhuis beoordeelt de crisisdienst uit de reguliere GGZ conform de wet BOPZ en draagt deze zorg voor opname in een adequate setting.

De maatschappelijk werkers binnen het CAP-Vi exploreren aangemelde zorgproblemen. Complexe problematiek wordt in een casuïstiekoverleg gebracht met CMH, ambulante GGZ of Centrum '45, Sinai Centrum en geestelijke verzorging. Hieruit komt een behandeladvies, richting algemene civiele GGZ, militaire GGZ of de gespecialiseerde civiele GGZ-instellingen. Het maatschappelijke werk van het Vi werkt samen met enkele geïnteresseerde regionale GGZ-instellingen.

De verschillende instanties die bij de militaire GGZ zijn betrokken hebben over het algemeen vrij losse samenwerkingsverbanden. Bij het verlaten van de dienst krijgen militairen de voor hen relevante geneeskundige informatie en een informatiefolder mee om over te dragen aan hun huisarts.

4. Op weg naar eenheid van visie op de GGZ voor militairen en veteranen

4.1 Missie van de militaire GGZ

De missie van de militaire geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is als volgt:

‘De militaire geestelijke gezondheidszorg wil ernstige psychosociale problematiek en psychische stoornissen bij het hoogrisico beroep van militairen proberen te voorkómen, te behandelen en/of de gevolgen ervan draaglijk te maken, zodat de (ex)militair optimaal kan functioneren als mens en militair en hij/zij maximaal inzetbaar is.

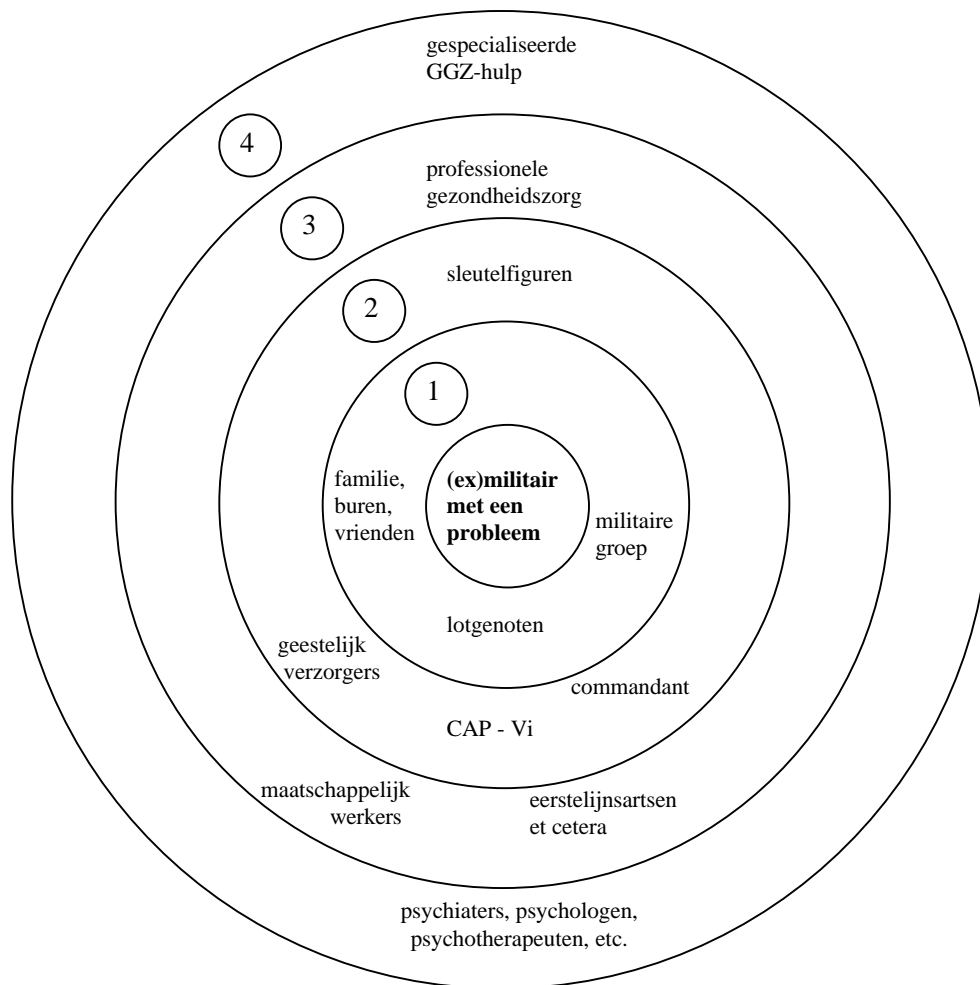
Aanvullend op de zorg van direct leidinggevenden, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werk en de eerstelijnsgezondheidszorg, wil de militaire GGZ in ‘engere’ zin hier actief aan bijdragen via preventie, vroegopsporing, behandeling en rehabilitatie.

4.2 Kringenmodel voor de GGZ

De civiele GGZ heeft als doel ernstige psychosociale problematiek en psychische stoornissen proberen te voorkomen, te behandelen of de gevolgen ervan draaglijk te maken. De GGZ in ‘brede’ zin wordt onder meer door lotgenoten, sleutelfiguren, geestelijken, leerkrachten en eerstelijns hulpverleners geleverd. De GGZ in ‘engere’ zin is aanvullend hierop, via scholing en voorlichting, en rechtstreeks door vroege opsporing, behandeling en rehabilitatie.

In de civiele GGZ wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van een kringenmodel dat gezien wordt als een alternatief voor de klassieke echelonnering (figuur 1). Het kringenmodel voor de GGZ geeft een overzicht van de getrapte zorg. Elke kring fungeert als een filter voor de toestroom naar de volgende kring, waarin een steeds hogere mate van specialisatie is gepositioneerd. Het kringenmodel heeft als doel het vermijden van onnodige medicalisering en het zo gericht mogelijk inzetten van schaarse deskundigheid.

De uitgangspunten van het kringenmodel zijn ook bruikbaar voor de militaire GGZ, mits ze worden geïntegreerd met de kenmerken van de militaire gemeenschap. Het ontbreken van eerstelijnspsychologen in de militaire gezondheidszorg maakt het kringenmodel hiervoor zelfs geschikter dan de klassieke echelonnering.



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

Voor de militair geldt dat in het kringenmodel zowel een privé-domein (familie, vrienden en bekenden) als een militair domein (bijvoorbeeld het buddiesysteem, de groep in de eerste kring en de direct leidinggevende in de tweede kring) moet worden onderscheiden. Voor veteranen zijn bijvoorbeeld in de eerste kring de lotgenoten en in de tweede kring het centraal aanmeldpunt van het Veteranen Instituut (CAP-Vi) onderscheiden.

4.3 Visie op de militaire GGZ

Op grond van de missie wordt de militaire GGZ in de eerste plaats gezien als bedrijfsgerichte GGZ voor mensen met het hoogrisico beroep van militair. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de militaire GGZ in ‘brede’ zin (de binnenste kringen van het kringenmodel) en de militaire GGZ in ‘engere’ zin (de buitenste kring van het kringenmodel). Een goede

verbinding tussen de kringen is van groot belang voor het goed functioneren van de militaire GGZ.

4.3.1 Militaire GGZ in ‘brede’ zin

De zorg voor de geestelijke gezondheid begint bij de militair of veteraan zelf, die de verantwoordelijkheid heeft zo gezond mogelijk te blijven en bij problemen hulp of behandeling te zoeken. Hierbij kan hij/zij steun zoeken in de eerste kring uit het kringenmodel (familie, vrienden, buddy, groep en lotgenoten) dan wel in de andere kringen.

De tweede kring bestaat uit steunsystemen die niet tot de gezondheidszorg worden gerekend, bijvoorbeeld commandanten. Iedere commandant heeft de verantwoordelijkheid voor zijn personeel, zowel in de kazerne als rondom uitzending. Het gaat om zowel de fysieke veiligheid als de mentale gesteldheid. Dit vraagt om goede voorlichting over preventie en vroegopsporing. Een commandant die ziet dat een militair een probleem heeft kan deze, met instemming van de militair, naar een hulpverlener verwijzen. De commandant is ook verantwoordelijk voor het bevorderen van de groepscohesie en een klimaat waarin klachten en problemen kunnen worden besproken en aangepakt.

De zorg door collega's na traumatische ervaringen, zoals de Collegiale Ondersteunings Groep (COG) van de Koninklijke Marechaussee, past ook in de tweede kring.

Geestelijk verzorgers zijn zowel in Nederland als in het uitzendgebied aanwezig. Zij hebben veel contact met militairen en spreken vooral over levens- en zingevingsvragen, en over ethische en levensbeschouwelijke vragen. Zij kunnen militairen helpen problemen te signaleren, te onderkennen of stimuleren zonodig GGZ-hulp te zoeken.

De derde kring staat ook wel bekend als ‘eerstelijnsgezondheidszorg’. Hiertoe behoren de militaire artsen die preventieve, curatieve en bedrijfsgeneeskundige zorg leveren, en de maatschappelijk werkers van de Maatschappelijke Dienst Defensie (MDD) en het Veteraneninstituut. Vanuit het perspectief van de militaire GGZ vervullen deze gelijksoortige rollen. Militairen die zorg nodig hebben kunnen zich rechtstreeks tot hen wenden. Lichte psychische of psychosociale problemen kunnen in de eerste lijn worden behandeld en opgelost. De eerstelijnsarts richt zich daarbij vooral op de medische aspecten, de maatschappelijk werker meer op de sociale aspecten. Zwaardere psychische of psychosociale problematiek wordt doorverwezen naar de militaire GGZ in ‘engere’ zin.

4.3.2 Militaire GGZ in ‘engere’ zin

De militaire GGZ in ‘engere’ zin, oftewel de gespecialiseerde GGZ-hulp, bevindt zich in de vierde kring van het kringenmodel. Hier vindt diagnostiek en behandeling plaats van psychische en ernstige psychosociale problemen, door gespecialiseerde hulpverleners (zoals GZ-psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters). Vanwege de deskundigheid van de militaire GGZ heeft zij ook een ondersteunende rol (consultatie en advies) naar de meer naar binnen gelegen kringen.

Vanwege het karakter van de militaire GGZ als bedrijfsgerichte GGZ, moet de militaire GGZ niet geïsoleerd staan van de civiele GGZ en moet zij daarop kunnen terugvallen voor vragen die de eigen mogelijkheden in kwalitatieve en/of kwantitatieve zin overstijgen. De militair dient in principe gebruik te maken van de militaire gezondheidszorg. Een beroep op de civiele GGZ zal dan ook via de militaire GGZ moeten plaatsvinden.

De militaire GGZ werkt vanuit het bio-psychosociale paradigma voor de GGZ. Dit houdt in dat biologische, psychologische en sociale processen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn in het ontstaan, voorkomen en behandelen van psychische stoornissen. De militaire GGZ is als tweedelijns-functie binnen de militaire gezondheidszorg in principe toegankelijk op verwijzing door of in overleg met een eerstelijnsarts. Om te vermijden dat de verwijzing een te hoge drempel vormt voor de toegang tot de militaire GGZ kan het overleg met de eerstelijnsarts zonodig ook achteraf plaatsvinden. Dit is ook in de civiele GGZ niet ongebruikelijk. Het scherp hanteren van het onderscheid tussen eerstelijns- en tweedelijns-functies is in het bijzonder tijdens uitzending minder functioneel.

4.3.3 Doelgroepen van de militaire GGZ in ‘engere’ zin

De militaire GGZ in ‘engere’ zin heeft op grond van haar missie een aantal doelgroepen met verschillende reikwijdte:

- Actief dienenden: Voor actief dienenden dient het gehele aanbod aan militaire GGZ in ‘brede’ en ‘engere’ zin beschikbaar te zijn.
- Veteranen: Veteranen met uitzendingsgerelateerde problematiek en een aantal veel voorkomende stoornissen, zoals LOK, PTSS en persoonlijkheidsproblematiek, komen eveneens voor behandeling door de militaire GGZ in aanmerking.
- Burgerpersoneel: Burgerpersoneel dient gebruik te maken van de civiele GGZ. Alleen bij specifiek arbeidsgerelateerde psychische problematiek is het zinvol de militaire GGZ in ‘engere’ zin ook voor burgerpersoneel beschikbaar te laten zijn.

- **Systeemleden:** Familieleden van actief dienenden en veteranen worden meebehandeld wanneer dat voor de behandeling van de actief dienende of de veteraan nodig is. Afzonderlijke vermelding verdient de zorg voor systeemleden van actief dienenden rondom uitzending. Deze is vanuit het perspectief van de bedrijfsgerichte GGZ van belang als onderdeel van preventie van psychische stoornissen bij militairen.
- **De commandanten:** Als bedrijfsgerichte GGZ heeft de militaire GGZ ook een taak naar de direct leidinggevenden. De commandanten krijgen (via de militair arts) advies over de inzetbaarheid van militairen met psychische en/of ernstige psychosociale problemen.

4.4 De militaire GGZ: drie episoden in het militaire bestaan

In het militaire bestaan kunnen vanuit het perspectief van de militaire GGZ drie episoden worden onderscheiden:

- de zorg op de kazerne en bases
- de zorg voor, tijdens en (direct) na uitzendingen
- de zorg voor veteranen

Deze episoden zijn onderscheidend ten opzichte van elkaar. Voor andere situaties (zoals oefeningen en inzet bij bijvoorbeeld terroristische aanslagen of rampen in eigen land) zal per geval bekeken moeten worden of een situatie het meest vergelijkbaar is met die van een uitzending of met die op de kazerne.

4.4.1 Zorg op de kazerne basis

Doordat militairen in de situatie op de kazerne of basis in Nederland verblijven, is de bereikbaarheid van de militaire GGZ over het algemeen goed. Mocht de zorgvraag in kwalitatieve of kwantitatieve zin door de militaire GGZ onvoldoende kunnen worden beantwoord, dan is de civiele gezondheidszorg achter de hand beschikbaar.

De militaire GGZ op de kazerne bestaat uit een kortdurend generalistisch behandelaanbod dat vergelijkbaar is met het werk van de eerstelijnspsycholoog in de civiele GGZ. Intake en kortdurende generalistische behandeling kunnen het beste plaatsvinden in de nabijheid van de eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen van de eigen werkplek aangezien het over het algemeen cliënten betreft die behandeld kunnen worden zonder dat zij uit het arbeidsproces worden gehaald. Door deze functie in de nabijheid van de eerstelijnszorg uit te voeren, kan een laagdrempelige toegang eenvoudig worden gerealiseerd.

Binnen de militaire GGZ vinden meer gespecialiseerde behandelingen plaats van cliënten met duidelijke psychische of psychiatrische stoornissen. Deze zijn in de civiele GGZ doorgaans het werk van de tweedelijns-GGZ. Meer gespecialiseerde behandelingen moeten plaatsvinden in een tweedelijns behandelgroep met specialistische deskundigheid. Door gerichte bijscholing, intervisie en voldoende mogelijkheden voor praktijkervaring met specifieke stoornissen in een groep van voldoende omvang, worden specialisatie en kwaliteit op peil gehouden. Het kan om ambulante, deeltijd- of klinische behandeling gaan. De meer specialistische behandeling kan op iets grotere afstand van de eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen worden uitgevoerd.

De meer specialistische militaire GGZ moet zich, als bedrijfsgerichte GGZ, in elk geval richten op het behandelen van relatief veel voorkomende stoornissen die gerelateerd zijn aan het hoogrisico beroep van militair, zoals posttraumatische stressstoornis (PTSS), Lichamelijk Onverklaarde Klachten (LOK), middelenstoornissen en aanpassingsstoornissen. Maar ook op het behandelen van veel voorkomende stoornissen als angst- en stemmingsstoornissen. Hiervoor moeten evidence based diagnosegerelateerde zorgprogramma's beschikbaar zijn. Voor andere stoornissen kan doorverwijzing naar de civiele GGZ worden overwogen. Indien de militaire GGZ deze andere stoornissen zelf wil behandelen, zal dit op kwalitatief verantwoorde wijze moeten worden gedaan. Dat stelt eisen aan capaciteit en organisatie en consultatiemogelijkheden vanuit de civiele GGZ naar de militaire GGZ.

4.4.2 Zorg rond uitzending

Zorg rond uitzending: voor vertrek, tijdens de missie in het uitzendgebied en na terugkeer, is een belangrijke kerntaak van het gehele militaire zorgsysteem, maar ook specifiek voor de militaire GGZ. Het doel van zorg rond uitzending is het waarborgen van de (lange termijn) inzetbaarheid en het optimaal functioneren van militairen voor, tijdens en na uitzending. Zorg rond uitzending reikt verder dan alleen behandeling van uitzendingsgerelateerde problematiek. Ook preventie, vroegsignalering en zorg voor het thuisfront behoren tot de taken. Uitzendingen hebben als kenmerk dat de zorg van de civiele GGZ in het uitzendgebied niet beschikbaar is, terwijl de militair zich in een hoogrisico situatie bevindt. Dit stelt bijzondere eisen aan de beschikbaarheid en organisatie van de zorg rond uitzendingen. De laatste jaren worden uitzendingen in toenemende mate 'joint' uitgevoerd: verschillende krijgsmacht delen treden gezamenlijk op. Een logische en noodzakelijke consequentie is dat de zorg rond uitzending ook gezamenlijk en eenduidig is. Dit vraagt om krijgsmachtbrede protocollen en richtlijnen voor de militaire GGZ rond uitzending en om zorgprogramma's

voor stoornissen die door de uitzending kunnen ontstaan, zoals PTSS en LOK. Bij deze gestandaardiseerde protocollen en richtlijnen moet ruimte bestaan voor verbijzonderingen, naar gelang de operationele karakteristieken van de missie. Deze verbijzonderingen worden meegenomen bij het opstellen van het plan voor de verzorging van de missie. Dit plan wordt met advies van de militaire GGZ, opgesteld door de Directie Militaire Gezondheidszorg van de Hoofddirectie Personeel en uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Chef Defensiestaf. Criteria zijn bijvoorbeeld het al dan niet bestaan van directe dreiging voor de veiligheid van de militair, het meemaken en waarnemen van schokkende of schrijnende taferelen en het al dan niet bestaan van face-to-face contact met bevolking of een mogelijke 'vijand'. Hiernaast zijn ook de omvang van de uitgezonden eenheid, de wijze van optreden, de samenhang binnen de uitgezonden eenheid en de voorbereidingstijd (completering van de opwerkperiode) relevant. Het verdient aanbeveling de zogenoemde 'debriefing' terug te brengen tot zijn oorspronkelijke militaire betekenis. Dat betekent dat van te voren 'briefing' plaats vindt. 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 er van kan leren, hoe iedereen het ervaren heeft, stoom afblazen en eventueel aandacht geven aan ingrijpende gebeurtenissen. Dit kan in beginsel door militairen zelf na training worden uitgevoerd. Afhankelijk van de missiespecifieke factoren kunnen ze daarbij ondersteund worden door MDD en/of GGZ.

Zorg rond uitzending moet ketenzorg zijn. Inspanningen van de militaire GGZ voor vertrek, tijdens de missie en na terugkeer, liggen in elkaars verlengde en moeten elkaar ondersteunen. Hieronder volgt een overzicht van taken die in dit kader moeten worden uitgevoerd. Daarbij is uitgegaan van een missie waarbij sprake is van dreiging voor de militair en face-to-face contact met personen waar een mogelijke dreiging van uit gaat. Hierbij moet worden opgemerkt dat lang niet alle onderdelen van het hieronder beschreven takenpakket evidence based zijn. Door gebruik te maken van richtlijnen, bijvoorbeeld de richtlijn vroegtijdige interventies na schokkende gebeurtenissen die momenteel wordt ontwikkeld door Stichting Impact in samenwerking met het Trimbosinstituut, nationale en internationale kennis en expertise en lopend en nog op te zetten onderzoek, kunnen 'state of the art' keuzes worden gemaakt.

Zorg voor vertrek:

- Groepsgewijze voorlichting en training (psychoeducatie) gericht op het verhogen van psychische weerbaarheid, stressmanagement, symptoomherkenning en bekendheid met het aanbod van de militaire GGZ. Deze voorlichting wordt gegeven in nauwe samenhang en met directe betrokkenheid van de leidinggevende. De militaire GGZ heeft daarbij een ondersteunende rol.
- Groepsgewijze voorlichting (psychoeducatie) aan het thuisfront met waar nodig ondersteuning door de militaire GGZ.
- Screening op medische en psychosociale problematiek (ook ten aanzien van de thuissituatie) waardoor een verhoogd risico kan bestaan op het ontwikkelen van problemen tijdens of na de uitzending. Dit is een taak van de eerstelijnsarts, die daarbij ondersteund kan worden door de militaire GGZ met richtlijnen en met advies over ‘twijfelgevallen’.
- Aanwezigheid en begeleiding van geestelijk verzorgers en maatschappelijk werkers.
- Aanwezigheid, begeleiding en invoegen van de psycholoog die meegaat op uitzending.

Zorg tijdens uitzending:

- Signalering van problematiek door de leidinggevende.
- Aanwezigheid en begeleiding vanuit een zorg- en hulpverleningsteam met één of meer militair artsen, bedrijfsmaatschappelijk werkers en geestelijk verzorgers.
- Voldoende aanwezigheid van gezondheidszorgpsychologen (c.q. klinisch psychologen of psychotherapeuten) voor het verrichten van intakes, kortdurende generalistische behandelingen en het uitvoeren van de consultatieve functie naar de eerstelijnsartsen en commandanten.
- Bij calamiteiten ‘opschalen’ van de hulpverlening, bijvoorbeeld door versterking in te vliegen (SPRINT model).
- Indicatiestelling voor repatriëring van militairen die meer gespecialiseerde behandeling nodig hebben van een tweedelijnsbehandelgroep. De eerstelijnsarts en GZ-psycholoog moeten voor indicatiestelling tot repatriëring en advies over overbruggingsbehandeling de mogelijkheid hebben een psychiater en/of collega-psycholoog op afstand te consulteren.
- Een duidelijk beleid m.b.t. het verstrekken van anxiolytica en andere psychofarmaca door eerstelijnsartsen.
- Communicatie met en begeleiding van het thuisfront. Zowel groepsgewijs als individueel (op indicatie), met waar nodig ondersteuning door de militaire GGZ.

Zorg na terugkeer:

- Na terugkeer vindt ‘debriefing’ plaats, eventueel op een zogenaamde ‘third location’. Dat betekent het groepsgewijs (of individueel op indicatie) bespreken van hoe een en ander verlopen is, wat men er van kan leren, hoe iedereen het ervaren heeft, stoom afblazen en eventueel aandacht geven aan ingrijpende gebeurtenissen. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan het afscheid nemen van de eenheid en de missie, het voorbereiden op terugkomst, voorlichting (psycho-educatie) over symptoomherkenning, bekend maken met het zorgaanbod en signalering van eventuele problematiek.
- Ingeval van een langdurige verlofperiode na uitzending kunnen (vrijwillig te bezoeken) terugkeerdagen worden georganiseerd met als doel het ontmoeten van collega’s, het delen van ervaringen en het signaleren van problematiek. Hierbij zijn zorgverleners (MDD, geestelijk verzorgers en psychologen) op de achtergrond aanwezig.
- Na 6 weken tot 2 maanden een terugkeergesprek op het onderdeel, uitgevoerd door de commandant of met diens directe betrokkenheid door de maatschappelijk werker en de geestelijk verzorger, om te bezien of goede opvang en werkhervatting hebben plaatsgevonden.
- De nazorgvragenlijst na 6 maanden om psychische en somatische problematiek te signaleren. De mogelijkheden voor responsverhoging op deze vragenlijst moeten worden onderzocht. Het koppelen van wetenschappelijk onderzoek mag het zorgkarakter van de nazorgvragenlijst niet belemmeren.
- Diagnostiek en behandeling van uitzendingsgerelateerde psychische stoornissen.
- Voorlichting en begeleiding van het thuisfront, met waar nodig ondersteuning door de militaire GGZ.

Opgemerkt moet worden dat na uitzending veel militairen weer terugkeren op de kazerne. Daar vallen zij weer in de episode ‘op de kazerne’ en worden van daaruit behandeld. Het zal duidelijk zijn dat altijd geïnformeerd moet worden of een militair uitgezonden is geweest en dat diagnostiek en behandeling daarop zonedig moeten worden afgestemd.

4.4.3 Zorg voor veteranen

Veteranen zijn mensen met een ‘militair verleden in een civiele omgeving’. Het merendeel van de veteranen ziet met trots terug op hun inzet bij militaire operaties en uitzending en ondervindt hier in het latere leven geen problemen van. Een beperkt deel van de veteranen ontwikkelt in de periode na dienstverlating psychische klachten die een relatie met de militaire inzet kunnen hebben.

Veteranen met uitzendingsgerelateerde problematiek en een aantal veel voorkomende stoornissen, zoals LOK, PTSS en persoonlijkheidsproblematiek, komen voor behandeling door de militaire GGZ in aanmerking. Voor andere stoornissen worden veteranen doorgaans naar de civiele GGZ doorverwezen. Hierbij kan aan de civiele GGZ-consultatie worden aangeboden ten aanzien van aspecten van de militaire voorgeschiedenis. Dergelijke consultatie is ook breder zinvol voor civiele hulpverleninginstellingen die veteranen in behandeling hebben.

Er is op korte termijn behoefte aan specifieke behandelprogramma's voor veteranenproblematiek. Het verdient aanbeveling deze te concentreren op de afdeling psychiatrie van het CMH en/of bij Centrum '45.

Om de mogelijkheden van de civiele gezondheidszorg te vergroten om veteranen adequaat te behandelen, en erkenning en respect ook daar te waarborgen, is verder een actieve overdracht naar de huisarts nodig van de dossiers van uit dienst tredende militairen, vergezeld van informatie over hun veteranenstatus.

Het Veteraneninstituut speelt met het Centraal Aanmeldpunt Punt (CAP-Vi) een rol bij de eerste opvang van veteranen met een zorgvraag en zo nodig bij de toeleiding naar de civiele en/of militaire GGZ. In het kader van de één loketgedachte is het raadzaam het CAP in stand te houden en breed bekend te stellen bij de veteranen, maar ook bij de civiele hulpverlening. Aan een in het Veteraneninstituut geïntegreerd loket kunnen alle soorten hulp- en zorgvragen gesteld worden die veteranen betreffen. Vanuit een CAP met goed opgeleide medewerkers kunnen eenvoudige vragen direct beantwoord worden en ingewikkelder vragen belegd worden bij daartoe geëigende deskundigen binnen en buiten defensie.

Als het CAP te maken krijgt met een hulpvraag van een veteraan wordt een afspraak gemaakt voor een intakegesprek met een deskundig maatschappelijk werker of een sociaal verpleegkundige. De intake wordt besproken in een multidisciplinair team van waaruit een advies gegeven wordt over passende en doelmatige zorg- en hulpverlening aan betrokkene. In een civiel-militair zorgnetwerk voor veteranen participeren het maatschappelijk werk (Veteraneninstituut, MDD en de civiele GGZ), de geestelijke verzorging (Veteraneninstituut

en voormalig geestelijk verzorgers in de civiele sector), de militaire GGZ en civiele GGZ instellingen met specifieke affiniteit met de hulpverlening aan veteranen. Concentratie van deskundigheid m.b.t. de behandeling van veteranen werkt kwaliteitsverhogend en bevordert de efficiëntie en effectiviteit van de consultatie. Daarom verdient het aanbeveling de samenwerking in dit zorgnetwerk uit te breiden, en desgevraagd de kennis en consultatiemogelijkheden aan anderen te bieden. Ook dient de bestaande samenwerking van het CMH met Centrum '45 als gespecialiseerd instituut verder uitgebouwd en geformaliseerd te worden, door deze in te vlechten in de zorgprogramma's voor de militaire GGZ.

4.5 Kwaliteitsbewaking

Preventie, diagnostiek, behandeling en begeleiding in de militaire GGZ dienen evidence based te zijn. Deze evidence based aanpak moet transparant en inzichtelijk vastliggen in protocollen en diagnose georiënteerde zorgprogramma's. Protocollen voor preventie, diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling en zorgprogramma's voor in elk geval PTSS, LOK, angst- en stemmingsstoornissen. Deze zorgprogramma's moeten modules omvatten voor bijvoorbeeld psychotherapie en medicamenteuze behandeling, in de ambulante, de deeltijd en de klinische setting. Daarnaast bestaat grote behoefte aan evidence based richtlijnen voor vroege interventies in de militaire situatie en signalering van problematiek na uitzending. De richtlijnen moeten expliciet aandacht besteden aan mogelijkheden tot opschaling in geval van grote calamiteiten.

De binnen de militaire GGZ beschikbare kennis moet in de protocollen en richtlijnen worden gekoppeld aan de in de civiele GGZ beschikbare kennis en reeds ontwikkelde of in ontwikkeling zijnde richtlijnen (zoals de landelijke multidisciplinaire richtlijnen en de ontwerprichtlijn voor vroegtijdige interventies), protocollen en zorgprogramma's. Dit geldt voor kennis uit de algemene civiele GGZ, maar ook voor de in de civiele GGZ ontwikkelde kennis over de psychische hulpverlening na ongevallen en rampen. Zo is er veel kennis en expertise over hulpverlening aan politie-, brandweer- en ambulance-personeel. De in de civiele GGZ beschikbare kennis moet vaak wel worden vertaald naar de militaire omstandigheden: 'zo civiel als kan; zo militair als nodig'. Vanuit het perspectief van evidence-based militaire GGZ moet de zorg ook worden opgezet volgens de principes van de 'getrapte zorg'. Deze benadering sluit goed aan bij de eerder beschreven verdeling in militaire GGZ in 'brede' zin en militaire GGZ in 'engere' zin. Binnen de militaire GGZ in 'engere' zin

betekent dit dat pas wordt besloten tot instroom in een specialistisch zorgprogramma (ambulant, deeltijd of klinisch) als (wordt ingeschat dat) kortdurende behandeling onvoldoende soelaas biedt. Binnen het specialistische zorgprogramma wordt eerst een lichtere vorm van zorg geboden. Wanneer dit onvoldoende werkt, wordt zwaardere zorg geboden. Voor de bredere kwaliteitsborging moet worden aangesloten op het in de civiele GGZ dominante Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ)-certificatieschema voor de GGZ en de landelijke registratiestandaard ZorgIS. Zodra er een landelijk standaarddossier voor de GGZ beschikbaar komt, kan hier ook op worden aangesloten. Indien specifieke militaire aspecten dit vereisen, kunnen beargumenteerde aanpassingen worden gedaan aan de civiele standaarden. Genoemde systemen bieden daar voldoende ruimte voor. Kwaliteitssysteem, bedrijfsvoeringssysteem patiënt/cliënt-gericht registratie- en dossiervoeringssysteem, dienen in elk geval uniform te zijn voor de gehele militaire GGZ in 'engere' zin. Hetzelfde geldt voor de verantwoordelijkheden van de beroepen in de militaire GGZ en hun positionering ten opzichte van elkaar in bijvoorbeeld zorgprogramma's. Ook hiervoor moet worden aangesloten op de in de civiele GGZ ontwikkelde wetgeving (wet BIG en WGBO) en richtlijnen.

5. Een mogelijk passend scenario voor de militaire GGZ

Bij de verkenning welke organisatievorm het beste past bij de militaire GGZ in 'engere' zin is de zorgvisie leidend. De inhoud bepaalt de structuur. In de zorgvisie kwam naar voren dat de militaire geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is in de eerste plaats een bedrijfsgerichte GGZ is. De omvang van de militaire GGZ stelt beperkingen aan de taakvervulling die men wenst na te streven; dit betekent dat er keuzes gemaakt moeten worden. In dit hoofdstuk wordt een mogelijk passend scenario voor de militaire GGZ uitgewerkt.

5.1 Scenario's voor de organisatie van de militaire GGZ

Om tot goed beargumenteerde keuzes te kunnen komen, heeft de projectgroep vanuit scenario's gedacht. Bepalend voor de verschillen tussen de scenario's waren drie vragen:

1. Hoe breed is de doelgroep? Wil men alle doelgroepen bedienen?
2. Hoe herkenbaar is de kleur? In hoeverre moet de GGZ-hulpverlener herkenbaar bij een krijgsmachtdeel horen?
3. Hoe specialistisch moet de zorg zijn? In welke mate is superspecialisatie nodig of juist een breed aanbod en gelaagdheid van ambulant tot intramuraal?

De scenario's moesten voldoen aan een aantal eisen die voortkomen uit deze vragen, de zorgvisie, de werkconferenties en voorwaarden die in het algemeen aan organisatiestructuren te stellen zijn. De volgende criteria zijn bij de uitwerking van de scenario's aan de orde gekomen: verwachtingen van de gebruikers; stuurbaarheid; eenduidigheid; continuïteit van zorg; doelmatigheid; kwaliteit van zorg; flexibiliteit; samenwerkingsafspraken voor consultatie en verwijzing (intern en extern); en de benodigde formatieve omvang.

De scenario's zijn onderzocht voor de drie kenmerkende episodes in het militaire bestaan: de zorg op kazernes en bases, de zorg rond uitzending en de zorg voor veteranen.

Het is goed zich te realiseren dat de voorstellen voor de nieuwe organisatie gekleurd worden door de huidige wijze van militair optreden. In de toekomst kunnen zich nieuwe situaties voordoen. Zo kan 'peace-enforcing' leiden tot een toename van mogelijke stress. Binnen Nederland kunnen zich conflicten of rampen voordoen waarbij militairen inzet nodig is. Een nieuwe uitdaging waar de krijgsmacht op dit moment voor staat is de inzet bij de strijd tegen het terrorisme. In dergelijke situaties zal opschaling van de militaire GGZ nodig zijn. Dit

vraagt mogelijk om veranderingen in de organisatie. Om de mogelijkheden tot opschaling te waarborgen moeten met een aantal civiele GGZ-organisaties verbanden worden aangegaan.

5.2 Wat zelf doen en wat verwijzen naar de civiele GGZ

Uitgangspunt is om zoveel mogelijk zelf te doen als binnen de beperkte omvang van de militaire GGZ mogelijk is. Er dient verwezen te worden naar de civiele GGZ als de militaire GGZ in kwantitatieve en/of kwalitatieve zin de benodigde zorg niet op verantwoorde wijze kan leveren.

Wat de militaire GGZ in elk geval zelf moet doen, is het behandelen van veel voorkomende stoornissen (zoals angst- en stemmingstoornissen) bij actief dienenden en het behandelen van stoornissen die samenhangen met het hoogrisico beroep van militair zoals posttraumatische stressstoornis (PTSS), lichamelijk onverklaarde klachten (LOK), middelen- en aanpassingsstoornissen. Hiervoor is een aantal argumenten aan te voeren:

- Het betreft veel voorkomende en/of specifiek ‘militaire’ stoornissen.
- De bedrijfsgerichte inzet maakt promptte zorg mogelijk.
- Om inzet tijdens een missie zinvol te maken moeten veel voorkomende stoornissen kunnen worden behandeld. Daar moet dus ervaring mee zijn opgedaan.
- Om goed te kunnen diagnosticeren is een goede kennis van stoornissen in de praktijk een belangrijk voordeel.
- Psychotrauma uit zich niet alleen in specifieke stoornissen als PTSS en LOK, maar vaak ook in angst- of stemmingsstoornissen en verslavingsproblematiek.

Doorverwijzing naar de civiele GGZ vindt bijvoorbeeld plaats bij psychosen, ernstige persoonlijkheidsstoornissen of stoornissen waarbij een noodzaak bestaat voor opname op een gesloten afdeling. Indien de militaire GGZ deze stoornissen zelf wil kunnen behandelen is hiervoor een specifieke capaciteitsuitbreiding nodig, evenals bijscholing en opleiding. Uit het voorgaande blijkt echter dat verwijzing naar de civiele GGZ in deze situaties niet problematisch is.

Een knelpunt in de huidige situatie is de verslavingszorg. Er moet geëxpliciteerd worden wanneer deze stoornissen wel en wanneer niet binnen de militaire GGZ worden behandeld. Behandeling van burgerpersoneel en familie is een taak voor de civiele GGZ. Veteranen met uitzendingsgerelateerde problematiek en een aantal veel voorkomende stoornissen, zoals LOK, PTSS en persoonlijkheidsproblematiek, komen eveneens voor behandeling door de

militaire GGZ in aanmerking. Het is zeer wenselijk om voor veteranen op korte termijn specifieke behandelprogramma's op te zetten en daar breed bekendheid aan te geven. Deze programma's dienen naar de stand van de kennis te worden ingericht. Het verdient aanbeveling deze te concentreren op de afdeling psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal en/of bij Centrum '45.

Door contracten af te sluiten met verzekeraars in de civiele gezondheidszorg kan met 'doordeclaren' worden vermeden dat dit tot financiële problemen en/of capaciteitsproblemen voor de zorg voor actief dienenden leidt.

Om goede kwaliteit te verwachten in de zorg voor de specifiek militaire doelgroep bij verwijzing naar de civiele GGZ, zijn consultatie en enige concentratie nodig. Momenteel is voor de specialistische zorg rond PTSS aansluiting gevonden bij Centrum '45. Voor de minder gespecialiseerde behandeling van veteranen met PTSS zijn er contacten met enkele geïnteresseerde civiele GGZ-instellingen. Bij deze instellingen zijn zorgprogramma's voor PTSS ontwikkeld of in ontwikkeling. Ook voor de behandeling van complexe relatief weinig voorkomende problemen, zoals persoonlijkheidsstoornissen, moeten met civiele GGZ-instellingen verwijsafspraken worden gemaakt. Met de civiele GGZ-instellingen moeten contracten worden gesloten om de inhoud (modules in zorgprogramma's) en omvang te borgen van de zorg die aan actief dienenden en veteranen wordt geleverd.

Door de civiele GGZ-instellingen, als contractpartner voor de militaire GGZ, een consortium te laten vormen, ontstaat een civiel-militair zorgsysteem waarin het grootste deel van de zorg voor veteranen zou kunnen worden ondergebracht.

5.3 Één Militaire GGZ met drie zorglijnen

5.3.1. Één militaire GGZ

Gezien de omvang van de totale militaire GGZ in 'engere' zin, de diversiteit aan inhoudelijke taakstellingen en de gewenste eenduidigheid in aansturing en kwaliteitsborging, dient er één organisatie te komen voor de militaire GGZ. Deze kan worden ingebed in het Militair Geneeskundig Facilitair Bedrijf (MGFB) van het Commando Dienstencentra (CDC), de interservice organisatie voor de dienstverlening aan de eenheden van het Ministerie van Defensie. In het MGFB zitten nu al het Centraal Militair Hospitaal (CMH), het Militair Revalidatie Centrum (MRC), de Militaire Bloedbank (MBB), het Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst (OCMGD) en het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (NGLC).

De organisatie voor de militaire GGZ heeft één algemeen directeur. Hij/zij is een innovatieve bestuurder/manager met strategisch inzicht die naast waardering van kennis ook liefde voor de militaire organisatie toont.

In de organisatie voor militaire GGZ gaan in elk geval op:

- de Afdeling Individuele Hulpverlening (AIH) van de Koninklijke Landmacht/Koninklijke Marechaussee
- de afdeling GGZ van de Koninklijke Marine
- de afdeling GGZ en de vliegerpsychologen van de Koninklijke Luchtmacht
- de afdeling Psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal

Door de gehele militaire GGZ in het MGFb onder te brengen, ontstaat ook een oplossing voor de dubbele binding van de afdeling Psychiatrie van het CMH. De inbedding in het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht is voor de afdeling van belang vanwege de ziekenhuisfaciliteiten en de onderlinge consultatie tussen somatische en psychiatrische zorg. De inbedding in de militaire GGZ is van belang vanwege de zorgketen die de afdeling Psychiatrie onderhoudt met de huidige ambulante GGZ-afdelingen. Voorstel is de afdeling Psychiatrie organisatorisch onder te brengen bij de militaire GGZ die met het UMC Utrecht contractueel het gebruik regelt van de locatie en de onderlinge consultatie tussen somatische en psychiatrisch specialisten. Het CMH blijft zo enerzijds de gespecialiseerde behandelafdeling voor bedrijfsgebonden problematiek (o.a. PTSS) en anderzijds de militaire PAAZ.

De militaire GGZ-organisatie houdt zich als enige binnen Defensie bezig met hulpverleningstaken op het gebied van de GGZ. Andere afdelingen binnen de krijgsmacht met psychologische taken verlenen in principe geen hulp op de kazerne of rondom uitzending. Taken als de advisering over de psychologische screening van rekruten kunnen buiten de militaire GGZ-organisatie worden gepositioneerd. Dit zijn thans taken van het Dienstencentrum Gedragswetenschappen. Vanwege de belangrijke taak van de vliegerpsychologen bij de groepsgewijze training en voorlichting van eenheden voorafgaand en na afloop van uitzendingen en de dagelijkse begeleiding van piloten, worden vliegerpsychologen binnen de militaire GGZ-organisatie ondergebracht.

5.3.2 Drie episodegebonden zorglijnen

Binnen de militaire GGZ-organisatie worden drie inhoudelijke zorglijnen onderscheiden:

- De zorglijn 'GGZ voor kazernes en bases'
- De zorglijn 'GGZ rond uitzending'
- De zorglijn 'GGZ voor veteranen'

Voor elk van deze drie zorglijnen is in de organisatie van de militaire GGZ één persoon verantwoordelijk (verderop aangeduid als 'adjunct-directeur'), die rechtstreeks rapporteert aan de algemeen directeur van de militaire GGZ. Deze personen (m/v) hebben primair inhoudelijk (functioneel) aansturende taken en moeten gezaghebbende GGZ-professionals zijn, oftewel 'opinion leaders'. De algemeen directeur is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de kwantiteit van de drie zorglijnen. De adjunct-directeuren zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen van de plannen voor de zorglijnen en voor het laten uitvoeren van de plannen door de zorgteams.

GGZ voor kazernes en bases

De zorglijnen zijn van gelijk belang, maar verschillen in omvang. De zorglijn 'GGZ voor kazernes en bases' is de grootste. Groot genoeg om het werken in regioteams mogelijk te maken. Deze regioteams worden gelokaliseerd in de buurt van (maar bij voorkeur niet binnen) enkele grote kazernes c.q. bases verspreid over Nederland. Eén van die locaties is Utrecht, waar integratie kan plaatsvinden met de kliniek, deeltijd en polikliniek van de afdeling Psychiatrie van het CMH.

De adjunct-directeur 'Kazernes' is onder meer verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een intakeprotocol, een protocol kortdurend generalistisch behandelen, voor diagnosegerelateerde zorgprogramma's en voor de kwaliteitsbewaking van de zorg in de kazernes. Deze producten hebben een geldigheid voor de gehele militaire GGZ. De andere twee adjunct-directeuren worden dan ook betrokken bij de ontwikkeling hiervan. De adjunct-directeur zorgt dat er voor elk zorgprogramma en protocol een gezaghebbende professional de leiding neemt over de ontwikkeling en het onderhoud van het zorgprogramma/protocol.

De adjunct-directeur 'Kazernes' is verder verantwoordelijk voor het organiseren van afstemming met en toegang tot de meer naar binnen gelegen kringen in het kringenmodel.

GGZ rond uitzendingen

De zorglijn 'GGZ rond uitzending' bestaat uit een, voor een aantal jaren, kleine groep vaste medewerkers. Zij zijn de medewerkers met de meeste ervaring. Zij hebben een taak in opleiding en bijscholing tijdens uitzending van medewerkers die minder vaak uitgezonden

zullen worden. De zorglijn ‘GGZ rond uitzending’ is qua aantal actuele medewerkers op één moment in de tijd over het algemeen beperkt, maar kan putten uit een grote groep speciaal getrainde hulpverleners (met name GZ-psychologen c.q. psychotherapeuten). Zij zijn werkzaam in de zorglijn ‘Kazerne’ en worden volgens een ‘rooster’ uitgezonden. Ze maken bij uitzending deel uit van een multidisciplinair hulpverleningsteam, samen met militair arts, maatschappelijk werker van de Maatschappelijke Dienst Defensie en een geestelijk verzorger. Er zal gemiddeld rekening gehouden moeten worden met twee gelijktijdige uitzendingen. Op één moment in de tijd zijn daardoor circa zes personen direct betrokken bij de GGZ rond uitzending. Aangezien een gemiddelde uitzending een half jaar duurt, zijn er jaarlijks 12 tot 18 hulpverleners uit de militaire GGZ direct betrokken bij uitzending. Dit betekent dat een groep van 24 tot 36 speciaal getrainde GGZ-hulpverleners nodig is om elke hulpverlener maximaal eenmaal per twee jaar uit te zenden. Voor opschaling bij calamiteiten wordt geput uit de hele pool van speciaal getrainde hulpverleners.

De adjunct-directeur 'Uitzendingen' adviseert de Directeur Militaire Gezondheidszorg omtrent het GGZ-deel van het zorgplan voor een uitzending. Deze adjunct-directeur ‘Uitzendingen’ is tevens verantwoordelijk voor het ontwikkelen en onderhouden van een standaardpakket voor de GGZ rond uitzending (inclusief criteria voor afwijkingen daarvan) en voor het organiseren van de communicatie en consultatie naar uitgezonden psychologen tijdens een uitzending. Ook de advisering over en het organiseren van het op- (SPRINT) en afschalen van de inzet van de militaire GGZ tijdens een missie valt onder diens verantwoordelijkheid. Hierbij zijn uiteraard ook de geestelijke verzorging, de MDD en het militair geneeskundig personeel betrokken. Opschaling van de militaire GGZ zal immers altijd onderdeel zijn van een bredere opschaling van de hulpverlening.

GGZ voor veteranen

De adjunct-directeur 'Veteranen' is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van specifieke zorgmodules voor veteranen, voor de communicatie met het Veteraneninstituut (onder meer over het organiseren van de instroom via het centraal aanmeldpunt bij het Veteraneninstituut(CAP-Vi)) en voor de afstemming met en de consultatie aan civiele GGZ-instellingen die veel veteranen behandelen.

Vanwege deze laatste taak is de adjunct-directeur ‘Veteranen’ ook de primaire contactpersoon voor het organiseren van de afstemming en samenwerking met de civiele GGZ op het gebied van actief dienenden en veteranen. Overwogen kan worden om de inrichting en instandhouding van het gehele civiel-militaire zorgnetwerk voor veteranen op te dragen aan

de adjunct-directeur 'Veteranen' binnen de militaire GGZ-organisatie. Deze moet hiervoor de benodigde middelen ontvangen en deze taak uitvoeren in nauwe afstemming met het Veteraneninstituut (m.n. het CAP en het maatschappelijk werk), de MDD en de dienst Geestelijke Verzorging (GV).

De adjunct-directeur zal keuzes moeten maken voor 'concentratie-instellingen' waarnaar een voldoende verwijsstroom op gang kan worden gebracht om kwalitatieve garanties voor de specifieke zorg te kunnen waarborgen. Consultatie en bijscholing naar de civiele GGZ kan zo ook efficiënter en effectiever worden ingezet.

5.4 Teamstructuur

5.4.1 Zes hulpverleningsteams

Het is niet eenvoudig de inzet van medewerkers in de drie zorglijnen zowel doelmatig als doeltreffend één-op-één te organiseren, zodat tegemoet wordt gekomen aan de eerder geformuleerde criteria voor de organisatie. Het ligt dan ook niet voor de hand om de adjunct-directeuren ook de hiërarchische chefs te maken van de hulpverleners op de werkvloer. Daarom wordt een fysieke organisatie voorgesteld die bestaat uit zes hulpverleningsteams: vier regioteams (waarvan in één ook de centrale polikliniek wordt geïntegreerd), een klinisch/deeltijdteam en een uitzendteam.

De regioteams kunnen zonodig 'vooruitgeschoven posten' bemensen op grote militaire locaties, zoals nu bijvoorbeeld het geval is op de ziekenboeg in Den Helder.

Alleen voor het uitzendteam kan de adjunct-directeur 'Uitzendingen' het beste ook teamleider zijn. Voor de andere teams wordt een teamleider aangewezen, die als 'meewerkend voorman/vrouw' de hiërarchische chef is van de teamleden. Deze is primair verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering van het team. De teamleden dienen zich functioneel te houden aan de aanwijzingen van de adjunct-directeuren, zoals die zijn vastgelegd in richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's.

Uitgaande van de huidige formatieve omvang van de militaire GGZ, zullen de vier regioteams elk een omvang krijgen van ongeveer 15 FTE, waarvan tenminste één psychiater. Het regioteam Midden, waarin de centrale polikliniek wordt geïntegreerd, zal iets groter zijn dan de andere. Het deeltijd/klinisch team zal uit circa 30 FTE bestaan. Het uitzendteam zal vrijwel altijd een beperkte actuele bezetting hebben. Bij inzet van het team bij bijvoorbeeld

grootschalige incidenten, een terroristische aanslag of rampen wordt dit team opgeschaald vanuit de vier regioteams.

5.4.2 Vier uitvoeringslocaties

De militaire GGZ-organisatie is noch ingericht naar kleur van het krijgsmachtdeel, noch 'paars', maar 'gevekt'. De personele bezetting is een goede mix van militaire en burgerhulpverleners, waarbij de militaire component dominant is (bijvoorbeeld 3/4 - 1/4). Veel militairen willen namelijk graag door een militair worden geholpen, omdat deze in zijn of haar ogen de situatie van de militair beter begrijpt. In zo'n geval is dit van belang voor de therapeutische relatie tussen militair en hulpverlener. Om deze reden is herkenbaarheid van kleur ook van belang. Indien een militair graag een hulpverlener van dezelfde kleur heeft, moet dit mogelijk zijn. Dit kan door vooral in de regioteams de kleursamenstelling af te stemmen op de aard van de in de nabijheid gelegen kazernes en bases. In geval van ernstiger stoornissen zijn afkomst en kleur voor de cliënt over het algemeen minder van belang. Bij uitzendingen gaat bij voorkeur een hulpverlener mee van dezelfde kleur als de (dominante) uitgezonden eenheid.

5.4.3 Een ondersteunende staf zorgontwikkeling

Ten behoeve van de ondersteuning van de algemeen directeur, de adjunct-directeuren en de teamleiders bij de zorgontwikkeling, is een ondersteunende staf nodig. Deze kan betrekkelijk klein zijn en behoeft geen afzonderlijk leidinggevende. De staf ressorteert rechtstreeks onder de algemeen directeur. De bedrijfsmatige ondersteuning kan wellicht grotendeels worden ondergebracht bij de centrale staf of andere onderdelen van het Militair Geneeskundig Facilitair Bedrijf.

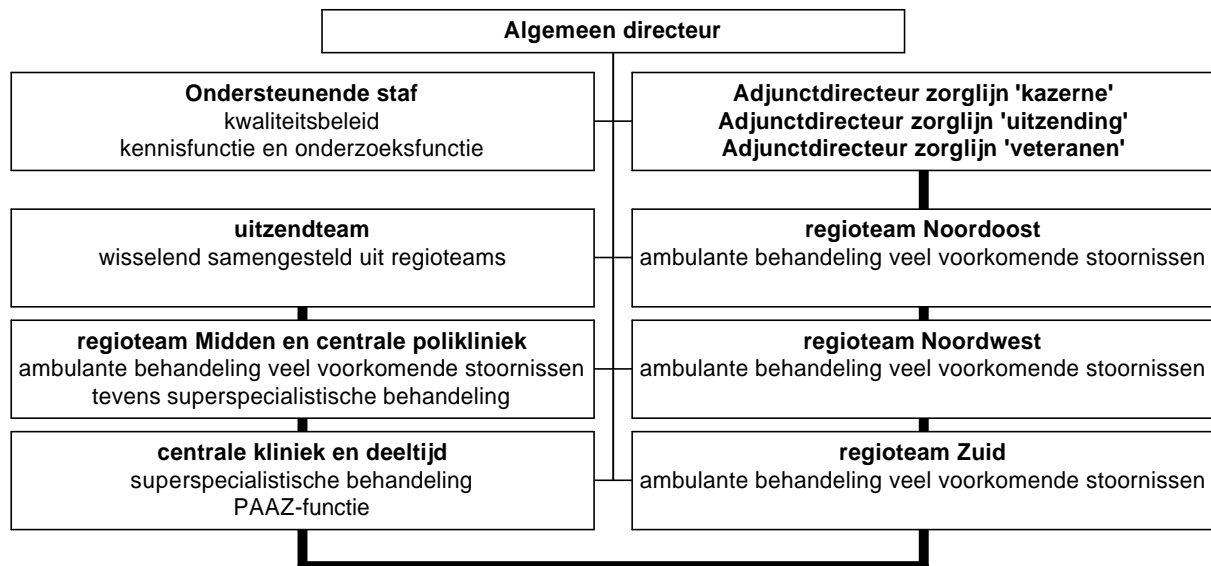
De inhoudelijke ondersteunende staffuncties worden binnen de militaire GGZ zelf uitgevoerd. Hierbij hoort ook het in procesmatige zin ondersteunen van de totstandkoming van richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. De centrale staf organiseert en ondersteunt de projecten en processen, die worden geleid door de directeur, de adjunct-directeuren en/of hulpverleners uit de zes teams.

5.5 Organigram

In figuur 2 is het voorstel voor de organisatie van de 'Dienst Militaire Geestelijke Gezondheidszorg' weergegeven. De doorgetrokken lijnen in het organigram zijn de hiërarchische lijnen van algemeen directeur naar de ondersteunende staf, adjunct-directeuren en de uitvoeringsteams. De vette lijnen geven de functionele aansturinglijnen weer van de adjunct-directeuren naar de uitvoeringsteams.

Het aantal regioteams en de voorgestelde locaties zijn indicatief. Er moet in ieder geval een goede geografische spreiding zijn, afgestemd op de ligging van de kazernes en bases.

Figuur 2: organigram Dienst Militaire GGZ als onderdeel MGFB



6. Intekenen op de kenniscyclus

Een hoogwaardige GGZ-inzet voor Defensie vraagt om een goede kennistransfer vanuit de wetenschap. In dit hoofdstuk worden hiervoor enkele hoofdlijnen uiteengezet.

6.1 *Huidig onderzoek in de militaire GGZ*

In Nederland worden verschillende Defensie gerelateerde GGZ-onderzoeken uitgevoerd naar het psychosociaal en psychiatrisch welzijn van militairen en veteranen. Uitvoerende partijen zijn de afdeling Psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal (CMH), de Universiteit Utrecht, het Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut (KOC), de Afdeling Individuele Hulpverlening van de Koninklijke Landmacht en Koninklijke Marechaussee, het Dienstencentrum Gedragwetenschappen en de Koninklijke Militaire Academie. Soms gebeurt dit in opdracht van Defensie, soms op eigen initiatief.

De verschillende onderzoeksinstellingen voeren hun eigen onderzoek uit, maar hebben geen gedeelde visie op onderzoek en voeren geen centrale coördinatie of regie op het onderzoek. Van samenwerking tussen partijen of uitwisseling van databestanden is nauwelijks sprake. De verschillende onderzoeken hebben uiteenlopende doelstellingen. Er is onderzoek ten behoeve van screening van militairen na uitzending op psychische problematiek en theoretisch, meer fundamenteel onderzoek. In het verleden is ad hoc onderzoek uitgevoerd naar aanleiding van problematiek na uitzending. Bepaalde soorten onderzoek worden niet uitgevoerd, zoals epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van psychische stoornissen bij militairen of studies naar de effectiviteit van interventies (bijvoorbeeld naar de behandeling van lichamelijk onverklaarde klachten (LOK) bij militairen en veteranen of de effectiviteit van vroege interventies bij militairen). Het wetenschappelijke gehalte van de verschillende onderzoeken en uitvoerende instanties wisselt.

De wisselwerking tussen de klinische praktijk, onderzoek en beleid kan geïntensiveerd worden. Een duidelijke kennismanagementfunctie ontbreekt momenteel, evenals een eenduidig kennisinstituut voor de militaire GGZ.

6.2 De staf van de nieuwe militaire GGZ-organisatie

De ondersteunende staf van de nieuwe militaire GGZ-organisatie krijgt een belangrijke taak op dit gebied. Enerzijds een procesmatig faciliterende taak bij bijvoorbeeld het initiëren en de ontwikkeling van evidence based richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. Anderzijds een taak die meer op 'systeemniveau' ligt, namelijk (het ondersteunen van) de kennis- en onderzoeksfunctie. Om belangenverstrengeling te voorkomen moeten het kennisinstituut en het wetenschappelijk onderzoek organisatorisch van elkaar worden gescheiden. Ze moeten wel functioneel verbonden worden en elkaar kunnen adviseren. Dit kan via de ondersteunende staf van de militaire GGZ.

6.3 Één onderzoeksprogramma voor de militaire GGZ

Op de eerste werkconferentie zijn onderzoekers van het CMH en de Universiteit Utrecht en de hoofden van het KOC en het Dienstencentrum Gedragwetenschappen uitgenodigd hun visie te geven op onderzoek in de militaire GGZ.

Naar aanleiding van de onderzoeken onder Cambodjagangers, en eerder onder Libanongangers, zijn door Defensie de afgelopen jaren verschillende wetenschappelijke onderzoeken geëntameerd. Op advies van de commissie Tiesinga is een door Defensie ingerichte onderzoekslijn naar posttraumatische stressstoornis (PTSS) opgezet. Dit omvat een klinisch onderzoeksprogramma onder militairen met PTSS en een prospectief onderzoeksprogramma naar medisch-biologische factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van PTSS.

Militair GGZ onderzoek wordt gelegitimeerd door het feit dat in de civiele wetenschappelijke wereld weinig geconcentreerde aandacht bestaat voor vraagstellingen die relevant zijn voor de militaire situatie. Militair GGZ onderzoek is voor een groot deel praktijkgestuurd en toegepast. De wisselwerking tussen GGZ praktijk, onderzoek en beleid moet intensief zijn. Dringende vraagstellingen uit praktijk en beleid moeten wetenschappelijk worden onderzocht, en resultaten uit onderzoek moeten worden geïmplementeerd in beleid en praktijk. Daarnaast is ruimte nodig voor meer fundamenteel onderzoek (medisch-biologisch en experimenteel psychologisch) dat op langere termijn nieuwe mogelijkheden kan creëren voor preventie en behandeling van uitzendingsgerelateerde stoornissen.

De militaire GGZ heeft in vervolg op de ingezette onderzoekslijnen behoefte aan een meerjarig onderzoeksprogramma dat drie belangrijke componenten moet omvatten:

1. Onderzoek dat lacunes in basisinformatie opvult, zoals epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van psychische stoornissen bij militairen en naar gebruik van medicatie.
2. Onderzoek dat praktijkvragen beantwoordt, zoals onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende in de praktijk gegroeide modellen voor de zorg rond uitzending.
3. Meer fundamenteel onderzoek gericht op de onderliggende factoren voor de (lange termijn) gevolgen van uitzending.

Voor de aansturing van zo'n onderzoeksprogramma zijn twee varianten mogelijk: een programmaraad die, bijvoorbeeld volgens het door ZonMw ontwikkelde model, onderzoek uitzet en de kwaliteit van onderzoeksvoorstellen beoordeelt, of verankering van het onderzoeksprogramma in een academische vakgroep militaire GGZ.

Het model van een onderzoeksprogrammaraad verdient de voorkeur. Dit model biedt namelijk meer mogelijkheden om op korte termijn ook al het lopende onderzoek (zowel academisch als militair-operationeel, zowel psychiatrisch als psychologisch, en zowel praktijkgericht als fundamenteel) vanuit één onderzoeksprogramma aan te sturen. Op termijn is een academische inbedding van het militaire GGZ-onderzoek wel aan te raden, waarbij aansluiting kan worden gevonden bij de beste onderzoeksgroepen op traumagebied in Nederland.

De onderzoeksprogrammaraad wordt ingericht met prominente wetenschappelijk onderzoekers, hulpverleners uit de militaire en civiele GGZ en vertegenwoordigers van Defensie. Zij is verantwoordelijk voor de visie op het wetenschappelijke militaire GGZ onderzoek, de samenhang, de inhoudelijke programmering van onderzoek, de aanbesteding van onderzoeksprojecten en de verbinding met de civiele academische wereld. Zij adviseert de Directie Militaire Gezondheidszorg van de Hoofddirectie Personeel bij het prioriteren van de inzet van onderzoeksmiddelen. Bestaande onderzoeklijnen kunnen onder de regie van de onderzoeksprogrammaraad worden gebracht. Instellingen met bestaande academisch verankerde wetenschappelijke onderzoeklijnen komen in aanmerking voor het acquireren van door de onderzoeksprogrammaraad uit te zetten onderzoek.

6.4 Één kennisinstituut voor de militaire GGZ

Naast het genereren van nieuwe onderzoeksresultaten is het belangrijk dat bestaande (wetenschappelijke) kennis wordt verzameld, bewerkt en toegepast. Door bestaande kennis te bundelen en toegankelijk te maken, kan deze vertaald worden in evidence based protocollen, richtlijnen en zorgprogramma's. Hierbij kunnen lacunes in de kennis aan het licht komen die

een impuls kunnen geven aan wetenschappelijk onderzoek. Het is aan te bevelen om deze kennismanagementfunctie expliciet aan één organisatie op te dragen.

Vanuit de militaire GGZ-organisatie wordt daarom geadviseerd een kennisinstituut in te richten met in- en externe deskundigen op het gebied van wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van hulpverleners en ervaringskennis van vertegenwoordigers van Defensie. Het haalt en brengt vraaggestuurd kennis van en naar de militaire en civiele GGZ. Dit kennisinstituut vervult zo de kennisfunctie voor alle drie de zorglijnen, inclusief de algemene stresspsychologie. Het organiseert de verbinding met de academische wereld (psychiatrisch en psychologisch), met verwante kenniscentra zoals Stichting Impact –Landelijk Kenniscentrum Psychosociale Zorg na Rampen, KOC-Vi en COGIS en internationaal met zusterafdelingen in andere (vooral NATO) landen.

Het kennisinstituut moet zich richten op specifieke GGZ-kennis (trauma, depressie, LOK, verslaving) en op de (sociale) stresspsychologie, transculturele kennis, ethische zaken en voorlichtingsvragen. Het huidige KOC van het Veteraneninstituut kan zich dan toespitsen op de bredere veteranenzaken.

7. Conclusies en aanbevelingen

7.1 Conclusies over de huidige situatie in de militaire GGZ

Conclusies met betrekking tot uitzending

- De functie van de krijgsmacht is veranderd van landsverdediging naar vredeshandhaving elders in de wereld. Uitzendingen hebben het militaire handelen ingrijpend veranderd.
- Van de Nederlandse militairen wordt jaarlijks rond de 7% uitgezonden. Het aantal ‘jonge’ veteranen zal de komende jaren sterk toenemen.
- Naast de lichamelijke gevaren is het risico op psychische stoornissen als gevolg van de uitzendingen aanzienlijk.
- In totaal ontwikkelt één op de vijf militairen lange termijn gezondheidsklachten. Lichamelijk onverklaarde klachten (LOK) spelen hierbij een belangrijke rol.
- Van de voor vredesmissies uitgezonden militairen ontwikkelt ongeveer 5% een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit is meer dan in de algemene bevolking, maar minder dan bij burgerslachtoffers van rampen.
- De zorg rond uitzending is niet uniform geregeld tussen de krijgsmachtdelen. Ook internationaal is er niet één duidelijke standaard.

Conclusies met betrekking tot psychische stoornissen bij militairen

- De primaire doelpopulatie van de militaire GGZ bestaat uit bijna 51.000 actieve (beroeps)militairen. Hierin zijn jonge mannen oververtegenwoordigd en is een betrekkelijk gering aandeel allochtoon. Soms worden ook burgerpersoneel of veteranen behandeld. Incidenteel worden familieleden meebehandeld.
- Epidemiologisch onderzoek naar het vóórkomen van psychische problemen bij militairen (anders dan na uitzending) ontbreekt, waardoor hierover geen harde uitspraken kunnen worden gedaan. Het gebruik van de militaire GGZ wijkt niet sterk af van schattingen op basis van cijfers over de algemene bevolking en cijfers over uitzendingsgerelateerde stoornissen. Het 'bereik' van de ambulante militaire GGZ ligt iets hoger dan in de civiele GGZ.
- De aangetroffen diagnoses in de civiele en militaire GGZ zijn vergelijkbaar. Er komt meer PTSS voor en nagenoeg geen psychotische stoornissen. Ongeveer 10% van de instroom

betreft uitzendingsgerelateerde stoornissen. Door het repressieve beleid van Defensie worden middenstoornissen weinig gezien.

Conclusies met betrekking tot inhoud en organisatie van de militaire GGZ

- De eerstelijns militaire arts heeft ook de eerstelijnsrol voor GGZ-problematiek. De militaire GGZ functioneert als tweedelijns-GGZ met een deels eerstelijns toegang, voor zowel de 'reguliere' situatie als rondom uitzending. Voor crisisinterventies wordt samengewerkt met civiele GGZ-instellingen.
- De omvang van de militaire GGZ bedraagt 94 FTE. Deze is versnipperd over de afdeling Psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal (29 FTE) en drie krijgsmachtdeel-gebonden ambulante GGZ-afdelingen: de Afdeling Individuele Hulpverlening van de Koninklijke Landmacht en de Koninklijke Marechaussee (AIH-KL/KMar:47 FTE), de afdeling van de Koninklijke Luchtmacht (GGZ-KLu: 7 FTE) en de afdeling GGZ van de Koninklijke Marine (GGZ-KM:11 FTE).
- Andere afdelingen binnen de krijgsmacht hebben ook psychologische taken, maar niet op het gebied van behandeling: het Dienstencentrum Gedragswetenschappen en de vliegerpsychologen van het Centrum voor Mens en Luchtvaart.
- Zowel het CMH als de ambulante GGZ-afdelingen bieden de mogelijkheid van zorg aan veteranen met uitzendingsgerelateerde problematiek. De bekendheid van deze toegang bij jonge veteranen blijkt nog gering te zijn.
- De krijgsmachtdelen verschillen in de manier waarop zorg is georganiseerd. Zo heeft de AIH-KL/KMar relatief meer psychologen/psychotherapeuten en minder psychiaters in dienst dan de GGZ-KLu en GGZ-KM. Ook de zorg tijdens en na uitzending verschilt.
- In een aantal andere westerse krijgsmachten is de zorg wisselend georganiseerd. Er valt niet één duidelijke lijn op. In verhouding tot de onderzochte landen is de Nederlandse militaire GGZ niet onderbezet.
- De gemiddelde wachttijd voor intake en behandeling in de ambulante militaire GGZ is beduidend korter dan in de civiele GGZ. Het gemiddelde aantal behandelcontacten is iets lager dan in de civiele GGZ.
- Het CMH heeft een algemene zorglijn en specifieke zorglijnen voor PTSS en alcohol. Deze laatste twee zijn vergelijkbaar met de zorgprogramma's die in de civiele GGZ worden ontwikkeld. In de ambulante GGZ-afdelingen wordt nog niet met zorgprogramma's gewerkt. Zonodig wordt teruggevallen op richtlijnen uit de civiele GGZ.

- Er is geen eenduidig registratie- en dossiersysteem voor de gehele militaire GGZ, noch een eenduidig kwaliteitssysteem. Er wordt ook niet eenduidig aangesloten bij de landelijke standaarden in de civiele GGZ voor registratie (aanlevering aan ZorgIS) en kwaliteit (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector - certificatie). Alleen de AIH-KL/KMar heeft HKZ-certificatie als doel geformuleerd.
- Er is geen breed gedragen visie waar wetenschappelijk onderzoek in de militaire GGZ zich op moet richten. Het ontbreekt verder aan coördinatie en samenwerking tussen de verschillende uitvoerende partijen. De wisselwerking tussen de klinische praktijk, onderzoek en beleid kan geïntensiveerd worden. Bepaalde soorten relevant onderzoek ontbreken in het onderzoeks aanbod.

7.2 Aanbevelingen voor de toekomst van de militaire GGZ

Militaire GGZ als bedrijfsgerichte GGZ

- Militaire GGZ is primair bedrijfsgerichte GGZ voor mensen met het hoogrisico beroep van militair. Zij vindt haar legitimatie (naast de civiele GGZ) in de operationele inzet bij oefeningen en uitzending, de aanwezigheid van specifieke problemen bij militairen (die in de civiele GGZ minder worden gezien) en de nadruk op inzetbaarheid.
- Met behulp van het kringenmodel voor de GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen de gespecialiseerde GGZ in ‘engere’ zin en de GGZ in ‘brede’ zin, waarvan ook de zorg door bijvoorbeeld commandanten, geestelijk verzorgers, Maatschappelijke Dienst Defensie en de eerstelijnszorg deel uitmaakt.
- De inhoud van de zorg dient aan te sluiten op drie in het militaire bestaan te onderscheiden episoden: de zorg in de kazerne, de zorg rond uitzending en de zorg voor veteranen.
- Voor de situatie op de kazerne en basis kan de militaire GGZ worden opgezet conform de civiele GGZ. Dat betekent protocollen voor intake en kortdurend behandelen en diagnosespecifieke specialistische zorgprogramma’s voor in elk geval de veel voorkomende stoornissen en uitzendingsgerelateerde stoornissen.
- Zorg rond uitzending: voor vertrek, tijdens de missie in het uitzendgebied en na terugkeer, is een belangrijke kerntaak van de militaire GGZ. Het ontbreken van de mogelijkheid terug te vallen op de civiele GGZ, terwijl de militair zich in een hoogrisico situatie bevindt, stelt bijzondere eisen aan de beschikbaarheid en organisatie van de zorg. Er moeten krijgsmachtbreed gestandaardiseerde richtlijnen en protocollen komen voor de zorg rond

uitzending en de rol van de militaire GGZ in 'engere zin' daarin. Hierin moet ruimte bestaan 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' terug te brengen tot zijn oorspronkelijke militaire betekenis.
- Om de civiele GGZ beter in staat te stellen veteranen adequaat te behandelen is consultatie naar en samenwerking met de civiele GGZ nodig.

Wat zelf doen en wat verwijzen naar de civiele GGZ

- De militaire GGZ richt zich als bedrijfsgerichte GGZ op het behandelen van veel voorkomende stoornissen (zoals angst- en stemmingsstoornissen) en het behandelen van stoornissen die samenhangen met het hoogrisico beroep van militair zoals PTSS en LOK bij actief dienende militairen.
- Verwijzing naar de civiele GGZ vindt plaats wanneer de militaire GGZ in kwalitatieve en/of kwantitatieve zin niet in staat is kwalitatief goede zorg te garanderen.
- Veteranen met uitzendingsgerelateerde problematiek en een aantal veel voorkomende stoornissen, zoals LOK, PTSS en persoonlijkheidsproblematiek, komen voor behandeling door de militaire GGZ in aanmerking.
- Het is zeer wenselijk om voor veteranen op korte termijn specifieke behandelprogramma's op te zetten en daar breed bekendheid aan te geven. Deze programma's dienen naar de stand van de kennis te worden ingericht. Het verdient aanbeveling deze te concentreren op de afdeling psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal en/of Centrum '45.
- Behandeling van burgerpersoneel en familie is, uitzonderingen daargelaten, een taak voor de civiele GGZ.

Één militaire GGZ-organisatie met drie zorglijnen en vier locaties

- Er komt één organisatie voor de militaire GGZ in engere zin. Daarin gaan op: de AIH-KL/KMar, de GGZ-KM, de GGZ-KLu, de vliegerpsychologen van de KLu en de afdeling Psychiatrie van het CMH. Een algemeen directeur leidt de organisatie.
- Andere afdelingen met psychologische taken onthouden zich van hulpverleningstaken. Het Dienstencentrum Gedragswetenschappen blijft buiten de militaire GGZ. Binnen de

militaire GGZ worden drie zorglijnen onderscheiden: 'GGZ voor kazernes en bases', 'GGZ rond uitzending' en 'GGZ voor veteranen'. Elke zorglijn heeft een adjunct-directeur, onder de algemeen directeur. Deze sturen de inhoud van de te leveren zorg aan via zorgprogramma's, protocollen en richtlijnen.

- De zorg wordt geleverd vanuit vier locaties verspreid over het land. Op één daarvan bevinden zich directie en staf. De teams hebben 'meewerkend' teamleiders die als hiërarchische chef primair verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsvoering.
- De teams zijn 'gevekt' samengesteld, met een mix van militaire en burgerhulpverleners (bijvoorbeeld 3/4 - 1/4). Elk team heeft tenminste één psychiater. Vanwege het belang voor de therapeutische relatie kunnen militairen die een militaire hulpverlener willen, deze ook krijgen. Desgewenst van de eigen kleur. De regioteams worden qua kleursamenstelling afgestemd op de kleur van de in de nabijheid gelegen kazernes en bases.

De kenniscyclus

- Een dergelijke hoogwaardige GGZ-inzet voor de krijgsmacht vraagt om een goede kennistransfer vanuit de wetenschap.
- De militaire GGZ dient 'evidence based' te werken middels protocollen voor preventie, diagnostiek en kortdurend behandelen en zorgprogramma's voor veel voorkomende stoornissen en stoornissen die zijn gerelateerd aan het hoogrisico beroep van militair. Hierbij moet optimaal gebruik worden gemaakt van in de civiele GGZ ontwikkelde kennis.
- Voor bredere kwaliteitsborging moet worden aangesloten op het in de civiele GGZ dominante Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ)-certificatieschema voor de GGZ, de landelijke registratiestandaard ZorgIS en andere landelijke standaarden.
- Militair GGZ-onderzoek vindt zijn legitimatie in het feit dat bepaalde voor de militaire situatie relevante vraagstellingen in de civiele wetenschappelijke wereld onvoldoende worden onderzocht. Het gaat vooral om praktijkgericht onderzoek, met voldoende ruimte voor fundamenteel onderzoek om op langere termijn nieuwe mogelijkheden te creëren voor behandeling en preventie van vooral uitzendingsgerelateerde stoornissen.
- De verzameling, bewerking en toepassing van bestaande wetenschappelijke kennis vraagt om een duidelijke kennismanagementfunctie binnen de militaire GGZ.
- De ondersteunende staf van de militaire GGZ-organisatie faciliteert het kwaliteitsbeleid en de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. Zij heeft daarnaast een kennis- en onderzoeksfunctie.

- Voor de kennisfunctie wordt een kennisinstituut ingericht met in- en externe deskundigen, dat de verbinding organiseert met de academische wereld, verwante kenniscentra zoals Stichting Impact – Landelijk Kenniscentrum Psychosociale Zorg na Rampen, COGIS, KOC-Vi en zusterafdelingen in NATO-landen.
- Voor de onderzoeksfunctie wordt een onderzoeksprogrammaraad ingesteld met prominente wetenschappelijk onderzoekers, hulpverleners uit de civiele en militaire GGZ en vertegenwoordigers van Defensie. Onderzoek wordt bij een beperkt aantal instellingen uitgezet, die onderling met elkaar in verband worden gebracht. Bij voorkeur instellingen met bestaande, wetenschappelijke verankerde, wetenschappelijke onderzoekslijnen.

Bijlagen

Bijlage 1: Belangrijkste gebruikte bronnen

Over de militaire GGZ (chronologisch):

- Notitie Personeelszorg rond vredesoperaties (motie Van den Doel/Van 't Riet). Den Haag, 26 november 1999.
- Jaarverslag Inspecteur Militaire Gezondheidszorg (IMG) over 2001. Den Haag, 5 juni 2002.
- Jaarverslag Inspecteur-Generaal de Krijgsmacht (IGK) over 2002. Den Haag, 21 mei 2003.
- Grondslagen, Hoofdlijnen en Systeemeisen van de militaire gezondheidszorg. (ongedateerd)
- Veer CJM de. Advies Veteranenzorg. Ministerie van Defensie, Den Haag, juli 2004.
- Staatssecretaris van Defensie. Personeelsbrief. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 200 X, nrs 4 en 5. Ministerie van Defensie, Den Haag, 21 september 2004.
- Defensiebegroting 2005 (versie op www.mindef.nl). Den Haag, 21 september 2004.
- Ministerie van Defensie. Notitie Militaire GGZ. C. IJzerman, maart 2004
- Ministerie van Defensie, Dienst Militaire GGZ. Concept interne beleidsnotitie militaire GGZ. A.J. van Leusden, maart 2004.
- Afdeling Psychiatrie CMH. Militaire GGZ in de toekomst. Interne notitie. F.A.W. Unck, juni 2004.

Over de civiele GGZ (chronologisch):

- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 21 december 1998.
- Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Zorg van Velen. Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Den Haag, februari 2002.
- Keuzenkamp HA & Kok L. GGZ in perspectief. De positie van de geestelijke gezondheidszorg in de komende regeerperiode. Onderzoek in opdracht van GGZ Nederland. Amsterdam, juni 2002.
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Standpunt rapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 28 november 2003.
- GGZ Nederland. De krachten gebundeld. Ambities van de GGZ. GGZ Nederland, Amersfoort, november 2004.

Over GGZ-problematiek in het algemeen:

- The World Health Report 2001: Mental health: new understanding - new hope. WHO, 2001.
- Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesis. Vollebergh W, Graaf G de, Have M ten, Schoemaker C, Dorsselaer S van, Spijker J & Beekman A. Trimbos Instituut, Utrecht, 2003.
- Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. MW van der Linden, GP Westert, DH de Bakker, FG Schellevis. NIVEL/RIVM, Utrecht/Bilthoven, 2004. Zie ook <http://www.nivel.nl/nationalestudie>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. Zie: http://www.rivm.nl/vtv/data/site_kompas/index.htm
- Kerncijfers uit de GGZ 2000-2002. GGZ Nederland, Utrecht, oktober 2003.

Over trauma-gerelateerde psychische problematiek:

- I. Bramsen, J.E. Dirkzwager, H.M. van der Ploeg, Deelname aan vredesmissies: gevolgen, opvang en nazorg. Een onderzoek onder veteranen, gezinsleden en zorginstellingen. Vrije Universiteit Amsterdam, 1997.
- B.T. Litz, S.M. Orsillo, M. Friedman, P. Ehlich, A. Batres. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. American Journal of Psychiatry, 1997; 154: 178-184.
- S.C.M. van Esch, I. Bramsen, G.P. Sonnenberg, V.P.B.M. Merlijn, H.M. van der Ploeg, Het post-Cambodja klachten onderzoek. Het welbevinden van Cambodja-gangers en hun behoefte aan hulp en nazorg. Vrije Universiteit Amsterdam, 1998.
- Y. Neria, Z. Solomon, R. Dekel. An eighteen-year follow-up study of Israeli prisoners of war and combat veterans. Journal of Nervous and Mental Disease, 1998; 186: 174-82.
- R.J. Orner, W.S. de Loos. Second World War veterans with chronic post-traumatic stress disorder. Advances in Psychiatric treatment, 1998; 4: 211-218.
- S.M. Orsillo, L. Roemer, B.T. Litz, P. Ehlich, M.J. Friedman. Psychiatric Symptomatology with contemporary peacekeeping: An examination of post-mission functioning among peacekeepers in Somalia. Journal of Traumatic Stress, 1998; 11,4: 611-625.

- M. de Vries, P.M.M.B. Soetekouw, G. Bleijenberg, J.W.M. van der Meer. Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek Fase I. Academisch Ziekenhuis Nijmegen, 1998.
- Y.M. Mulder, S.A. Reijneveld. Gezondheidsonderzoek UNPROFOR : een onderzoek onder militairen die uitgezonden zijn geweest naar Lukavac, Santici en Busovaca (Bosnië-Herzegovina) in de periode 1994-1995. Leiden : TNO Preventie en Gezondheid, 1999.
- C. Unwin, N. Blatchley, W. Coker, S. Ferry, M. Hotopf, L. Hull, K. Ismail, I. Palmer, A. David, S. Wessely. Health of UK servicemen who served in Persian Gulf War. *Lancet*, 1999; 353: 169-78.
- P.M.M.B. Soetekouw, M. de Vries, G. Bleijenberg, J.W.M. van der Meer. Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek Fase II. Academisch Ziekenhuis Nijmegen, 2000.
- Tiesinga-Autsema JLEMWRR, Ambler-Huiskes A, Hoejenbos MJJ, IJerman C, Swart HW & Springer SH. Rapportage Begeleidingscommissie Post-Cambodja Onderzoek (inclusief onderliggende onderzoeks-rapportages). Den Haag, 12 december 2000.
- A.J.E. Dirkzwager, Posttraumatic stress among Dutch militaryveterans: A longitudinal study. Proefschrift Vrije Universiteit, Amsterdam, 2001.
- P.M.M.B. Soetekouw, Symptomatic Cambodia veterans: somatic aspects. Dissertatie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 2001.
- P.G. van der Velden, L. Grievink, A. Dusseldorp, M. Fournier, R.K. Stellato, A.N. Drogendijk, A.M. Dorresteijn, V. Christiaanse. Gezondheid Getroffenen Vuurwerkkramp Enschede. Rapportage gezondheidsonderzoek 18 maanden na de ramp. RIVM & Instituut voor Psychotrauma, Bilthoven/Zaltbommel, april 2002.
- M. de Vries, Post-deployment syndrome in Cambodia Veterans, Dissertatie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 2002.
- M. Hotopf, A.S. David, L. Hull, V. Nikalaou, C. Unwin, S. Wessely. Gulf War illness – better, worse, or just the same? A cohort study. *British Medical Journal*, 2003; 327: 1370.
- A. Fontana, R. Rosenheck. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *Journal Nervous and Mental Disease*, 2004;192:579-584.
- Grievink L, Velden PG van der, Christiaanse B, Berg B van den, Stellato RK, Roskam AJ, Drogendijk AN, Kamst RA & Dorresteijn AM. Gezondheid getroffen en vier jaar na de vuurwerkkramp Enschede. RIVM & Instituut voor Psychotrauma, Bilthoven/Zaltbommel, oktober 2004.
- C.W. Hoge, C.A. Castro. S.C. Messer, D.McGurk, D.I. Cotting, R.L. Koffman. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 2004; 351: 13-22.
- C.W. Hoge, H.E. Toboni, S.C. Messer, N. Bell, P. Amoroso, D.T. Orman. The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalisations, involuntary separations, and disability. *American Journal of Psychiatry*, 2005; 162: 585-591.

Bijlage 2. Gebruikte afkortingen

AGIO	Asistent-geneeskundige in opleiding
AIH	Afdeling Individuele Hulpverlening van de Koninklijke Landmacht / Koninklijke Marechaussee
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
DAC	Doctrine en Advies Commissie GGZ
CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
CDC	Commando Diensten Centra
CMH	Centraal Militair Hospitaal
CML	Centrum voor Mens en Luchtvaart
COBIP	Comité Beleidsintegratie en Planning van de Legerraad
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GV	Geestelijke verzorging
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
KL	Koninklijke Landmacht
KLu	Koninklijke Luchtmacht
KM	Koninklijke Marine
KMar	Koninklijke Marechaussee
KOC-Vi	Kennis- en onderzoekscentrum van het Veteraneninstituut
LOK	Lichamelijk Onverklaarde Klachten
MBB	Militaire Bloedbank
MDD	Maatschappelijke dienst Defensie
MFGB	Militair Geneeskundig Facilitair Bedrijf
MGLC	Militair Geneeskundig Logistiek Centrum
MRC	Militair Revalidatie Centrum
NATO	North Atlantic Treaty Organization
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OCMGD	Opleidingscentrum Militair Geneeskundige Dienst
PAAZ	Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis
PDS	Post Deployment Syndrome
PTSS	Posttraumatische stress stoornis
SPRINT	Special Psychic Rapid Intervention Team
SMD	Sociaal Medisch Centrum Driehuis
SMT	Sociaal Medisch Team
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
UMC	Universitair Medisch Centrum (Utrecht)
UNO	United Nations Organization
Vi	Veteranen instituut
WHO	World Health Organization
ZonMW	Zorgonderzoek Nederland / Medische Wetenschappen

Bijlage 3: Leden stuurgroep en klankbordgroep

Leden stuurgroep:

- Cdr. P.H. Scholten (adjunct Hoofddirecteur Personeel, Ministerie van Defensie)
- Cdre. Vliegerarts A.J. van Leusden (hoofd Militaire Gezondheidszorg)

Leden klankbordgroep:

- Brigadegeneraal arts b.d. E.G. van Ankum (voormalig Inspecteur Militaire Gezondheidszorg),
- Mw. drs. M. Christophe (commissaris van politie),
- Prof.dr. T.E.D. van der Grinten (hoogleraar beleid en management van de gezondheidszorg; lid Raad voor de Zorg) en
- Mw. drs. J. Lanphen (huisarts; voormalig voorzitter KNMG; lid Raad voor de Zorg).

Bijlage 4: Deelnemers werkconferenties

Afdeling Individuele Hulpverlening KL/KMar:

- Kolonel drs. W.J. Martens
- Lkol drs. L. Horstman
- Lkol W. Passchier

Afdeling GGZ KM:

- KTZAR J.P.M. de Wit
- Mw. Drs. P.C. Koefoed
- Dhr. F.M. van Aalst

Afdeling AGGZ KLu:

- Kol-arts A.A.W. Franken
- Mw. M. Zonneveld
- Lkol L.N. Zandstra

CMH, Afdeling Psychiatrie:

- Kol-arts F.W. Unck
- Dhr. B. Berendsen
- Mw. A.T.M. Besamusca-Ekelschot

Commandant 11e Luchtmobiele brigade:

- Bgen K.A. Gijsbers

Hoofdkwartier Korps Mariniers:

- MAJMARN S M. Brinkman

Koninklijke Marechaussee:

- Kol W. Broesder (thans werkzaam bij HDP)

Maatschappelijke Dienst Defensie:

- KTZA P.J. van der Wiel
- Mw. N. ter Bakker-Haar

Veteraneninstituut:

- Ds. W. in 't Hout
- Dhr. J. Burger

(Wetenschappelijk) Onderzoekers (presentaties op de eerste werkconferentie):

- Dr. E. Vermetten, Centraal Militair Hospitaal
- Dr. I. Engelhard, UMC Utrecht
- Drs. J. Weerts, Kennis- en onderzoekscentrum Veteraneninstituut
- Drs. R. van Geloven, Dienstencentrum Gedragwetenschappen Krijgsmacht

MOA:

- Dhr. F. Vincent (MOA ; elektronisch vergadersysteem op de eerste werkconferentie)

Leden projectgroep:

- Prof.dr. B.P.R. Gersons
- Dr. W.H.M. Gorissen
- Dr. M. de Vries
- Kol-arts C. IJzerman
- Mw. Drs. D. Wiersma

