

Psychosociale zorg voor militairen – Tijd voor verbetering

De huidige organisatie van de zorg voor de ingezette militair schiet tekort en dient herzien te worden. In het bijzonder de nazorg laat te wensen over. Op dit vlak vormt onder meer de hulp voor aandoeningen ten gevolge van trauma's en extreme stress tijdens de operationele inzet een knelpunt. Daarnaast laat de zorg voor niet-organiek uitgezonden groepen en individuen te wensen over. Wij stellen een reeks verbeteringen voor.

Als de regering besluit om militairen in te zetten in het buitenland, heeft Defensie een morele en wettelijke zorgplicht voor hen. Deze militairen - en hun gezin - moeten goed worden voorbereid op de inzet. Zij moeten vanzelfsprekend ook goed begeleid worden tijdens de inzet zelf.

Deze zorgplicht stopt niet als de missie voorbij is. Na afloop van de inzet dient Defensie ook te zorgen voor de sociaal-medische begeleiding, voor steun bij het vinden van nieuw werk als

dat aan de orde is en voor het faciliteren van de nazorg, zoals bijvoorbeeld het organiseren van veteranenbijeenkomsten.

De huidige aanpak van de zorg voor de ingezette militair is suboptimaal en dient verbeterd en uitgebreid te worden. Vooral de zorg na de missie kan en moet beter. Onder andere de hulp voor aandoeningen ten gevolge van trauma's en extreme stress tijdens de operationele inzet vertoont ernstige tekortkomingen. Daarnaast laat de zorg voor militairen die alleen of in kleine groepjes uitgezonden worden te wensen over. Vandaar dat de ACMP-CGPM pleit voor:

- De ontwikkeling van een **integraal zorgconcept** voor de militair en zijn thuisfront, op basis van een algemeen doorlopende zorglijn, waarbij de militair – ongeacht of het een individuele of organieke uit-

zending betreft - **periodiek en preventief wordt gescreend op fysieke en mentale inzetbaarheid.**

- De ontwikkeling een **nieuw screeningsinstrument** voor uitzend-gerelateerde klachten.
- De invoering van een traject van **proactieve nazorgactiviteiten tot achttien maanden na uitzending** bestaande uit:
 - Een adaptatie- en decompressieperiode op een 'derde' locatie: de zogenaamde 'sas'.
 - Terugkeergesprekken.
 - De proactieve screening van mogelijke problemen.
 - De organisatie van diverse samenkomsten met de eenheid en steunorganisaties.

Zorg vóór de inzet

De uitzendgeschiktheid van de militair wordt vóór de missie vastgesteld. Hij/zij wordt tactisch, fysiek en mentaal voorbereid en →



Foto: Orban Daniel

→ getraind voor de inzet. Algemene informatie over de kenmerken van de uitzending en specifieke informatie over het inzetgebied worden uitgebreid behandeld. Ook worden algemene en specifieke militaire onderwerpen besproken en geoefend. Er wordt vastgesteld of de benodigde vaccinaties nog actueel zijn. En hij ondergaat een medische screening. Het is uiteindelijk de commandant van de eenheid zelf die oordeelt over de inzetgeschiktheid van zijn soldaten.

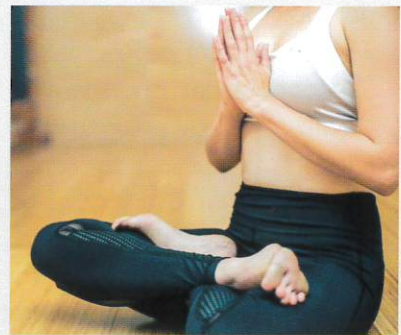
Voor zoverre het gaat over de operationele geschiktheid kan de commandant met kennis van zaken oordelen. Hij heeft meestal ook wel een idee over de sociale geschiktheid van zijn medewerker. De resultaten inzake de medische geschiktheid zijn ook duidelijk. Doch aangaande de psychische geschiktheid liggen de zaken al een stuk minder eenduidig. De commandant is immers op dit vlak niet geschoold en heeft meestal ook weinig ervaring terzake.

Vandaar dat wij pleiten – **als eerste schakel in de integrale zorgketen en naast het medisch advies - voor een advies van een sociaal-medisch team over de psychische en sociale inzetgereedheid van de militair. Daarnaast is het aangewezen voorafgaand aan de ontplooiing een uitzendingconferentie te organiseren door het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).** Beide elementen beogen in de eerste plaats de preventie.

Dergelijke preventie is in het bijzonder belangrijk voor de niet-organiek uitgezonden groepen en individuen. Vooral omdat zij op dit vlak niet zelden aan hun lot overgelaten worden. Het betreft hier kleine detachementen van enkele militairen, individueel uitgezonden militairen, reservisten en werkbezoekers. De overeenkomst tussen al deze groepen is dat zij niet standaard deelnemen aan het voorbereidingstraject dat door de uit te zenden eenheden wordt gevolgd. Ook tijdens en na de uitzending ervaren deze groepen – en hun gezin – soms weinig tot geen begeleiding.

Zorg tijdens de inzet

Momenteel biedt Defensie de militair tijdens de missie professionele zorg en steun via de militair- medische keten, hetzij via een nationale structuur hetzij in een internationaal verband. Deze medische steun is gestructureerd en permanent. De psychosociale steun daarentegen is gefragmenteerd, punctueel en ad hoc. En dus onvoldoende. Want psychosociale problemen worden ofwel niet, ofwel onvoldoende ofwel te laat vastgesteld. De aanwezigheid van een Raadgever Mentale Operationaliteit (RMO) en/of een vertegenwoordiger van het CGZ is immers afhankelijk van de aard en grootte van de missie en van het al dan niet voorvallen van ernstige incidenten. **Vandaar dat de ACMP-CGPM pleit voor de aanwezigheid van vaste of mobiele sociaal-medische teams in het missiegebied.** Deze dienen mi-



nimaal te bestaan uit een vertegenwoordiger van het CGG en een RMO.

Zorg na de inzet

De nazorg is actueel hetzij minimaal en reactief, hetzij onbestaande. Enkel in geval van problemen wordt er vandaag opgetreden. Een goede verwerking van de missie vereist echter een gestructureerde en proactieve aanpak. Ook voor Defensie zelf is het van belang dat militairen na een missie spoedig opnieuw inzetbaar zijn. De integrale nazorg zou bijgevolg gericht moeten zijn op vroeg-signalering van problemen en op ondersteuning van de militair en het thuisfront na de missie.

Voor de ACMP-CGMP dient de nazorg fundamenteel herzien en uitgebreid te worden. Ze zou dienen te bestaan uit **vier stappen**, die dienen doorlopen te worden in de periode van 18 maanden na de missie:

- **Een adaptatie- en decompressieperiode.** Aan het eind van een missie moeten militairen op een derde locatie buiten het inzetgebied op 'adaptatie' kunnen gaan, de zogenaam-



→ de 'sas'. Tijdens de adaptatie worden er groeps gesprekken aangeboden om de missie af te sluiten en om de ervaringen te kunnen gaan verwerken. Deze gesprekken worden gevoerd met RMO's, psychologen, maatschappelijke werkers en militairen met uitzendervaring. Varend personeel bij de Marine moet deze adaptatiegesprekken aan boord op weg naar huis kunnen krijgen.

- **Terugkeergesprekken.** Twaalf weken na terugkomst dient iedere militair een individueel terugkeergesprek bij de RMO of militaire psycholoog, die toegewezen is aan de eenheid, te ondergaan. Het thuisfront dient in de gelegenheid gesteld te worden om mee te komen voor dit gesprek. In dit gesprek wordt er met de militair gekeken of hij/zij zich na de uitzending weer goed kan invoegen zowel thuis als op het werk. Net als tijdens de adaptatie wordt ook gekeken naar de aanwezigheid van eventuele zorgsignalen. Als die er zijn, wordt de benodigde zorg op maat georganiseerd.

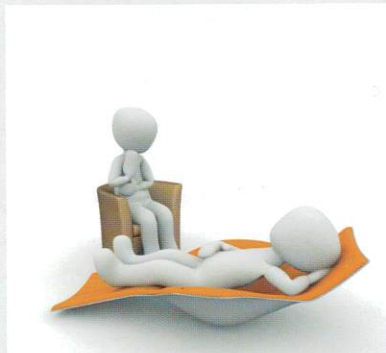
- De hiërarchische lijn van de ingezette militair wordt eveneens betrokken bij deze terugkeergesprekken.

De opvolgscreening

- Uitzend-gerelateerde klachten kunnen het best individueel worden gescreend in een persoonlijk gesprek waarin kan worden doorggevraagd en waarin wordt gelet

op non-verbale signalen. Dit dient te worden uitgevoerd door een arts, psychiater of psycholoog die gehouden is aan het beroepsgeheim.

- De reden van bestaan van het leger zijn de missies. Nazorg moet daarom een onderdeel worden van het reguliere inzetproces. De screening op psychische klachten heeft bijgevolg ook een preventieve waarde en zou onderdeel moeten worden van het preventief medisch onderzoek. Eventueel kan de screening worden uitgevoerd door een onafhankelijke organisatie.



- Het thuisfront dient benaderd te worden als een aparte categorie en niet als verlengde van de militair; vandaar dat het thuisfront direct naar zijn eigen behoeften dient gevraagd te worden.
- Bied de teruggekeerde militair en zijn gezin online instrumenten om zelf te beoordelen of de uitzending heeft geleid tot problemen van lichamelijke psychische en/of psychosociale aard.
- Organiseer betere preventie, detectie en zorg op het vlak van de meest voorkomen-

de aandoening, met name PTSS (Post-Traumatisch Stress Syndroom). Dit kan gebeuren in samenwerking met andere instituties zoals de Politie en met burgerzorginstanties die op dit vlak meer expertise hebben dan Defensie. Ook internationale samenwerking kan op dit vlak overwogen worden.

- Gebruik periodiek een survey voor het genereren van managementinformatie over hoe het met de populatie veteranen en relaties in algemene zin gaat, hoe zij de uitzending(en) ervaren en wat zij van de (na)zorg vinden. Voeg daarin lopende onderzoeken samen. Daarnaast zouden op basis van deze survey voor geïdentificeerde hoog-risicogroepen een directe en toegespitste aanvullende benadering kunnen worden gekozen.
- Richt een centrale database in met de beschikbare screeningsdata uit de verschillende instrumenten voor iedere veteraan.

De voortgezette nazorg: organiseer gedurende de achttien maanden na terugkeer diverse bijeenkomsten, zowel met en in de eenheid als met de steunorganisaties (CGG, Veteraneninstituut/CDSCA, ...) met als doel het verwerkingsproces te kunnen afsluiten of om, alsnog, te kunnen optreden bij negatieve signalen. ■