

# **RAPPORT EVALUATIE-ONDERZOEK FUNCTIONEREN MILITAIRE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

## **Inleiding**

Bij brief van 16 oktober 2007 heeft de Staatssecretaris van Defensie aan de Tweede Kamer toegezegd dat er gezamenlijk door de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een evaluatie-onderzoek zou worden gehouden naar het functioneren van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ), met name ten aanzien van veteranen. Aanleiding vormde een aantal kritische opmerkingen dienaangaande gemaakt in een eerder uitgebracht IMG-rapport enerzijds, en een desgevraagd door IGZ in beginsel als positief beoordeeld nieuw zorgmodel anderzijds.

Teneinde het daadwerkelijke functioneren van de MGGZ goed te kunnen beoordelen, is het evaluatie-onderzoek gehouden op een moment dat de nieuwe organisatie twee jaar bestond. Daarbij is meegewogen dat deze relatief korte termijn naar verwachting in de weg zou staan aan een volledige implementatie van alle aspecten van het zorgmodel, doch dat deze wel in de praktijk duidelijk waarneembaar zouden moeten zijn. Met behulp van de gekozen onderzoeksmethode van een quickscan kon op een snelle manier een beoordeling plaatsvinden. Deze was weliswaar minder uitvoerig dan die van de gebruikelijke onderzoeksmethoden van IGZ en IMG, maar door de verificatie van gevonden meningen wel voldoende betrouwbaar voor dit meer kwalitatief dan kwantitatief gerichte onderzoek.

Aangezien de eerder genoemde beoordelingen betrekking hadden op de zorglijnen reguliere zorg en veteranenzorg en niet op de zorg rondom uitzendingen, is deze laatste zorglijn vooralsnog buiten beschouwing gelaten. De IMG zal dit zeer specifieke terrein van MGGZ-zorg inplannen voor reguliere inspectie.

## **Doelstelling**

Doelstelling van het onderzoek was te komen tot een algemene indruk over het functioneren van de MGGZ na de implementatie van de reorganisatie. Daarbij was het met name van belang om te beoordelen of voldaan wordt aan de essentiële voorwaarden voor verantwoorde zorg in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en aan te geven waar er mogelijk tekortkomingen of aandachtspunten zijn met betrekking tot de borging of de zorguitvoering. Tevens zou daarbij beoordeeld moeten worden of er aanleiding is tot nader, diepgaander, onderzoek.

## **Onderzoeksopzet**

Mede gezien de nog lopende ontwikkeling van het model, met name waar het de samenwerking met civiele zorginstellingen betreft, is ervoor gekozen om in eerste instantie het onderzoek te beperken tot een quick-scan. Zoals aangegeven is bij het onderzoek gefocust op de reguliere MGGZ-zorg en de gerelateerde zorg voor veteranen in Nederland. Het onderzoek behelsde daarbij de bestudering en beoordeling van een aantal daartoe opgevraagde en overgelegde documenten, beantwoording van een aantal gerichte vragen door de MGGZ-leiding gebaseerd op de civiel gebruikte prestatie-indicatoren voor de GGZ en een drietal ronde tafel gesprekken met militaire verwijzende instanties, belangenorganisaties en deelnemers aan het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). De voorzitter van de Raad voor Zorg en Onderzoek (RZO) is hierover geïnformeerd.

## **Onderzoeksuitvoering**

Het onderzoek is door de gezamenlijke inspecties voorbereid in december 2008 en januari 2009 en uitgevoerd in februari en maart 2009, waarna de afronding heeft plaatsgehad in april 2009 in de vorm van voorliggende rapportage.

De uitvoeringsfase heeft bestaan uit:

- opvraag ontbrekende basis-gegevens MGGZ d.d. 9 februari 2009
- gesprek Directie MGGZ d.d. 12 februari 2009
- gesprek Veteranen Instituut d.d. 19 februari 2009
- opvraag specifieke gegevens MGGZ d.d. 4 maart 2009
- ontvangst specifieke gegevens MGGZ d.d. 12 maart 2009
- ronde tafel gesprek militaire verwijzers MGGZ d.d. 16 maart 2009 v.m.
- ronde tafel gesprek belangenverenigingen d.d. 16 maart 2009 n.m.
- ronde tafel gesprek deelnemers LZV d.d. 30 maart 2009

De verkregen informatie is vervolgens bestudeerd en besproken, waarbij een aantal specifieke voor de zorgkwaliteit relevante items nader is beoordeeld.

## **Beoordelingskader**

Zoals eerder vermeld, is voor de beoordeling van de kwaliteit van functioneren van de MGGZ aangesloten bij de voor de civiele GGZ-zorg ontwikkelde prestatie-indicatoren. Aangezien bleek dat deze indicatoren nog niet gebruikt werden binnen het veld van de MGGZ en zij bovendien niet zonder meer volledig toepasbaar bleken op de zorg verleend door de MGGZ en in de LZV-keten, is besloten het onderzoek te beperken tot vijf items daaruit, die in eerdere instantie kritisch waren beoordeeld. Deze vijf items zijn nader onderzocht door middel van een door de Directie MGGZ aangegeven implementatie-score, zowel voor de MGGZ zelf als voor het LZV-netwerk. Het betreft:

- A. Het registratiesysteem / cliëntenvolgsysteem
- B. De borging van de deskundigheid en kwaliteit
- C. De dossiervorming en de bewaking van het zorgproces (ook in de keten)
- D. De functie- en verantwoordelijkheidsverdeling in het zorgproces
- E. De interne en externe communicatie en klachtenbehandeling

Naast bovengenoemde beoordeling van de mate van implementatie is er een aantal kwantitatieve kerngegevens aangeleverd. Ook is desgevraagd de status aangegeven van een aantal aangegeven documenten inzake de organisatie en uitvoering van de zorg; waar mogelijk zijn deze ook verstrekt. Tenslotte is nog een eigen visie gegeven op de gemaakte / nog te maken kwaliteitsslagen.

Bij de ronde tafel gesprekken is vervolgens navraag gedaan naar de algemene ervaringen met de MGGZ, de ervaren toegankelijkheid, de wachttijden, de behandeling zelf, de dekking van de zorgvraag met en zonder uitbesteding, de kwaliteit, de regionalisering, de terugkoppeling, de crisisopvang, de bekendstelling en de communicatie.

De geaggregeerde informatie is verwerkt in het onderstaande bevindingendeel, dat in de beschouwing nader is gewaardeerd.

## Bevindingen

In de **door de MGGZ ingevulde item-scorelijst** werd het volgende aangegeven:

- Ad A. Er is een MGGZ-beleid voor het registreren en volgen van cliënten en het is geïmplementeerd en wordt geëvalueerd. E.e.a. is geborgd in het multidisciplinair overleg MGGZ en de audit Harmonisatie kwaliteitszorg (HKZ), het Centraal Aanmeldpunt (CAP) en het Regionaal Coördinatieoverleg (RCO) en middels terugkoppelingen aan verwijzers.

Er is een LZV-beleid voor het registreren en volgen van cliënten middels CAP en RCO.

- Ad B. De deskundigheid van medewerkers MGGZ wordt niet zelf getoetst; wel is er accreditatie ex BIG-register, bij- en nascholing, supervisie en intervisie.

Er is per medewerker MGGZ een scholingsplan dat periodiek bijgesteld en geëvalueerd wordt.

De multidisciplinaire richtlijn Dubbele Diagnose wordt gehanteerd.

De multidisciplinaire richtlijn Psychotische Stoornissen wordt gehanteerd.

De multidisciplinaire richtlijn PTSS wordt systematisch gehanteerd en geëvalueerd.

Tevens kent de MGGZ de Werkinstructie intaketraject PTSS als HKZ-onderdeel.

De multidisciplinaire richtlijn Comorbiditeit wordt gehanteerd.

De multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen wordt systematisch gehanteerd en geëvalueerd.

Voor het LZV geldt dat sommige zaken aanwezig zijn (verantwoordelijkheid aangesloten instelling). De kwaliteitszorg binnen de keten moet nog verder ontwikkeld worden.

- Ad C. De dossiervorming geschiedt conform de WGBO met evaluatie en bijstelling.

De behandelovereenkomst wordt bij herziening van het behandelplan geëvalueerd en opnieuw getekend.

Het behandelplan wordt samen met de cliënt opgesteld en besproken.

De contra-indicaties zijn vastgelegd en bekend bij alle medewerkers.

De zorgaanbieder heeft schriftelijke samenwerkingsafspraken met de civiele GGZ, deze afspraken worden uitgevoerd, de samenwerking wordt periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld (betreft alleen LZV).

Er vindt systematisch coördinatie van de ketenzorg plaats met evaluatie (betreft alleen LZV).

- Ad D. Er zijn vastgelegde taak-functieomschrijvingen van het personeel en zij werken ermee. Periodiek worden de omschrijvingen op juistheid en werkbaarheid geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Voor de MGGZ loopt de evaluatie.

Er is een vastgelegde verantwoordelijkheidsverdeling met afbakening van taken en bevoegdheden van de disciplines en zij handelen hiernaar. Men evalueert periodiek deze verantwoordelijkheidsverdeling en stelt deze zo nodig bij.

Er is een schriftelijk vastgelegd personeelsbeleid en er wordt over voldoende gekwalificeerd medisch, psychiatrisch en psychologisch geschoold personeel beschikt; de formatie is volledig gevuld en het personeel wordt op een adequate wijze ingeschakeld. De rol van de verschillende disciplines en het aantal formatieplaatsen wordt regelmatig geëvalueerd met zo nodig aanpassing van het beleid.

Ad E. Er zijn schriftelijke afspraken over de onderwerpen waarover en de wijze waarop cliënten informatie ontvangen en deze afspraken worden nagekomen en systematisch geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Het informatiemateriaal is toereikend en beschikbaar voor verwijzers, ketenpartners en cliënten en wordt indien nodig aangepast.

Er is een schriftelijk vastgelegd klachtenbeleid conform de WKCZ en dit wordt systematisch toegepast. Dit gebeurt momenteel in samenwerking met het CMH. Het klachten- en incidentenbeleid voor de keten LZV is in ontwikkeling. De aangesloten instellingen kennen wel hun eigen klachtenregelingen.

De door de MGGZ overgelegde **kernegegevens** betroffen over 2008:

Totaal aantal beschikbare bedden/plaatsen	:	12
Totaal aantal bedden/plaatsen LZV	:	4
Totaal aantal militairen in klinische zorg	:	89
Totaal aantal militairen in poliklinische zorg	:	1596
Totaal aantal veteranen in klinische zorg	:	17
Totaal aantal veteranen in poliklinische zorg	:	142
Totaal aantal militairen verwezen naar LZV	:	n.v.t.
Totaal aantal veteranen verwezen naar LZV	:	(nog) niet vast te stellen
Totaal aantal militairen naar LZV via militaire verwijzing	:	n.v.t.
Totaal aantal militairen naar LZV via civiele verwijzing	:	0
Totaal aantal militairen naar LZV via CAP	:	0
Totaal aantal veteranen naar LZV via militaire verwijzing	:	(nog) niet vast te stellen
Totaal aantal veteranen naar LZV via civiele verwijzing	:	(nog) niet vast te stellen
Totaal aantal veteranen naar LZV via CAP	:	(nog) niet vast te stellen
Totaal aantal militairen met vastgestelde comorbiditeit	:	1540
Totaal aantal militairen met behandelde comorbiditeit	:	1540
Totaal aantal veteranen met vastgestelde comorbiditeit	:	139
Totaal aantal veteranen met behandelde comorbiditeit	:	139
Totaal aantal militairen met vastgestelde PTSS	:	64
Totaal aantal militairen met behandelde PTSS	:	64
Totaal aantal veteranen met vastgestelde PTSS	:	74
Totaal aantal veteranen met behandelde PTSS	:	—

Meest behandelde diagnoses : 1. stemmingsstoornissen  
2. angststoornissen  
3. persoonlijkheidsstoornissen

Meest voorkomende klachten/opmerkingen : – niet thuis voelen tussen groep jongere veteranen  
– niet optimale beschikbaarheid persoonlijke begeleider  
– meer ontspannende activiteiten aanbieden

De **opgevraagde documenten** hadden als status (keuze: afwezig/concept/vastgesteld/geïmplementeerd):

- visiedocument/meerjaren beleidsplan/communicatieplan: voor MGGZ vastgesteld; voor LZV in ontwikkeling
- uitwerking functies/bevoegdheden/verantwoordelijkheden: vastgesteld
- roosterbeleidsplan: vastgesteld voor kliniek
- inwerkprocedures: vastgesteld
- deskundigheidsbeoordeling/opleidingsprogramma: vastgesteld
- vergadersystematiek/planning: vastgesteld
- opnameprotocol: vastgesteld
- meest voorkomende zorgprotocollen: vastgesteld
- protocol ketenzorg: voor MGGZ vastgesteld; voor LZV in ontwikkeling
- klachtenprocedure: voor MGGZ vastgesteld; voor LZV in ontwikkeling
- jaarverslag calamiteiten/incidenten/klachten: voor MGGZ vastgesteld; voor LZV in ontwikkeling
- voorlichtingsmateriaal cliënten familieleden: vastgesteld
- voorlichtingsmateriaal verwijzers en externe zorgverleners: vastgesteld

Verstrekt werden een kwaliteitshandboek, een visie en missionstatement LZV, voorlichtingsmateriaal voor cliënten en informatiemateriaal voor cliënten (deeltijdbehandeling en kliniek) en voor verwijzers.

De **MGGZ-visie op de gemaakte/nog te maken kwaliteitsslagen** werd verwoord als volgt:

- er is meer samenhang tussen ambulante, deeltijdklinische en klinische zorg;
- er is een meer gedifferentieerde personele bezetting;
- de zorgprocessen zijn gereviseerd en gelijkgeschakeld;
- er wordt meer structureel gebruik gemaakt van richtlijnen en interne richtlijnontwikkeling;
- het zorgprogramma rondom uitzendingen is gestructureerd met aandacht voor preventie, zorg en nazorg;
- de interactie met verwijzers is verbeterd;
- de samenwerking tussen militaire en civiele zorginstanties is binnen het LZV gestructureerd;
- het kennisaanbod en de kennisontwikkeling en verspreiding is verbeterd;
- de implementatie van het kwaliteitssysteem krijgt extra aandacht en zorg;
- de “ warme overdracht ” bij verandering van zorgsoort of zorgdomein krijgt extra aandacht en zorg;
- de organisatie van zorggegevens en terugkoppeling krijgt extra aandacht en zorg;
- de relatie met de eerstelijns hulpverleners en grote eenheden krijgt extra aandacht en zorg;
- risicogroepen zijn individueel uitgezonden, teruggekeerde (delen van) eenheden na ernstige voorvallen en veteranen met multipole pathologie en zorgafbreuk.

In het **ronde tafel gesprek met verwijzers** (van alle krijgsmachtdelen) kwam naar voren, dat de MGGZ initieel werd ervaren als meer op afstand staand en minder gemakkelijk toegankelijk voor telefonisch contact. De lijnen zijn minder kort geworden en er waren meer administratieve vereisten bij verwijzing. Door de schaalvergroting waren de gezichten van de behandelaars veelal niet meer bekend; de regionalisatie van de behandeling werkte daarbij aanvankelijk complicerend. Na enige gewenning is dit verbeterd en thans zou het systeem naar tevredenheid werken.

In zijn algemeenheid werd wel een kwaliteitsverbetering ervaren, o.a. door meer protocollair werken. Ook de wachttijden waren verbeterd, evenals terugkoppeling en feedback.

De bereikbaarheid voor crisis-opvang werd nog steeds als problematisch ervaren.

Ook werd de wens geuit om, op grond van de zorgplicht van de militaire gezondheidszorgverlener, gezamenlijk meer aandacht uit te oefenen bij niet actief zorgvragende militairen met psychiatrische problematiek.

Van MGGZ-zijde werd aangegeven dat het relatiebeheer meer aandacht zou krijgen; in het bedrijfsplan is dit als speerpunt benoemd.

Qua toegankelijkheid van de zorg werd met name gewezen op de vereiste actie van de patiënten zelf, waarbij er wel een “vangnetconstructie” was in de vorm van terugkoppeling als dezen zich niet binnen 10 dagen na verwijzing hadden gemeld. De eerstelijnszorg kon, mede door de integratie en de samenwerking met andere hulpverleners, verder strekken dan civiel, hoewel het zicht op het gezin niet altijd even groot was. Zorgmijdend gedrag kon mede door de functie- en uitzendgeschiktheids-eisen vaak worden voorkomen; ook werd de MGGZ-zorg als meer laagdrempelig gezien dan civiele zorg. Over de wachttijden was men tevreden; deze waren t.o.v. vroeger verbeterd. Binnen 14 dagen volgde een afspraak en er was geen extra wachttijd tussen intake en eerste behandeling; waar nodig (startdatum groepstherapie) werd tussentijds zorg verleend. In de zuidelijke MGGZ-regio's werden wel capaciteitsproblemen gemeld.

De ervaringen van de verwijzers met de behandelingen waren overwegend goed. Tussentijdse informatie-uitwisseling en advisering – ook bedrijfsgeneeskundig – was adequaat, al waren er wel duidelijke verschillen tussen behandelaars. Soms werd het niet verstrekken van rechtstreekse inzetbaarheidsadviezen als probleem ervaren; dit hing echter samen met het niet integraal werken in de 2<sup>e</sup> lijn. Discontinuïteit bij verplaatsing/uitzending van de behandelaar werd niet als groot probleem ervaren.

De contacten met de civiele LZV-instanties verliepen bij militaire (door-)verwijzing niet altijd even soepel. Indien noodzakelijk kon de MGGZ worden gevraagd te interveniëren. Bij medebehandeling bleef er altijd eigen betrokkenheid. Over de regionalisatie bestonden gemengde gevoelens. Enerzijds was de zorg geprofessionaliseerd en was er meer flexibiliteit mogelijk; anderzijds vond de zorg vaak verder weg plaats (gekoppeld aan de werkplek i.p.v. de woonplek).

De terugkoppeling na afsluiting van de behandeling werd als goed ervaren. Discontinuïteit van zorg in verband met dienstverlating vormde wel een probleem, dat deels kon worden ondervangen door een goede verslaglegging. De administratieve organisatie inzake dossiervorming en informatie-uitwisseling zou daarbij meer kunnen worden toegesneden op de borging van de zorgcontinuïteit.

De crisisopvang liep niet altijd naar wens. Probleem was deels het niet meer 24 uur per dag / 7 dagen per week beschikbaar zijn van de militaire eerste lijn, doch ook was de (telefonische) bereikbaarheid van een voor consultatie beschikbare militair psychiater niet altijd voldoende bekend. Dit laatste gold in versterkte mate voor de civiele eerstelijns zorg. Tenslotte werd inschakeling van civiele GGZ-instanties bij crisisopvang, indien de MGGZ niet op de hoogte was, vaak niet teruggekoppeld.

Wat betreft de communicatie werd aangegeven dat er veel is geïnvesteerd in de bewustwording en preventie m.b.t. PTSS, hetgeen zeker vruchten heeft afgeworpen. Gemeld werd, dat de website onjuistheden bevatte m.b.t. de aanmeldings-, intake- en behandelingsprocedure. Ook was de nascholing van (militaire) verwijzers op GGZ-gebied nog niet ter hand genomen. Wel waren er periodieke verwijzersbijeenkomsten en werd lesgegeven in de AMA-opleiding. Het werd jammer gevonden dat verwijsbrieven en terugkoppelingen/ontslagbrieven niet in het GIDS konden worden opgeslagen.

In het **ronde tafel gesprek met belangenverenigingen** (aanwezig: ACOM, AFMP, Veteranenplatform) werd gesteld dat in zijn algemeenheid nog weinig echte verbeteringen werden ervaren met betrekking tot de zorg en dienstverlening, terwijl er wel steeds meer complexe probleemgevallen kwamen, m.n. onder veteranen. Daarnaast werden lichte PTSS-klachten door actief dienenden nogal eens ontkend i.v.m. de mogelijke rechtspositionele gevolgen, zodat zij relatief snel na dienstverlating zich alsnog meldden, met veel grotere

problemen. Ook de ervaren slechte invulling van de Wet Verbetering Poortwachter door commandanten zou hieraan bijdragen.

Gesteld werd dat het in veel gevallen wel goed ging en dat de intentie om te helpen goed was, maar dat de bereidheid om zich te laten helpen soms een probleem was, evenals het gebrek aan vertrouwen. Erkenning en herkenning waren vaak het probleem. Ondanks wellicht verbeterde toegankelijkheid bleef er een hoge drempel. Vervolgens werd ook de soms veelvuldige wisseling van zorgverleners als probleem genoemd.

De complexe zorg die nodig is voor veteranen vormde vaak een probleem, waarbij de MGGZ niet in alle (ook niet-geneeskundige) noden kon voorzien. De positie van het ABP-steunpunt bij de zorgverlening was bovendien niet erg duidelijk.

Van MGGZ-zijde werd het gevoel herkend dat er, ondanks reïntegratie-inspanningen bij actief dienenden, soms een gebrek aan vertrouwen was en daardoor vermijdingsgedrag. Ondanks de zorg tijdens uitzendingen bleef er een drempel. De huidige inzet was erop gericht om deze te verlagen door goede voorlichting en door de zorg dichterbij de mensen te brengen.

De toegankelijkheid tot de zorg werd nogal eens bemoeilijkt door het zich niet serieus genomen voelen in de klachten bij het onderdeel. Als de primaire begeleiding faalde, vielen mensen nogal eens tussen wal en schip. Bij actief dienenden kon dit nog worden hersteld; bij veteranen veelal niet. Het zou gaan om een groep van circa 160 zorgwekkende zorgmijders, die niet bekend was bij de MGGZ / LZV-keten. Dit betrof mensen met veelal complexe problemen, waaronder chronische PTSS.

In hoeverre potentiële cliënten de weg naar de MGGZ gemakkelijker kunnen vinden, kon nog niet worden beoordeeld. Hetzelfde gold voor de – continuïteit in – behandeling. Over de behandeling zelf werden weinig klachten gemeld; dit gold zowel voor de MGGZ zelf als voor de ketenpartners. Meest voorkomend waren klachten over het afbreken van een behandelcontract. Bij dreigende afbreuk werd wel geprobeerd de patiënt over te dragen.

De wachttijden werden in een aantal gevallen te lang geacht (soms 5 maanden voor de eerste therapie). Dit werd niet besproken met de MGGZ, maar met de HDP. Ook werd het verkrijgen van gegevens vaak als problematisch ervaren.

De crisisopvangregeling was onvoldoende bekend en zou beter gecommuniceerd moeten worden.

Aan de bekendheid van de MGGZ bij de individuele militair schortte nog wel iets, evenals aan de beeldvorming als onderdeel van de Defensie-organisatie, met name door de dreigende afkeuring. De presentatie op intranet was nog niet goed; op internet was het beter, echter het LZV was niet bekend. Dit moet binnenkort gaan veranderen door een eigen website LZV.

Bij het **ronde tafel gesprek met LZV-deelnemers** (2 militair, 4 civiel) werd aangegeven dat het convenant in wezen een intentieverklaring is en dat de nadere invulling nog gaande is, waarbij al gerealiseerde samenwerking wordt geëvalueerd.

Communicatiebeleid was reeds aanwezig; klacht- en incidentenbeleid was in ontwikkeling. De informatie-uitwisseling verliep intussen soepeler, evenals de onderlinge verwijzing. De hoeveelheid overdrachten was nog beperkt, maar werd groter. De samenwerking stemde algemeen tot tevredenheid; er was sprake van korte lijnen, ook met De Basis.

Bij sommige partners waren er problemen met de capaciteit. Met name Zuid-Nederland vormde een (te) grote regio, mede doordat andere zorginstellingen nog in een opbouw/reorganisatie fase waren.

Met name bij chronische, gecompliceerde zorg voor veteranen werd zorg “dicht bij huis” belangrijk geacht. Ook was er extra aandacht voor de thuissituatie en de problematiek van

partners. Voor mogelijke zorgmijders kon een laagdrempelige contactpoli, zonder behandeling, soms helpen. Bij het afbreken van contacten werd de Basis geïnformeerd.

De toegankelijkheid tot de zorg was verbeterd door het loslaten van de eis dat veteranen zich zelf moesten melden; men stond nu open voor vanuit de omgeving gemelde zorgen. Er was nog meer outreaching nodig om zorgmijders te bereiken met inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers). Er werd expliciet aandacht gegeven aan comorbiditeit (m.n. verslaving). Meer dan 50% van de aangemelde patiënten heeft ook persoonlijkheidsstoornissen.

Er werd veel geïnvesteerd in de kennis over de omstandigheden en de missies en er werd veel doorgevraagd, vanuit de ervaring dat gehoord worden heel belangrijk is.

In toenemende mate werd de MGGZ voor actief dienende militairen ook door commandanten ingeschakeld, waardoor de drempel werd verlaagd. Ook werd geïnvesteerd in meer voorlichting. Bij verwijzing van veteranen vanuit de eerste lijn was er binnen een week contact, waarna (binnen 2 weken) een intake volgde en inbreng in het maandelijkse casuïstiek-overleg. Intussen was er een oriëntatiefase, die echter niet altijd werd herkend als behandeling. De intakeprocedures werden thans gesynchroniseerd.

De behandeling liep goed. Er werd gericht geïndiceerd voor een verscheidenheid aan behandelmodules en waar nodig werd naar elders verwezen. Ook de verwijzingen waren beter gericht.

Zowel de tevredenheid vóór, tussen en na de behandeling als het klachtenbeloop en de coping-mogelijkheden werden gemeten, met positief resultaat.

Het ontbreken van SPV-capaciteit in de eerste lijn werd daarbij wel een probleem geacht.

De tussentijdse contacten verliepen via BMW'ers in de regio en inhoudelijk werd er terug gekoppeld in het RCO, zowel tussentijds als na afloop van de behandeling. Systematiek om dit te borgen ontbrak echter.

De verwijzer werd bij de start van de behandeling en aan het eind schriftelijk geïnformeerd. De patiënt zelf ontving een schriftelijk behandelplan.

Er waren weinig problemen met de opvraag van informatie. De informatie aan de BMW'ers liet echter vaak lang op zich wachten.

De bekendheid van het LZV werd gering geacht, zowel bij de andere zorgverleners, als binnen de eigen organisaties. Er was een plan om meer naar buiten te treden. Aandacht werd gevraagd voor capaciteitsproblemen en voor extra dure DBC's voor veteranen.



## **Beschouwing**

### **Methodologische onderbouwing**

De gemaakte beoordeling is voornamelijk gebaseerd op eigen schriftelijke inbreng van de MGGZ zelf, alsmede gesprekken met de beschreven betrokken partijen, en in mindere mate op feitelijke gegevens, respectievelijk feitelijk onderzoek. Bij de beoordeling is aansluiting gezocht bij de civiel gehanteerde normen (prestatie-indicatoren), doch deze bleken slechts in beperkte zin toepasbaar op de MGGZ. De, op pagina 4 vermelde, verstrekte kerngegevens hebben voor het onderzoek geen absolute waarde, doch geven wel indicaties voor de zorginzet en kunnen dienen als 0-meting voor latere inspectie.

### **Algemeen**

De vorming van één organisatie voor de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg heeft gezorgd voor meer eenduidigheid in de zorgprocessen, bundeling van know-how en expertise en samenhang in de zorg enerzijds, maar anderzijds ook voor meer ervaren afstand, m.n. aan de zijde van – een deel van – de verwijzers. De MGGZ zelf ziet de interactie met de verwijzers juist als voorbeeld van een verbetering t.o.v. van de oude situatie, al geeft men ook aan dat de relatie met de eerste lijn nog extra aandacht verdient.

De vorming van een netwerk met een aantal (regionale) civiele zorgverleners in het Landelijk Netwerk Veteranenzorg geeft extra kansen voor de verdere professionalisering en brengt de zorg dicht bij deze groep patiënten, doch vergt ook extra inspanningen op het gebied van de onderlinge afstemming en coördinatie en de bekendheid bij de verwijzers in de eerste lijn. Daarbij moet worden vastgesteld dat, hoewel er hiertoe wel initiatieven zijn ontwikkeld, de uitwerking van het convenant met de LZV-deelnemers in belangrijke mate nog moet plaatsvinden. Het concretiseren van de samenwerkingsafspraken bevindt zich nog in een beginfase. Dit betekent dat op dit moment nog onvoldoende kan worden vastgesteld dat sprake is van geïntegreerde zorg en / of van geïntegreerde kwaliteitsborging.

### **Toegang tot de zorg**

De toegankelijkheid tot de zorg lijkt te zijn verbeterd. De te nemen drempel is minder hoog en de wachttijden zijn verkort. In de ervaring van de belangenverenigingen lost dit echter weinig op, zolang voor actief dienende militairen mogelijk afkeuring en ontslag dreigt. Voorts worden regionaal capaciteitsproblemen gemeld. Ook zou meer SPV-inbreng in de eerste lijn gewenst zijn, zoals dit ook civiel geschiedt.

Voor de veteranen vormt met name de complexe problematiek een probleem, dat de MGGZ / LZV-keten niet alleen kan oplossen, ondanks pogingen de zorg meer naar de mensen toe te brengen.

Het feit dat er geen gegevens beschikbaar zijn over het aantal verwijzingen naar het LZV geeft aan dat het registratiesysteem voor de keten nog onvoldoende is geïmplementiseerd.

### **Behandeling, informatie en communicatie**

De zorg zelf lijkt te zijn gediversificeerd en geprofessionaliseerd. Gestandaardiseerde behandelrichtlijnen worden algemeen gebruikt. Wel ontbreekt een uitgewerkt visiedocument en een beleids- en communicatieplan voor de keten; hetzelfde geldt voor protocollen en procedures en registraties van klachten en incidenten. Van een geborgde kwaliteit over de keten is dan ook (nog) geen sprake, zoals bij de scoring van MGGZ-zijde reeds is aangegeven. Voor de MGGZ zelf lijken voor de zorgkwaliteit essentiële zaken voldoende te zijn geborgd; wel is extra aandacht voor de structurele borging van de deskundigheid gewenst.

Er worden weinig concrete klachten gemeld, al is de communicatie tussen verwijzers en LZV-instellingen nog voor verbetering vatbaar. Wat betreft de onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling moet worden geconstateerd dat deze nog onvoldoende is gestructureerd en geformaliseerd.

De betrokkenheid van de zorginstanties bij de veteranenproblematiek wordt groot geacht. Desondanks geeft het “cultuurverschil” tussen de militaire en de civiele omgeving een extra

risico op niet instromen en vervroegd afhaken. Ten aanzien van de groep actief dienende militairen wordt gepleit voor een nog ruimere invulling van de zorgplicht van de MGGZ door meer aandrang waar nodig.

### **Crisisopvang**

Met betrekking tot de opvang van acuut decompenserende militairen wordt nog niet voldaan aan de – naar civiele maatstaven hoge – verwachtingen van de verwijzers. Met name de beschikbaarheid van een militair psychiater voor consultatie gedurende 24 uur en 7 dagen per week zou beter bekend gesteld moeten worden.

### **Bekendheid**

Van verschillende zijden kwam naar voren dat de algemene bekendheid van MGGZ en LZV bij (aspirant) patiënten, militaire en civiele verwijzers, eigen en andere zorgverleners nog kan worden verbeterd.

### **Complexe problematiek en chronische PTSS**

Naar voren gebracht is, dat er een groep militairen en met name veteranen is – waarvan het aantal niet duidelijk is – met problemen op velerlei terreinen, waaronder chronische PTSS. Deze problematiek is bekend bij de belangenverenigingen, maar wordt ook herkend door de andere gesprekspartners. Het is een groep die nu tussen wal en schip valt.

### **Conclusie**

Op grond van de beschikbare informatie wordt – met inachtneming van de aangegeven beperkingen van het onderzoek – geconstateerd, dat het functioneren van de MGGZ na de implementatie van de reorganisatie voldoet aan de essentiële voorwaarden voor verantwoorde zorg qua niveau, doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid.

Door de totstandkoming van een zorgnetwerk voor veteranen is de afstemming op de reële zorgbehoefte van deze specifieke groep duidelijk verbeterd. Dit zal echter niet kunnen voorkomen dat er een aantal patiënten met chronische en complexe PTSS-problematiek tussen wal en schip valt. Voor deze groep zullen nieuwe, meer zorgintensieve en voor andere aspecten meer sectoroverstijgende, afspraken moeten worden gemaakt.

Zowel de vorming van één MGGZ-organisatie als de deelname aan het LZV betekent een (potentiële) impuls voor de zorgkwaliteit, waarbij met name voor de zorgketen nog wel een aantal slagen te maken zijn.

Er is geen aanleiding voor een diepgaander onderzoek naar de onderzochte deelaspecten. Binnen het reguliere toezicht van de IMG kan de verdere verbetering worden gevolgd. Daarbij moeten ook meer kwantitatieve toetsingen op het gebied van dossiervorming en doorverwijzingen plaatsvinden.

### **Aanbevelingen**

- De adequaat doorgevoerde reorganisatie van de MGGZ heeft nog verdere uitwerking, met name in de zin van concretisering van de samenwerking in de keten, gericht op integratie van zorg en kwaliteitsborging.

- Voorgesteld wordt om op termijn in samenspraak met de Raad voor Zorg en Onderzoek (RZO) een uitgebreider vervolgonderzoek naar het functioneren van de LZV- keten te doen plaatsvinden.

- Het is wenselijk meer onderzoek te verrichten naar de groep van chronische en complexe patiënten met PTSS. Dit omdat er diverse signalen zijn dat juist deze groep tussen wal en schip valt. Het lijkt erop dat deze groep daarbij wel de weg weet te vinden naar de belangenverenigingen.

- Onvoldoende zorg voor deze relatief kleine groep kan de gehele MGGZ / LZV-hulpverlening in een negatief daglicht zetten, terwijl deze voor verreweg de grootste groep patiënten adequaat lijkt te functioneren. Overwogen kan worden om – in navolging van de civiele GGZ – een (F)ACT-team op te richten om in de hulpverlening voor deze groep te voorzien. De ervaring leert dat hulp voor bovengenoemde groep een intensieve aanpak vraagt. Het gaat om mensen die op velerlei gebieden problemen hebben, zowel met gezondheid als op tal van maatschappelijke gebieden en vaak ook met justitie.

- In het verlengde van het bovenstaande wordt het zeer gewenst geacht dat de bij de belangenverenigingen beschikbare informatie over militairen en veteranen met complexe problematiek snel kan doorstromen naar de MGGZ / het LZV, die dan voor toegeleiding van de benodigde hulp kan zorgdragen.

Hilversum, 7 mei 2009,

Inspectie Militaire Gezondheidszorg

Utrecht, 7 mei 2009,

Inspectie voor de Gezondheidszorg

CDRAR dr A.P.C.C. Hopperus Buma,  
Inspecteur Militaire Gezondheidszorg

W.M.C.L.M. Schellekens, arts,  
Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg