

---

# **Psychosociale ondersteuning** bij ambulance, brandweer, politie en Defensie *een verkennende studie*



**Psychosociale ondersteuning**  
bij ambulance, brandweer,  
politie en Defensie  
*een verkennende studie*

Impact, 2012

## **Colofon**

### *Uitgave*

Impact, februari 2012

In opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie

### *Auteurs*

Drs. L.M. Hoijtink

Dr. H.F. Young

Dr. J.H.M. te Brake

Het gebruik van de inhoud als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

ISBN 978-90-78273-16-5

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>1</b>
1.1 Doel en vraagstelling	1
1.2 Leeswijzer	3
1.3 Referenties	3
<b>2. Methode</b>	<b>4</b>
2.1 Literatuuronderzoek	4
2.2 Identificeren van gesprekspartners	6
2.3 Semigestructureerde vragenlijst	7
<b>3. Ambulance</b>	<b>8</b>
3.1 Achtergrond	8
3.2 Overzicht van gevonden documenten	8
3.3 Kring 0 - De ambulancewerknemer	8
3.4 Kring 1 - Naasten	10
3.5 Kring 2 - Sleutelfiguren	10
3.6 Kring 3 - Professionele gezondheidszorg	13
3.7 Kring 4 - Gespecialiseerde GGZ	14
3.8 Conclusies Ambulance	14
3.9 Referenties	15
<b>4. Brandweer</b>	<b>17</b>
4.1 Achtergrond	17
4.2 Overzicht van gevonden documenten	17
4.3 Kring 0 - De brandweerman	18
4.4 Kring 1 - Naasten	19
4.5 Kring 2 - Sleutelfiguren	19
4.6 Kring 3 - Professionele Gezondheidszorg	23
4.7 Kring 4 - Gespecialiseerde GGZ	24
4.8 Conclusies Brandweer	25
4.9 Referenties	26
<b>5. Politie</b>	<b>27</b>
5.1 Achtergrond	27
5.2 Overzicht van gevonden documenten	27
5.3 Kring 0 - De politieman	28
5.4 Kring 1 - Naasten	28
5.5 Kring 2 - Sleutelfiguren	29
5.6 Kring 3 - Professionele Gezondheidszorg	33
5.7 Kring 4 - Gespecialiseerde GGZ	33
5.8 Conclusies Politie	34
5.9 Referenties	35
<b>6. Defensie</b>	<b>37</b>
6.1 Achtergrond	37
6.2 Overzicht van gevonden documenten	37
6.3 Kring 0 - De militair	38
6.4 Kring 1 - Naasten	38
6.5 Kring 2 - Sleutelfiguren	39
6.6 Kring 3 - Professionele Gezondheidszorg	41
6.7 Kring 4 - Gespecialiseerde GGZ	42
6.8 Conclusies Defensie	43
6.9 Referenties	44
<b>7. Samenvatting en conclusies</b>	<b>46</b>
7.1 Achtergrond	46
7.2 Zorgketens binnen de geüniformeerde diensten	46
7.3 Overeenkomsten en verschillen tussen (en binnen) geüniformeerde organisaties	49
7.4 Successen en knelpunten	51
Bijlage 1. Lijst van geïnterviewden	54
Bijlage 2. Semi-gestructureerde vragenlijst	55

# 1. Inleiding

Eind 2010 is de richtlijn voor de psychosociale ondersteuning voor geüniformeerden (in het vervolg te noemen 'de Richtlijn Geüniformeerden') gereed gekomen. De Richtlijn Geüniformeerden biedt de standaard voor de wijze waarop geüniformeerde organisaties zoals brandweer, ambulance, politie en Defensie de psychosociale ondersteuning vormgeven. Hoewel de implementatie van de Richtlijn Geüniformeerden grotendeels aan de betrokken organisaties zelf wordt overgelaten acht Impact het als haar rol om hierbij te faciliteren en het op te treden als vraagbaak.<sup>1</sup> Het huidige verkennende onderzoek, dat in opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie is uitgevoerd, sluit daar op aan en dient aanknopingspunten op te leveren om deze rol te kunnen vervullen.

De Richtlijn Geüniformeerden wil een eenduidige en heldere wijze van psychosociale ondersteuning garanderen. Op dit moment is van een eenduidige aanpak echter nog geen sprake. Zo bestaat er in de praktijk veel verschil in de wijze waarop het kringenmodel binnen- en buiten de organisatie van de geüniformeerde is ingevuld en ook in welke fase de verschillende partijen aan zet zijn. Deze verschillen bestaan tussen de organisaties, maar ook binnen organisaties en tussen verschillende regio's. Informatie hierover is echter tot nu toe niet breed beschikbaar geweest.

In de Richtlijn Geüniformeerden wordt uitgegaan van het zogenoemde 'kringenmodel.' Dit model gaat er van uit dat de zorg voor de werknemer begint bij hem of haarzelf.<sup>2</sup> De verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid dient echter wel door de organisatie ondersteund te worden, bijvoorbeeld in het bieden van informatie en training. In de omliggende kringen kan aanvullende hulp worden gezocht. De eerste kring bestaat uit naasten (familie, collega's, lotgenoten). Verder naar buiten toe wordt stapsgewijs meer professionele hulpverlening ingezet. Het kringenmodel is weergegeven in Figuur 1.1.

De Richtlijn Geüniformeerden legt de nadruk op de rol van de organisatie, die zich vooral doet gelden in de binnenste kringen van het model. Een optimale aansluiting tussen de binnenste en buitenste kringen – tussen organisatie en professionele hulpverlener – is echter van belang voor een goede nazorg. Dit onderzoek is bedoeld om in kaart te brengen hoe het kringenmodel is ingevuld binnen ambulance, brandweer, politie en Defensie. Daarbij gaat het voornamelijk om inzicht te krijgen in hoeverre de verantwoordelijkheden van de verschillende kringen en de overgang tussen de kringen (schriftelijk) zijn vastgelegd.

## 1.1 Doel en vraagstelling

Het huidige onderzoek richt zich op de zorgketen van ambulance, brandweer, politie en Defensie. Het is erop gericht in kaart te brengen welke overeenkomsten en verschillen bestaan tussen de diverse diensten, in het bijzonder waar het aankomt op de professionele zorg in de buitenste kringen. Knelpunten en blinde vlekken in de huidige organisatie worden beschreven.

### *Zorgketen*

Het Kenniscentrum Ketenzorg definieert de zorgketen als *het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met diens omgeving.*<sup>3</sup> In zoverre wordt in dit onderzoek hetzelfde bedoeld, dat bekeken wordt welke partijen relevant zijn in de psychosociale ondersteuning van de geüniformeerde werknemer. Daarbij is uitgegaan van het 'kringenmodel', zoals gedefinieerd in de Richtlijn Geüniformeerden. De focus van het onderzoek ligt daarbij specifiek op het vastleggen van de omslagpunten tussen de verschillende kringen, zoals deze weergegeven zijn in Figuur 1.1. Een omslagpunt is het moment waarop de zorg die geleverd kan worden door een kring niet meer toereikend is en er doorverwezen moet worden naar een volgende kring om te kunnen voldoen aan de psychosociale behoeften van de geüniformeerde medewerker. Er wordt tevens gekeken naar de verantwoordelijkheden van de partijen

<sup>1</sup> Ten tijde van het verschijnen van dit rapport begeleidt Impact de politieorganisatie de implementatie van de richtlijn in opdracht van het Landelijke Programma Versterking Professionele Weerbaarheid

<sup>2</sup> Waar in deze tekst wordt gesproken van 'hij' of 'hem' kan ook 'zij' of 'haar' worden gelezen.

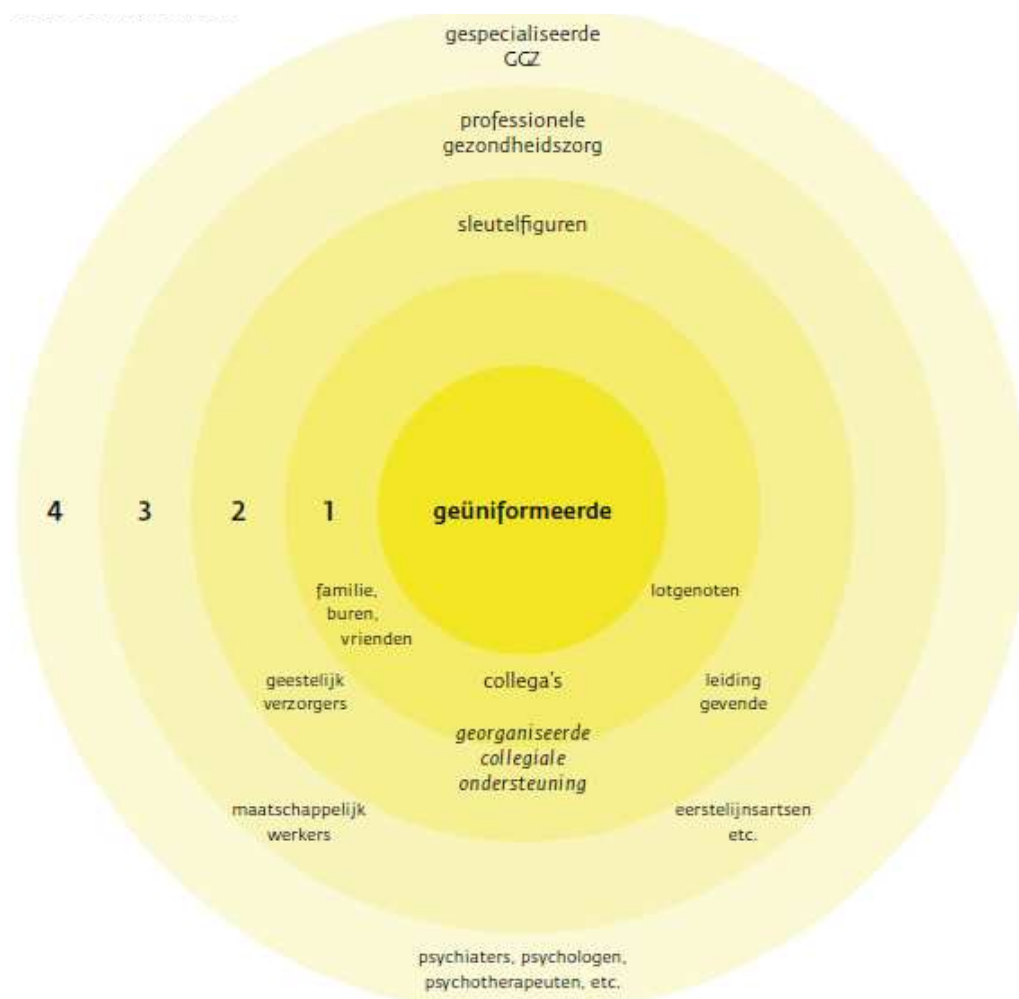
<sup>3</sup> Kenniscentrum Ketenzorg, 2011

binnen de verschillende kringen en hoe in de praktijk invulling aan deze verantwoordelijkheden wordt gegeven.

Om de zorgketen bij de ambulance, brandweer, Defensie en politie in kaart te brengen, worden de volgende vragen per organisatie aan de orde gesteld:

1. Op welke wijze is de zorgketen binnen de verschillende organisaties ingericht?
  - 1a. Welke partijen zijn betrokken bij het leveren van psychosociale zorg?
  - 1b. In hoeverre zijn deze partijen ingebed in de organisatie (intern) of worden zij van buiten af 'ingekocht' (extern)?
2. Welke verantwoordelijkheden hebben de verschillende partijen binnen deze zorgketen?
  - 2a. Hoe is de overgang van verantwoordelijkheden ingericht?
  - 2b. Zijn deze verantwoordelijkheden voldoende duidelijk vastgelegd in het beleidsreglement van de organisatie en wordt dit reglement daadwerkelijk toegepast, c.q. is het uitvoerbaar?
3. Welke successen en knelpunten worden door de verschillende partijen ervaren in het uitvoeren of tot stand brengen van de bovengenoemde punten?
  - 3a. In hoeverre kunnen succesvolle aanpakken tussen organisaties worden overgenomen?
  - 3b. Wat zijn mogelijke oplossingen voor knelpunten?
4. Hoe is de zorgketen ingericht bij de verschillende organisaties?
  - 4a. In hoeverre bestaan er overeenkomsten en verschillen in de inrichting van de zorgketen?
  - 4b. In hoeverre wordt een eenzelfde inrichting van de zorgketen door de verschillende organisaties mogelijk en wenselijk geacht?

Figuur 1.1 Kringenmodel



## 1.2 Leeswijzer

Het rapport zal allereerst dieper ingaan op de gebruikte methoden (hoofdstuk 2). Toegelicht wordt hoe de literatuurstudie tot stand is gekomen en welke resultaten dit heeft opgeleverd. Tevens licht hoofdstuk 2 toe hoe de gesprekspartners voor de interviews zijn gevonden en hoe het contact met hen is verlopen. De hoofdstukken 3 tot en met 6 geven achtereenvolgens de resultaten weer voor ambulance, brandweer, politie en Defensie. Daarbij komen bovengenoemde uitgangsvragen aan de orde. Ten slotte worden in hoofdstuk 7 algemene conclusies geformuleerd, waarbij ook wordt ingegaan op overeenkomsten en verschillen binnen en tussen diensten. Tevens worden gevonden successen, knelpunten en discussiepunten toegelicht.

## 1.3 Referenties

- Impact (2010). *Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden*. Impact: Amsterdam
- Kenniscentrum Ketenzorg (2011). *Handreiking Ketenzorg*. [Online], [geciteerd op 20-11-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web  
<<http://www.handreikingketenzorg.nl/index.php?menu=191>>

## 2. Methode

Gezien deze doelstelling is ervoor gekozen een literatuur search uit te voeren die gericht is op niet-wetenschappelijke literatuur, en de focus te leggen op (interne) documentatie die vanuit de organisaties beschikbaar is. Dit wordt in paragraaf 2.1 nader beschreven. Daarna wordt in paragraaf 2.2 en 2.3 ingegaan op de interviews.

### 2.1 Literatuuronderzoek

De search is gericht op documentatie die betrekking heeft op de zorgketens van de Nederlandse geüniformeerde diensten. De gebruikte zoektermen zijn deels gebaseerd op de termen die gehanteerd worden in de Richtlijn Geüniformeerden. Deze termen staan in tabel 2.1 weergegeven onder de kolom "Trefwoorden." Daarnaast is gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode, waarbij termen met betrekking tot nazorg, die op meerdere pagina's van een website werden aangetroffen, vervolgens in searches op alle overige websites werden toegevoegd. Aangezien geen van deze websites het gebruik van een uitgebreide samengestelde search ondersteunt, maar hooguit het gebruik van twee separate woorden toestaat, zijn trefwoorden afzonderlijk of in paren ingevoerd. Ook dit is weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Gebruikte zoektermen voor literatuur search en resultaten

Trefwoorden	Trefwoord combinatie	Aantal publicaties
Bedrijfsopvang	Bedrijfsopvang AND (verantwoordelijkheid(en) OR collegiale OR nazorg)	12
belasting		1
BMW (Bedrijfsmaatschappelijk werker)	BMW AND (ondersteuning OR verantwoordelijk)	1
BOT (Bedrijfsopvang team)	BOT AND (training OR opleiding OR cursus, OR protocol OR richtlijn OR handreiking)	24
COG	COG AND (training OR opleiding OR cursus, OR protocol OR richtlijn OR handreiking)	
COT	COT AND (training OR opleiding OR cursus, OR protocol OR richtlijn OR handreiking)	2
GGZ	GGZ AND (nazorg OR ondersteuning)	0
Goed werkgeverschap		
MGGZ	MGGZ AND (nazorg OR ondersteuning)	1
(Na)zorg		6
PAM		5
Psychische		2
Psycho-educatie	COG AND (training OR opleiding OR cursus)	
Psycho-informatie		
Psychologische	Psychologische AND (ondersteuning OR opvang OR gezondheid OR vervolgens OR (na)zorg)	1
Psychosociaal	Psychosociale AND (ondersteuning OR opvang OR gezondheid OR vervolgens OR (na)zorg)	1
Schokkend	Schokkende AND gebeurtenis	1
SMT Sociaal Medisch Team	SMT AND (protocol OR rapport OR richtlijn OR handreiking)	1
TCO (Team Collegiale Ondersteuning)	TCO AND (training OR opleiding OR cursus, OR protocol OR richtlijn OR handreiking)	2
Veerkracht		1
Weerbaarheid	Weerbaarheid AND (mental OR belasting OR professional)	3
Welzijn		1
Zorgmodel		2
Zorgketen		1



Er zijn searches uitgevoerd in

- (i) de websites van de verschillende geüniformeerde diensten;
- (ii) de digitale bibliotheken van relevante onderzoeksinstituten, zoals het Nederlands Instituut Fysieke Veiligheid (NIFV) en de Politieacademie;
- (iii) websites van relevante vakbonden;
- (iv) websites van relevante GGZ-instellingen;
- (v) internet directories Google en Yahoo.

Op de bezochte websites is specifiek gezocht naar (a) rapporten, (b) protocollen, (c) richtlijnen en (d) handreikingen, die het pad van de zorgketen vastleggen.

Tevens is er een search in de internet directories van Google en Yahoo uitgevoerd. Dit om mogelijke relevante documentatie vanuit andere bronnen dan de geüniformeerde diensten en GGZ-instellingen te vinden. Te denken valt aan relevante wetgeving en kamerstukken.

Verwacht werd dat naast documentatie die openbaar op internet te vinden is, er ook interne documenten bestaan die van belang zijn voor het huidige onderzoek. Daarom is, in aanvulling op de internet search, contact opgenomen met de betrokken diensten door middel van het benaderen van (1) de voormalig projectgroepleden van de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden en (2) relevante partijen betrokken bij de commentaarfase van de Richtlijn Geüniformeerden. De projectgroepleden zijn nauw betrokken geweest bij het opstellen van de Richtlijn Geüniformeerden en vertegenwoordigden de betrokken organisaties.

#### *Inclusie van documenten*

De literatuur is allereerst globaal gelezen door een van de twee Impact medewerkers op inhoud. Dit houdt in dat er gekeken is naar de titel, inhoudsopgave, samenvatting en conclusie van de desbetreffende documenten om de mogelijke relevantie te bepalen. Vervolgens is er aan de hand van acht criteria bepaald welke documenten in het onderzoek opgenomen moeten worden – deze criteria zijn in tabel 2.2 opgenomen. Aan de hand van deze inclusiecriteria zijn 51 publicaties opgenomen in de rapportage. Geïncludeerde documenten zijn volledig gelezen. Vooral voor de politie zijn veel documenten gevonden (43, waarvan 35 relevant); voor de politie was toegang tot het intranet van korpsen beschikbaar. Voor de ambulance (10 documenten, waarvan 3 relevant), brandweer (11, 7) en Defensie (11, 6) was dit niet geval, waardoor interne documenten voor deze diensten niet beschikbaar kwamen.

In tabel 2.2 zijn de inclusiecriteria weergegeven aan de hand waarvan de documenten uit het literatuuronderzoek in de huidige rapportage zijn verwerkt. Aangegeven is hoeveel documenten op basis van een criterium zijn ingevoegd. Daarbij kan het zijn dat documenten aan meerdere inclusiecriteria voldoen, in dat geval worden zij bij alle relevante criteria in de tabel meegeteld.

*Tabel 2.2 Inclusiecriteria*

<b>Criterium</b>		<b>Aantal ingevoegde documenten</b>
1	Gaat het document in op de verantwoordelijkheden in de nazorg van tenminste 1 kring uit het kringenmodel (zie Figuur 1.1)?	39
2	Geeft het document praktijkvoorbeelden, protocollen beslisbomen, toolboxes etc. voor de organisatie van de nazorg?	23
3	Is het document toegankelijk voor de doelgroep of relevante kring, bijvoorbeeld via een Intranet systeem? (We gebruiken concept versies niet)	39
4	Geeft het document procedures voor doorverwijzing naar een volgende kring?	11
5	Geeft het document psycho-informatie voor de eerste en tweede kring over de mogelijke gevolgen van schokkende gebeurtenissen?	18
6	Verwijst het document naar richtlijnen zoals de richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden?	1
7	Geeft het document een idee van de omvang van de groep met behoeften aan psychologische ondersteuning?	3
8	Geeft het document direct informatie over een nazorg traject?	11

## 2.2 Identificeren van gesprekspartners

In totaal zijn 30 interviews uitgevoerd in de periode september 2011 – januari 2012. Het doel van deze interviews is het algemene beeld van de zorgketen dat uit de gevonden literatuur naar voren kwam aan te vullen met informatie uit de praktijk.

De interviews gaan dieper in op sterke punten, zwakke punten en lacunes in de zorgketen. Een belangrijk punt, of mogelijk zelfs beperking, hierbij is dat er binnen de diensten zelf regionale verschillen bestaan over de inrichting van de zorgketen, bijvoorbeeld wat betreft de inzet van de georganiseerde collegiale ondersteuning en doorverwijzingmethoden. Het is daardoor onvermijdelijk dat een interview slechts lokale informatie verschaft over een besproken onderdeel van de zorgketen. Het zou bijvoorbeeld mogelijk zijn dat één interview goede informatie biedt over de overgang van kring twee naar drie voor de regio Noord-Holland en een ander interview informatie geeft over de overgang van kring drie naar vier in Zuid-Limburg. In een poging toch een zo goed mogelijk landelijk beeld te vormen, is er voor gekozen om sleutelfiguren te vinden die (i) bij voorkeur een landelijk of tenminste een multiregionaal overzicht hebben van de zorgketen binnen hun dienst en (ii) op het snijvlak van de organisatie en externe GGZ werken, zoals de coördinatoren van de georganiseerde collegiale ondersteuning en/of de bedrijfsarts. Deze mensen werden gevonden door gebruik te maken van het netwerk van de projectgroepleden en het netwerk dat tijdens het proces van de ontwikkeling van de Richtlijn Geüniformeerd is opgezet. Daarnaast kwamen enkele namen naar voren uit de gevonden documentatie, bijvoorbeeld doordat ze auteurs van handreikingen of protocollen waren. Ook met deze mensen is vervolgens contact opgenomen.

Voor de Defensieorganisatie geldt een andere situatie. Zij heeft landelijk een systeem en beleid voor de (na)zorg aan personeel, waardoor het mogelijk was om gesprekspartners te vinden met een landelijk overzicht van de zorgketen. Hiervoor is gebruik gemaakt van het netwerk van Impact vanuit de projectgroep van de Richtlijn Geüniformeerd. Voor de ambulance, brandweer en politie bleek het moeilijk sleutelfiguren te vinden met een landelijk overzicht van de psychosociale zorgketen. Daarom is ervoor deze organisaties voor gekozen mogelijke gesprekspartners te benaderen in vooraf bepaalde regio's. Aan leden van de projectgroep Richtlijn Geüniformeerd is gevraagd een aantal regio's aan te dragen waarvan zij de inrichting van hun zorgketen exemplarisch achtten voor de Nederlandse situatie. Uit de suggesties kwam een grote overlap van regio's naar voren voor de verschillende diensten. Op basis daarvan is ervoor gekozen alle diensten uit de volgende regio's te benaderen: Amsterdam-Amstelland, Utrecht, Drenthe, Limburg-Noord, Midden en West-Brabant, en Zuid-Holland-Zuid. Een bijkomend voordeel is dat deze regio's de verschillende kanten van Nederland omvatten, waardoor ook regionale verschillen tot uiting kunnen komen. Gezocht is daarbij naar sleutelfiguren die werken op het snijvlak van de organisatie en de externe GGZ. Verwacht werd dat de professionele gezondheidszorg (bedrijfsarts/bedrijfsmaatschappelijk werk) zich niet altijd binnen de organisatie zou bevinden. Er is daarom voor gekozen allereerst contact te leggen met coördinatoren van de georganiseerde collegiale opvang.

### *Contact met betrokken organisaties*

Om de interviews met deskundigen vanuit de betrokken diensten te organiseren, is telefonisch contact met hen opgenomen. Enerzijds zijn de contactgegevens van de deskundigen via het netwerk van Impact tot stand gekomen. Anderzijds is er voor diverse regio's contact gelegd via een regionaal hoofdkantoor van bijvoorbeeld de Veiligheidsregio of de Politie.

Een aantal zaken vielen op in de contacten met de betrokken organisaties. Zo was het opvallend dat tijdens het eerste contact met de hoofdkantoren in een aantal gevallen werd aangegeven dat niet duidelijk was wie bedoeld werd met de coördinator van de georganiseerde collegiale opvang. Afgevraagd kan worden of dit een teken is van onbekendheid met -, of een gebrek aan borging van de georganiseerde collegiale ondersteuning binnen de desbetreffende organisatie. Bij navraag hierover tijdens de interviews werd echter benadrukt dat werknemers wel zeker op de hoogte zijn van het doel van de georganiseerde collegiale ondersteuning en hoe deze bereikt kan worden.

Over het algemeen werd positief gereageerd op het interviewverzoek. Men was enthousiast en meerdere malen werd aangegeven dat het een belangrijk onderwerp gevonden werd. Slechts in een enkel geval besloot de deskundige niet mee te werken, waarbij als reden het gebrek aan tijd werd genoemd. Tevens werd door de coördinatoren van de georganiseerde collegiale ondersteuning in

diverse regio's en diensten andere betrokken functionarissen uitgenodigd deel te nemen aan het gesprek, bijvoorbeeld een bedrijfsarts of een bedrijfsmaatschappelijk werker. Daar waar deze functionarissen zich buiten de organisatie bevonden, lukte dit vaak niet. Een overzicht van de geïnterviewde sleutelfiguren is weergegeven in bijlage 1.

### **2.3 Semigestructureerde vragenlijst**

In aanvulling op het literatuuronderzoek hebben er 30 interviews plaatsgevonden met sleutelfiguren uit ambulance, brandweer, politie en Defensie. De interviews zijn uitgevoerd op basis van een semigestructureerde vragenlijst (zie bijlage 2). De vragenlijst is gericht op het beantwoorden van de deelvragen zoals deze in de inleiding zijn geformuleerd. Het zwaartepunt van het onderzoek ligt bij het vinden van omslagpunten in de zorgketen en hoe deze in de praktijk verlopen. De vragenlijst bestaat uit enkele algemene en inleidende vragen, gevolgd door een indeling waarbij het kringenmodel (zie Figuur 1.1) wordt gevolgd. Een aantal van de interviews vond plaats bij de gespecialiseerde gezondheidszorg. In deze interviews lag de nadruk op het contact dat tijdens en na behandeling van een geüniformeerde wordt onderhouden vanuit de gespecialiseerde zorg met de organisatie.

## 3. Ambulance

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het literatuuronderzoek en de interviews voor de ambulance besproken. Allereerst wordt nader ingegaan op de achtergrond en huidige situatie met betrekking tot de psychosociale ondersteuning bij de ambulance, waarna vervolgd wordt met een kort overzicht van de gevonden documenten. In de paragrafen drie tot en met zeven wordt per kring beschreven welke rollen en verantwoordelijkheden zij hebben in de psychosociale ondersteuning. Tot slot geeft de laatste paragraaf een korte samenvatting van de resultaten en de belangrijkste conclusies.

### 3.1 Achtergrond

In Nederland bestaan 25 regionale ambulancediensten die aansluiten op de veiligheidsregio's. In totaal waren er in 2009 2.093 ambulanceverpleegkundigen en 1.898 ambulancechauffeurs. De verpleegkundigen mogen medische handelingen uitvoeren, terwijl de chauffeurs medische assistentie verlenen aan de verpleegkundige.<sup>4</sup> In het werken bij de ambulancedienst worden met regelmaat schokkende en potentieel traumatische gebeurtenissen meegemaakt. Uit onderzoek blijkt dat gedurende de periode 1996-2001 85 procent van de ambulancewerknemers een of meer (zeer) schokkende gebeurtenissen mee had gemaakt.<sup>5</sup> Daarbij komt dat meer dan 60 procent van de ambulancewerknemers aangeeft het werk geestelijk erg inspannend te vinden.<sup>6</sup> De laatste jaren wordt steeds meer aandacht geschonken aan de psychosociale effecten van agressie tegen ambulancewerknemers.<sup>7</sup> Van de werkgever wordt, zoals vastgelegd in de herziene Arbowet van 1999, een bedrijfsopvang beleid verwacht, zodat werknemers ondersteuning kunnen krijgen bij het verwerken van schokkende ervaringen. Het opzetten van een bedrijfsopvang team, binnen de ambulance voornamelijk BOT genoemd, wordt vanuit het sectorfonds SOVAM dan ook gestimuleerd.<sup>8</sup> Over het algemeen bestaan de BOT opvangstructuren binnen de ambulanceorganisaties meer dan 10 jaar, hoewel er ook organisaties zijn waarbij het BOT nog relatief nieuw is en minder dan vijf jaar bestaat.

### 3.2 Overzicht van gevonden documenten

Het literatuuronderzoek heeft zich gericht op de zorgketen binnen onder andere de ambulancediensten: het totale proces van ondersteuning aan een geüniformeerde van de koffietafel tot aan de (trauma)psycholoog. Over deze zorgketen binnen de ambulance is met name informatie teruggevonden die betrekking heeft op het BOT: de inzetcriteria, de functie-eisen en het doel achter het BOT (zie bijvoorbeeld Reglement Opvang bij Traumatische Gebeurtenissen, 2007). Daarnaast zijn documenten gevonden die betrekking hebben op de Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor (PAM). Hoewel het PAM aandacht besteed aan de psychosociale gezondheid van werknemers, richt deze zich vooral op de fysieke gezondheid. Desalniettemin geeft het in enkele documenten inzicht in hoe de doorverwijzing vanuit de professionele gezondheidszorg naar de gespecialiseerde gezondheidszorg moet plaatsvinden.<sup>9</sup>

### 3.3 Kring 0 - De ambulancewerker

In deze paragraaf wordt de eigen rol van de ambulancewerker in het krijgen van psychosociale ondersteuning beschreven. Aandacht wordt besteed aan de eigen verantwoordelijkheid voor een goede gezondheid en de mate waarin psycho-informatie wordt verkregen zodat werknemers symptomen van psychosociale problemen kunnen herkennen.

---

<sup>4</sup> Ambulancezorg Nederland: *Kerngetallen*, 2011

<sup>5</sup> SOVAM, 2001

<sup>6</sup> Arbeidsinspectie, 2009

<sup>7</sup> RAD Hollands Midden, 2011; UMCG, 2010; Ambulancezorg Nederland, 2010

<sup>8</sup> SOVAM, 2001

<sup>9</sup> Ambulancezorg Nederland: *Periodiek Arbeidsgezondheidskundige Monitor voor de Ambulancesector Interventie Handleiding Bedrijfsarts*, 2011; Ambulancezorg Nederland: *Periodiek Arbeidsgezondheidskundige Monitor Vragenlijst*, 2011

### *Psycho-informatie*

Voor de ambulancewerker is er weinig informatie beschikbaar over wat er verstaan wordt onder een schokkende gebeurtenis en welke reacties normaal dan wel abnormaal zijn na een dergelijke gebeurtenis. De gevonden informatie beperkt zich tot de PAM en wanneer daarin beschreven controles plaatsvinden. Echter, binnen de ambulanceorganisaties zijn er wel folders beschikbaar over het BOT, waar deze voor ingezet kan worden en hoe deze te bereiken is. Deze folders worden over het algemeen op het intranet gezet en worden uitgedeeld aan nieuwe werknemers. Daarin wordt in sommige gevallen ook informatie gegeven over symptomen van mogelijke verwerkingsproblemen. In andere regio's wordt deze informatie alleen verstrekt tijdens een BOT-gesprek.

### *Eigen verantwoordelijkheid*

Binnen de ambulancedienst wordt ervan uitgegaan dat ambulancewerknemers een eigen verantwoordelijkheid hebben voor hun gezondheid. Daarnaast hebben zij ook een zelfbeschikkingsrecht: wanneer zij aangeven geen behoefte aan het BOT te hebben, dan is het belangrijk dat een gesprek niet aan hen opgedrongen wordt. Voorkomen moet worden dat werknemers het gevoel krijgen dat hen problemen wordt aangepreut.

Hoewel de contactinformatie van het BOT op diverse manieren bekend wordt gemaakt aan werknemers, wordt het BOT over het algemeen niet actief benaderd door geüniformeerden zelf. In een aantal regio's wordt dit als een knelpunt ervaren, omdat het leidt tot een te afwachtende houding van de werknemers ten opzichte van het BOT. Om er zeker van te zijn dat iedereen die behoefte heeft aan ondersteuning deze ook ontvangt, is er een zekere mate van eigen initiatief van de werknemer nodig, omdat de procedure rondom BOT-inzet niet waterdicht is. Dit komt doordat (i) de (vaak ad-hoc en wisselende) afwegingen van de meldkamer en/of de leidinggevende hierin een grote rol spelen, (ii) er ondanks het gebruik van incidentenlijsten geen duidelijke definitie bestaat van een schokkende gebeurtenis en (iii) BOT-leden geen professionele gezondheidszorgverleners zijn, waardoor zij niet altijd signaleren dat een werknemer behoefte heeft aan contact.

Waarom ambulancepersoneel niet op het BOT afstapt is niet helemaal duidelijk voor de geïnterviewden. Vermoed wordt dat de bedrijfscultuur de drempel voor het actief zelf hulp zoeken verhoogt. Hoewel de bedrijfscultuur steeds opener wordt, is het praten over emoties nog enigszins taboe. Ook wordt als mogelijke reden aangegeven dat ambulancewerknemers de gebeurtenis al in het team hebben besproken en daarom geen behoefte meer voelen met het BOT te spreken. Een laatste mogelijke reden is dat psycho-informatie over normale reacties op abnormale gebeurtenissen niet continue onder de aandacht wordt gebracht bij ambulancepersoneel. Hierdoor leggen zij waarschijnlijk niet de link met een gebeurtenis op het werk wanneer ze problemen ondervinden.

### *SIGMA vrijwilligers*

Binnen de ambulance wordt bij grootschalige incidenten gebruik gemaakt van SIGMA vrijwilligers: Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie. Zij zijn onderdeel van de Geneeskundige Combinatie die tijdens rampen en grootschalige incidenten onder het GHOR valt en zijn ingezet bij bijvoorbeeld de brand in Volendam en de vuurwerkramp in Enschede. In Nederland bestaan op dit moment 49 SIGMA teams welke een vaste bezetting van acht personen hebben. Zij worden opgeleid door het Rode Kruis.<sup>10</sup> Door de aard van de incidenten waar ze bij betrokken worden, zien SIGMA vrijwilligers de meest heftige gebeurtenissen die een potentieel grote impact kunnen hebben. Het is belangrijk dat ook zij nazorg aangeboden krijgen. Het gevoel leeft echter dat zij een vergeten groep zijn. Echter, in de diverse geïnterviewde regio's waar gewerkt wordt met SIGMA vrijwilligers, is het BOT van de ambulance ook voor hen beschikbaar. De GHOR Midden- en West Brabant heeft naast de collegiale opvang voor het ambulancepersoneel ook een apart SIGMA-BOT opgericht. Reden daarvoor was het verschil in opleiding en ervaring van SIGMA-vrijwilligers ten opzichte van ambulancepersoneel. Zij worden uitsluitend bij grootschalige calamiteiten ingezet. Bovendien is het in de praktijk moeilijk om nazorg te geven aan de vrijwilligers. Allereerst omdat zij na een inzet vaak snel naar huis gaan. Ten tweede omdat zij niet iedere dag op de dienst aanwezig zijn en daar de sociale controle van vaste collega's missen. Ten slotte omdat ook vrijwilligers moeilijk toegeven dat ze problemen ondervinden naar aanleiding van een inzet.

---

<sup>10</sup> Veiligheidsregio Zeeland, 2009; Rode Kruis, 2011; Rijksoverheid, 2011

### 3.4 Kring 1 - Naasten

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de rol van naasten in de zorgketen. Met naasten wordt niet alleen bedoeld familie en vrienden, maar ook op lotgenoten en collega's.<sup>11</sup> Er wordt stilgestaan bij hun rol in de signalering van eventuele problemen en de mate waarin zij psycho-informatie krijgen aangereikt vanuit de ambulancedienst.

#### *Signaleringsrol*

Naasten en collega's spelen een belangrijke rol in de signalering van eventuele problemen en/of gedragsveranderingen bij een ambulancewerknemer. Zij zijn de mensen die hem of haar het meest zien. In de praktijk blijkt dat werknemers hun ervaring vooral bespreken met hun directe collega's en familieleden. Daar hebben zij vaak al voldoende aan. De eerste echte opvang begint dan ook al aan de koffietafel. Aangegeven wordt dat dit werkt, omdat het team van ambulancepersoneel heel hecht is en men elkaar door en door kent. Bovendien praat men onderling openlijk over hoe een inzet is ervaren, hoewel het dan niet over "gevoelens" hoeft te gaan. Deze informele manier van verwerking van een gebeurtenis wordt als gezond beschouwd.

#### *Psycho-informatie*

Hoewel familieleden een belangrijke rol spelen in de signalering van mogelijke problemen, wordt vanuit de organisaties in feite geen specifieke aandacht aan hen besteed. Wel wordt opgemerkt dat folders die voor werknemers beschikbaar zijn, ook beschikbaar zijn voor familieleden.

### 3.5 Kring 2 - Sleutelfiguren

In de huidige paragraaf wordt dieper ingegaan op de rol van sleutelfiguren. Hieronder worden onder andere de leidinggevende en de georganiseerde collegiale ondersteuning bedoeld.<sup>12</sup> Binnen de ambulancedienst vervult deze kring een belangrijke rol in het observeren van collega's, omdat er over het algemeen geen operationele debriefing plaats vindt na een incident. Daarbij blijft het praten over emoties nog een gevoelig punt, waar omzichtig mee wordt omgegaan. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de werkwijze van de georganiseerde collegiale ondersteuning, omdat deze de drempel voor zoeken van hulp verlaagt.

#### **De leidinggevende**

##### *Signaleringsrol*

De leidinggevende binnen de ambulancedienst heeft een belangrijke verantwoordelijkheid voor het welzijn van de werknemers. Allereerst signaleert hij mogelijke psychosociale of werkproblemen bij een ambulancewerknemer. Dit kan op individuele basis, tijdens een (functionerings)gesprek of op de werkvloer, maar ook in groepsverband, bijvoorbeeld gedurende een operationele debriefing na een schokkend incident. Ten tweede en volgend op de signaleringsfunctie, heeft de leidinggevende in diverse gevallen een verantwoordelijkheid voor het inschakelen van de collegiale ondersteuning.<sup>13</sup> Wanneer hij tijdens een debriefing of in gesprek met een werknemer merkt dat hij met verwerkingsklachten loopt, dan kan de leidinggevende het BOT inschakelen door bijvoorbeeld contact op te nemen met de coördinator of de meldkamer. Een aandachtspunt hierbij is de manier waarop de informatie over mogelijke problemen is verkregen. Wanneer een werknemer tijdens een functioneringsgesprek bij een leidinggevende aangeeft dat het niet goed gaat, kan een leidinggevende niet zo maar met deze informatie naar het BOT stappen in verband met de vertrouwelijke situatie van een functioneringsgesprek. Indien de klachten van de werknemer te maken hebben met werkdruk of ziekte, dan kan een leidinggevende de bedrijfsarts inschakelen.

---

<sup>11</sup> Impact, 2010

<sup>12</sup> Impact, 2010

<sup>13</sup> SOVAM, 2001

## Collegiale ondersteuning

### Doel

Het doel van het BOT is het bieden van praktische hulp, het stimuleren een gezonde verwerking en het vroegtijdig signaleren van eventuele problemen.<sup>14</sup>

### Inschakeling van het BOT

In principe wordt het BOT alleen ingeschakeld naar aanleiding van een werkgerelateerde schokkende gebeurtenis.<sup>15</sup> In een aantal RAV's verleent het BOT echter ook assistentie bij andersoortige werk- of zelfs privéomstandigheden.

Het BOT kan op verschillende manieren ingeschakeld worden:

- (i) De meest gebruikelijke wijze is via de meldkamer of de leidinggevende. De meldkamer beschikt daarbij over een incidentenlijst naar aanleiding waarvan het BOT ingelicht dient te worden. Deze lijst kan naar organisatie verschillen, maar bevat over het algemeen gebeurtenissen waarbij kinderen en/of collega's betrokken zijn of met een dodelijke afloop en incidenten waarbij geweld en/of bedreiging tegen de ambulancewerknemers plaatsvond. Dit komt overeen met de Richtlijn Geüniformeerden.<sup>16</sup> Daarnaast kan de centralist ook naar eigen inschatting het BOT inlichten over een mogelijk schokkende gebeurtenis. In enkele gevallen wordt er geen gebruik gemaakt van een incidentenlijst. Bij die ambulanceorganisaties ligt er meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en het actief benaderen van het BOT door werknemers zelf, hun collega's en de leidinggevende;
- (ii) De leidinggevende kan besluiten om het BOT te betrekken bij een debriefing of in te zetten naar aanleiding van een uitruk die niet op de incidentenlijst staat, maar die naar zijn of haar inzicht wel ingrijpend kan zijn geweest;
- (iii) Tevens kan het BOT benaderd worden door collega's en familieleden die vermoeden dat het niet goed gaat met iemand. In de praktijk gebeurt dit niet vaak. Waarschijnlijk omdat men elkaar binnen het team en thuis aanspreekt wanneer gemerkt wordt dat iemand niet lekker in zijn vel zit. Een één-op-één gesprek met de collega is dan vaak al voldoende.

Hoewel de huidige werkwijze goed lijkt te werken, worden een aantal knelpunten geconstateerd. Zo worden er vraagtekens geplaatst bij de betrouwbaarheid en het nut van een incidentenlijst. Zoals door één van de geïnterviewden wordt aangegeven: "*het zijn lang niet altijd de spectaculaire ritten die je raken*". Het werken met de lijst leverde in de praktijk situaties op waarbij het BOT werd ingezet terwijl dit eigenlijk overbodig was en ook het tegenovergestelde vond plaats: een incident stond niet op de lijst en de meldkamer schakelde het BOT niet in terwijl dit wel nodig was. Daarnaast wordt de incidentenlijst niet altijd even strikt toegepast door de meldkamer. Het inschakelen van het BOT hangt daardoor grotendeels af van de inschatting van de dienstdoende centralist. Daarbij speelt mee in hoeverre deze bekend is met de incidentenlijst, maar ook in hoeverre de centralist het BOT als onderdeel van de organisatie erkent. Hetzelfde geldt voor de leidinggevende. Wanneer deze de toegevoegde waarde van het BOT niet ziet, zal hij niet geneigd zijn het BOT te betrekken bij een debriefing. Deze afhankelijkheid van dienstdoende personen leidt tot situaties waarin het BOT ten onrechte niet wordt opgeroepen..

### Aantal BOT inzetten

In de regio's waar gebruik gemaakt wordt van een incidentenlijst werkt het BOT met piketdiensten, waarbij een of twee BOTers samen een dienst draaien en een week lang 24 uur per dag beschikbaar zijn. Afhankelijk van het aantal BOT-leden, heeft een BOTer ongeveer om de 10 weken een piketdienst. Het aantal inzetten varieert zeer sterk per regio van gemiddeld drie inzetten per week in de regio Utrecht tot vier per jaar in de regio Limburg-Zuid. Daarbij lijkt er voornamelijk een verschil te bestaan tussen organisaties die gebruik maken van een incidentenlijst en zij die dat niet doen. De eerste groep heeft minimaal één inzet per week, terwijl de laatste slechts een aantal inzetten per jaar hebben. Dit verschil in aantal inzetten heeft gevolgen voor de kwaliteit van het BOT. Aangegeven wordt dat het gebrek aan mogelijkheden om BOT-vaardigheden in de praktijk te kunnen brengen leidt tot terughoudendheid bij het bellen van collega's of om een opvanggesprek aan te gaan. Ook is het gebrek aan inzet een reden om uit het BOT te stappen.

<sup>14</sup> SOVAM, 2001

<sup>15</sup> RAV UMCG, 2007

<sup>16</sup> Impact, 2010, p.74

### *Omvang BOT*

Het aantal BOT-leden per team verschilt per regio. De geïnterviewde ambulanceorganisaties hebben ongeveer 140 tot 200 werknemers. De omvang van het BOT-team varieert van zes tot 15 leden. Aangegeven wordt dat er in sommige regio's nog gezocht wordt naar een goede verhouding. Hoeveel BOT-leden er in een team worden geplaatst, is afhankelijk van het budget dat er beschikbaar wordt gemaakt vanuit de organisatie en dit wordt besloten door het management.

### *Selectie, opleiding en evaluatie van het BOT*

De selectie van nieuwe BOT-leden begint over het algemeen met een vacature die door het de BOT-coördinator binnen de organisatie wordt uitgezet. Geïnteresseerden kunnen zich aanmelden, waaruit een aantal kandidaten wordt geselecteerd die op gesprek mogen komen. Animo om BOT-lid te worden verschilt per regio en per periode. Een aantal ambulanceorganisaties heeft het BOT zelfs afgeschaft wegens gebrek aan animo.<sup>17</sup> Het sollicitatiegesprek vindt vaak plaats met de BOT-coördinator en een BOT-lid, maar kan ook aangevuld worden met een P&O-werknemer. Belangrijke competenties waarop in alle diensten gelet wordt, zijn de empathische kwaliteiten van de kandidaat en hoe goed hij in het team ligt. Enkele RAV's vullen dit aan met een minimum van drie tot vijf jaar ambulance-ervaring. Met deze werkervaring wordt verwacht dat de kandidaat voldoende inzicht heeft in de inhoud en werkomstandigheden van een ambulancewerknemer. Ook wordt in sommige ambulancediensten bij de kandidaten een psychologische test afgelegd. De bedoeling van deze test is om te achterhalen of een BOT-kandidaat niet zelf met onverwerkte trauma's rondloopt. In zulke gevallen acht men de kandidaat niet geschikt om collega's op te vangen. Hoewel dit in de Richtlijn Geüniformeerden niet specifiek wordt genoemd als competentie voor een lid van de georganiseerde collegiale opvang, wordt 'eerdere traumatisering' wel genoemd als risicofactor voor het ontwikkelen van PTSS.<sup>18</sup>

Een andere belangrijke kwestie die bij de selectie van BOT-leden speelt is welke functie hij vervult binnen de organisatie. Dit kan drempels opwerpen voor werknemers om vrijuit te praten.<sup>19</sup> In de praktijk komt het echter wel voor dat leidinggevendenden een BOT-functie vervullen. Daar wordt niet ervaren dat dit problemen oplevert.

BOT-opleidingen worden binnen de ambulanceorganisaties extern, binnen de regio aangekocht. Daarbij kan het gaan om samenwerkingsverbanden met een ziekenhuis, met zelfstandige psychologen of met een instituut. Het inkopen van de opleiding is een verantwoordelijkheid van de BOT-coördinator in samenwerking met het management. Buiten kosten en geografisch locatie lijken er geen specifieke criteria te bestaan voor de keus voor een bepaalde aanbieder.<sup>20</sup> De opleidingsduur verschilt van twee tot vier dagen. Het accent ligt tijdens de opleiding op gespreksvaardigheden, het kunnen signaleren van verwerkingsproblemen en informatie over PTSS. Daarnaast vinden er jaarlijks opfris- of bijscholingscursussen plaats, waarbij de nieuwste trends in psychosociale opvang en casuïstiek worden besproken en de gespreksvaardigheden van de BOT-leden met behulp van acteurs worden geoefend. Soms leidt een gebrek aan budget ertoe dat er geen scholing van nieuwe BOT-leden en geen opfriscursus plaatsvindt.

De BOT-coördinator is verantwoordelijk voor de evaluatie van het BOT. Hij kan daarvoor gebruik maken van (interregionale) intervisiedagen en in sommige regio's worden externe psychologen gebruikt als klankbord voor lastige casussen. In één regio wordt gebruik gemaakt van een evaluatiesysteem, waarbij BOT-leden rapportages bijhouden van de gesprekken die zij voeren.

### *Werkwijze van het BOT*

Het BOT lijkt binnen de verschillende ambulanceorganisaties grotendeels op dezelfde wijze te opereren. Zij hanteren een maximum van drie BOT-gesprekken alvorens een advies tot doorverwijzing te doen. Een verschil tussen RAV's is dat er in sommige regio's standaard drie gesprekken worden gehouden, terwijl in andere regio's per geval gekeken wordt hoeveel gesprekken met het BOT nodig zijn.<sup>21</sup> Ook de Richtlijn Geüniformeerden geeft aan dat het BOT maximaal drie gesprekken mag

---

<sup>17</sup> Ambulance Oost, 2008

<sup>18</sup> Impact, 2010, p.83

<sup>19</sup> Impact, 2010, p.78

<sup>20</sup> SOVAM, 2001

<sup>21</sup> RAV UMCG, 2007; RAV UMCG, 2010



voeren; daarna is doorverwijzing geïndiceerd. Dit om te voorkomen dat werknemers te lang door het BOT worden "vastgehouden."<sup>22</sup>

Het eerste contact wordt door het BOT binnen 24 uur na een incident gemaakt. Dit kan telefonisch zijn of face-to-face zijn. De keus ligt vaak bij de BOTer zelf. Bij relatief grote incidenten zal het BOT bij de debriefing aanwezig zijn. Het eerste contact met het BOT kan individueel of groepsgewijs plaatsvinden. Tijdens het eerste contact wordt met de desbetreffende werknemer overlegd of een individuele vervolgspraak gewenst is. In de praktijk blijkt het eerste contact vaak al voldoende te zijn, omdat de ambulancewerker zijn verhaal kwijt kan. Het tweede en laatste gesprek vinden na respectievelijk twee en vier weken plaats, tenzij eerder blijkt dat professionele hulp noodzaak is. Dit tijdsplan is niet in lijn met de Richtlijn Geüniformeerden dat aanbeveelt het eerste gesprek enkele dagen na het incident te houden, omdat een te snelle inzet van het BOT schadelijk kan zijn voor de verwerking.<sup>23</sup> Vanuit de RAV's wordt echter benadrukt dat het belangrijk is collega's binnen 24 uur te benaderen. Zo kunnen snel werknemers gesignaleerd worden die mogelijk ontzien moeten worden en bijvoorbeeld tijdelijk van de wagen gehaald moeten worden. Zij kunnen even bijkomen zonder direct bij een nieuw incident te worden ingezet.

De BOT-gesprekken zijn binnen de RAV's vertrouwelijk om een veilig klimaat te creëren waarin mensen ondersteuning kunnen krijgen. De leidinggevende wordt alleen met toestemming van de werknemer geïnformeerd over het feit dat er gesprekken met een werknemer plaatsvinden. Dit gebeurt voornamelijk als zijn inzetbaarheid in het geding komt. In de praktijk weet een leidinggevende vaak wel dat zijn werknemer gesprekken heeft met het BOT, omdat dit in relatief kleine teams via de wandelgangen bekend wordt.

#### *Doorverwijzing*

Voor het moment van doorverwijzen door het BOT bestaan geen regels of protocollen, omdat iedere situatie anders is. BOTers gaan af op hun "onderbuik gevoel." In de praktijk worden werknemers slechts zelden vanuit het BOT doorverwezen, hooguit een keer per jaar. Vaak speelt er dan meer dan alleen de schokkende gebeurtenis, zoals problemen thuis of zitten zij niet lekker in hun vel. Doorverwijzing vanuit het BOT naar de professionele zorg kan plaatsvinden naar de bedrijfsarts of het BMW. Ook komt het voor dat er direct contact opgenomen wordt met een psycholoog. Daarnaast kan het zijn dat een werknemer de voorkeur uitspreekt met een huisarts of psycholoog te spreken.

### **3.6 Kring 3 - Professionele gezondheidszorg**

In deze paragraaf wordt de rol van de professionele gezondheidszorg in de zorgketen beschreven. Onder deze gezondheidszorg vallen onder andere de bedrijfsmaatschappelijke medewerkers en eerstelijnsartsen, zoals de bedrijfs- en huisarts.<sup>24</sup> Beschreven wordt hoe en waarvoor zij ingeschakeld worden en hoe doorverwijzing naar de gespecialiseerde (trauma)zorg plaatsvindt.

#### *Rol en inschakeling*

Geüniformeerden kunnen op verschillende manieren bij het BMW of de bedrijfsarts terecht komen. Allereerst, wanneer er sprake is van ziekteverzuim, wordt direct de bedrijfsarts ingeschakeld, vaak via de leidinggevende. Ten tweede kan men naar aanleiding van een schokkende gebeurtenis via het BOT bij het BMW of de bedrijfsarts terecht komen. De keus voor doorverwijzing naar het BMW, de bedrijfsarts of de psycholoog is, met uitzondering van ziekteverzuim, niet vastgelegd. Er wordt dan ook wisselend tussen organisaties gekozen voor een van deze professionals. In het merendeel worden zij extern ingehuurd. Of de organisatie een bedrijfsmaatschappelijk werker, bedrijfsarts of een psycholoog benadert, lijkt vooral af te hangen van (toevallige) samenwerkingsverbanden die de ambulanceorganisatie in de betreffende regio is aangegaan.

#### *Doorverwijzing naar de vierde kring*

Hoe de verdere doorverwijzingsprocedure vanaf de bedrijfsarts of het BMW loopt, is bij de geïnterviewde ambulanceorganisaties onbekend. Wel is in de meeste gevallen duidelijk welke

---

<sup>22</sup> Impact, 2010, p.78

<sup>23</sup> Impact, 2010, p.9

<sup>24</sup> Impact, 2010

psycholoog ingeschakeld zal worden. Vaak zijn dit al jarenlang dezelfde personen. In enkele gevallen is het niet bekend wie het doorverwijscontact van het BMW of de bedrijfsarts is.

Binnen de ambulancedienst bestaat er in de Handleiding PAM een beslisboom waarin voor bedrijfsartsen duidelijk wordt gemaakt welke stappen ondernomen moeten worden bij welke symptomen. Deze handleiding is gebaseerd op literatuuronderzoek en state-of-the-art richtlijnen. Door middel van gevalideerde vragenlijsten, zoals de Schokverwerkingslijst en de BSI-DEP lijst, wordt aangereikt op welke symptomen gelet moet worden bij het inschatten van de psychische belasting, wanneer en welke medische actie op deze symptomen genomen kan worden en ook welke organisatorische handelingen daarbij horen.<sup>25</sup>

### 3.7 Kring 4 - Gespecialiseerde GGZ

De huidige paragraaf gaat nader in op de rol van de gespecialiseerde (trauma)zorg binnen de zorgketen van de ambulancediensten. Hieronder worden onder andere psychiaters, psychologen en psychotherapeuten gerekend.<sup>26</sup>

Er is geen documentatie gevonden waarin wordt toegelicht naar wie wordt doorverwezen, welke zorg verkregen wordt, of specifieke zorgcontracten bestaan en of er terugkoppeling plaatsvindt van de GGZ naar de bedrijfsarts. Het BMW en de bedrijfsarts gebruiken vaak hun eigen netwerk voor doorverwijzing en zijn over het algemeen niet vastgelegd in contracten. Dit is niet in overeenkomst met de Richtlijn Geüniformeerden, waarin aanbevolen wordt een protocol voor doorverwijzing naar professionele hulpverlening te hebben waar ook de georganiseerde collegiale ondersteuning van op de hoogte is.<sup>27</sup>

### 3.8 Conclusies Ambulance

In de meeste geïnterviewde ambulanceorganisaties bestaat het BOT langer dan vijf jaar. De wijze van organisatie, de inbedding en de inzet van het BOT verschilt per regio en komt voort uit de ervaringen die door de jaren heen zijn opgedaan. De geïnterviewde ambulanceorganisaties zijn wisselend bekend met de (inhoud van de) Richtlijn Geüniformeerden.

#### *Verschillen tussen regio's*

De voornaamste verschillen die gevonden zijn tussen de ambulancediensten hebben allereerst betrekking op het verstrekken van psycho-informatie. In sommige RAV's gebeurt dat bij indiensttreding, terwijl daar in andere diensten alleen tijdens een BOT-gesprek aandacht aan wordt besteed. Daarnaast is er een verschil in de inzet van het BOT. In een aantal regio's is duidelijk vastgesteld dat het BOT alleen wordt ingeschakeld naar aanleiding van een schokkende gebeurtenis. In andere regio's is het echter ook mogelijk dat het BOT in actie komt wanneer het om andere werkgerelateerde en zelfs privéomstandigheden niet goed gaat met een werknemer. Tevens wordt niet in alle regio's gewerkt met een incidentenlijst. De reden hiervoor is het ervaren gebrek aan aansluiting van de incidentenlijst op wat in de praktijk als schokkend wordt ervaren. Het verschil in het gebruik van een incidentenlijst of niet uit zich in het aantal BOT-inzetten, dat tussen regio's varieert van minimaal één per week tot vier à vijf inzetten per jaar. Een ander verschil dat geconstateerd is tussen de RAV's is het gebruik van een maximum aantal BOT-gesprekken. In de diverse regio's wordt hier verschillend mee omgegaan. Zo worden er in sommige regio's standaard drie gesprekken gevoerd, in andere maximaal drie en in weer andere regio's is er geen maximum aantal, maar wordt voor iedere situatie opnieuw bekeken hoeveel BOT-gesprekken nodig zijn. Tot slot is er een verschil in de manier waarop het BOT geborgd is binnen de organisatie. Hoewel er in de meeste organisaties wordt aangegeven dat het BOT erkenning krijgt vanuit de meldkamer en de leidinggevenden, is dit niet overal het geval. Wanneer het BOT niet goed geborgd is binnen de organisatie, is te zien dat het BOT proactief moet optreden om ondersteuning te kunnen geven aan de werknemers. Daarnaast kan

---

<sup>25</sup> Ambulancezorg Nederland: *Periodiek Arbeidsgezondheidkundige Monitor voor de Ambulancesector Interventie Handleiding Bedrijfsarts*, 2011

<sup>26</sup> Impact, 2010, p.27

<sup>27</sup> Impact, 2010, p.103

het gebrek aan borging en erkenning ook gevolgen hebben voor de kwaliteit van het BOT doordat zij zo vatbaarder wordt voor bezuinigingen (bijvoorbeeld mbt. opleiding en opfriscursussen).

#### *Overeenkomsten*

Er zijn ook overeenkomsten te vinden tussen de wijze van organisatie van het BOT en hoe men daarover denkt. Zo worden de opleidingen voor de georganiseerde collegiale ondersteuning in alle RAV's extern ingekocht. Daarbij lijken er geen duidelijke criteria te worden gesteld aan de aanbieder, buiten de eventuele kosten en geografische locatie. Daarnaast bevindt de professionele en gespecialiseerde gezondheidszorg zich, met een enkele uitzondering, buiten de organisatie. Toch bestaan er korte lijnen en weet men de professionele zorg goed te vinden. Dit komt doordat de samenwerkingsbanden over de jaren zijn gegroeid en vaak al langere tijd met dezelfde personen of bedrijven wordt gewerkt. Er lijkt een grote mate van continuïteit in deze contacten te zijn. Overigens blijkt dat ambulancewerknemers slechts zelden doorverwezen worden naar de professionele zorg, hooguit één of twee keer per jaar. Geïnterviewden stellen dat een of twee BOT-gesprekken vaak afdoende zijn om een werknemer weer op de rails te helpen. Tot slot, met uitzondering van één organisatie, zijn alle geïnterviewde organisaties tevreden over hoe de georganiseerde collegiale ondersteuning functioneert en heeft men het gevoel dat de werknemers de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Daar waar men niet tevreden is, heeft dit voornamelijk te maken met een gebrek aan erkenning van de waarde van het ondersteuningsteam vanuit de organisatie.

#### *Knelpunten*

Hoewel de ambulanceorganisaties tevreden zijn over het functioneren van de georganiseerde collegiale ondersteuning noemen zij enkele knelpunten. Allereerst blijkt in de praktijk dat werknemers zelf niet op de georganiseerde collegiale ondersteuning afstappen voor hulp. Aangegeven wordt dat de inschakeling van het ondersteuningsteam niet waterdicht is, waardoor het voor kan komen dat een lid geen contact opneemt met een werknemer terwijl dit voor hem/haar wel wenselijk is. Gedacht wordt dat onder andere de machocultuur die binnen de ambulancewereld nog leeft, zij het in mindere mate dan 10 jaar terug, hier een oorzaak van is. Daarnaast zijn de meldkamer en de leidinggevende de twee voornaamste bronnen voor het inschakelen van de georganiseerde collegiale ondersteuning na een schokkende gebeurtenis. Aangegeven wordt dat op dit moment deze inschakeling afhankelijk is van welke centralist en welke leidinggevende betrokken zijn en hoe zij de situatie inschatten. Daardoor komt het af en toe voor dat de georganiseerde collegiale ondersteuning niet wordt ingezet, terwijl dit eigenlijk wel had gemoeten. Tevens varieert het aantal inzetten van het collegiale ondersteuningsteam erg tussen de regio's. Het gevolg hiervan is dat in een aantal regio's het aantal BOTters dusdanig hoog is dat deze erg weinig ervaring op doen. De drempel om werknemers te benaderen en een daadwerkelijk ondersteuningsgesprek uit te voeren wordt voor henzelf daardoor ook hoger. Door middel van acteurs en gefingeerde gesprekken met werknemers wordt geprobeerd dit probleem op te lossen. Tot slot wordt aangegeven dat hoewel SIGMA-vrijwilligers in diverse gevallen via het collegiale ondersteuningsteam van de ambulance ondersteuning kunnen krijgen, geïnterviewden zich afvragen in hoeverre de vrijwilligers de ondersteuning en aandacht krijgen die ze nodig hebben. Doordat zij minimaal aan de organisatie gebonden zijn en relatief weinig sociale binding hebben met de ambulancecollega's, is het belangrijk extra aandacht te besteden aan de nazorg voor SIGMA-vrijwilligers.

### **3.9 Referenties**

- Ambulancezorg Nederland (2010). *Ambulances in-zicht 2010 – Voorpublicatie*. [Online], [gecteerd op 12-10-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <http://www.ambulancezorg.nl/nederlands/pagina/1837/ambulances-in-zicht-2010---voorpublicatie.html>
- Ambulancezorg Nederland (2011). *Periodiek Arbeidsgezondheidkundige Monitor Vragenlijst*.
- Ambulancezorg Nederland (2011). *Kerngetallen*. [Online], [gecteerd op 29-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web <<http://www.ambulancezorg.nl/nederlands/pagina/930/kengetallen.html>>
- Ambulancezorg Nederland (2011). *Periodiek Arbeidsgezondheidkundige Monitor voor de Ambulancesector Interventie Handleiding Bedrijfsarts*.
- Arbeidsinspectie (2009). *Projectrapportage Inspectieproject Ambulancezorg*. Arbeidsinspectie: Den Haag.
- Impact (2010). *Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden*. Impact: Amsterdam.

- RAD Hollands Midden (2011). *Jaarverslag 2010*. RAV Hollands Midden: Leiden.
- Ambulance Oost (2008). *Ambulance Oost Jaarverslag 2007: De Mobiele Zorgverleners*. Ambulance Oost: Hengelo.
- RAV UMCG (2007). *Reglement Opvang bij Traumatische Gebeurtenissen*.
- RAV UMCG (2010). *Reflecties UMCG Jaarverslag 2009*. RAV UMCG: Tynaarlo.
- Rijksoverheid (2011). *Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)*. [Online], [geciteerd op 23-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/veiligheid-regionaal/geneeskundige-hulpverleningsorganisatie-in-de-regio-ghor>>
- Rode Kruis (2011). *SIGMA*. [Online], [geciteerd op 23-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <<http://www.rodekruis.nl/afdeling/amsterdam/dit-doen-we/hulp-bij-rampen/paginas/sigma.aspx>>
- SOVAM (2001). *Handreiking Bedrijfsopvang Team Ambulancezorg*. SOVAM: Zwolle.
- Veiligheidsregio Zeeland (2009). *Medische hulpverlening bij een ramp*. [Online], [geciteerd 23-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web <<http://www.vrzeeland.nl/ghor/taken/medische-hulpverlening>>

## 4. Brandweer

In dit hoofdstuk worden de resultaten voor de brandweer besproken. Daarbij wordt allereerst de achtergrond van nazorg binnen de brandweer geschetst, waarna kort beschreven wordt wat er gevonden is aan documenten in het literatuuronderzoek. Vervolgens gaan de paragrafen drie tot en met zeven nader in op de rollen en verantwoordelijkheden van de vijf kringen. Tot slot worden in paragraaf acht de conclusies beschreven en een korte samenvatting van de resultaten gegeven.

### 4.1 Achtergrond

Nederland telde in 2010 in totaal 27137 brandweermannen, waarvan 21627 vrijwillig en 5510 beroeps.<sup>28</sup> Deze brandweermannen- en vrouwen lopen door de aard van het werk dat ze uitvoeren een verhoogd risico op het meemaken van schokkende gebeurtenissen die niet alleen fysieke, maar ook psychische gevolgen kunnen hebben. Voor de verwerking van deze gebeurtenissen kunnen zij behoefte hebben aan additionele ondersteuning.<sup>29</sup> Binnen de brandweer is nazorg lang een ondergeschoven kindje geweest. In de laatste jaren is er echter steeds meer ruimte gekomen om te praten over emoties en welke gevolgen een inzet kan hebben op de brandweerman zelf. Met de herziening van de ARBO wet in 1999, waarin de werkgever verantwoordelijk wordt gesteld voor het welzijn van haar medewerkers, heeft het ontwikkelen van een opvang- en nazorgbeleid meer aandacht gekregen.<sup>30</sup> Doordat de brandweer lange tijd op lokaal niveau georganiseerd was, kon iedere regio zijn eigen manier van opvang ontwikkelen en in standhouden. Om meer uniformiteit en eenduidigheid te creëren in de ondersteuning, is in 2010 de vakgroep Nazorg opgezet. Deze vakgroep bestaat uit afgevaardigden van alle brandweerregio's en ontwikkelt een gids die adviezen biedt over de praktische en inhoudelijk invulling van het ondersteuningsproces. Het hanteert daarbij de Richtlijn Geüniformeerden als uitgangspunt.

### 4.2 Overzicht van gevonden documenten

De documenten die gevonden zijn over de zorgketen van de brandweer zijn grotendeels gericht op het brandweerpersoneel zelf, de 0<sup>e</sup> lijn. De nadruk ligt daarbij op wat schokkende gebeurtenissen zijn, wat mogelijke psychosociale gevolgen daarvan kunnen zijn en op welke signalen gelet moet worden om in te schatten of een gesprek met het BOT, BMW of bedrijfsarts gewenst is.<sup>31</sup> Verder richten veel van de documenten zich op het belang van het bespreken van emoties en het veranderen van de heersende machocultuur.<sup>32</sup> Daarnaast bestaan er recente documenten die ingaan op de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen binnen de organisatie.<sup>33</sup>

Op dit moment bestaat er voor de brandweer een veelvoud aan documenten over mogelijke effecten van schokkende gebeurtenissen en informatie over het doel en de werkwijze van collegiale ondersteuning. Het gevoel bestaat echter dat deze documenten niet geborgd zijn binnen de organisaties. De (geprefereerde) werkwijze staat op papier, maar wordt vervolgens niet opgenomen in het systeem. Hierdoor verwordt het tot "een papieren monster" waar in de praktijk vrijwel niets mee gedaan wordt. Dit is ook een van de redenen waarom de vakgroep Nazorg is opgericht: borging van de kennis en ervaring die is opgedaan met en over collegiale ondersteuning. Op deze manier kan hieraan op een professionele wijze invulling gegeven worden.

---

<sup>28</sup> CBS Statline, 2011

<sup>29</sup> Brandweer Zaanstreek-Waterland, 2007; Brandweer Zeeland, 2009

<sup>30</sup> Brandweer Enschede, 2004; Brandweer Zeeland, 2009

<sup>31</sup> Zie bijvoorbeeld Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1993 en Brandweer Enschede, 2004

<sup>32</sup> Bijvoorbeeld Brandweer Enschede, 2004 en Brandweer Zeeland, 2009

<sup>33</sup> Zoals Brandweer Zaanstreek-Waterland, 2007 en Brandweer Zeeland, 2009

### 4.3 Kring 0 - De brandweerman

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de rol van de brandweerman in zijn eigen gezondheid. Daarbij wordt nader ingegaan op de mate waarin hij psycho-informatie krijgt aangereikt vanuit de brandweerorganisatie en het verschil dat bestaat tussen vrijwillige en beroeps brandweerkrachten.

#### *Psycho-informatie*

Psycho-informatie is erop gericht de praktische zelfredzaamheid van geüniformeerden te vergroten door bijvoorbeeld te informeren over normale reacties op abnormale gebeurtenissen. Aanbevolen wordt deze informatie niet alleen na een incident, maar al eerder te verstrekken.<sup>34</sup> Brandweermannen krijgen op verschillende manieren psycho-informatie over mogelijke gevolgen van schokkende ervaringen. Zo wordt er in de basisopleiding aandacht besteed aan nazorg, hoe dit geleverd wordt en waar de brandweerlieden terecht kunnen met eventuele problemen. Tevens wordt in deze opleiding informatie gegeven over symptomen van een verminderde verwerking, zoals slecht slapen en (een toename van) middelengebruik. Daarnaast bestaan er documenten die zich richten op het informeren van brandweerpersoneel over de mogelijke psychosociale effecten van het werk. Deze zijn echter verouderd,<sup>35</sup> waardoor onduidelijk is in hoeverre deze voldoen aan recente inzichten zoals beschreven in bijvoorbeeld de richtlijn vroegtijdige interventies en de Richtlijn Geüniformeerden.<sup>36</sup> Centraal staat het bespreekbaar maken van emoties rondom schokkende ervaringen. Zo wordt er regelmatig gesproken over de oude 'machocultuur,' waarbij schokkende ervaringen bij het werk hoorden. Zo staat er in de handleiding van de brandweer Enschede "*Wanneer veel TE VEEL wordt*":

*"Bij een emotionele ervaring in het werk, sprak men eigenlijk niet over de persoonlijke verwerking. Men dacht: dat zielige gedoe is niet voor mij. Men hoorde zich niet als een watje te gedragen, of men wilde bij de collega's niet als een watje overkomen. Steun zoeken bij een collega of deskundige kwam nauwelijks voor. Gelukkig komt hier nu verandering in."*<sup>37</sup>

In hoeverre brandweermannen gebruik maken van de beschikbare documenten en informatie is de vraag. Allereerst moet de brandweerman weten welke informatie hij zoekt en ten tweede moet hij weten waar hij deze kan vinden. Hoewel relatief veel psycho-informatie gebundeld is op het brandweerkennissnet en intranet, zal een gemiddelde brandweerman niet zelf actief op zoek gaan naar informatie over emoties, verwerking en nazorg. Het is daarom van belang dat deze informatie geborgd wordt binnen de organisaties.

#### *Vrijwilligers vs. beroepsbrandweerlieden*

Het grote aantal vrijwillige brandweermannen heeft gevolgen voor de manier waarop de nazorg georganiseerd moet worden. Anders dan bij beroeps brandweerkrachten worden vrijwillige brandweerlieden veel minder vaak gezien door collega's en leidinggevenden. Eén keer per week vindt er training plaats. Wordt deze gemist, dan wordt een vrijwilliger twee weken lang niet door de organisatie gezien. Daarnaast zijn vrijwilligers na een inzet niet altijd op debriefings aanwezig. Hoewel dit wel wenselijk is, is het voor een vrijwilliger gemakkelijker om direct naar huis of terug naar het dagelijkse werk te gaan. De leidinggevende kan hem niet dwingen te blijven. Dit resulteert in een lager aantal contactmomenten met vrijwilligers voor leidinggevenden. En deze zijn juist belangrijk voor de tijdige signalering van eventuele problemen in de verwerking van een schokkende gebeurtenis. Om ervoor te zorgen dat ook vrijwilligers voldoende ondersteuning krijgen, is het essentieel opvang en ondersteuning bottom-up vanuit de organisatie te organiseren.

In sommige korpsen is overwogen om vrijwillige brandweermannen te testen op psychologische fitheid. Dat wordt echter niet gedaan. Allereerst omdat een groter aantal testen de drempel tot toetreding tot de brandweer verhoogt. Veel korpsen zijn sterk afhankelijk van vrijwilligers. Ten tweede kan er vooraf op basis van psychologische testen niet bepaald worden wie er wel en wie er niet een trauma ontwikkelen na een schokkende gebeurtenis. Dit komt overeen met de Richtlijn Geüniformeerden.<sup>38</sup>

<sup>34</sup> Impact, 2010

<sup>35</sup> Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1993; Brandweer Enschede, 2004; Brandweerkennissnet, 2011; Brandweer Overbetuwe: *Het bedrijfsopvang Team*, 2004; Brandweer Overbetuwe: *Procedure Bedrijfsopvang*, 2004; Impact/Trimbos, 2007; Impact, 2010

<sup>36</sup> Impact/Trimbos, 2007; Impact, 2010

<sup>37</sup> Brandweer Enschede, 2004, p.2

<sup>38</sup> Impact, 2010

#### 4.4 Kring 1 - Naasten

Deze paragraaf beschrijft de rol van naasten bij het verkrijgen van psychosociale zorg door de brandweerman. Met naasten wordt bedoeld op familie, vrienden, lotgenoten en collega's. Het zijn mensen die dicht bij de brandweerman staan en een belangrijke rol spelen in een normaal verwerkingsproces.<sup>39</sup> Er wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan de signaleringsrol en mate waarin naasten psycho-informatie beschikbaar is vanuit de brandweerorganisatie.

##### *Psycho-informatie*

Hoewel psycho-informatie zich overwegend richt op brandweermannen, is dit in sommige korpsen ook voor naasten beschikbaar. Zo bestaat er een brochure over het bedrijfsopvang team waarin specifiek tips voor partners worden gegeven.<sup>40</sup> Tevens staat in de Richtlijn bij ongevallen met eigen personeel van de brandweer Groningen (2011) dat het belangrijk is in de nazorg voor brandweermannen ook een informatiebijeenkomst te organiseren voor partners en kinderen.<sup>41</sup> In Drenthe wordt dit ook daadwerkelijk periodiek gedaan. In andere regio's wordt aangegeven dat er geen specifieke informatie voor naasten beschikbaar wordt gemaakt.

##### *Signaleringsrol*

Voornamelijk collega's hebben binnen de brandweer een belangrijke signaleringsfunctie. Vaak bestaan de korpsen uit kleine, hechte teams waarbinnen men elkaar door en door kent. Veranderingen in iemands gedrag vallen dan snel op. Bovendien stappen brandweermannen over het algemeen liever af op iemand die ze goed kennen, wanneer het minder goed gaat. Dat is vaak een directe collega. Het is belangrijk dat deze collega vervolgens goed met deze hulpvraag uit de voeten kan, bijvoorbeeld door te weten waar extra ondersteuning kan worden gevonden.

#### 4.5 Kring 2 - Sleutelfiguren

In de huidige paragraaf wordt nader ingegaan op de rol van sleutelfiguren zoals de leidinggevende en de georganiseerde collegiale ondersteuning. Deze sleutelfiguren geven geen professionele ondersteuning.<sup>42</sup> Achtereenvolgens worden de rollen van de leidinggevende en de georganiseerde collegiale ondersteuning beschreven.

##### **Leidinggevende**

##### *Signaleringsrol*

De leidinggevende is verantwoordelijk voor het welzijn van zijn mensen. Hij geeft op verschillende wijze invulling aan deze verantwoordelijkheid. Zo bestaat er een operationele debriefing na iedere inzet, waarbij met de brandweermannen wordt besproken hoe de inzet is verlopen, welke zaken goed gingen en welke zaken aandacht behoeven. Dit helpt de betrokkenen om de puzzel van een inzet compleet te krijgen en antwoord te krijgen op vragen die anders onnodig lang onbeantwoord blijven. Indien hij dit nodig vindt, kan de leidinggevende bij een dergelijke debriefing de collegiale ondersteuning inschakelen of zelf ondersteuning bieden.<sup>43</sup> Daarnaast heeft een leidinggevende een belangrijke rol in het signaleren van mogelijke problemen bij zijn mensen vooral de postchef. Hij is immers de persoon die hen het vaakst ziet. Wanneer hij inderdaad signaleert dat een medewerker problemen heeft bij de verwerking van een incident of zich anders gedraagt, zet hij de gebruikelijke procedures rondom opvang in gang, zoals het inschakelen van een BOT, bedrijfsarts, etc. Deze procedures verschillen per korps. Om deze signaleringsrol te kunnen vervullen is het van belang dat de leidinggevendenden binnen de brandweerorganisatie goed contact onderhouden met werknemers en dat zij (bij)scholing krijgen over signalering. Sommige leidinggevendenden hebben meer voeling met en aandacht voor de psychosociale aspecten van het werk dan anderen. De leidinggevende besluit ook over de inzetbaarheid van medewerkers. Daarin kan hij advies krijgen van het BOT – doorgaans worden deze adviezen overgenomen.

---

<sup>39</sup> Impact, 2010

<sup>40</sup> Brandweerkennisnet, 2011; Ministerie van Binnenlandse Zaken, 1993; Brandweer Overbetuwe: *Procedure Bedrijfsopvang*, 2004

<sup>41</sup> Brandweerkennisnet, 2011

<sup>42</sup> Impact, 2010.

<sup>43</sup> Brandweer Enschede, 2004

Een belangrijk aspect is dat de verantwoordelijkheid voor de directe ondersteuning en het welzijn van de brandweelieden bij de leidinggevende ligt. Soms verschuilt een leidinggevende zich achter het BOT, waarbij hij het doet voorkomen alsof zijn verantwoordelijkheid ophoudt bij het inschakelen van het BOT. Dit is echter niet het geval. De leidinggevende moet het welzijn van zijn mensen in de gaten blijven houden. Het BOT functioneert slechts als vangnet.

#### *Verantwoordelijkheid voor het BOT*

Binnen de brandweerkorpsen vervullen leidinggevendena vaak zelf een rol in het BOT. Zo kan hij verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg door het BOT, het leiden van de selectieprocedure voor nieuwe leden of beslissen over de aanbesteding van de BOT-opleiding. In diverse regio's is de leidinggevende tevens BOT-coördinator en in één korps voert deze ook daadwerkelijk BOT-gesprekken. Bij de brandweer is het onbekend hoe dit in de praktijk uitwerkt. Overigens werd ook bij de ambulance geconstateerd dat leidinggevendena in sommige diensten opvanggesprekken deden. Aangegeven werd dat dit geen problemen oplevert. De Richtlijn Geüniformeerden stelt in ieder geval vraagtekens bij de wenselijkheid van deze aanpak, omdat de hiërarchische verhouding de werknemer kan verhinderen vrijuit te praten.<sup>44</sup>

#### *Ondersteuning voor leidinggevende*

Uit de interviews blijkt dat de opvang voor de manschappen over het algemeen goed is geregeld. Aan de andere kant wordt er vanuit de organisatie weinig aandacht besteed aan de ondersteuningsbehoefte van leidinggevendena zelf. Voor hen is het vaak lastig om opvang te vragen en te krijgen. Door de hiërarchie binnen de organisatie zal een leidinggevende niet bij het BOT aankloppen voor hulp, maar liever met iemand van zijn eigen functieniveau willen spreken. Daar lijkt nu onvoldoende aandacht aan te worden besteed.

### **Georganiseerde Collegiale Ondersteuning**

#### *Doel*

Het doel van het BOT is het bieden van praktische ondersteuning en een luisterend oor.<sup>45</sup> Daarnaast ondersteunen zij de leidinggevende bij het signaleren van problemen in de verwerking van schokkende gebeurtenissen bij medewerkers.<sup>46</sup> Dit komt grotendeels overeen met de taakomschrijving van het BOT in de Richtlijn Geüniformeerden.<sup>47</sup>

Binnen de brandweer bestaan de BOT-teams vaak al een lange tijd, sinds eind jaren '90 – begin 2000. Echter, de kwaliteit van deze teams werd als onvoldoende ervaren. Bijvoorbeeld doordat er teveel BOTers waren, (waardoor zij in de praktijk geen ervaring opdeden), doordat zij aan de hand van verouderde methodes werkten of te laat werden ingezet. In de afgelopen jaren is er in deze korpsen veel aandacht besteed aan de herstructurering van het BOT zodat de collegiale ondersteuning een waardevol en gewaardeerd onderdeel van de organisatie wordt.

Om een BOT goed te laten functioneren is het belangrijk dat de collegiale opvang een structurele plek binnen de organisatie krijgt. BOTers moeten de tijd en de ruimte krijgen om hun werk uit te voeren. Dit betekent dat er structureel geld vrijgemaakt moet worden voor georganiseerde collegiale ondersteuning en dat nazorg niet de hekkensluiter van de begroting is.

#### *Inschakeling van het BOT*

Het BOT wordt uitsluitend ingezet naar aanleiding van een schokkende gebeurtenis. Dit kan op een aantal manieren:

- (i) Door de leidinggevende. Na een schokkend incident kan een leidinggevende, al dan niet in overleg met het team, besluiten het BOT in te schakelen. Dit is de meest gebruikelijke vorm van inschakeling bij de geïnterviewde korpsen. In sommige korpsen neemt hij direct contact op met de BOT-coördinator, terwijl hij in andere regio's belt met de meldkamer die vervolgens het BOT inschakelt. In een aantal regio's wordt gewerkt met een aantal opvangniveaus. Het idee daarachter is dat een operationele debriefing standaard plaatsvindt na een inzet. Of het BOT en eventuele andere psychosociale hulpverleners

<sup>44</sup> Impact, 2010, p.78

<sup>45</sup> Brandweer Enschede, 2004; Brandweer Zaanstreek-Waterland, 2007

<sup>46</sup> Brandweer Overbetuwe: *Het Bedrijfsopvang Team*, 2004

<sup>47</sup> Impact, 2010



- daarbij aanwezig zijn, hangt af van het soort incident dat is meegemaakt. Een leidraad geeft aan welke incidenten welke ondersteuning behoeven;<sup>48</sup>
- (ii) Door de meldkamer. Aan de hand van een incidentenlijst die door de meeste korpsen wordt gehanteerd, weet de meldkamer of een BOT inzet vereist is. Niet alle korpsen werken met een incidentenlijst. De leidinggevende stelt de meldkamer op de hoogte dat het BOT ingeschakeld moet worden;
  - (iii) Door collega's of naasten, zij kunnen direct contact opnemen met het BOT wanneer zij denken dat het niet goed gaat met een brandweerman;
  - (iv) Door een werknemer zelf. Dit gebeurt in de praktijk bijna nooit, omdat de drempel om op het BOT af te stappen waarschijnlijk te hoog is. Brandweermannen stappen liever af op iemand die zij goed kennen, bijvoorbeeld een directe collega of in sommige gevallen de bedrijfsmaatschappelijk werker.

De leidinggevende heeft binnen de brandweer een belangrijke rol bij de inschakeling van het BOT. Echter, sommige leidinggevendenden zijn zich meer bewust van de mogelijkheid het BOT in te schakelen dan anderen. In diverse regio's wordt aangegeven dat er nog leidinggevendenden "*van de oude stempel*" zijn die het nut van het BOT niet in zien. Zij vinden dat brandweermannen zich niet moeten aanstellen.

Voor een tijdige inschakeling van het BOT of professionele zorg is het belangrijk dat werknemers zich zeker genoeg voelen om hulp te vragen. Dit verschilt per korps: uit de interviews kwam zowel voorbeelden van een open cultuur als het gaat om de effecten van het werk, als een cultuur waarin al snel wordt gezegd dat er niets aan de hand is. De machocultuur leeft nog altijd binnen de brandweer en is grotendeels inherent aan het vak. Toch wordt het steeds gemakkelijker en gebruikelijker om te praten over de mogelijke psychosociale gevolgen van het werk.

Samenvattend komen uit het voorgaande twee knelpunten naar voren over de tijdige inzet van het BOT: de afhankelijkheid van de dienstdoende leidinggevende en de mate waarin brandweermannen durven te vragen om hulp.

#### *Aantal BOT inzetten*

Hoewel de meeste regio's over een BOT team beschikken, is het BOT toch nog een bijzonder fenomeen binnen de brandweer waar niet veel gebruik van wordt gemaakt. Dit blijkt ook uit het aantal inzetten dat het BOT heeft per jaar dat varieert tussen de 5 à 10 tot 30 per jaar. Opvallend is dat in Limburg-Noord, waar er niet met een incidentenlijst wordt gewerkt, de meeste inzetten plaatsvinden (ongeveer 30). In Drenthe vinden 5 tot 10 BOT-inzetten per jaar plaats op 600 tot 700 uitrukken. Aangegeven wordt dat dit aantal te laag is voor BOT-leden om voldoende praktijkervaring op te kunnen doen. Dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van het BOT.

#### *Omvang*

Het BOT heeft binnen de brandweer niet altijd een goede start gehad. Soms werd het BOT de afgelopen jaren geherstructureerd om betere kwaliteit van ondersteuning te kunnen bieden. Een aanleiding hiervoor was onder andere het grote aantal BOTers. Zo beschikte de brandweer Amsterdam-Amstelland over 80 BOTers op een korps van 500 man (1 op 6). Ook in Limburg-Noord bestond het BOT team uit bijna 90 leden op 1000 brandweermannen (1 op 11). Deze situaties kwamen voort uit een gebrek aan een selectieprocedure, waardoor iedereen die zich aanmeldde 'als vanzelf' lid werd van het BOT team. Het grote aantal BOTers leidde er toe dat zij slechts sporadisch echte opvanggesprekken uitvoerden. Bovendien was het moeilijk om opleiding en intervisie voor een dergelijk groot aantal BOTers te organiseren. Dit alles had gevolgen voor de kwaliteit die het BOT leverde. De afgelopen jaren zijn deze BOT-teams geherstructureerd en teruggebracht van respectievelijk 80 naar 40 en 90 naar 25 man. En hoewel men in Amsterdam-Amstelland idealiter dit aantal nog verder terugbrengt tot 15 à 20 man, is men tevreden over de vorderingen die er worden gemaakt. Er is ruimte voor opleiding, het opdoen van praktijkervaring en er is een selectieprocedure voor BOT-leden opgetuigd.

In een enkel korps bestaat het BOT-team uit twee soorten leden: de Basis-COTers en COTers.<sup>49</sup> De Basis-COTers komen standaard uit het eigen blusteam en hebben een tweedaagse opleiding gevolgd. Hun taak bestaat uit het signaleren van veranderend gedrag bij collega's en dit in overleg met de desbetreffende collega aankaarten bij het COT. Leden van dit team hebben een vijfdaagse cursus

<sup>48</sup> Brandweer Enschede, 2004; Brandweer Zeeland, 2009

<sup>49</sup> COT = collegiaal opvang team. Overeenkomstig met het BOT

gevolgd en zijn in staat om een opvanggesprek te voeren, een verstoorde verwerking te signaleren en eventuele doorverwijzing naar professionele zorg te begeleiden.<sup>50</sup>

#### *Selectie, opleiding en evaluatie*

Zoals gezegd hadden niet alle regio's een selectieprocedure, iedereen die zich in die korpsen aanmeldde kon lid worden van het BOT-team. Dit leidde tot een wildgroei aan BOTer. In andere regio's wordt er gewerkt met een selectieprocedure. Nieuwe BOT-leden worden geworven door middel van een open sollicitatie waarvoor geïnteresseerden zich kunnen aanmelden. Daarbinnen wordt een selectie gemaakt van geschikte personen. Vervolgens wordt er gekeken naar de motivatie en de sociale vaardigheden van de aspirant-lid. Bovendien moet hij goed liggen binnen het team. Ook de opleiding kan gelden als selectie criterium. Als geïnteresseerden deze goed doorstaan, worden ze BOT-lid. Deze selectie-eisen komen overeen met de Richtlijn Geüniformeerden. De selectieprocedure wordt uitgevoerd door de coördinator. In sommige gevallen ligt de eindbeslissing bij de regionale BOT-coördinator, in andere regio's bij de lokale leidinggevende.

De opleiding die de BOTer heeft ontvangen, speelt een belangrijke rol in het kunnen maken van een goede inschatting van het verwerkingsproces na een schokkende gebeurtenis.<sup>51</sup> Tijdens de cursus wordt er aandacht besteed aan gespreksvaardigheden en worden door middel van rollenspellen casussen uitgebeeld. Belangrijk is dat een BOTer leert een luisterend oor te bieden en de brandweerman niet probeert voor te schrijven hoe hij de gebeurtenis moet verwerken.<sup>52</sup> Er bestaat echter geen uniforme BOT-opleiding voor de brandweer. Iedere regio koopt zelf een cursus in bij een extern bedrijf, die werken met een aantal cursUSDagen variërend van twee tot tien dagen, waarbij de meeste regio's gebruik maken van een tweedaagse opleiding. Het gevolg is dat de kwaliteit van het BOT per regio of per korps verschilt. Vooral voor regio's waar het BOT slechts af en toe wordt ingezet, is het belangrijk om regelmatig opfriscursussen te laten plaatsvinden. Deze teams kunnen niet voldoende routine op doen in de praktijk, waardoor de drempel voor het uitvoeren van een BOT-gesprek steeds hoger wordt.

Belangrijke commerciële instanties waar BOT-opleidingen worden ingekocht zijn de Basis, het Instituut voor Psychotrauma, Instituut Kader Opleiding en de Essenburgh. Met welk bureau een contract wordt aangegaan, wordt besloten door de BOT-coördinator of het management.

De BOT-coördinator is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de evaluatie van de ondersteuning die door het BOT geleverd wordt.<sup>53</sup> In een aantal gevallen wordt er gebruik gemaakt van periodieke intervisiemiddagen. Het team komt dan samen om casuïstiek te bespreken en te leren van de ervaringen die zijn opgedaan. Bovendien wordt dan gekeken hoe de BOT-leden het werk ervaren en hoe het met hen gaat.<sup>54</sup> Het is belangrijk in de gaten te houden dat een BOTer niet te sterk betrokken raakt bij een incident en dat er oog blijft voor de psychosociale gezondheid van de BOTer.

#### *Werkwijze*

Na een incident komen de dienstdoende leden naar de kazerne om de operationele debriefing bij te wonen. Daarbij zijn alle brandweermannen aanwezig. In principe is dat op vrijwillige basis, maar er bestaat wel sociale druk om naar een operationele debriefing te komen. Er wordt geredeneerd dat het niet alleen van nut is voor de brandweerman zelf, maar ook zijn collega zal het waarderen dat iedereen aanwezig is. Bij inschakeling van het BOT wordt deze debriefing gebruikt om te signaleren wie eventueel behoefte heeft aan een individueel gesprek, wat vervolgens in overleg met de werknemer ingepland wordt. In sommige regio's wordt er bij grote incidenten standaard professionele ondersteuning ingeroepen om bij de operationele debriefing aanwezig te zijn.

Of dit eerste BOT-contact met de groep nuttig is, hangt af van de timing van het BOT en van de manier waarop zij aanwezig zijn tijdens de operationele debriefing. In Drenthe kwam het BOT uit een andere regio of vanuit een andere organisatie, waardoor zij in het verleden weleens later dan de brandweerploeg op de kazerne waren aangekomen. De brandweermannen moesten in die gevallen wachten tot het BOT arriveerde voordat begonnen kon worden met de operationele debriefing. Dit zette kwaad bloed, omdat de mannen zo snel mogelijk naar huis wilden. In Limburg-Noord zorgde de

---

<sup>50</sup> Brandweer Zeeland, 2009

<sup>51</sup> Brandweer Enschede, 2004; Brandweer Zaanstreek-Waterland, 2007

<sup>52</sup> Brandweer Overbetuwe: *Het Bedrijfsopvang Team*, 2004

<sup>53</sup> Brandweer Enschede, 2004; Brandweer Zeeland, 2009

<sup>54</sup> Brandweer Enschede, 2004

oude BOT-methode voor veel vijandigheid, omdat zij werkten vanuit het – wetenschappelijk ontcrachte – principe dat er actief naar emoties moet worden gevraagd. Brandweermannen moesten praten; Ook als zij aangaven hier geen behoefte aan te hebben. In een enkel geval vinden er na een paar dagen nog nabelrondes plaats met de bij de operationele debriefing aanwezige brandweermannen om te kijken hoe het met hen gaat.

Tijdens het eerste individuele gesprek kan de brandweerman zijn verhaal doen. Vaak is dit al voldoende. Hoewel een tweede individuele gesprek mogelijk is, komt dit niet vaak voor. Dan is het meestal duidelijk dat de werknemer meer hulp nodig heeft, bijvoorbeeld doordat een aantal symptomen niet af zijn genomen sinds het laatste gesprek. De medewerker wordt dan ook al voorbereid op een doorverwijzing naar het BMW of de bedrijfsarts. Tevens komt dan aan bod hoe de leidinggevende ingelicht wordt. Aangezien BOT-gesprekken vertrouwelijk zijn, zal dit voornamelijk op hoofdlijnen en niet gespreksinhoudelijk zijn. Hoewel er bij de brandweer niet met een maximum aantal BOT-gesprekken wordt gewerkt, wordt aangegeven dat twee BOT-gesprekken over het algemeen voldoende zijn om de brandweerman weer op het goede pad te krijgen. Daarnaast is onduidelijk in welk tijdspad deze gesprekken plaatsvinden. Aangegeven wordt dat dit per regio en per korps verschilt. Het BOT is vooral binnen de kleinere korpsen niet strak geprotocolleerd, omdat de teams heel hecht zijn.

#### *Multidisciplinaire opvang*

Door diverse brandweerkorpsen wordt aangegeven dat er behoefte is aan multidisciplinaire samenwerking bij het bieden van ondersteuning. Het gezamenlijk uitvoeren van operationele debriefings is wenselijk, vooral bij grootschalige incidenten en in kleine gemeenschappen waar betrokkenen elkaar veelvuldig tegenkomen. Het helpt alle geüniformeerden te begrijpen wat er gebeurd is tijdens een incident en waarom er op die manier is gehandeld. Met de komst van de veiligheidsregio's zijn in verschillende regio's de brandweer, ambulance en meldkamer al samen in één organisatie ondergebracht en in regio's als Drenthe en Amsterdam-Amstelland wordt al samengewerkt met bijvoorbeeld de ambulance of politie.

Een mogelijke drempel voor multidisciplinaire debriefings is het verschil in opvangprocedure en bedrijfscultuur tussen korpsen en regio's. Dit maakt het lastig om in de praktijk daadwerkelijk samen een operationele debriefing uit te voeren. Met de ontwikkeling van de landelijke brandweergids Nazorg wordt een eerste stap gezet naar het gladstrijken van de drempels die in de praktijk worden ondervonden.

#### *Doorverwijzing*

Doorverwijzing naar een bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk werker gebeurt in de praktijk niet vaak. Afhankelijk van de grootte van het korps, bevindt deze bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk werker zich intern de organisatie of extern. Uit de interviews blijkt dat dit in de praktijk geen verschil maakt en is het BOT in ieder geval op de hoogte hoe deze personen te bereiken zijn. Het aangaan van een gesprek met het BMW of een bedrijfsarts is echter geheel aan de brandweerman zelf.<sup>55</sup> Daarbij speelt een rol dat veel brandweermannen vrijwilligers zijn. De bedrijfsarts of de bedrijfsmaatschappelijk werker is van een onbekend iemand. Dan wordt de weg naar de huisarts voor psychosociale problemen veel gangbaarder.

## **4.6 Kring 3 - Professionele Gezondheidszorg**

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de rol van de professionele gezondheidszorg. Hieronder vallen onder andere bedrijfsmaatschappelijke werkers en eerstelijnsartsen, zoals de bedrijfs- en huisarts.<sup>56</sup> Er wordt in deze paragraaf nader ingegaan op de manier waarop zij ingeschakeld worden en welke taken zij hebben.

#### *Rol en inschakeling*

De bedrijfsmaatschappelijk werker speelt binnen grotere brandweerorganisaties vaak een centrale rol, omdat zij het BOT begeleiden. Door middel van intervisie of overlegmiddagen worden er gezamenlijk

---

<sup>55</sup> Brandweer Enschede, 2004

<sup>56</sup> Impact, 2010

casussen doorbesproken en is het BMW een klankbord.<sup>57</sup> In kleinere regio's staat het BMW meer op afstand, omdat deze extern is. Daar wordt het BOT vaak niet alleen na schokkende gebeurtenissen ingezet, maar ook bij andersoortige problemen zoals werkdruk. De bedrijfsarts heeft een vergelijkbaar takenpakket als het BMW, maar komt vaak in beeld wanneer er sprake is van verzuim.<sup>58</sup>

Inschakeling van het BMW en/of de bedrijfsarts kan lopen via de leidinggevende en de BOT-coördinator, maar brandweermannen kunnen ook zelf een afspraak maken. Daarnaast zijn zowel het BMW als de bedrijfsarts bevoegd om werknemers waarvan zij denken dat het niet goed gaat te benaderen.<sup>59</sup> In hoeverre het BMW en/of de bedrijfsarts zelf werknemers kunnen signaleren, hangt grotendeels af van de mate waarin zij bekend zijn met de organisatie. Bij een groot aantal korpsen binnen de brandweer worden het BMW en de bedrijfsarts extern ingekocht. Zij zijn te klein om die permanent in het team op te nemen. In dergelijke gevallen worden er afspraken gemaakt met andere partijen. Echter daar waar het BMW intern is, kan er verwarring bestaan over de verhouding tussen het BOT en het BMW. Als de rollen van deze twee partijen niet duidelijk zijn binnen de organisatie, kan het voorkomen dat het BMW direct wordt ingeschakeld na een schokkende gebeurtenis waar het BOT geschikt voor was geweest.

Voor bedrijfsartsen wordt vaak gebruik gemaakt van de Arbounie en bedrijfsmaatschappelijk werkers zijn vaak werkzaam bij de desbetreffende gemeente. Het feit dat deze medewerkers extern belegd zijn, creëert een zekere mate van afhankelijkheid voor het brandweerkorps. Hoewel contracten met bedrijfsartsen en het BMW vaak langere tijd lopen, kan de Arbodienst of de gemeente besluiten deze bij andere personen of organisaties te beleggen. Vanuit het brandweerkorps moet dan opnieuw een werk- en vertrouwensband worden opgebouwd, wat veel tijd in beslag neemt. Het grote voordeel van de brandweer in grote steden is dat zij deze diensten intern beleggen, waardoor de relatie met het BMW en/of de bedrijfsarts niet stagneert.

#### **4.7 Kring 4 - Gespecialiseerde GGZ**

De huidige paragraaf beschrijft de rol van de gespecialiseerde (trauma)zorg in de zorgketen van psychosociale zorg aan brandweermannen. Tot de gespecialiseerde GGZ worden psychiaters, psychologen en psychotherapeuten gerekend.<sup>60</sup>

Er is geen documentatie gevonden waarin wordt toegelicht naar wie wordt doorverwezen, welke zorg verkregen wordt, of specifieke zorgcontracten bestaan, of er terugkoppeling plaatsvindt van de GGZ naar de bedrijfsarts. Ook tijdens de interviews wordt duidelijk dat er binnen de organisatie weinig zicht is op de doorverwijzing van brandweermannen naar de gespecialiseerde GGZ. Daarvoor bestaan twee redenen. Allereerst gebruiken het BMW en de bedrijfsartsen vaak hun eigen netwerk voor doorverwijzing. Deze netwerken zijn door de jaren heen tot stand gekomen en zijn niet vastgelegd in contracten. Ten tweede een doorverwijzing naar een psycholoog is zeldzaam. In de grotere korpsen hooguit vijf per jaar en in de kleinere korpsen was er het afgelopen jaar een enkele brandweerman voor behandeling naar een psycholoog doorverwezen. In regio's waar vaste afspraken met bedrijven zoals het IVP, de Politiepoli, de HSK groep en de Politiepoli bestaan, is de doorverwijzing naar de professionele zorgverlening wel in beeld. De betreffende psycholoog heeft voornamelijk contact met de bedrijfsarts over de soort behandeling die is ondergaan, wat de resultaten zijn en hoe de terugkeer naar het werk georganiseerd kan worden. Met betrekking tot dit laatste aspect, wordt er tevens gecommuniceerd met de leidinggevende.

In dit laatste deel van het ondersteuningsproces door de organisatie valt nog veel winst te behalen als het gaat om het structureel en eenduidig opzetten en bieden van psychosociale ondersteuning. Aangegeven wordt dat op dit moment de doorverwijzing naar de vierde kring nog te informeel gebeurt. De gids Nazorg die ontwikkeld wordt, gaat hier specifiek op in om de korpsen meer handvatten te geven om ook dit onderdeel van de ondersteuning goed te organiseren.

---

<sup>57</sup> Brandweer Enschede, 2004

<sup>58</sup> Brandweer Enschede, 2004

<sup>59</sup> Brandweer Enschede, 2004; Brandweer Zeeland, 2004

<sup>60</sup> Impact, 2010, p.27

## 4.8 Conclusies Brandweer

Binnen de brandweerkorpsen bestaan de BOT-teams vaak al meer dan tien jaar. Dat de georganiseerde collegiale ondersteuning al een lange geschiedenis kent, betekent helaas niet dat de werkwijze altijd goed geborgd, herkend en gebruikt wordt. Doordat korpsen lange tijd lokaal en relatief geïsoleerd georganiseerd waren, zijn er veel verschillende manieren ontstaan in het opzetten en uitvoeren van collegiale ondersteuning. Ook nu meer wordt samengewerkt, wordt vaak nog vastgehouden aan de 'oude' werkwijze. Met de diverse herstructureringen die in gang zijn gezet en met het uitbrengen van de landelijke gids Nazorg, wordt getracht hier verandering in aan te brengen en de nazorg meer eenduidig en waar mogelijk multidisciplinair op te zetten. Een aantal voorname verschillen, overeenkomsten en knelpunten zijn gesignaleerd, die hieronder verder worden besproken.

### *Verschillen tussen regio's*

Uit de interviews blijkt dat er veel verschillen bestaan in de wijze van psychosociale ondersteuning tussen de korpsen. Allereerst bestaat er een verschil in de documentatie van het BOT. In sommige korpsen bestaan er protocollen en beleidsdocumenten over de werkwijze van het BOT, terwijl in andere korpsen niets is vastgelegd. Een reden die hiervoor genoemd wordt is de hechte band tussen de brandweermannen, die een sterke protocollering van de ondersteuning overbodig maakt.<sup>61</sup> Ten tweede, is het BOT op verschillende manieren ingericht. Sommige korpsen werken met twee verschillende soorten BOT-leden. Ook bestaan er grote verschillen in de selectieprocedures voor de BOT-leden.<sup>62</sup> Ten derde maken niet alle regio's gebruik van een incidentenlijst voor de inschakeling van het BOT. De inschakeling wordt daar volledig aan de leidinggevende en het team overgelaten. Ten vierde is er een verschil tussen grote en kleine brandweerkorpsen. In grote korpsen is het BMW en/of de bedrijfsarts vaak intern. Hier is het belangrijk dat er een goede scheiding is tussen de taken van het BMW en het BOT, zodat niet direct overgeschakeld wordt op het BMW na een schokkende gebeurtenis. Kleinere korpsen zijn voor hun BMW en bedrijfsarts afhankelijk van contracten opgesteld door de Arbo-unie en de gemeente. Ook hier is een duidelijke scheiding tussen het BMW en BOT van belang, zodat het BOT alleen wordt ingeschakeld na schokkende gebeurtenissen en niet bij bijvoorbeeld problemen rondom werkdruk. Ten slotte is er een verschil in de manier waarop doorverwijzing naar de gespecialiseerde (trauma)zorg in beeld is. Daar waar er zorgcontracten bestaan, is dit duidelijk, daar waar er vooral gebruik gemaakt wordt van contacten en het eigen netwerk van het BMW of bedrijfsarts, is dit minder zichtbaar.

### *Overeenkomsten tussen regio's*

Naast verschillen zijn er ook diverse overeenkomsten te vinden tussen de korpsen. Allereerst is er in alle regio's informatie voor brandweermannen beschikbaar over de mogelijke gevolgen van een inzet en waar men terecht kan voor hulp. Ten tweede is de laatste jaren veel aandacht besteed aan de kwaliteit van het BOT. In diverse geïnterviewde regio's is of wordt het BOT geherstructureerd. Redenen hiervoor waren slechte starts door bijvoorbeeld het toepassen van de verkeerde ondersteuningsmethoden of een te groot aantal BOT-leden. Ten derde is men tevreden over de psychosociale ondersteuning die wordt geboden aan medewerkers. Men heeft niet de indruk dat medewerkers rondlopen met problemen en daar geen hulp voor krijgen. Ten vierde worden slechts weinig brandweermannen uiteindelijk doorverwezen naar de gespecialiseerde (trauma)zorg. In diverse geïnterviewde regio's vond dit het afgelopen jaar zelfs in het geheel niet plaats. Ten slotte bestaat er vanuit de brandweerkorpsen interesse om multidisciplinair samen te werken met de ambulance en de politie in de psychosociale ondersteuning van medewerkers. Om dit mogelijk te maken, zullen procedures en bedrijfsculturen binnen de diensten meer op elkaar afgestemd moeten worden. Door middel van de landelijke gids Nazorg voor de brandweer wordt hier een eerste stap in gemaakt.

### *Knelpunten*

Hoewel de brandweerkorpsen over het algemeen tevreden zijn over de psychosociale ondersteuning die zij bieden, worden wel enkele knelpunten genoemd. Allereerst de signalering bij de vrijwillige brandweer: het is voor leidinggevend en BOTers moeilijker om problemen bij vrijwilligers te signaleren, omdat het aantal contactmomenten met deze brandweermannen lager ligt dan met professionele brandweermannen. Aangezien de Nederlandse brandweer grotendeels bestaat uit vrijwilligers, is het nodig om hier een structurele oplossing voor te vinden. Ten tweede zijn leidinggevend verantwoordelijk voor het welzijn van de brandweermannen. In sommige gevallen

<sup>61</sup> Brandweer Enschede, 2004; brandweer Zeeland, 2009

<sup>62</sup> Brandweer Zeeland, 2009

verschuilt een leidinggevende zich achter het BOT, waarbij hij het doet voorkomen alsof zijn verantwoordelijkheid ophoudt bij het inschakelen van het BOT. Dit is echter niet het geval. De leidinggevende moet het welzijn van zijn mensen in de gaten blijven houden. Het BOT functioneert slechts als vangnet. Ten derde heeft de leidinggevende een grote rol in het signaleren van mogelijke psychosociale problemen bij brandweermannen. Er zijn echter nog diverse leidinggevendenden van de 'oude stempel' die weinig op hebben met het bespreekbaar maken van emoties. Ten vierde, is het moeilijk voor leidinggevendenden om zelf ondersteuning te vinden. Door de hiërarchie binnen de organisatie zal een leidinggevende niet bij het BOT aankloppen voor hulp, maar liever met iemand van zijn eigen functieniveau spreken. Ten slotte, is in sommige regio's het aantal BOT-inzetten klein. Dat kan komen door een te groot aantal BOTers dat beschikbaar is of door weinig inzetten. In ieder geval leidt het ertoe dat in sommige regio's BOTers weinig praktijkervaring kunnen opdoen. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit en de zichtbaarheid van het BOT binnen de organisatie.

#### 4.9 Referenties

- Brandweer Enschede (2004). *Draaiboek; Wanneer Veel Te Veel Wordt!* [Online], [geciteerd op 12-12-2001]. Beschikbaar op het World Wide Web op <[http://www.brandweerkennisnet.nl/bovenbalk/zoeken/@2002/draaiboek\\_wanneer/](http://www.brandweerkennisnet.nl/bovenbalk/zoeken/@2002/draaiboek_wanneer/)>
- Brandweerkennisnet (2011). [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <http://www.brandweerkennisnet.nl/bovenbalk/zoeken/@2067/vroegtijdige/>
- Brandweer Overbetuwe (2004). *Procedure Bedrijfsopvang*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <<http://www.brandweerkennisnet.nl/bovenbalk/zoeken/@2011/procedure/>>
- Brandweer Overbetuwe (2004). *Het Bedrijfsopvang Team*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <<http://www.brandweerkennisnet.nl/bovenbalk/zoeken/@2011/procedure/>>
- Brandweer Zaanstreek-Waterland (2007). *Beleidsnotitie Regionaal Bedrijfsopvang Team*, Zaandam.
- Brandweer Zeeland (2009). *Draaiboek "Nazorg", Collegiale Opvang Team*, Zeeland.
- CBS Statline (2011). [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <<http://statline.cbs.nl/statweb/>>
- Impact (2010). *Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden*. Impact: Amsterdam.
- Impact/Trimbos (2007). *Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling; Richtlijn Voor Vroegtijdig Psychosociale Interventies Na Rampen, Terrorisme en Ander Schokkende Gebeurtenissen*, Amsterdam.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken (1993). *Nazorg Brandweer Personeel*, Den Haag.



onderzoek van de NPB zich gericht op de mate van werkstress en de psychologische belasting van politieagenten.<sup>73</sup> Anderzijds is er een veelheid aan documenten beschikbaar gekomen via het intranet van de diverse politiekorpsen waarin de nadruk ligt op wanneer, waar en hoe ondersteuning gevonden kan worden door de politieagent.

### 5.3 Kring 0 - De politieman

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de eigen verantwoordelijkheid van politieagenten voor hun (psychosociale) welzijn. Daarbij worden zij door de politieorganisatie ondersteund door middel van psycho-informatie.

#### *Eigen verantwoordelijkheid*

De overheid en het Landelijk Programma HRM Politie benadrukken dat een politieagent een eigen verantwoordelijkheid heeft voor zijn fysieke en geestelijke gezondheid.<sup>74</sup> Zo zegt de minister van Veiligheid en Justitie in een kamerbrief: *“Iedere werknemer is in principe verantwoordelijk voor het behouden en vergroten van zijn mentale en fysieke veerkracht.”*<sup>75</sup> En stelt de Werkgeversvisie van 2008: *“Politie mensen zijn voor zover mogelijk zelf verantwoordelijk voor het hebben en behouden van een goede fysieke en mentale conditie. De politieorganisatie faciliteert dat mensen in hun kracht zijn en blijven.”*<sup>76</sup> Er wordt echter verschillend gedacht over de invulling van deze facilitering. Aan de ene kant zijn de korpsen zelf erg tevreden over de manier waarop de ondersteuning is georganiseerd. Aan de andere kant wordt afgevraagd of de ondersteuning wel op de juiste manier wordt geleverd en heeft men de indruk dat politieagenten niet tot de juiste zorg komen. Overigens is de eerste stap naar het krijgen van hulp de moeilijkste. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat politieagenten een drempel over moeten om de weg naar hulpverlening in te slaan.

#### *Psycho-informatie*

Het intranet wordt gebruikt om brochures van de georganiseerde collegiale opvang te verspreiden en deze bevatten informatie over definities van een schokkende gebeurtenis, mogelijke psychologische gevolgen van traumatische ervaringen, inzetcriteria voor de georganiseerde collegiale ondersteuning en hoe deze te bereiken is. Daarbij wordt ook nadruk gelegd op het herkennen van mogelijke problemen.<sup>77</sup> Deze brochures worden ook verspreid tijdens de introductieprogramma's van nieuwe medewerkers en daarnaast geven het BMW en de georganiseerde collegiale opvang in sommige korpsen jaarlijks presentaties over mogelijke psychosociale problemen en de symptomen daarvan. Aangegeven wordt dat opgepast moet worden met het 'lukraak verstrekken' van psycho-informatie. Door politieagenten te informeren over mogelijke symptomen van PTSS bestaat de kans dat zij ziektes bij zichzelf gaan constateren die ze niet hebben.

### 5.4 Kring 1 - Naasten

In de Richtlijn Geüniformeerden worden in de eerste kring familie, vrienden en burens genoemd, maar ook lotgenoten en collega's worden tot deze kring gerekend.<sup>78</sup> Er is geen specifieke documentatie gevonden die betrekking heeft op de naasten van politieagenten. Ook uit de interviews komt naar voren dat er weinig binding is tussen de politieorganisatie en de familie van politieagenten. In het verleden was dit anders: er bestonden familiedagen en speciale informatieavonden voor naasten. Deze zijn wegbezuinigd. Slechts één van de geïnterviewde korpsen geeft nog periodiek een presentatie voor naasten.

Hoewel ervaringen met de partneravonden positief werd ervaren, is er sinds de bezuinigingen over het algemeen geen specifieke informatie voor naasten meer beschikbaar. Dit wordt als gemis ervaren,

<sup>73</sup> Nederlandse Politie Bond, 2000

<sup>74</sup> Het Landelijk programma HRM Politie is opgesteld om een gezamenlijk *Human Resource Management* beleid te hebben binnen alle politiekorpsen ([www.politie.nl/vtsPN/Over\\_vtsPN/onze\\_organisatie.asp](http://www.politie.nl/vtsPN/Over_vtsPN/onze_organisatie.asp))

<sup>75</sup> Ministerie van Veiligheid en Justitie, p.3, 2011

<sup>76</sup> Werkgeversvisie, 2008, p.104.

<sup>77</sup> Zie bijvoorbeeld intranet pagina's van politie Drenthe, Zeeland, Groningen, Friesland, IJsseland, Utrecht, Kennemerland, Midden en West Brabant en Limburg Noord; Politie Drenthe: *Schokkende Gebeurtenissen*, 2000; en Politie Kennemerland: *FAQ*, 2010.

<sup>78</sup> Impact, 2010, p.27.



omdat de meeste politieagenten een muur bouwen tussen hun professionele en privéleven. Door hun betrokkenheid bij de politieorganisatie kregen familieleden inzage in het politiewerk en kregen zij handvatten aangeboden om de politieagent thuis te ondersteunen. Juist naasten zijn in de positie om gedragsveranderingen vroegtijdig te signaleren. Hoewel familieleden contact kunnen opnemen met bijvoorbeeld de georganiseerde collegiale ondersteuning of het BMW, gebeurt dit in de praktijk slechts zelden. Het is belangrijk om de familie weer te binden aan en te betrekken bij de politie door informatie aan te bieden en evenementen te organiseren.

## 5.5 Kring 2 - Sleutelfiguren

Onder sleutelfiguren wordt in de Richtlijn Geüniformeerden onder andere bedoeld op de leidinggevende, geestelijk verzorgers en de georganiseerde collegiale ondersteuning.<sup>79</sup> Deze sleutelfiguren geven in de praktijk vorm aan het “goed werkgeverschap” zoals de politie die voorstaat. Goed werkgeverschap wordt gedefinieerd als het stimuleren en faciliteren van de eigen verantwoordelijkheid van politieagenten en bestaat uit het nemen van voldoende (voor)zorg(s)maatregelen voor de veiligheid en (geestelijke) gezondheid van medewerkers.<sup>80</sup>

### Leidinggevende

De leidinggevende is verantwoordelijk voor de directe opvang van medewerkers. Hij heeft een belangrijke rol in het signaleren van mogelijke problemen bij politieagenten<sup>81</sup>. In de afgelopen jaren is deze signaleringsrol op de achtergrond komen te staan. Dit heeft een aantal redenen. Allereerst beseffen leidinggevendenden niet altijd (voldoende) dat zij deze signaleringsrol vervullen. Ten tweede zien zij hun medewerkers te weinig om problemen of gedragsveranderingen op te merken, bijvoorbeeld doordat er binnen de politie met wisselende teams wordt gewerkt en doordat leidinggevendenden relatief meer uren bezig zijn met management- en administratieve taken.<sup>82</sup> Ten derde weten leidinggevendenden niet altijd (voldoende) op welke signalen ze moeten letten. Ten slotte wijken leidinggevendenden snel uit naar bedrijfsartsen of bedrijfsmaatschappelijk werkers, ook voor relatief kleine problemen zoals regelmatig te laat komen, zonder eerst zelf het gesprek aan te gaan.

In een aantal korpsen zijn stappen ondernomen om beter invulling te geven aan de signaleringsrol van de leidinggevende, bijvoorbeeld door het organiseren van een jaarlijkse cursus over signalering van psychosociale problemen of door vanuit het korps meer nadruk te leggen op de methode waarbij de leidinggevende eerst zelf het gesprek aangaat met de politieagent om te achterhalen wat er speelt. Daarnaast wordt aangegeven dat er ook in de opleiding van leidinggevendenden met betrekking tot de signalering van psychosociale problemen nog winst is te behalen door dit verder uit te breiden. Ook een operationele debriefing kan gebruikt worden door de leidinggevende om te zien hoe de politieagenten met een incident omgaan. Hij kan er voor kiezen de eerste ondersteuning aan de medewerkers zelf te geven of om daarvoor gebruik te maken van de georganiseerde collegiale ondersteuning.

### Geestelijke verzorging

In een aantal korpsen is geestelijke verzorging aanwezig. In Amsterdam-Amstelland kunnen alle politieagenten ongeacht religie of overtuiging bij de geestelijk verzorger terecht om te praten over hun ervaringen en emoties. Deze heeft een toegevoegde waarde, omdat hij zich bezig houdt met zingeving en overlijden en de agenten daarmee kan helpen. De geestelijke verzorging staat niet los van de organisatie, maar valt onder het bedrijfsmaatschappelijk werk. Het is daarmee een deel van de zorgketen binnen het korps.

---

<sup>79</sup> Impact, 2010, p 27

<sup>80</sup> Werkgeversvisie, 2008, p 86

<sup>81</sup> Politie Drenthe, 2009; Politie Twente, 2009

<sup>82</sup> NRC Handelsblad, 2011

## Georganiseerde Collegiale Ondersteuning

### *Doel*

De georganiseerde collegiale ondersteuning is er op gericht de politieagent op een systematische wijze op te vangen na een schokkende gebeurtenis om zo zijn gezondheid en welzijn te ondersteunen en eventuele negatieve psychosociale effecten als gevolg van de gebeurtenis tijdig te signaleren. Essentieel daarbij is dat de georganiseerde collegiale ondersteuning altijd bereikbaar en inzetbaar is.<sup>83</sup> De meeste korpsen beschikken over een georganiseerd collegiaal ondersteuningsteam, welke inmiddels een structurele plek binnen de politieorganisatie heeft gekregen. Dit is terug te zien in de gevonden literatuur: een groot aantal korpsen hebben beleid of protocollen opgesteld ten opzichte van de georganiseerde collegiale ondersteuning.<sup>84</sup>

### *Inschakeling van de georganiseerde collegiale ondersteuning*

De georganiseerde collegiale ondersteuning kan op meerdere manieren worden ingeschakeld:

- 1) Via de meldkamer; deze beschikt over een incidentenlijst waarbij de georganiseerde collegiale ondersteuning ingezet moet worden. Dit is de meest gangbare manier waarop de ondersteuning wordt ingeschakeld;
- 2) Via de leidinggevende; wanneer deze het wenselijk acht om na een ingrijpende gebeurtenis additionele ondersteuning aan de politieagenten te geven;
- 3) Collega's en politieagenten kunnen ook zelf de georganiseerde collegiale ondersteuning benaderen wanneer zij of hun collega hulp nodig hebben. Dit gebeurt in de praktijk niet vaak.

Het gebruik van een incidentenlijst voor het inschakelen van de georganiseerde collegiale ondersteuning, komt overeen met de Richtlijn Geüniformeerden en met het Protocol Geweld Tegen de Politie en wordt in de meeste korpsen toegepast.<sup>85</sup> De verschillende incidentenlijsten lopen uiteen van een opsomming van drie tot tien incidenten. Overeenkomstig zijn incidenten waarin geweld tegen of door een collega is gebruikt en incidenten met ernstig gewonde of dodelijke slachtoffers.<sup>86</sup>

In de praktijk wordt de incidentenlijst niet altijd goed toegepast door de meldkamer. Het komt voor dat de georganiseerde collegiale ondersteuning niet door de meldkamer wordt ingeschakeld, terwijl dit volgens de incidentenlijst wel had gemoeten. Tevens blijkt dat leidinggevendenden het soms nalaten aan het team te vragen of zij behoefte hebben aan additionele ondersteuning. Om deze knelpunten te ondervangen, hanteert de georganiseerde collegiale ondersteuning bij een aantal korpsen een actieve houding: wanneer zij horen over een incident, bellen zij zelf met de leidinggevende om te vragen of ondersteuning nodig is.

### *Aantal BOT-inzetten*

Geschat wordt dat de georganiseerde collegiale ondersteuning jaarlijks bij 8000 tot 11000 incidenten wordt ingezet.<sup>87</sup> Meestal betreft het daarbij individuele gesprekken, maar soms vinden deze gesprekken in groepsverband plaats.<sup>88</sup> Uit de interviews blijkt dat het aantal inzetten van de georganiseerde collegiale ondersteuning varieert van 50 tot 600 inzetten per. Onduidelijk is waar deze grote variatie uit voortkomt. Het lijkt niet te verklaren door de grootte van het korps of het hebben van een intern of extern BMW.

### *Omvang*

Er bestaan grote verschillen tussen de korpsen in het aantal leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning. In vergelijking hebben de kleinere korpsen een groot aantal leden: Zuid-Holland Zuid telt er 25 (1 op 56), Noord-Limburg 17 (1 op 58) en Drenthe 14 (1 op 93), tegenover 30 voor Utrecht (1 op 125), 20 voor Midden- en West Brabant (1 op 150) en 24 voor Amsterdam-Amstelland (1 op 250).

<sup>83</sup> Ministerie van Binnenlandse Zaken, p.9, 2005

<sup>84</sup> Politie Limburg Zuid, 2003; Politie Midden en West Brabant, 2010; Politie Haaglanden, 2008; Politie Zeeland, n.d.; Politie Twente, 2009; Politie Drenthe, 2005; Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2005; Politieacademie, 2011

<sup>85</sup> Politie Utrecht, n.d.; Politie Kennemerland: *FAQ*, 2010; Politie Kennemerland: *Bedrijfsopvang Team*, 2010; Politie Haaglanden, 2008; Politie Limburg Noord, n.d.; Politie Zuid-Holland, n.d.; Politie Gelderland Midden, 2001; Politie IJsselland, 1998; Politie Gelderland, 2009; Politie Twente, 2009; Politie Zaanstreek-Waterland, 2009; Politie Midden en West Brabant, 2010; Politie Haaglanden, n.d.

<sup>86</sup> Politie Limburg Noord, Utrecht, Haaglanden, Twente en Zandstreek-Waterland; Politie Gelderland, 2009

<sup>87</sup> Inzet van BOT teams worden niet altijd geregistreerd. In het rapport "De prijs die je betaalt" zijn landelijke inschattingen gemaakt op basis van cijfers van de KLPD en de korpsen Utrecht, Haaglanden en Fryslân.

<sup>88</sup> Andersson Elffers Felix, 2011, Politie Zeeland, n.d.

Er wordt in wekelijkse piketdiensten gewerkt, die in tweetallen gedraaid worden. Deze leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning zijn 24/7 bereikbaar.

### *Selectie, opleiding en evaluatie*

Het wervingsbeleid van nieuwe leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning varieert. Zo komt het voor dat de coördinator samen met een ervaren lid een procedure opstart door een interne vacature te plaatsen waar geïnteresseerden zich op kunnen aanmelden. Een andere mogelijkheid is dat het collegiale ondersteuningsteam via de coördinator zelf nieuwe leden benadert. Ten slotte kunnen in een aantal korpsen geïnteresseerden zich het hele jaar door aanmelden.

Belangrijke selectie-eisen zijn het empathisch vermogen van de kandidaat, zijn veerkracht en zijn stressbestendigheid. Sommige korpsen vullen dit aan met een psychologische test, om te controleren of kandidaten zelf geen onverwerkt trauma hebben. Hoewel dit in de Richtlijn Geüniformeerden niet specifiek wordt genoemd als competentie voor een lid van de georganiseerde collegiale opvang, wordt 'eerdere traumatisering' wel genoemd als risicofactor voor het ontwikkelen van PTSS.<sup>89</sup> Daarnaast wordt de opleiding tot georganiseerde collegiale ondersteuning gebruikt om te kijken hoe kandidaten functioneren in deze taak.

Over het algemeen is er veel animo om lid te worden van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Vooral onder politieagenten die zelf iets hebben meegemaakt: zij willen iets betekenen voor anderen. Desalniettemin is het soms lastig om kandidaten aan te nemen, omdat er toestemming nodig is van de leidinggevende in verband met het vrij roosteren van uren. Soms gaat een leidinggevende niet akkoord, omdat zijn afdeling kampt met onderbezetting.

Ook met betrekking tot de opleiding van de leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning zijn er een aantal verschillen tussen de korpsen te constateren. Allereerst kopen sommige korpsen de opleiding extern in bij commerciële instellingen terwijl anderen dit intern beleggen bij bijvoorbeeld de coördinatoren of het BMW. Een ander verschil ligt in de opleidingsduur die varieert van twee tot vier werkdagen. Hoewel de gespreksvaardigheden centraal staan tijdens de opleiding, wordt soms ervaren dat twee dagen te kort zijn om deze goed te kunnen oefenen. Voor sommige korpsen was dit een reden om de opleiding intern uit te voeren. Naast de opleiding worden er periodiek opfriscursussen gevolgd. Ten slotte werken sommige korpsen regionaal samen bij het inkopen van de opleiding. Dit gebeurt bijvoorbeeld in Drenthe, Friesland en Groningen.

De coördinator is verantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de hulpverlening die wordt geboden door de georganiseerde collegiale ondersteuning. In diverse korpsen is deze coördinator een lid van het BMW. Hij kan de kwaliteit van de ondersteuning op verschillende manieren waarborgen. Leden van het team kunnen hem bellen voor assistentie bij een casus. Dan fungeert hij tevens als achtervang. Daarnaast organiseert hij periodiek intervisiedagen, uiteenlopend van zes tot acht keer per jaar. Daar worden voornamelijk lastige casussen besproken, maar gaat het ook om teambuilding en hoe de leden zelf in het opvangwerk zitten.<sup>90</sup> Tevens laat een aantal korpsen een evaluatie uitvoeren door een commercieel bedrijf om de tevredenheid van politieagenten over de collegiale ondersteuning te meten.<sup>91</sup> Tot slot kan er een (informeel) registratiesysteem worden bijgehouden, wat in de meeste geïnterviewde korpsen het geval is. Deze systemen verschillen tussen korpsen, maar zijn vooral gericht op het aantal en soort inzetten en welke stappen zijn ondernomen door het lid van het ondersteuningsteam om zo leerpunten voor het team te creëren. In Drenthe is er wel een systeem dat bijhoudt welke medewerker welke incidenten heeft meegemaakt. Een dergelijk systeem kan echter tot nieuwe problemen leiden. Zo is het van groot belang dat de privacy van de medewerker niet in het geding komt – ook de Richtlijn Geüniformeerden wijst op het belang van zorgvuldige privacyregelingen rondom registratiesystemen.<sup>92</sup> Tevens is het niet altijd goed actief naar voormalige incidenten te gaan vragen – dit kan het verwerkingsproces juist verstoren en de vertrouwelijkheid van het gesprek ondermijnen.

### *Werkwijze*

De georganiseerde collegiale ondersteuning binnen de diverse korpsen werken met een maximum van drie gesprekken, waarna een advies tot doorverwijzing naar het BMW of de bedrijfsarts wordt

---

<sup>89</sup> Impact, 2010, p 83

<sup>90</sup> Politie Drenthe, 2007; Politie Zeeland, n.d.

<sup>91</sup> Politie Zeeland, n.d.

<sup>92</sup> Impact, 2010, p10

gedaan.<sup>93</sup> Het is belangrijk dat de leden van het ondersteuningsteam de politieagent tijdig doorverwijzen en niet 'vasthouden'. Het ondersteuningsteam kan geen professionele (trauma)zorg bieden.<sup>94</sup> Het eerste contact met de politieagent vindt vaak binnen 24 uur na het incident plaats bijvoorbeeld tijdens de operationele debriefing of door een telefonisch gesprek. Dit is niet in overeenkomst met de Richtlijn Geüniformeerden dat aanbeveelt het eerste contact met de collegiale ondersteuning pas enkele dagen na het incident te houden. Een te snelle inzet van de georganiseerde collegiale ondersteuning kan schadelijk zijn voor het verwerkingsproces.<sup>95</sup> In een enkel korps is telefonisch contact door de collegiale ondersteuning na twee dagen de norm. Pogingen in andere korpsen om dit ook in de praktijk toe te passen zijn nog niet succesvol. Aangegeven wordt dat de georganiseerde collegiale ondersteuning al lange tijd werkt met de methode om de dag van het incident contact op te nemen met betrokken politieagenten. Daarmee heeft de georganiseerde collegiale ondersteuning verwachtingen geschept bij de politieagenten: deze verwachten nu na een schokkend incident dezelfde dag nog te horen van de collegiale ondersteuning. Wanneer dit niet gebeurt geven geïnterviewden aan dat politieagenten zich vergeten kunnen voelen; zij zullen niet begrijpen waarom de collegiale ondersteuning pas na enkele dagen belt. Anderzijds geven geïnterviewden aan dat ook de ondersteuningsleden terughoudend zijn in het aanpassen van hun werkwijze, omdat zij vinden dat de huidige methode goed werkt. Politieagenten maken met enige regelmaat potentieel schokkende gebeurtenissen mee. Door te wachten met het leggen van contact kan zich alweer een nieuw incident hebben voorgedaan. Dit kan verwarring scheppen bij de desbetreffende politieagent voor welk incident hij nu ondersteuning krijgt aangeboden.

Na het eerste contact kunnen er individuele gesprekken plaatsvinden. Hoeveel dit er zijn, hangt af van de uitkomst van de gesprekken. Over het algemeen geeft ongeveer de helft van de politieagenten na het eerste gesprek aan nog behoefte te hebben aan een vervolg. De individuele gesprekken vinden binnen twee tot drie maanden na het incident plaats. Dit is in overeenkomst met de Richtlijn Geüniformeerden.<sup>96</sup>

Een belangrijk punt bij de inzet van de georganiseerde collegiale ondersteuning, is dat leden van het team niet naar het incident toe worden gestuurd om op locatie ondersteuning te verlenen. In een aantal korpsen gebeurde dit in het verleden wel. Dit kan problematisch zijn, omdat er op de plek van het incident nieuwe feiten bekend kunnen worden. Een voorbeeld was een auto-ongeluk waarbij tieners om het leven waren gekomen. Wanneer de georganiseerde collegiale ondersteuning ter plaatse komt, blijkt een van de slachtoffers de dochter van een collega te zijn. Door dit plotselinge nieuws grijpt het incident ook de leden van het ondersteuningsteam erg aan, waardoor zij niet meer in staat zijn ondersteuning te geven. Bovendien kan het zien van de plek van het incident ook schokkend zijn voor het lid van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Hoe minder zij betrokken zijn bij het specifieke incident, hoe beter zij ondersteuning kunnen bieden.

#### *Vertrouwelijk en vrijwillig*

Alle gesprekken met de georganiseerde collegiale ondersteuning vinden op vrijwillige en vertrouwelijke basis plaats om een veilig klimaat te creëren, waarin de politieagent zijn verhaal kan doen. Geïnterviewden geven aan dat er in de praktijk door middel van overlegstructuren tussen de collegiale ondersteuning, het BMW en de leidinggevende soms informatie uit ondersteuningsgesprekken bekend wordt bij leidinggevendenden. Dit is niet wenselijk, omdat dit het vertrouwen van politieagenten in de collegiale ondersteuning kan schaden.

#### *Doorverwijzing*

Doorverwijzing naar de professionele of de gespecialiseerde gezondheidszorg vindt op verschillende wijzen plaats. Sommige korpsen maken gebruik van gevalideerde zelfscoringslijsten voor PTSS om te zien of doorverwijzing nodig is, terwijl in andere korpsen er voornamelijk uit wordt gegaan van de intuïtie van de leden van het collegiale ondersteuningsteam. Daarnaast is het gebruikelijk om allereerst door te verwijzen naar het BMW of de bedrijfsarts. Wanneer er echter binnen het korps een psycholoog aanwezig is, dan wordt in de meeste gevallen meteen daar naar toe verwezen. Binnen het korps Amsterdam-Amstelland wordt gebruik gemaakt van het Zorgloket; een 1-loket functie waar politieagenten naar aanleiding van een gesprek met een zorgadviseur direct naar de juiste vorm van zorg doorverwezen kunnen worden. Dit Zorgloket wordt als voorbeeld gezien door andere korpsen.

---

<sup>93</sup> Zie bijvoorbeeld Politie Gelderland Midden, 2001

<sup>94</sup> Impact, 2010

<sup>95</sup> Impact, 2010, p 9

<sup>96</sup> Impact, 2011

De georganiseerde collegiale ondersteuning kan alleen een *advies* tot doorverwijzing geven aan de politieagent. Een gesprek met het BMW of psycholoog gebeurt geheel op vrijwillige basis. Uit de interviews komt naar voren dat ongeveer tien procent van de politieagenten die gezien wordt door de georganiseerde collegiale ondersteuning naar de professionele of gespecialiseerde gezondheidszorg wordt doorgestuurd. Meestal spelen er dan ook andere problemen, zoals een slechte thuissituatie of hoge werkdruk.

### 5.6 Kring 3 - Professionele Gezondheidszorg

In de derde kring vallen bedrijfsmaatschappelijke medewerkers (BMW), bedrijfsartsen en eerstelijnsartsen, zoals de huisarts.<sup>97</sup> De bedrijfsarts of het BMW krijgt een politieagent in het vizier doordat (a) hij zichzelf aanmeldt, (b) de politieagent wordt doorgestuurd door de georganiseerde collegiale ondersteuning of (c) een leidinggevende aangeeft een behandeling door de bedrijfsarts of BMW noodzakelijk te vinden. Een doorverwijzing via de georganiseerde collegiale ondersteuning (optie b) is in de praktijk het meest gebruikelijk. Uit de interviews komt naar voren dat het BMW goed in beeld is bij de collegiale ondersteuning, het blijkt niet veel uit te maken of deze intern is of extern wordt ingekocht.

#### *Vertrouwelijkheid*

De bedrijfsarts en het BMW hebben een beroepsgeheim. In de praktijk blijkt dat bedrijfsartsen binnen de politie dit niet altijd even nauw nemen. In sommige gevallen wordt er binnen het Sociaal Medisch Team (SMT), waarin BMW, bedrijfsarts en leidinggevende plaatsnemen, informatie gedeeld die onder het beroepsgeheim valt, bijvoorbeeld wanneer over het re-integratieproces gesproken wordt en het ziektebeeld ter sprake komt. Geïnterviewden hebben niet het idee dat deze informatie opzettelijk gedeeld wordt.

### 5.7 Kring 4 - Gespecialiseerde GGZ

Tot kring 4 worden psychiaters, psychologen en psychotherapeuten gerekend.<sup>98</sup> In Nederland bestaan er diverse GGZ-instellingen die gespecialiseerd zijn in het bieden van zorg aan politieagenten, voorbeelden hiervan zijn de Politiepoli, Centrum '45, het Instituut voor Psychotrauma en HSK. Zij zeggen te voldoen in een behoefte, omdat zij kennis hebben van de specifieke omstandigheden van het politiewerk en de politieorganisatie.

#### *Doorverwijzing*

Er is geen documentatie gevonden waarin is vastgelegd wanneer en op welke wijze de professionele gezondheidszorg moet doorverwijzen naar de gespecialiseerde (trauma)zorg. Uit de interviews komt naar voren dat de georganiseerde collegiale ondersteuning niet goed op de hoogte is naar welke gespecialiseerde zorg er wordt doorverwezen door de professionele gezondheidszorg. Uitzondering daarop zijn korpsen waar het BMW een coördinerende rol heeft in de georganiseerde collegiale ondersteuning. Geïnterviewden geven aan dat er vooral gebruik gemaakt wordt van het eigen netwerk. In sommige korpsen bestaat er een vast contract met bijvoorbeeld de Politiepoli. Op welk moment de doorverwijzing plaatsvindt en naar wie, is afhankelijk van de kennis en de ervaring van de bedrijfsarts. Uit de interviews blijkt dat dit niet altijd goed gaat. Zo komt het voor dat de bedrijfsarts of het BMW niet tijdig of niet naar de juiste zorg doorverwijst. Dit laatste komt vooral doordat zij PTSS-gerelateerde klachten niet goed signaleren.

#### *Contact met het korps*

Vanuit de gespecialiseerde GGZ vindt er contact (feedback) plaats met de bedrijfsarts of het BMW. Daarbij gaat het over de diagnose die is gesteld, welke behandeling is aangeboden en wat de behandelresultaten zijn. Bovendien wordt besproken op welke manier de werknemer kan terugkeren in het arbeidsproces. Een aanzienlijk deel van de politieagenten keert (tijdelijk) niet terug op het oude niveau, maar wordt 'in de luwte' gehouden, bijvoorbeeld door een agent geen avond- of weekenddiensten toe te bedelen of een bureaubaan te geven. Een knelpunt wordt geconstateerd wanneer het korps geen interne bedrijfsarts of BMW heeft. In die gevallen vindt er geen directe

---

<sup>97</sup> Impact, 2010

<sup>98</sup> Impact, 2010, p 27

communicatie vanuit de gespecialiseerde GGZ met het korps plaats, omdat er geen aanspreekpunt binnen de organisatie is waarmee vertrouwelijke informatie kan worden gedeeld. Daarnaast blijken externe bedrijfsartsen of leden van het BMW vaak onvoldoende inzicht te hebben in de werkwijze en bedrijfscultuur van de politie, waardoor zij weinig zicht hebben op de beste manier om een politieagent te begeleiden bij de re-integratie: wanneer moet hij afgeschermd worden en wanneer kan hij juist weer wat werkzaamheden hervatten.

## 5.8 Conclusies Politie

De bedrijfscultuur van de politie gaat de afgelopen jaren steeds meer in de richting van een open cultuur, waarin het goed mogelijk is te kunnen praten over de emotionele gevolgen die het werk kan hebben. Een groot aantal korpsen beschikt over een georganiseerd collegiaal ondersteuningsteam als onderdeel van de psychosociale ondersteuning die de politieorganisatie aanbiedt aan werknemers. Hoewel de manier waarop deze ondersteuning wordt aangeboden een aantal overeenkomsten kent, bestaan er ook veel verschillen. In het navolgende wordt daar nader op ingegaan.

### *Verschillen tussen regio's*

Een aantal verschillen is geconstateerd in de manier waarop de politiekorpsen vormgeven aan de psychosociale ondersteuning aan agenten. Allereerst bestaan er veel verschillen in de manier waarop de georganiseerde collegiale ondersteuning is opgezet, bijvoorbeeld met betrekking tot de selectie en opleiding van leden. Ook bestaan er verschillen in de uitvoering, bijvoorbeeld in het gebruik van incidentenlijsten en dus wanneer het ondersteuningsteam wordt ingezet. Daarnaast beschikken sommige korpsen over een interne BMW/bedrijfsarts, terwijl andere korpsen deze extern inkopen. Hoewel in beide gevallen wordt aangegeven dat het BMW en de bedrijfsarts goed in beeld zijn bij de georganiseerde collegiale ondersteuning, blijkt de gespecialiseerde gezondheidszorg een voorkeur te hebben voor een interne bedrijfsarts of het BMW. Zo bestaat er een direct contact binnen het politiekorps waarmee ook vertrouwelijke informatie kan worden gedeeld die van belang kan zijn voor het re-integratieproces. Ook is de professionele gezondheidszorg in die gevallen goed op de hoogte van het politiewerk en de bedrijfscultuur, waardoor zij beter dan externe professionals kunnen sturen op passende werkzaamheden voor de politieagent. Bovendien is het collegiale ondersteuningsteam minder goed op de hoogte naar welke gespecialiseerde gezondheidszorg wordt doorverwezen wanneer het BMW of de bedrijfsarts extern is, omdat deze gebruik maken van hun eigen netwerk. Ten slotte wordt er in één van de bij dit onderzoek betrokken korpsen gebruik gemaakt van een zogenoemd zorgloket. Dit is een 1-loket-service waar werknemers terecht kunnen met al hun zorgvragen. Een zorgadviseur begeleidt de politieagent vervolgens naar de juiste zorg. Dit systeem wordt als succesvol voorbeeld gezien door andere korpsen.

### *Overeenkomsten tussen regio's*

Zoals eerder gezegd beschikt een groot aantal korpsen over georganiseerde collegiale ondersteuning. Door middel van brochures en intranet pagina's wordt er voor politieagenten informatie beschikbaar gesteld over het doel van de georganiseerde collegiale ondersteuning, wanneer het team wordt ingezet en hoe zij te bereiken zijn. Daarnaast kan het ondersteuningsteam ingezet worden door de meldkamer (aan de hand van een incidentenlijst), een leidinggevende, collega's of politieagenten zelf. Tevens nemen de meeste collegiale ondersteuningsteams de dag van het incident contact op met de betrokken politieagenten om te vragen hoe het met hen gaat en of zij eventueel behoefte hebben aan een ondersteuningsgesprek. Deze werkwijze is overigens niet in overeenstemming met de Richtlijn Geüniformeerden, die adviseert enkele dagen tussen het eerste contact en het incident te laten om zo het natuurlijke verwerkingsproces van de agent niet te verstoren.<sup>99</sup> Tot slot waren de geïnterviewden in alle regio's tevreden met de wijze waarop binnen het korps psychosociale ondersteuning wordt aangeboden aan werknemers. Hoewel er in de praktijk niet veel doorverwijzingen naar de professionele of gespecialiseerde gezondheidszorg plaatsvinden, waren de geïnterviewden van mening dat over het algemeen politieagenten komen tot de zorg die zij nodig hebben.

### *Knelpunten*

Een kwetsbaar moment in de zorgketen betreft de inzet van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Hoewel er in het merendeel van de korpsen een incidentenlijst is opgesteld, blijkt deze lijst niet in alle korpsen even goed geborgd te zijn. Werknemers van de meldkamer en/of

---

<sup>99</sup> Impact, 2010

leidinggevenden gaan in sommige gevallen op hun eigen instinct af en schakelen dan bijvoorbeeld de collegiale ondersteuning niet in, terwijl dit volgens de incidentenlijst wel had moeten. Daarnaast komt uit enkele interviews naar voren dat er in de praktijk nog wel eens informatie uit ondersteuningsgesprekken en/of gesprekken met het BMW of de bedrijfsarts via vaste overlegstructuren met leidinggevenden wordt gedeeld. Dit kan het vertrouwen dat politieagenten stellen in de georganiseerde collegiale ondersteuning en de professionele gezondheidszorg schaden. In hoeverre dit knelpunt op landelijk niveau speelt is onduidelijk. Ten slotte blijkt dat de doorverwijzing naar de gespecialiseerde (trauma)zorg voor de georganiseerde collegiale ondersteuning niet altijd duidelijk in beeld is, doordat gebruik gemaakt wordt van de eigen netwerken van het BMW of de bedrijfsarts. Er is niet duidelijk vastgelegd welke gespecialiseerde zorg wordt gebruikt. Deze informatie is daarmee niet institutioneel geborgd.

## 5.9 Referenties

- Andersson Elffers Felix (2011). *De prijs die je betaalt, Politie, de Kosten Achter een Hoog Risicoberoep*, Utrecht.
- Impact (2008). *Feiten en Fictie. Inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten: psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland*. Impact: Amsterdam.
- Impact (2010). *Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden*. Impact: Amsterdam.
- Kadans (2009). *Politiewerk en het Verzorgen van Geestelijk Welbevinden*. Kadans: Amsterdam.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken (2005). *Handreiking voor Protocol Geweld Tegen de Politie*, Den Haag.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken (2010). *Jaarverslag Politie 2009*. [Online], [geciteerd op 20-11-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/jaarverslagen/2010/05/12/jaarverslag-nederlandse-politie-2009/jaarverslagnp-2009lr.pdf>>
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2011). *Kamerbrief: Versterking Professionele Weerbaarheid Politie, 27 juni 2011*.
- Nederlandse Politie (2008). *Werkgeversvisie*, Amsterdam.
- Nederlandse Politie Bond (2000). *Stress en Burnout bij de Nederlandse Politie*, Woerden.
- NRC Handelsblad (2011). *Psychische Klachten bij Een Op Drie Agenten, 24 juni 2011*.
- Politieacademie (2011). *Programma en Actieplan Versterking Professionele Weerbaarheid*, Amsterdam.
- Politie Drenthe (2005). *Bejeningprotocol* [online], [geciteerd op 15-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Drenthe (2007). *Bedrijfsopvang Team Jaarverslag 2006*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Drenthe (2009). *Leidinggevende en Bedrijfsopvang*. [Online], [geciteerd op 9-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Drenthe (Anamaet, M.) (2000). *Schokkende Gebeurtenissen*.
- Politie Gelderland (2009). *BORG Waarschuwingsprotocol*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Gelderland Midden (2001). *Nota Team Bedrijfsopvang*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Haaglanden (2008). *Handboek Bedrijfsopvang*. [Online], [geciteerd op 3-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Haaglanden (n.d.). *Het Blauwe Licht in de Duisternis (bachelor proefschrift)*.
- Politie IJsselland (1998). *Bedrijfsopvang Team Incidentenlijst* [online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Kennemerland (2010). *Bedrijfsopvang Team*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Kennemerland (2010). *Frequently Asked Questions*. [Online], [geciteerd op 3-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Limburg Noord (n.d.). *Bedrijfsopvang Team*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.

- Politie Limburg Zuid (2003). *Regionaal Protocol Bedrijfsopvang Politie Regio Limburg Zuid*. [Online], [geciteerd op 3-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Midden en West Brabant (2010). *Handboek Bedrijfsopvang*. [Online], [geciteerd op 1-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Twente (2009). *Brochure Bedrijfsopvang*. [Online], [geciteerd op 3-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Utrecht (n.d.). *Waarschuwingscriteria*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Zaanstreek-Waterland (2009). *Bedrijfsopvang Team*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Zeeland (n.d.). *Regeling Bedrijfsopvang Team*. [Online], [geciteerd op 3-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.
- Politie Zuid Holland Zuid (n.d.). *Wat te Doen als Chef van Dienst bij een Traumatische Ervaring van het Personeel*. [Online], [geciteerd op 12-12-2011]. Niet beschikbaar op het World Wide Web.



## 6. Defensie

In dit hoofdstuk worden de resultaten uiteengezet van het literatuuronderzoek en de interviews met vertegenwoordigers van Defensie. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de achtergrond van psychosociale nazorg bij Defensie. Vervolgens wordt kort beschreven wat er gevonden is aan documentatie over dit onderwerp. Daarna zullen de paragrafen drie tot en met zeven per kring, zoals gedefinieerd in de Richtlijn Geüniformeerden, nader ingaan op de rol en verantwoordelijkheden die zij hebben. Tot slot worden enkele conclusies getrokken met betrekking tot de organisatie van de nazorg binnen Defensie.

### 6.1 Achtergrond

De Nederlandse Defensie bestond in 2010 uit bijna 70000 werknemers, waaronder ruim 48000 actieve militairen.<sup>100</sup> Deze militairen werken onder bijzondere en vaak stressvolle omstandigheden die gevolgen kunnen hebben voor hun lichamelijk en geestelijke gezondheid. Aangezien de militairen worden uitgezonden in opdracht van de overheid, heeft zij een “*bijzondere zorgplicht*” die wettelijk is vastgelegd.<sup>101</sup> Dit houdt in dat de overheid actief zorg aanbiedt voor, tijdens en na missies aan zowel militairen als hun relaties. In de afgelopen 20 jaar is daarbij steeds meer nadruk gelegd op de psychosociale zorgverlening aan militairen. Aanleiding daarvoor waren de problemen die ondervonden werden bij militairen die op missie waren geweest naar Libanon en Cambodja.<sup>102</sup>

De Defensieorganisatie verschilt in diverse opzichten van de geüniformeerde diensten die in de voorgaande hoofdstukken zijn behandeld. Zo wordt van militairen gevraagd lang van huis, in zeer gevaarlijke omstandigheden te werken. In het uiterste geval wordt zelfs gevraagd het leven van anderen te nemen en dat van zichzelf te geven. Een ander verschil is dat binnen Defensie de zorgketen voor militairen landelijk is geregeld en vastgelegd. Actieve militairen zijn verplicht hun (geestelijke en fysieke) gezondheidszorg binnen de Defensieorganisatie af te nemen. Dit houdt onder meer in dat Defensie beschikt over een eigen psychosociale zorgketen, van huisarts tot aan gespecialiseerde psychiaters. Om ervoor te zorgen dat de zorgketen aan de hand van de meest up-to-date, wetenschappelijke kennis werkt, beschikt Defensie over een aantal (onafhankelijke) kenniscentra die onderzoek doen naar de psychosociale gezondheid van de militairen en veteranen en de effectiviteit van de zorg die geleverd wordt.<sup>103</sup> Er wordt samengewerkt met civiele organisaties zoals huisartsen, om ook buiten de normale diensturen en in het geval van gespecialiseerde zorg voldoende capaciteit te kunnen leveren.<sup>104</sup>

### 6.2 Overzicht van gevonden documenten

Defensie heeft de psychosociale nazorg die zij aanbiedt vastgelegd in diverse documenten, die gericht zijn op specifieke doelgroepen: militairen, naasten, hulpverleners, leidinggevenden, etc. Deze zijn grotendeels te vinden op de website van Defensie.<sup>105</sup> Hieronder vallen folders, maar ook handreikingen en evaluaties.<sup>106</sup> Diverse instanties binnen en buiten Defensie doen onderzoek naar de psychosociale consequenties van het werk binnen Defensie en de toepassing van zorg aan (voormalig) militairen, bijvoorbeeld het Coördinatiecentrum Expertise Militaire Gezondheidszorg (CEMG) en het Veteraneninstituut.<sup>107</sup>

---

<sup>100</sup> Rijksoverheid, 2011.

<sup>101</sup> Eijssing, Poppe, Pechtold, en Peters, p.3, 2010; Rijksoverheid, 2006

<sup>102</sup> Commissie Tiesinga, 1997

<sup>103</sup> Veteraneninstituut, 2011; Ministerie van Defensie, 2011

<sup>104</sup> Ministerie van Defensie, Landelijke Huisartsenvereniging, 2010; Defensie: *Jaarverslag MGGZ 2010*, 2011

<sup>105</sup> Defensie, 2011

<sup>106</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk werk, 2008; Ministerie van Defensie, Landelijke Huisarts Vereniging, 2010

<sup>107</sup> Ministerie van Defensie, Inspecteur Generaal der Krijgsmacht, 2011

### 6.3 Kring 0 - De militair

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de rol van de militair bij zijn eigen gezondheid. Daarbij wordt voornamelijk aandacht besteed aan zijn eigen verantwoordelijkheid. Tevens wordt aangegeven hoe belangrijk de geheimhoudingsplicht van de diverse andere kringen is in de zorgketen.

#### *Eigen verantwoordelijkheid*

In de gevonden literatuur wordt de nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van militairen met betrekking tot hun psychosociale gezondheid en inzetbaarheid. Tijdens de opleiding worden militairen ingelicht over stress, stresssymptomen, coping en hoe elkaar op te vangen. Voorts wordt uitleg gegeven hoe de militair zich met een psychische of psychosociale hulpvraag kan wenden tot de geestelijke verzorger, bedrijfsmaatschappelijk werker en arts. Ook wordt uitgelegd hoe verwijzing naar de MGGZ plaatsvindt. Wanneer een militair problemen ondervindt, kan hij terecht bij de leidinggevende, de militaire huisarts of een ander lid van het Sociaal Medisch Team (SMT).<sup>108</sup> Bepaalde onderdelen binnen Defensie, te weten de Koninklijke Marechaussee (KMar) en het Korps Mariniers, beschikken over een georganiseerd collegiaal ondersteuningsteam.<sup>109</sup> Wanneer er een zorgtraject met de professionele gezondheidszorg wordt gestart, wordt een maximale inzet van de militair gevraagd om deze succesvol af te kunnen ronden.<sup>110</sup>

#### *Geheimhouding*

Met de invoering van het geïntegreerde zorg model in 2008 zijn militairen verplicht hun (na)zorg binnen Defensie af te nemen, tenzij omstandigheden dit niet toelaten, bijvoorbeeld wanneer een militair zich niet op de basis bevindt en spoedeisende hulp nodig heeft.<sup>111</sup> Een belangrijk aspect hierbij is dat de militair recht heeft op de geheimhoudingsplicht van de militaire arts en de leden van het SMT met betrekking tot de inhoud van de zorg. Dat wil dus zeggen dat nooit inhoudelijke of behandelingsinformatie met anderen dan bij de behandeling betrokken hulpverleners wordt gedeeld. Deze plicht strekt zich ook uit tot leidinggevendenden wanneer zij onderdeel zijn van het SMT.<sup>112</sup> De commandant wordt derhalve door de hulp en zorgverleners niet inhoudelijk geïnformeerd. Hij ontvangt wel indicaties over de inzetbaarheid van de militair en over mogelijkheden waarin hijzelf of leden van zijn onderdeel de militair kunnen ondersteunen. Vermeden dient te worden dat de militair om het feit dat hij gesprekken voert in verband met zijn geestelijke gezondheid, wordt gestigmatiseerd als "geestelijk ziek" of "labiel" door bijvoorbeeld collega's of leidinggevende, of zelfs wordt ontheven uit zijn functie.<sup>113</sup> In een evaluatie van het functioneren van het SMT stelt de Inspectie Militaire Gezondheidszorg vast dat de geheimhoudingsplicht door alle leden wordt nageleefd.<sup>114</sup>

### 6.4 Kring 1 - Naasten

In deze paragraaf wordt de rol van naasten beschreven. Hieronder vallen familie, vrienden en burens, maar ook lotgenoten en collega's.<sup>115</sup> Deze eerste kring heeft een belangrijke rol bij de signalering van eventuele problemen, omdat zij gedragsveranderingen relatief snel kunnen waarnemen.

#### *Thuisfrontzorg*

Defensie besteedt veel aandacht aan de rol van de familie en de relaties van de militair. Enerzijds omdat werken bij Defensie niet alleen veel vraagt van de militair, maar ook van zijn familie.<sup>116</sup> Anderzijds is opgemerkt dat militairen slechter functioneren wanneer zij zich zorgen maken over de thuissituatie.<sup>117</sup> Het is ook in het belang van Defensie om goed te zorgen voor de (achterblijvende) familie. Daarvoor is thuisfrontzorg ontwikkeld, waaronder wordt verstaan *het geheel aan maatregelen en voorzieningen ter ondersteuning van de relaties van de militair vanuit een structurele band tussen*

<sup>108</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008; Ministerie van Defensie, Landelijke Huisarts Vereniging, 2010

<sup>109</sup> Ministerie van Defensie, Inspecteur Generaal der Krijgsmacht, 2011

<sup>110</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008

<sup>111</sup> Ministerie van Defensie, Landelijke Huisarts Vereniging, 2010; Ministerie van Defensie: *Geestelijke Gezondheidszorg*, n.d.

<sup>112</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008; Ministerie van Defensie, Landelijke Huisarts Vereniging, 2010;

Inspectie Militaire Gezondheidszorg, 2005

<sup>113</sup> Impact, 2010

<sup>114</sup> Ministerie van Defensie, Inspectie Militaire Gezondheidszorg, 2005

<sup>115</sup> Impact, 2010, pp.27

<sup>116</sup> Website Defensie, 2011; Ministerie van Defensie, Landelijke Huisarts Vereniging, 2010.

<sup>117</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008; Inspecteur Generaal der Krijgsmacht, 2010

*Defensie en de relaties van de militair.*<sup>118</sup> Deze zorg komt tot uiting door het beschikbaar maken van informatie over bijvoorbeeld het effect van de uitzending op het gezinsleven en hoe de draad weer opgepakt kan worden na afloop van de missie<sup>119</sup>. Daarnaast worden ook informatiedagen georganiseerd. Bovendien is het BMW ook voor familierelaties van de militair beschikbaar mochten zij als gevolg van een uitzending of het werk van de militair hulp nodig hebben.<sup>120</sup> Onderzoek wijst uit dat de meeste partners van uitgezonden militairen op de hoogte zijn van de geboden diensten. Hetzelfde onderzoek geeft echter aan dat het merendeel van de partners meent onvoldoende informatie te krijgen over mogelijke stressreacties na uitzendingen.<sup>121</sup> Ook vanuit de militaire vakbond wordt aangegeven dat meer (praktische) ondersteuning voor de familie gewenst is.

## 6.5 Kring 2 - Sleutelfiguren

In deze paragraaf wordt de rol van sleutelfiguren besproken in de psychosociale ondersteuning van militairen. Met sleutelfiguren worden leidinggevend, de georganiseerde collegiale ondersteuning en de geestelijk verzorgers bedoeld.<sup>122</sup> Zij worden achtereenvolgens besproken.

### De commandant

De commandant is verantwoordelijk voor de nazorg aan de werknemers. Hij heeft een belangrijke rol bij het signaleren en normaliseren van problemen bij het invoegen na uitzending. De commandant heeft een belang om de gezondheid van de werknemer in de gaten te houden, en is ook het eerste aanspreekpunt voor militairen die problemen in hun werk ervaren. De commandant beslist over de inzetbaarheid van militairen voor missies op basis van zijn eigen indrukken en de adviezen van hulpverleners. De persoonlijke geschiedenis en toestand van de werknemer worden daarbij in ogenschouw genomen. Een mogelijk knelpunt daarbij is dat pelotonscommandanten aangeven dat zij steeds minder tijd hebben voor hun manschappen.<sup>123</sup> Bovendien is de commandant verantwoordelijk voor de directe opvang van de militairen na een inzet. Daarvoor kan hij de assistentie van het Sociaal Medisch Team (SMT) inroepen om bij de operationele debriefing aanwezig te zijn of de georganiseerde collegiale ondersteuning. De operationele debriefing draait om de feitelijke inhoud van een inzet, daarbij wordt niet actief ingegaan op de emoties van de militairen. Het SMT of de georganiseerde collegiale ondersteuning is slechts aanwezig ter observatie en als aanspreekpunt wanneer een militair behoefte heeft om te praten. Daarnaast kan de commandant in overleg met de desbetreffende militair ook het BMW inschakelen voor een evaluatie.<sup>124</sup>

Een knelpunt dat geconstateerd is door de Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht is dat er in diverse documenten wordt verwezen naar de verantwoordelijkheid van "de commandant", waarbij afwisselend de operationeel commandant of een commandant in de organisatorische lijn wordt bedoeld. Dit zorgt voor verwarring, omdat operationeel commandanten zich verantwoordelijk voelen, maar niet altijd weten welke verantwoordelijkheden zij behoren te nemen.<sup>125</sup>

### Georganiseerde collegiale opvang

Een vorm van georganiseerde collegiale ondersteuning bestaat op dit moment binnen Defensie alleen bij de Koninklijke Marechaussee (Collegiale Opvang Groep) en het Korps Mariniers (Collegiaal Korps Netwerk).<sup>126</sup> De gebruikte systematiek is gebaseerd op het Britse Trauma Risk Management model (TRiM) dat voor de Britse marine is ontworpen.<sup>127</sup> Hierbij gaat men uit van natuurlijk herstel, laagdrempelige zorgverlening, tijdige signalering en eventueel doorverwijzing naar professionele gezondheidszorg.

<sup>118</sup> Ministerie van Defensie, p.23, 2009

<sup>119</sup> Ministerie van Defensie: *Kinderen Voorbereiden*, n.d.; Ministerie van Defensie: *Thuis Weer de Draad Oppakken*, n.d.

<sup>120</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008; Ministerie van Defensie, Landelijke Huisarts Vereniging, 2010

<sup>121</sup> Remie, 2009

<sup>122</sup> Impact, 2010, p 27

<sup>123</sup> Ministerie van Defensie, Inspecteur Generaal der Krijgsmacht, 2011

<sup>124</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008

<sup>125</sup> Ministerie van Defensie, Inspecteur Generaal der Krijgsmacht, 2011

<sup>126</sup> IGK, 2010

<sup>127</sup> Impact, 2010

### *Inschakeling*

De georganiseerde collegiale ondersteuning wordt door de leidinggevende ingeschakeld al naar gelang eigen inzicht en naar de situatie. Bij de KMar moet de leidinggevende dit team inschakelen bij incidenten die voorkomen op een incidentenlijst. Deze lijst bestaat uit 11 soorten incidenten zoals incidenten waarbij een collega geconfronteerd is met een levensbedreigende situatie (voor zichzelf of een ander), betrokken is bij een schietincident of in een situatie van extreme onmacht heeft verkeerd. Bovendien kan een collega zelf aangeven behoefte te hebben aan de georganiseerde collegiale ondersteuning.<sup>128</sup>

### *Werkwijze*

Binnen de collegiale ondersteuning worden maximaal drie gesprekken gevoerd. Het eerste gesprek vindt een paar dagen na het incident plaats, het tweede na ongeveer een maand en het derde na ongeveer drie maanden. Dit is overeenstemming met het tijdschema dat in de Richtlijn Geüniformeerd wordt gegeven.<sup>129</sup> Vervolggesprekken blijken in de meeste gevallen niet nodig. Vaak is één gesprek al voldoende. Mocht na drie gesprekken, of al eerder, blijken dat de militair meer hulp nodig heeft dan de georganiseerde collegiale opvang kan bieden, dan draagt het teamlid de verantwoordelijkheid voor een tijdig advies tot een gesprek met de bedrijfsarts of het BMW. Het is dan aan de militair zelf om te bepalen of hij professionele hulp nodig vindt.

De gesprekken met de georganiseerde collegiale ondersteuning gebeuren op een vrijwillige basis en zijn vertrouwelijk. Er mag dus geen inhoudelijke informatie uit de gesprekken worden gegeven aan de leidinggevende. Zelfs niet wanneer strafrechtelijke zaken aan bod zijn gekomen. Wel kunnen leden van de georganiseerde collegiale ondersteuning de leidinggevende adviseren over de inzetbaarheid van een militair.

### *Selectie, opleiding en evaluatie*

De georganiseerde collegiale ondersteuning bestaat uit teamleden die benaderd zijn door de leidinggevende of de coördinator. Daarbij wordt gelet op hoe gemakkelijk potentiële leden contact maken met collega's of zij goede gespreksvaardigheden en goed zij in het team liggen. Deze selectie-eisen komen grotendeels overeen met de Richtlijn Geüniformeerd.<sup>130</sup>

De opleiding van de georganiseerde collegiale ondersteuning is intern belegd binnen de organisatie en vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de coördinator. Het bestaat uit een driedaagse training en een jaarlijkse opfriscursus. De nadruk ligt daarbij op de gespreksvaardigheden en het kunnen signaleren van verwerkingsproblemen. Door geïnterviewden wordt aangegeven dat het belangrijk is een goede ondersteuning door het collegiaal ondersteuningsteam te waarborgen. Op dit moment wordt gewerkt aan een systeem om het monitoren van de collegiale ondersteuning verder vorm te geven. De KMar maakt gebruik van een registratiesysteem waarbij leden van het ondersteuningsteam per werknemer kunnen zien welke incidenten hij heeft meegemaakt. Zo kan enerzijds bijgehouden worden hoeveel en welke incidenten deze werknemer heeft meegemaakt, anderzijds wordt het door de coördinator gebruikt om de collegiale ondersteuning te evalueren.

## **Geestelijke verzorging**

De geestelijk verzorger is binnen Defensie onderdeel van de hulpverlening. Zo maakt hij deel uit van het SMT en gaat hij mee op missies.<sup>131</sup> De geestelijk verzorger biedt een luisterend oor en kan adviseren op het gebied van zingeving. Belangrijk is dat hij daarbij niet kijkt naar het professionele functioneren van de militair. Militairen aarzelen nogal eens met het uiten van een hulpvraag uit angst dat dit negatieve consequenties heeft voor hun positie ten opzichte van collega's en de commandant. De beschikbaarheid van geestelijk verzorgers biedt een oplossing om deze drempel te slechten.

---

<sup>128</sup> Impact, 2010

<sup>129</sup> Impact, 2010

<sup>130</sup> Impact, 2010

<sup>131</sup> Ministerie van Defensie: *Geestelijke Gezondheidszorg*, n.d.

## 6.6 Kring 3 - Professionele Gezondheidszorg

Deze paragraaf gaat nader in op de professionele gezondheidszorg, waaronder bedrijfsmaatschappelijke medewerkers en eerstelijnsartsen, zoals de bedrijfs- en huisarts vallen.<sup>132</sup> De derde kring speelt een belangrijke rol binnen Defensie, omdat het verantwoordelijk is voor de inzet en kwaliteit van de professionele zorg die aan militairen wordt geleverd. In het navolgende wordt aandacht besteed aan het Sociaal Medisch Team (SMT) en het BMW.

### Sociaal Medisch Team (SMT)

Het SMT is een multidisciplinair team dat verantwoordelijk is voor de geestelijke gezondheidszorg in brede zin voor de uitgezonden militairen en hun thuisfront. Het bestaat uit een vaste samenstelling van een medewerker van het BMW, een arts en een geestelijk verzorger.<sup>133</sup> Een psycholoog wordt aan het SMT toegevoegd indien er sprake is van een grote missie (bataljonggrootte) dan wel wanneer er sprake is van een hoog risico missie. Het SMT verricht zorg voor individuen, groepen en onderdelen. Zij adviseren de commandant op uiteenlopende zaken die het psychosociaal functioneren van hun personeel betreft (bijvoorbeeld werk/rusttijden, recuperatie, conflicten, disciplinaire problemen, grensoverschrijdend gedrag). Psychosociale opvang bij incidenten is hiervan een aspect.

#### *Tijdens missies*

Tijdens uitzendingen of missies (4 tot 6 maanden) vinden inzetten plaats, bijvoorbeeld een patrouille, die mogelijk schokkende gebeurtenissen met zich meebrengen. Een operationele debriefing vindt plaats na iedere inzet. Hier wordt de uitvoering geëvalueerd. Indien dat noodzakelijk wordt geacht, is bij de operationele debriefing een SMT lid aanwezig, die vooral observeert en beschikbaar is voor militairen die behoefte hebben aan een gesprek. Verder volgen leden van het SMT militairen tijdens missies en verzorgen zij de adaptatiegesprekken na afloop van een missie.<sup>134</sup>

#### *In Nederland*

Het SMT vervult ook een rol in de gezondheid van militairen in Nederland. Zo kan het door de commandant worden gevraagd aanwezig te zijn bij operationele debriefings na een inzet of schokkende gebeurtenis. Daarnaast houdt het SMT periodiek overleg, waarbij casussen en eventuele vervolgstappen worden besproken. Het doel van deze overleggen is om adequate zorg te kunnen bieden en op tijd door te verwijzen. Op basis van de individuele gesprekken kan een SMT-lid besluiten een militair door te verwijzen naar het MGGZ, bijvoorbeeld wanneer blijkt dat de medewerker slecht(er) functioneert. Hieronder kan allerlei disfunctioneel gedrag vallen, waaronder aanpassingsstoornissen na uitzendingen maar ook andere tekenen van psychische of sociale problematiek.<sup>135</sup>

Een knelpunt dat wordt geconstateerd is dat er een gebrek is aan richtlijnen voor de overdracht van dossiers tussen het uitzendgebied en Nederland wanneer de militairen weer naar Nederland zijn teruggekeerd. Daarbij gaat het onder andere om de mate van verslaglegging en de rolverdeling tussen het SMT in Nederland en die in het buitenland. De Commandant der Strijdmachten is verantwoordelijk voor het opstellen van dergelijke richtlijnen.<sup>136</sup>

### Bedrijfsmaatschappelijk werkers (BMW)

Een militair kan via de leidinggevende terecht komen bij het BMW, wanneer deze bezorgd is over het welzijn van de werknemer. Daarnaast kan een militair ook zelf contact maken met het BMW als hij problemen op het werk ervaart, uiteenlopend van pestgedrag van collega's tot problemen in de thuissituatie. Bovendien kan het BMW zelf militairen benaderen. Zij bieden kortlopende psychosociale hulpverlening aan om de werknemer weer op het goede spoor te krijgen.<sup>137</sup>

---

<sup>132</sup> Impact, 2010

<sup>133</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008; Ministerie van Defensie: *Uitzendingen*, n.d.

<sup>134</sup> Ministerie van Defensie: *Geleidelijke Overgang voor de Militair*, n.d.

<sup>135</sup> Ministerie van Defensie: *Uitzendingen*, n.d.

<sup>136</sup> Ministerie van Defensie, Inspecteur Generaal der Krijgsmacht, p.100, 2011

<sup>137</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008

### *Voorlichting en training*

Het BMW geeft voorlichting en training aan militairen, leidinggevenden en het thuisfront. Voor militairen vindt de voorlichting voornamelijk voorafgaand aan een uitzending plaats, waarbij er praktische tips worden gegeven en ook hoe het BMW tijdens een uitzending de militairen kan bijstaan.<sup>138</sup> Leidinggevenden kunnen onder meer training krijgen van het BMW met betrekking tot "slechtnieuws" gesprekken en daarnaast kunnen zij vanuit het BMW hulp krijgen bij conflictbemiddeling. Voor het thuisfront organiseert het BMW informatiedagen over de mogelijke effecten van de uitzending op de militair en zijn gezin. Deze dienst blijft ook beschikbaar voor de familie tijdens en na afloop van een uitzending.<sup>139</sup>

### *Monitoring en evaluatie*

Het is de verantwoordelijkheid van het BMW om Defensiepersoneel te monitoren en te evalueren. Dit is niet alleen in het belang van de militairen zelf, maar ook voor de organisatie als geheel. Minder inzetbaar personeel betekent minder capaciteit voor Defensie.<sup>140</sup> Naar aanleiding van individuele gesprekken kan het BMW de leidinggevende adviseren over de inzetbaarheid van de militair en de mogelijkheden om de inzetbaarheid te vergroten. Daarbij wordt niet ingegaan op de inhoud van de gesprekken. Over het algemeen worden deze adviezen door leidinggevenden als nuttig ervaren.<sup>141</sup>

Hoewel het BMW een belangrijk aanspreekpunt is voor zowel militairen als leidinggevende geeft de IGK aan dat er een relatief hoog verloop is onder de bedrijfsmaatschappelijk medewerkers. Hierdoor krijgen militairen en leidinggevenden ook gedurende re-integratie trajecten te maken met andere contactpersonen. Dit leidt tot het gevoel dat het traject met ieder nieuw contactpersoon opnieuw begonnen moet worden.<sup>142</sup>

### *Doorverwijzing*

Het BMW kan doorverwijzen naar de gespecialiseerde (trauma)zorg wanneer duidelijk wordt dat het BMW de militair niet op het juiste spoor kan krijgen. Er wordt een maximum van vijf gesprekken met het BMW gehanteerd voordat doorverwezen wordt naar bijvoorbeeld een psycholoog.<sup>143</sup>

## **6.7 Kring 4 - Gespecialiseerde GGZ**

In deze paragraaf wordt de rol van de gespecialiseerde (trauma)zorg besproken. Hieronder vallen psychiaters, psychologen en psychotherapeuten.<sup>144</sup> Bij Defensie valt ook de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg binnen de eigen organisatie en kunnen militairen alleen bij uitzondering door de reguliere GGZ behandeld worden, bijvoorbeeld bij zeer complexe aandoeningen die slechts zelden voorkomen. Het doel van de MGGZ is om psychosociale problemen of psychische stoornissen bij militairen te voorkomen, te behandelen of de gevolgen draaglijk te maken. Daarbij gaat het niet alleen om het behandelen van de klachten, maar ook om de inzetbaarheid van de militair.<sup>145</sup>

### *Preventie*

De MGGZ heeft onder andere als doelstelling bij te dragen bij de preventie van problemen bij militairen. Dat doet zij op verschillende manieren. Samen met andere zorginstanties verzorgt MGGZ een keten van psychische en psychosociale zorg. Zowel regulier, rondom uitzending en voor postactieve militairen. Rondom uitzending participeert de MGGZ in trainingen ten bate van stressmanagement, thuisfrontvoorlichting, teambuilding SMT, psychosociale ondersteuning in brede zin, adaptatie, terugkeergesprekken, recuperatieoefeningen en vragenlijst nazorg. Ook is het MGGZ nauw betrokken bij de invoering van het georganiseerd collegiaal ondersteuningsteam in het Korps Mariniers. Daarmee wordt getracht militairen in een vroeg stadium na een schokkende gebeurtenis al te begeleiden bij de verwerking daarvan. Naar aanleiding van de resultaten van de pilot, wordt besloten of de georganiseerde collegiale ondersteuning voor de hele krijgsmacht ingevoerd gaat worden.<sup>146</sup> De militaire GGZ richt zich echter ook op preventieve zorg door bijvoorbeeld training te

<sup>138</sup> Ministerie van Defensie: *Uitzendingen*, n.d.

<sup>139</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008

<sup>140</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008

<sup>141</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008; Ministerie van Defensie, Inspectie Militaire Gezondheidszorg, 2005

<sup>142</sup> Ministerie van Defensie, Inspecteur Generaal der Krijgsmacht, p.199, 2011

<sup>143</sup> DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008, pp.8

<sup>144</sup> Impact, 2010, p 27

<sup>145</sup> Ministerie van Defensie, 2011

<sup>146</sup> Ministerie van Defensie, 2011

geven aan en het begeleiden van het Sociaal Medisch Team en door wetenschappelijk onderzoek te doen naar mogelijkheden om door middel van preventieve programma's psychosociale problemen bij militairen te verkleinen. Daarvoor wordt samengewerkt met (inter)nationale partners.<sup>147</sup>

### *Behandeling*

Een militair kan door middel van een doorverwijzing van een lid van het SMT terecht komen bij de MGGZ. Eind 2010 behandelde het MGGZ ongeveer 1750 patiënten. Daarbij gaat het om veelvoorkomende problematiek zoals angst-, midden- en aanpassingsstoornissen, depressie en posttraumatische stressstoornis (PTSS).<sup>148</sup> De MGGZ biedt reguliere en gespecialiseerde behandelingen aan. Voor complexe problematiek die weinig voorkomt, wordt doorverwezen naar civiele instellingen die specialistische kennis in huis hebben.

### *Re-integratie*

Doel van de behandeling is enerzijds de militair klachtenvrij te krijgen en anderzijds een maximale inzetbaarheid te bewerkstelligen.<sup>149</sup> Vóór de re-integratie naar het werk, vindt overleg plaats met het SMT. Hoewel de communicatie richting deze eerstelijns zorg goed gaat, wordt aangegeven dat de informatievoorziening aan eenheidscommandanten vanuit de (gespecialiseerde) gezondheidszorg niet vlekkeloos verloopt. Eenheidscommandanten weten "te vaak" niet welke werknemers onder behandeling staan en welke gevolgen dit heeft voor hun functioneren op de werkplek.<sup>150</sup>

### *Samenwerking met civiele instellingen*

Met de invoering van het geïntegreerde zorgmodel in 2008 moet Defensie beschikken over de capaciteit om continue (psychosociale) gezondheidszorg aan te bieden aan de militairen. Tevens is een goede samenwerking opgebouwd met civiele zusterziekenhuizen en organisaties zoals huisartsenverenigingen. In 2010 heeft Defensie in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) de handreiking "Huisartsenzorg voor militairen en veteranen" uitgebracht, waarin nader wordt ingegaan op de civiel-militaire samenwerking.<sup>151</sup> Ondanks deze inspanningen werden in de interviews gevallen genoemd van militairen en veteranen die niet tot de psychosociale zorg komen die zij nodig hebben en zich soms in de steek gelaten voelen door de Defensie. Ook in thema-uitzendingen van actualiteitenprogramma's als Netwerk en EénVandaag is dit beeld in het verleden naar voren gekomen, hoewel het daarbij de situatie van vóór 2010 betrof.<sup>152</sup>

## **6.8 Conclusies Defensie**

Defensie kijkt in diverse opzichten af van de overige geüniformeerde diensten die in dit rapport behandeld worden. Anders dan voor ambulancemedewerkers, brandweermannen en politieagenten, wordt voor militairen de gezondheidszorg geleverd door of via de militair geneeskundige dienst binnen Defensie. De (psychosociale) zorgketen is dan ook binnen de organisatie belegd, waardoor Defensie beschikt over huisartsen tot aan gespecialiseerde psychiaters. Deze situatie levert enkele voordelen op, die hieronder worden besproken. Daarna worden ook enkele knelpunten besproken die naar voren zijn gekomen.

### *Voordelen*

Het militaire zorgmodel zorgt voor enkele voordelen voor de psychosociale zorg aan geüniformeerden. Zo is de zorgketen goed vastgelegd en gedocumenteerd. Er is veel informatie voorhanden over waar hulp gevonden kan worden en welke taken door welke afdeling worden uitgevoerd. Deze informatie is beschikbaar voor zowel militairen als naasten en leidinggevendenden. Daarbij wordt ook ingegaan op de mogelijke psychische gevolgen van het werk.<sup>153</sup> De "bijzondere zorgplicht" van Defensie voor militairen is wettelijk vastgelegd. Deze zorgplicht houdt in dat de organisatie actief de zorg naar de militairen moet brengen en gaat daarmee duidelijk verder dan het uitdragen van "goed werkgeverschap" zoals dat in de Arbo-wet is vastgelegd.<sup>154</sup> Naast de wettelijke verplichting voor de

<sup>147</sup> Ministerie van Defensie, p.4, 2011; Defensie, 2011; Ministerie van Defensie: *Uitzendingen*, n.d.

<sup>148</sup> Gersons, 2005; Ministerie van Defensie, 2011, p7, 2011

<sup>149</sup> Ministerie van Defensie, 2011

<sup>150</sup> Ministerie van Defensie, Inspecteur Generaal der krijgsmacht, p.100, 2011

<sup>151</sup> Ministerie van Defensie, Landelijke Huisarts Vereniging, 2010.

<sup>152</sup> Uitzending Netwerk 29 november, 2006 en de EénVandaag uitzendingen van 27-12-2008; 01-11-2008; 15-10-2009; 08-09-2010

<sup>153</sup> Defensie, 2011; DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk, 2008

<sup>154</sup> Eijssing, Poppe, Pechtold, en Peters, 2010; Rijksoverheid, 2006

zorg aan militairen, geeft Defensie aan ook een morele verantwoordelijkheid te voelen om kwalitatief hoge zorg aan te bieden.<sup>155</sup> Daarbij wordt er continu onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de zorg die door Defensie geleverd wordt.<sup>156</sup> Ten slotte, doordat de zorgketen zich geheel binnen de organisatie bevindt, is het duidelijk voor iedere kring naar welke instantie doorverwezen kan worden en hoe deze te bereiken zijn.

### *Knelpunten*

Er komen echter ook diverse knelpunten naar voren. Juist omdat militairen verplicht zijn de gezondheidszorg binnen Defensie af te nemen, is de geheimhoudingsplicht van groot belang – vermeden dient te worden dat militairen vanwege gesprekken met betrekking tot hun geestelijke gezondheid ontslagen of gestigmatiseerd worden.<sup>157</sup> Aangegeven wordt dat leden van het SMT zich aan deze geheimhoudingsplicht houden, en dat leidinggevendenden dus geen inhoudelijke informatie uit het SMT verkrijgen.<sup>158</sup> Niettemin bestaat de vrees dat leidinggevendenden via hun aanwezigheid tijdens SMT overleggen toch informatie krijgen met betrekking tot de psychosociale behandeling van militairen. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat een deel van de naasten vinden dat zij onvoldoende informatie krijgen van Defensie over de mogelijke psychosociale effecten van de missie op hun partner. Uit interviews komt naar voren dat er meer praktische ondersteuning beschikbaar moet zijn van het BMW voor achterblijvende families. In de praktijk gebeurt dit nog onvoldoende. Tevens is er onduidelijkheid over de rol- en taakverdeling binnen de diverse kringen. Onder leidinggevendenden bestaat verwarring over de verantwoordelijkheid voor nazorgtaken doordat documenten niet specificeren welke commandant bedoeld wordt. Direct leidinggevendenden zoals pelotonscommandanten voelen zich verantwoordelijk, maar weten niet welke taken zij op zich moeten nemen. Bovendien is binnen de professionele gezondheidszorg niet geheel duidelijk hoe dossiers moeten worden overgedragen tussen en binnen de SMT's in het uitzendgebied en in Nederland. Nadere richtlijnen zijn hier gewenst.<sup>159</sup> Tot slot constateren geïnterviewden dat, ondanks een samenwerking tussen diverse gezondheidscentra binnen Defensie en civiele ziekenhuizen en huisartsen, er nog steeds militairen of veteranen tussen wal en schip vallen.<sup>160</sup>

## 6.9 Referenties

- Eijsing, A., Poppe, R., Pechtold, A., en Peters, M. (2010). *Memorie van Toelichting Veteranenwet*, Den Haag.
- Commissie Tiesinga (1997). *Deelname aan vredesmissies: gevolgen opvang en nazorg. Aanbevelingen van de Commissie Tiesinga. Beleidsaanbevelingen naar aanleiding van een onderzoek onder veteranen gezinsleden en zorginstellingen*. Ministerie van Defensie: Den Haag.
- DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk (2008). *Inzet voor Inzetbaarheid*. Ministerie van Defensie: Den Haag.
- Gersons, B.P.R (2005). *Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Advies aan de Staatssecretaris van Defensie, de heer C. van der Knaap*. Ministerie van Defensie: Den Haag.
- Impact (2010). *Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Geüniformeerden*. Impact: Amsterdam.
- Ministerie van Defensie (2009). *Kamerbrief. vragen van het lid Eijsink (PvdA) aan de staatssecretaris van Defensie over de nazorg van militairen na terugkomst van missie (ingezonden 29 mei 2009 met kenmerk 2009Z10088)*.
- Ministerie van Defensie (2011). *Jaarverslag MGGZ 2010*, Den Haag.
- Ministerie van Defensie (n.d.). *Geestelijk Gezondheidszorg*. [Online], [gecteerd op 01-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op [http://www.defensie.nl/cdc/gezondheidszorg/geestelijke\\_gezondheidszorg](http://www.defensie.nl/cdc/gezondheidszorg/geestelijke_gezondheidszorg)
- Ministerie van Defensie (n.d.). *Geleidelijk Overgang voor de Militair*. [Online], [gecteerd op 01-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op [http://www.defensie.nl/thuisfront/terugkomst/geleidelijke\\_overgang\\_voor\\_de\\_militair/](http://www.defensie.nl/thuisfront/terugkomst/geleidelijke_overgang_voor_de_militair/)

<sup>155</sup> Defensie, 2011

<sup>156</sup> Ministerie van Defensie, 2011

<sup>157</sup> Impact, 2010

<sup>158</sup> IMG, 2005

<sup>159</sup> IGK, 2011

<sup>160</sup> LHV, 2010; IMG, 2011; Netwerk, 2006; EénVandaag, 2008-2010



- Ministerie van Defensie (n.d.). *Kinderen Voorbereiden*. [Online], [geciteerd op 01-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op [http://www.defensie.nl/thuisfront/voorbereiding\\_en\\_vertrek/kinderen\\_voorbereiden](http://www.defensie.nl/thuisfront/voorbereiding_en_vertrek/kinderen_voorbereiden)
- Ministerie van Defensie (n.d.). *Thuis Weer de Draad Oppakken*. [Online], [geciteerd op 01-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op [http://www.defensie.nl/thuisfront/terugkomst/thuis\\_de\\_draad\\_weer\\_oppakken/](http://www.defensie.nl/thuisfront/terugkomst/thuis_de_draad_weer_oppakken/)
- Ministerie van Defensie (n.d.). *Uitzendingen*. [Online], [geciteerd op 01-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op [http://www.defensie.nl/cdc/gezondheidszorg/geestelijke\\_gezondheidszorg/uitzendingen](http://www.defensie.nl/cdc/gezondheidszorg/geestelijke_gezondheidszorg/uitzendingen)
- Ministerie van Defensie, Inspecteur Generaal der Krijgsmacht (2011). *Jaarverslag 2010*, Den Haag.
- Ministerie van Defensie, Inspectie Militaire Gezondheidszorg (2005). *Jaarverslag 2005*, Den Haag.
- Ministerie van Defensie, Landelijke Huisartsenvereniging (2010). *Huisartsen Zorg Voor Militairen en Veteranen*. Den Haag.
- Remie, R. (2009). *Factoren die Veteranen Beïnvloeden om Zich Aan te Melden Voor Zorg*, Open University.
- Rijksoverheid (2006). *Algemeen militair ambtenarenreglement. Hoofdstuk 9: aanspraken en verplichtingen in verband met de gezondheidszorg*. Laatst gewijzigd 03-07-2006. [Online], [geciteerd op 01-11-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op: [http://mpbundels.mindef.nl/31\\_serie/31\\_101/31\\_101\\_1210\\_inh.htm](http://mpbundels.mindef.nl/31_serie/31_101/31_101_1210_inh.htm)
- Rijksoverheid (2011) *Kerncijfers 2010*. [Online], [geciteerd op 20-11-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op: <<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2011/03/21/kerngegevens-Defensie.html>>
- Veteraneninstituut (2011). *Interviewproject Nederlandse Veteranen (IPNV)*. [Online], [geciteerd 01-12-2011]. Beschikbaar op het World Wide Web op <<http://www.veteraneninstituut.nl/projecten/interviewproject>>

## 7. Samenvatting en conclusies

Doel van deze rapportage is om de psychosociale zorgketen binnen de geüniformeerde diensten ambulance, brandweer, Defensie en politie in kaart te brengen. Bekeken is welke partijen relevant zijn in de psychosociale ondersteuning van de geüniformeerde werknemer. Zo is getracht invulling te geven aan het 'kringenmodel', zoals gedefinieerd in de Richtlijn Geüniformeerden. Het Kringenmodel beschrijft de verschillende 'lagen' in de zorgverlening, te beginnen bij de eigen verantwoordelijkheid van de geüniformeerde, directe collega's, leidinggevendenden, bedrijfsartsen en (uiteindelijk) de gespecialiseerde GGZ. Het onderzoek ging in op hoe de verantwoordelijkheden binnen, en de overgang tussen deze kringen is vastgelegd dan wel zichtbaar was binnen de organisatie; in het bijzonder de overgang naar de professionele gezondheidszorg.

In paragraaf 7.1 wordt ingegaan op de achtergrond van psychosociale ondersteuning. De resultaten met betrekking tot de 'zorgketen' binnen de organisaties worden nader toegelicht in paragraaf 7.2. In paragraaf 7.3 wordt uitgewijd over de overeenkomsten en verschillen die tussen de organisaties zijn gevonden met betrekking tot de inrichting van de zorgketen en uitvoering van psychosociale ondersteuning. Ten slotte wordt in paragraaf 7.4 nader ingegaan op de successen en de knelpunten die er zijn geconstateerd in de zorgketens van de verschillende organisaties.

### 7.1 Achtergrond

Door de aard van het werk dat geüniformeerden uitvoeren worden zij regelmatig geconfronteerd met potentieel schokkende ervaringen die negatieve gevolgen kunnen hebben voor de (psychosociale) gezondheid. Binnen de diensten bestaan vormen van psychosociale ondersteuning over het algemeen sinds de jaren '90. In de laatste vijf jaar hebben er vooral bij de brandweer en Defensie grote veranderingen plaatsgevonden in het aanbieden van de zorg. In het geval van de brandweer ging het daarbij voornamelijk om een kwalitatieve verbetering van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Zo is er mede naar aanleiding van de Richtlijn Geüniformeerden nu een landelijke gids Nazorg in ontwikkeling die begin 2012 uitkomt. Deze biedt handvatten voor brandweerkorpsen om de psychosociale ondersteuning op uniforme wijze aan te bieden aan brandweerlieden. Bij Defensie zijn militairen verplicht hun (psychosociale) zorg binnen de organisatie af te nemen. En ook de politie besteedt met de uitvoer van het landelijke Programma Versterking Professionele Weerbaarheid intensief aandacht aan de psychosociale nazorg aan politiepersoneel.

### 7.2 Zorgketens binnen de geüniformeerde diensten

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de wijze waarop de zorgketen binnen de verschillende diensten is ingericht. Daarbij wordt aandacht besteed aan de taken en verantwoordelijkheden van de kringen 0 tot en met 4 uit het bovengenoemde kringenmodel (kring 0: de geüniformeerde zelf, kring 1: naasten, kring 2: sleutelfiguren, zoals leidinggevendenden en de georganiseerde collegiale ondersteuning, kring 3: professionele gezondheidszorg, zoals de bedrijfsarts en de BMW en kring 4: de gespecialiseerde (trauma)zorg). Tevens wordt beschreven in hoeverre er inzicht is in de overgang tussen de kringen binnen de organisatie en in hoeverre deze overgangen schriftelijk zijn vastgelegd in bijvoorbeeld procedures. Achtereenvolgens worden de resultaten voor de ambulance, de brandweer, politie en Defensie besproken.

#### Ambulance

De ambulancezorgverlener zelf heeft binnen de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) een eigen verantwoordelijkheid voor zijn fysieke en geestelijke gezondheid. Daarnaast heeft hij ook een zelfbeschikkingsrecht, waarmee bedoeld wordt dat ondersteuning niet opgedrongen moet worden vanuit de organisatie. Hoewel deze regels niet zijn vastgelegd, worden zij wel door iedereen binnen de RAV's geaccepteerd.

Naasten spelen een belangrijke rol binnen de ambulanceorganisatie. Vooral collega's bieden informele ondersteuning na een incident aan de koffietafel. Binnen de ambulance bestaan hechte

teams waarin werknemers elkaar goed kennen, waardoor collega's gedragsveranderingen bij elkaar kunnen herkennen. Deze signalerende rol van collega's wordt vanuit de meeste RAV's ondersteund door middel van psycho-informatie. Deze informatie, die betrekking heeft op symptomen van een verstoorde verwerking en plekken waar hulp gevonden kan worden, wordt via brochures aan de ambulancezorgverleners beschikbaar gesteld. Aan de eventuele rol die familieleden spelen bij de ondersteuning aan ambulancezorgverleners wordt binnen de ambulance geen specifieke aandacht besteed.

De tweede kring van sleutelfiguren zoals de leidinggevende en de georganiseerde collegiale ondersteuning hebben ook een belangrijke rol in de signalering van eventuele problemen. De leidinggevende is verantwoordelijk voor het welzijn van de werknemers. Voor additionele ondersteuning na een schokkende gebeurtenis kan hij de georganiseerde collegiale ondersteuning inroepen. Procedures voor de inschakeling van de georganiseerde collegiale ondersteuning zijn beperkt tot het gebruiken van een incidentenlijst, terwijl een strikte naleving van deze lijst niet gecontroleerd wordt. De georganiseerde collegiale ondersteuning dient als ondersteuning bij het natuurlijke verwerkingsproces van ambulancewerknemers na een schokkende gebeurtenis en is verantwoordelijk voor een tijdig advies tot doorverwijzing naar de bedrijfsarts of het BMW. Er zijn geen protocollen gevonden die voor de ambulance aangeven wanneer doorwijzing van de collegiale ondersteuning naar de professionele of gespecialiseerde gezondheidszorg plaats moet vinden. Uitzondering hierop is de doorverwijzing naar de bedrijfsarts – deze is geïndiceerd wanneer er sprake is van ziekteverzuim.

In het merendeel van de geïnterviewde RAV's wordt de professionele gezondheidszorg geleverd door een externe partij. De contacten en deze externe partijen zijn grotendeels door middel van (toevallige, historisch gegroeide) samenwerkingsverbanden binnen de regio tot stand gekomen. Hoewel daarbij geen vaste contracten gebruikt worden, is er een grote mate van continuïteit in de contacten, waardoor de professionele gezondheidszorg duidelijk in beeld is bij de ambulanceorganisaties. Afhankelijk van de banden die zijn ontstaan, kan er ook meteen doorverwezen worden naar een psycholoog. De derde kring wordt in die gevallen dus overgeslagen.

Hoe en wanneer er doorverwezen moet worden vanuit de professionele gezondheidszorg naar de gespecialiseerde (trauma)zorg is voor de ambulance vastgelegd in de Periodieke Arbeidsgezondheidskundige Monitor (PAM) die opgesteld is door de sectororganisatie Ambulancezorg Nederland. Naar wie er wordt doorverwezen is binnen de RAV's onduidelijk. De geïnterviewden gaan er van uit dat het BMW en de bedrijfsarts hun eigen contacten en netwerk gebruiken. Over het algemeen wordt niet gewerkt met vaste contracten.

## **Brandweer**

Binnen de brandweer is niets vastgelegd over de eigen verantwoordelijkheid van brandweermannen. Wel krijgen zij vanuit de organisatie psycho-informatie aangereikt tijdens de opleiding en zijn er brochures beschikbaar over de georganiseerde collegiale ondersteuning, dat voor een deel is gebundeld op de website van het Brandweerkennisnet. De informatie is erop gericht brandweermannen te informeren over de symptomen van verwerkingsproblemen en waar hulp gevonden kan worden. Bovendien maakt het expliciet dat er nu een open cultuur bestaat binnen de brandweer met betrekking tot het praten over emoties en het zoeken van hulp wanneer psychosociale problemen ondervonden worden. Op deze manier wordt geprobeerd de praktische zelfredzaamheid van brandweermannen te vergroten.

De eerste kring van naasten vervult een belangrijke rol in het bieden van ondersteuning. Net als bij de ambulance, blijkt de eerste opvang na een schokkende gebeurtenis voornamelijk aan de koffietafel plaats te vinden. Doordat er hechte teams bestaan, zijn collega's in staat om gedragsveranderingen bij elkaar te constateren. Door het aanbieden van informatie over de georganiseerde collegiale ondersteuning brengen de brandweerkorpsen de medewerkers op de hoogte van de mogelijkheden voor ondersteuning.

De leidinggevende is verantwoordelijk voor het welzijn van de brandweermannen. In een toenemend aantal korpsen wordt nazorg nu expliciet opgenomen in de functiebeschrijving van zowel operationeel als functioneel leidinggevendenden. De leidinggevende heeft daarbij een signalerende rol. Wanneer hij signaleert dat een werknemer problemen ondervindt, dan schakelt hij de professionele

gezondheidszorg in. Na schokkende gebeurtenissen kan hij bovendien de hulp van de georganiseerde collegiale ondersteuning inroepen. Daarvoor wordt in de meeste korpsen gebruik gemaakt van een incidentenlijst. Onduidelijk is of op het gebruik van de incidentenlijst wordt toegezien. De collegiale ondersteuning heeft een verantwoordelijkheid in de signalering van eventuele verwerkingsproblemen en een tijdige advisering naar de professionele gezondheidszorg. Een coördinator is verantwoordelijk voor de ondersteuning die geboden wordt door het ondersteuningsteam. In sommige brandweerkorpsen is dit een leidinggevende. Wanneer doorverwijzing naar de professionele of gespecialiseerde gezondheidszorg moet plaatsvinden, lijkt binnen de brandweer niet te zijn vastgelegd.

Doorverwijzing naar de professionele gezondheidszorg zoals het bedrijfsmaatschappelijk werk of de bedrijfsarts gebeurt in de praktijk weinig. Afhankelijk van de grootte van het korps bevinden deze zich binnen of buiten de organisatie. In het laatste geval bestaan er contracten via de Arbo-dienst of de gemeente. Vanwege het grote aantal vrijwilligers bij de brandweer, is de eigen bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk werker vaak een relatief onbekend persoon, waardoor brandweermannen ook wel bij de huisarts terecht komen wanneer zij psychosociale problemen ondervinden.

Hoe doorverwijzing plaatsvindt naar de gespecialiseerde (trauma)zorg, is binnen de brandweerkorpsen niet altijd duidelijk. Wanneer er geen zorgcontracten zijn afgesloten met specifieke instellingen wordt gebruik gemaakt van de eigen contacten en het eigen netwerk van de professionele gezondheidszorg om een brandweerman door te verwijzen.

## **Politie**

In de Werkgeversvisie opgesteld door de Politie Nederland is vastgelegd dat politieagenten “voor zover mogelijk” verantwoordelijk zijn voor hun eigen fysieke en geestelijke gezondheid. De politiekorpsen faciliteren dit door informatie aan te bieden over mogelijke symptomen van psychosociale problemen door middel van brochures en het bieden van ondersteuning door middel van de georganiseerde collegiale ondersteuning.

Hoewel erkend wordt dat de ondersteuning van naasten belangrijk is voor politieagenten, is in het verleden bezuinigd op de relatie van de politieorganisatie met de familie. Er wordt nu geprobeerd deze relatie te herstellen en familieleden weer actief te betrekken bij de politie, bijvoorbeeld door informatieavonden en familiedagen te organiseren. Zo wil men het thuisfront inzicht geven in het werk dat de politieagent uitvoert en de communicatie hierover tussen agenten en hun familieleden bevorderen.

Ook bij de politie is de leidinggevende verantwoordelijk voor het welzijn van de werknemers. Hij heeft daarbij vooral een signalerende rol. Wanneer problemen zich voordoen kan hij de hulp van de professionele gezondheidszorg inroepen. Na schokkende gebeurtenissen kan hij bovendien additionele ondersteuning vragen van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van een incidentenlijst. De georganiseerde collegiale ondersteuning draagt zorg voor een systematische ondersteuning van politieagenten na schokkende gebeurtenissen om zo negatieve psychosociale gevolgen te voorkomen. Een coördinator is verantwoordelijk voor de georganiseerde collegiale ondersteuning. In diverse korpsen is deze coördinator een bedrijfsmaatschappelijk werker. Hoewel diverse korpsen generieke doorverwijssignalen hebben vastgelegd in brochures en protocollen, worden geen specifieke criteria genoemd voor de doorverwijzing naar de professionele gezondheidszorg.

Doorverwijzing naar de professionele gezondheidszorg gebeurt in de praktijk weinig. Als dit gebeurt dan gaat het veelal niet alleen om werkgerelateerde problematiek, maar spelen er vaak ook in het privéleven problemen. In een groot aantal korpsen is de bedrijfsarts en/of het bedrijfsmaatschappelijk werk binnen de organisatie aanwezig en is duidelijk hoe en waarvoor zij bereikbaar zijn. Ook in korpsen waar de professionele gezondheidszorg zich buiten het korps bevindt, is binnen de organisatie bekend wie dit is en hoe deze bereikt kan worden.

De gespecialiseerde (trauma)zorg voor politieagenten is in een aantal korpsen contractueel vastgelegd met instelling als PDC Politiepoli of het Instituut voor Psychotrauma. Waar dit niet het geval is wordt voornamelijk gebruik gemaakt van de contacten en het netwerk van het BMW of de

bedrijfsarts voor doorverwijzing. Voor de georganiseerde collegiale ondersteuning is dan niet altijd zichtbaar wie de gespecialiseerde zorg levert.

## **Defensie**

Binnen Defensie wordt sterke nadruk gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de militair voor zijn inzetbaarheid en gezondheid. Tijdens de opleiding van militairen wordt aandacht besteed aan symptomen van mogelijke problemen. Daarnaast zijn zij verplicht hun fysieke en geestelijke gezondheidszorg binnen Defensie af te nemen en kunnen zij slechts bij uitzondering gebruik maken van de civiele gezondheidszorg. Zij moeten hulp zoeken wanneer een leidinggevende aangeeft dat dit nodig is.

De rol van familie en welke rechten zij hebben, is duidelijk vastgelegd binnen Defensie. De Defensieorganisatie besteedt veel aandacht aan de familie, niet alleen omdat zij een belangrijke rol speelt in de signalering van gedragsveranderingen, maar ook omdat de familie offers maakt om de militair zijn werk te laten doen. Voor het gezin zijn naast psycho-informatie ook de bedrijfsmaatschappelijk werkers van Defensie beschikbaar voor (praktische) ondersteuning.

Leidinggevendenden hebben een verantwoordelijkheid voor het welzijn en de inzetbaarheid van militairen. Tevens is hij na schokkende gebeurtenissen verantwoordelijk voor de organisatie van een operationele debriefing. Hij kan daarbij de assistentie van het Sociaal Medisch Team (SMT) inroepen, dat bestaat uit de professionele en gespecialiseerde gezondheidszorg. Daarnaast neemt de geestelijke verzorger een belangrijke plek in binnen de organisatie doordat deze voor iedereen ongeacht religie beschikbaar is en geen verantwoording af hoeft te leggen binnen de organisatie. Dit biedt voor militairen een veilig klimaat om over problemen te praten.

De professionele gezondheidszorg is verantwoordelijk voor de inzetbaarheid van militairen en de kwaliteit van de aan hen geleverde zorg. Het speelt een prominente rol binnen de Defensieorganisatie, waar de georganiseerde collegiale ondersteuning veel minder sterk aanwezig is. Alleen de Koninklijke Marechaussee en het Korps Mariniers beschikt over een collegiaal ondersteuningsteam. In het periodiek overleg van het SMT worden casussen doorgesproken. Dit overleg zorgt voor directe communicatie tussen de professionele gezondheidszorg en de gespecialiseerde (trauma)zorg. Deze diensten bevinden zich beide binnen de Defensieorganisatie. Wanneer precies de doorverwijzing van de professionele naar de gespecialiseerde gezondheidszorg moet plaatsvinden is niet gedocumenteerd. Doordat militairen verplicht zijn hun zorg bij hun werkgever af te nemen, draagt het SMT de verantwoordelijkheid voor geheimhouding van patiëntgegevens. Oneigenlijk gebruik van patiëntinformatie die tijdens SMT-bijeenkomsten is besproken, moet voorkomen worden. Belangrijk is dat militairen niet gestigmatiseerd of zelfs ontslagen worden vanwege behandeling van psychosociale problemen.

### **7.3 Overeenkomsten en verschillen tussen (en binnen) geüniformeerde organisaties**

De inrichting en uitvoering van de psychosociale zorgketen bij ambulance, brandweer, Defensie en politie kent diverse overeenkomsten en verschillen, zowel binnen als tussen de organisaties. In deze paragraaf wordt hierop nader ingegaan.

#### **Overeenkomsten**

Er zijn een aantal overeenkomsten te vinden in de organisatie van de psychosociale zorgketen. Zo is er bij de geüniformeerde diensten de afgelopen tien jaar veel aandacht geweest voor het leveren van psychosociale nazorg aan werknemers en zijn er in diverse organisaties stappen gezet om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren. Het merendeel van de organisaties (Defensie is een duidelijke uitzondering) beschikt over georganiseerde collegiale ondersteuning om geüniformeerden te helpen bij de verwerking van schokkende gebeurtenissen.

Collegiale ondersteuning heeft tevens ten doel geüniformeerden met psychosociale problemen tijdig door te verwijzen naar de professionele gezondheidszorg. Er blijkt over het algemeen echter maar weinig bekend te zijn onder welke omstandigheden moet worden doorverwezen. De Richtlijn Geüniformeerden geeft hiertoe wel aanwijzingen, in de vorm van (gedrags)kenmerken die indicatief

voor verwerkingsproblematiek kunnen zijn, maar ook in de vorm van het stellen van een maximum van 3 gesprekken binnen collegiale ondersteuning. In de praktijk blijkt echter dat geüniformeerden slechts sporadisch naar aanleiding van een schokkende gebeurtenis worden doorgestuurd naar de professionele of gespecialiseerde gezondheidszorg.

Alle geüniformeerde diensten melden dat er een hechte band bestaat tussen collega's waardoor zij onderling goed signaleren hoe het met een collega gaat. Daarnaast vindt de eerste opvang vaak al 'aan de koffietafel' plaats, waar collega's gezamenlijk de gebeurtenis van zich kunnen 'afpraten'. Voor de meeste geüniformeerden blijkt dat voldoende. Een grote meerderheid van de geïnterviewden is tevreden met de manier waarop er zorg aan de geüniformeerden wordt gegeven en geeft aan dat naar hun mening werknemers die psychosociale zorg nodig hebben deze ook ontvangen.

Naast directe collega's hebben ook familieleden een belangrijke rol bij het bieden van ondersteuning en de signalering van eventuele gedragsveranderingen bij geüniformeerden. Toch is er slechts bij uitzondering speciale informatie beschikbaar voor deze groep. Defensie is de enige organisatie die een breed scala aan informatie aanbiedt en zich daarnaast ook beschikbaar stelt voor de praktische ondersteuning van het gezin van de militair.

Daarnaast dragen leidinggevenden bij alle geüniformeerde diensten een verantwoordelijkheid voor het welzijn van de werknemers, maar hebben geüniformeerden ook een eigen verantwoordelijkheid bij het behouden van hun fysieke en psychosociale gezondheid. Alleen binnen de politie en Defensie is deze eigen verantwoordelijkheid ook duidelijk vastgelegd in documenten.

Tevens bestaat er bij diverse geïnterviewden van de ambulance, brandweer en politie de wens om vaker op multidisciplinaire wijze een operationele debriefing te houden. Dit helpt bij het compleet krijgen van het totale beeld van een incident. Er ontstaat regelmatig onduidelijkheid over de logica achter het handelen van andere geüniformeerde organisaties die ook bij een schokkend incident betrokken zijn. Door een gezamenlijke debriefing van het incident kunnen mogelijke frustraties weggenomen worden. Aangegeven wordt dat multidisciplinaire debriefings in de praktijk niet altijd gemakkelijk te organiseren zijn. Een mogelijke oplossing daarbij is de gezamenlijke behuizing van een gebouw, waardoor diensten elkaar snel en gemakkelijk kunnen vinden en waardoor een gezamenlijke debriefing logischerwijs volgt uit een gezamenlijke inzet. In de praktijk deelt bijvoorbeeld de brandweer al regelmatig een gebouw met de ambulance of de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR). De laatste heeft tevens een coördinerende rol in de psychosociale ondersteuning aan bevolking en hulpverleners na grote ongevallen en rampen.

## **Verschillen**

Naast de genoemde overeenkomsten zijn er ook diverse verschillen te constateren met betrekking tot de manier waarop psychosociale ondersteuning wordt aangeboden aan geüniformeerden. Een opmerkelijk verschil bestaat tussen Defensie en de andere geüniformeerde diensten. Militairen zijn wettelijk verplicht om hun zorg bij hun werkgever af te nemen en kunnen alleen bij uitzondering gebruik maken van civiele zorg. Enerzijds maakt dit dat de zorgketen binnen Defensie duidelijk in beeld is, deze is immers in zijn geheel bij de organisatie belegd. Bovendien worden de militairen behandeld door professionele en gespecialiseerde gezondheidszorg die bekend zijn met het werk van militairen en de organisatiecultuur. Anderzijds kan dit militairen kwetsbaar maken voor stigmatisatie en ontslag, wanneer niet strikt vertrouwelijk met patiëntinformatie wordt omgegaan. Daarnaast heeft binnen Defensie de professionele gezondheidszorg een veel prominenter rol dan bij de ambulance, brandweer of politie. Het SMT is aanwezig op uitzending en komt in Nederland op operationele debriefings na een schokkende gebeurtenis. De georganiseerde collegiale ondersteuning heeft op dit moment binnen Defensie een kleinere rol en is alleen ingevoerd bij de Koninklijke Marechaussee en het Korps Mariniers.

Daarnaast bestaat er een verschil tussen en binnen de geüniformeerde diensten met betrekking tot de uitvoering de collegiale ondersteuning. Verschillen zijn daarbij gevonden in:

- (i) de manier waarop de selectie van leden voor collegiale ondersteuning plaatsvindt, in sommige korpsen of diensten wordt daarbij gebruik gemaakt van een sollicitatieprocedure, in andere regio's worden leden naar voren geschoven door het team;
- (ii) de manier waarop leden worden opgeleid voor het collegiale ondersteuningsteam. Deze opleiding vindt zowel binnen als buiten organisaties plaats en de duur kan variëren van twee

tot vijf dagen; de inschakeling van de georganiseerde collegiale ondersteuning kan verschillen.

- (iii) de manier waarop collegiale ondersteuning wordt uitgevoerd. Bij kleinere korpsen en diensten waar de professionele gezondheidszorg zoals het BMW en de bedrijfsarts extern zijn, wordt de collegiale ondersteuning ook wel ingezet bij bijvoorbeeld problemen met de werkdruk of privéproblemen. Ook bestaan er verschillen in het aantal collegiale ondersteuningsgesprekken dat wordt gehanteerd. In sommige korpsen wordt daarbij geen maximum gehanteerd, terwijl anderen aan (maximaal) drie gesprekken vasthouden.

Een ander verschil ligt in de manier waarop vooral de gespecialiseerde gezondheidsdiensten in beeld zijn bij de geüniformeerde organisaties. In organisaties waar met contracten wordt gewerkt is helder naar wie wordt doorverwezen door de bedrijfsarts of het BMW. In een groot aantal organisaties wordt echter gebruik gemaakt van een bestaand netwerk, dat over het algemeen toevallig tot stand is gekomen en niet is vastgelegd. Het is dan ook niet vreemd dat de coördinator van de georganiseerde collegiale ondersteuning vaak geen idee heeft naar welke gespecialiseerde gezondheidszorg wordt doorverwezen. In de Richtlijn Geüniformeerden wordt aanbevolen ook deze laatste stap in de zorgketen duidelijk in beeld te hebben en vast te leggen.

## **7.4 Successen en knelpunten**

Naast de overeenkomsten en de verschillen die bestaan tussen en binnen geüniformeerde diensten, komen uit de interviews ook diverse successen en knelpunten naar voren in de manier waarop zorg aan geüniformeerden wordt aangeboden. Deze paragraaf gaat allereerst op een aantal successen of positieve veranderingen in, waarna wordt vervolgd met de belangrijkste knelpunten. Tot slot worden nog enkele discussiepunten genoemd met betrekking tot het aanbieden van nazorg aan geüniformeerden.

### **Successen**

Een positieve verandering die in alle geüniformeerde diensten te constateren is, is dat er de afgelopen tien jaar aandacht is gekomen voor de mogelijke negatieve effecten die het werk kan hebben op de mensen achter het uniform. Diensten proberen door middel van het informeren van geüniformeerden, het opleiden van leidinggevenden en het structureel aanbieden van ondersteuning een open cultuur te creëren waarin het praten over emoties en het zoeken van hulp bij eventuele problemen als normaal worden beschouwd. Deze verandering in bedrijfscultuur helpt de drempel naar hulpverlening te verlagen.

Daarnaast wordt erkend dat het thuisfront een belangrijke speler is bij het bieden van ondersteuning en het signaleren van gedragsveranderingen bij de geüniformeerden. Hoewel er in de afgelopen jaren bezuinigd is op de relatie tussen het thuisfront en de geüniformeerde organisatie, bestaan er nu plannen om deze band weer aan te halen.

De politie in Amsterdam wordt door een aantal geïnterviewden genoemd als een voorbeeld van een succesvolle zorgketen. Dit korps heeft een 1 loket functie gecreëerd voor (psychosociale) zorg. Met behulp van een zorgadviseur worden politieagenten direct doorverwezen naar de benodigde zorg binnen of buiten de organisatie. Door andere korpsen wordt dit gezien als een goede manier om er voor te zorgen dat politieagenten een duidelijk aanspreekpunt hebben van waaruit zij tijdig bij de juiste zorg terecht komen. In hoeverre deze methode ook bruikbaar is voor kleinere organisaties blijft een vraag, omdat het een bepaalde capaciteit vraagt. Om efficiënt te zijn moet van een dergelijk zorgloket met enige regelmaat gebruik gemaakt worden. Politie Nederland werkt op dit moment aan het creëren van een landelijke 1-loket service waar politieagenten terecht kunnen met hun zorgvragen.

Binnen Defensie en het politiekorps Amsterdam-Amstelland wordt gebruik gemaakt van geestelijke verzorgers. Deze bieden een specifieke dienst aan geüniformeerden aan, omdat zij kunnen helpen met zingevingvraagstukken. Bovendien legt de geestelijk verzorger binnen Defensie geen verantwoordelijkheid af binnen de organisatie, waardoor dit voor militairen een veilige haven is om over problemen te praten.

## Knelpunten

In het aanbieden en leveren van nazorg aan geüniformeerden worden diverse knelpunten geconstateerd. Zo is een open cultuur, met ruimte voor het bespreken van de emotionele gevolgen van het werk nog niet overal gemeengoed. Er zijn nog altijd leidinggevenden en collega's van "de oude stempel", die vinden dat schokkende gebeurtenissen nu eenmaal bij het werk horen. Dit werpt een drempel op voor werknemers om hulp te zoeken. Daarnaast zijn geüniformeerden ook niet snel geneigd om toe te geven dat zij problemen ervaren als gevolg van een schokkende gebeurtenis. Zij moeten vaak een drempel over om hulpverlening te zoeken. Door middel van voorlichting en het verankeren van de collegiale ondersteuning in de organisatie, wordt geprobeerd hier verandering in te brengen.

Leidinggevenden spelen een belangrijke rol in het creëren van een meer open cultuur waarin over emoties gepraat kan worden. Zij kunnen de georganiseerde collegiale ondersteuning of de professionele gezondheidszorg, zoals het bedrijfsmaatschappelijk werk, inschakelen voor ondersteuning, maar dan is het wel belangrijk dat zij het nut van deze diensten erkennen. Daarnaast hebben leidinggevenden zelf een belangrijke signalerende taak en zijn zij verantwoordelijk voor het welzijn van de werknemers. Met betrekking tot de uitvoering van de nazorgtaken door leidinggevenden worden echter een aantal knelpunten benoemd. Zo is het voor leidinggevenden niet altijd duidelijk welke leidinggevende nu bedoeld wanneer er wordt gesproken over "de leidinggevende." Is dit bijvoorbeeld de operationeel leidinggevende tijdens een schokkend incident of de leidinggevende in de lijn? Daardoor kan er verwarring bestaan over welke verantwoordelijkheden genomen moeten worden. Tevens bestaat het gevaar dat de leidinggevende zich achter de georganiseerde collegiale ondersteuning of het bedrijfsmaatschappelijk werk verschuilt. Hij moet het eerste aanspreekpunt blijven voor werknemers die problemen ervaren. Daarnaast wordt aangegeven dat er in de opleiding voor leidinggevenden nog te weinig aandacht wordt besteed aan psychosociale nazorg en dan met name hoe problemen gesignaleerd kunnen worden. Hier is nog ruimte voor verbetering. Daar komt bij dat in sommige organisaties de leidinggevende steeds verder van de werknemers af is komen te staan, doordat hij minder uren met de uitvoering van het werk doorbrengt en meer uren met administratieve en management werkzaamheden bezig is. Hierdoor ziet hij de werknemers minder, kent hij ze minder goed en kan hij minder goed gedragsveranderingen waarnemen. Bovendien wordt opgemerkt dat het ook voor leidinggevenden lastig is om hulp te vragen. Door de hiërarchie binnen de organisatie zal een leidinggevende niet bij de georganiseerde collegiale ondersteuning aankloppen voor hulp, maar liever met iemand van zijn eigen functieniveau willen spreken. Daar lijkt nu onvoldoende aandacht aan te worden besteed.

Een derde knelpunt heeft betrekking op de kwaliteit van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Deze staat op diverse manieren onder druk. Eerder in deze conclusie werd al geconstateerd dat de opleiding van collegiale ondersteuningsleden kan variëren van twee tot vijf opleidingsdagen. Dit heeft effect op de kennis en vaardigheden die leden op kunnen doen. In diverse organisaties is een interne opleiding gestart uit ontevredenheid over het opleidingsaanbod. Daarnaast vinden er vooral in kleinere organisaties relatief weinig inzetten plaats van de georganiseerde collegiale ondersteuning, soms minder dan tien per jaar. In die organisaties hebben leden van het ondersteuningsteam weinig mogelijkheden om hun vaardigheden in de praktijk te blijven brengen. Dit werpt een drempel op om een ondersteuningsgesprek met een werknemer aan te gaan. Bovendien is het voor het goed functioneren van de georganiseerde collegiale ondersteuning belangrijk dat het een vaste plek binnen de organisatie heeft en erkend wordt in haar taken, vooral door de leidinggevende en de meldkamer die grotendeels verantwoordelijk zijn voor het inschakelen van de georganiseerde collegiale ondersteuning. Dit is (nog) niet in alle organisaties het geval.

Een vierde knelpunt richt zich op de psychosociale nazorg aan vrijwilligers bij zowel de brandweer als de ambulance. Hoewel de georganiseerde collegiale ondersteuning ook voor deze groep beschikbaar is, wordt aangegeven dat vrijwilligers relatief moeilijk te bereiken zijn. Punten die daarbij meespelen zijn onder andere het relatief weinige aantal contactmomenten tussen de vrijwilligers en de leidinggevende of collega's, waardoor de sociale controle niet zo sterk is als onder professionals en het relatieve gemak waarmee vrijwilligers zich kunnen onttrekken aan een debriefing, bijvoorbeeld doordat zij na een inzet weer naar hun werk of gezin gaan. Het is belangrijk dat er vanuit de organisaties oog is en blijft voor de nazorg aan vrijwilligers.



Slechts weinig werknemers komen uiteindelijk bij de professionele en gespecialiseerde (trauma)zorg terecht. In de meeste organisaties gebeurt dit hooguit een paar maal per jaar. Dit terwijl uit (inter)nationaal onderzoek blijkt dat ongeveer vijf procent van de geüniformeerden kampt met psychosociale problemen waarvoor behandeling geïndiceerd is. Aangegeven wordt dat in een groot aantal gevallen de reguliere gezondheidszorg zoals huisartsen, bedrijfsartsen en bedrijfsmaatschappelijk werkers psychosociale problematiek niet of niet tijdig herkennen, waardoor doorverwijzing naar gespecialiseerde (trauma)zorg te lang op zich laat wachten.

### **Discussiepunten**

Een aantal van de verschillen die gevonden zijn met betrekking tot het geven van zorg aan geüniformeerden komt voort uit een verschil van mening over de effectiviteit van sommige instrumenten die worden toegepast. Zo wordt het nut van een incidentenlijst in sommige organisaties ter discussie gesteld. Het is in de praktijk moeilijk vast te stellen wat een schokkende gebeurtenis is en daarbij zijn het vaak niet de spectaculaire incidenten die echt aangrijpend zijn. Door voornamelijk af te gaan op een vooropgestelde lijst komt het voor dat de georganiseerde collegiale ondersteuning wel wordt ingeschakeld bij incidenten waar dat eigenlijk niet nodig is en bij incidenten waar dat wel noodzakelijk is het niet wordt ingezet. Belangrijker wordt gevonden dat leidinggevenden en werknemers zelf oog blijven houden voor de situatie en aangeven wanneer zij ondersteuning nodig hebben.

Bovendien vragen diverse geïnterviewden zich af in hoeverre de georganiseerde collegiale ondersteuning geprotocolleerd moet worden. Er wordt gevreesd dat een te veel aan regels de ondersteuning juist lam legt en zorgt voor een inefficiënt gebruik. Bovendien zijn sommige regels in de praktijk niet haalbaar. Een aanbeveling van de Richtlijn Geüniformeerden is om het eerste ondersteuningsgesprek pas 24 uur na een schokkend incident te laten plaats vinden. In de praktijk blijkt echter dat er vaak binnen een dag na het incident al contact wordt opgenomen met de betreffende werknemer. Dit gebeurt onder andere omdat geüniformeerden met enige regelmaat potentieel schokkende gebeurtenissen meemaken. Door te wachten met het contact te leggen voor één incident, kan zich alweer een nieuw incident hebben voorgedaan.

Daarnaast worden soms ook vraagtekens gezet bij de effectiviteit van de georganiseerde collegiale ondersteuning: In hoeverre loont het om een team op te zetten en op te leiden wanneer deze slechts een aantal maal per jaar wordt ingezet? Dit vraagstuk speelt vooral bij de ambulance en de brandweer. In sommige organisaties wordt daarom gespeeld met het idee om de ondersteuning door directe collega's te laten plaatsvinden. Daarbij krijgen alle werknemers tijdens hun opleiding een module over mogelijke psychosociale effecten en de signalering daarvan, zodat het bieden van ondersteuning een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het hele team wordt.

## Bijlage 1. Lijst van geïnterviewden

Onderstaande personen hebben hun medewerking verleend aan de interviews die een belangrijke basis vormen voor dit rapport. De auteurs danken hen hier hartelijk voor.

Titel	Naam	Functie	Organisatie
Lkol.Drs.	J.M. Ambaum	Adjunct directeur zorglijn uitzendingen	MGGZ
BBA/bs	M.D. Anemaet	Medewerker Integrale Veiligheid	Gemeente Coevorden
Drs.	J.J. Berendsen	Klinisch psycholoog/psychotherapeut, hoofd hulpverlening	IVP (Instituut voor Psychotrauma)
Mevr.	H. Blom	Bedrijfsmaatschappelijk werker	Politie Amsterdam-Amstelland
Dhr.	E. Boeve	Coördinator georganiseerde collegiale ondersteuning	RAVAA
Dhr.	W.J. Brouwer	Kazernemanager	Brandweer Amsterdam-Amstelland
Dhr.	J.H. Carree	Organisatieadviseur	Veiligheidsregio Kennemerland – Brandweer
Dhr.	J.F.A. Deriks	Unithoofd RAV Geleen	GGD Limburg Zuid
Dhr.	P.C.W. Dorst	Stafmedewerker Logistiek, BHV en BOT	GHOR Midden- en West-Brabant
Dhr.	R. Goeree	BOT-coördinator	Politie Utrecht
Dhr.	H. de Haas	Clusterhoofd beleid en bedrijfsvoering	Brandweer district Noord en Midden Drenthe
Mevr.	S. Hakkenbroek	Coördinator georganiseerde collegiale ondersteuning	UMCG
Dhr.	H.P. Hermkens	BOT coördinator	Politie Limburg-Noord
Drs.	E.A. Hoeksma	GZ-psycholoog/ Gedragstherapeut	Politie Utrecht
Mevr.	M.L. Hunnekens	Medewerker Operationele Voorbereiding en Arbo	Brandweer Limburg-Noord
Dhr.	H.G. Kors	Hoofd repressie	Brandweer district Noord en Midden Drenthe
Dhr.	J. de Kort	Trainer-coach Leiderschap	Politie MW-Brabant
Dhr.	S. Korting	Clustercommandant	Brandweer Midden- en West-Brabant
Dhr.	W.L. Lansing	coördinator AVR (arbo, verzuim en reïntegratie)	Politie Utrecht
MD PhD	R. Lichtveld	Medisch manager	RAVU
Mevr.	J. Pladdet	BMW en coördinator BOT	Politie ZHZ
Drs.	M. Pommée	Klinisch psycholoog/psychotherapeut	Centrum '45
Dhr.	L. Smilde	Senior beleidsmedewerker Organisatieontwikkeling	Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond – Brandweer
MA/MMI	J.A. Struijs	Directeur Programma Versterking Professionele Weerbaarheid	Politieacademie
Dhr.	J. van Tongeren	Beleidsmedewerker Clusters / ambtelijk secretaris OR	Brandweer Midden- en West-Brabant
Dhr.	W. in 't Veld	BOT-coördinator	Ambulance ZHZ
Ing.	G.J.W. Visser	Afdelingshoofd regionale brandweezorg	Regionale Brandweer Zuid-Holland
Drs.	G.J. Westerveld	Diagnostisch medewerker	PDC Politie Poli
Dhr.	H. van Wetten	Regionaal Kennisregisseur, Senior medewerker Operationele Preparatie	Regionale Brandweer Zuid-Holland
EMPM	S. van Zanten	Commissaris van Politie Programma Versterking Professionele Weerbaarheid	Politieacademie

## Bijlage 2. Semi-gestructureerde vragenlijst

<b>Algemeen</b>
Bent u bekend met de richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerden?
Is er met de komst van de richtlijn iets veranderd in de zorgketen of gaat er iets veranderen?
In hoeverre sluit het kringenmodel uit de richtlijn nu al aan bij wat er in de praktijk gebeurt? Is het haalbaar om het kringenmodel in te voeren?
In hoeverre is de zorgketen formeel vastgelegd binnen de organisatie? Waarom wel/niet?
Kijkend naar de kringen, welke zijn goed uitgewerkt, welke moeten beter uitgewerkt/vastgelegd worden? Zijn er materialen over psycho-informatie, beslisbomen?
Hoe zou de zorgketen er idealiter moeten uitzien?
Is de zorgketen duidelijk in beeld bij (i) de geüniformeerde medewerker zelf en (ii) bij BOT/COG?
Denkt u dat geüniformeerde medewerkers de nazorg krijgen die zij nodig hebben?
<b>Geüniformeerde/Naasten</b>
In hoeverre ontvangen geüniformeerden psycho-informatie met betrekking tot schokkende gebeurtenissen? Wanneer en hoe wordt deze informatie gegeven?
Wat voor informatie krijgen naasten ?
In hoeverre gaat deze ook in op symptomen van mogelijke psychosociale klachten?
<b>Georganiseerde Collegiale Ondersteuning</b>
Wat zijn verantwoordelijkheden van de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning?
Hoe wordt een medewerker lid van de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning?
Welke opleiding krijgt de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning?
Door wie wordt de opleiding verzorgd (interne of externe partij)?
Is er voldoende animo voor het uitvoeren van een functies binnen de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning?
In hoeverre krijgen leden van de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning de tijd en de ruimte om hun functie naast het gewone werk uit te voeren?
Hoe komt een geüniformeerde medewerker bij de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning terecht?
Hoe wordt er besloten dat een geüniformeerde medewerker een advies tot doorverwijzing krijgt?
Is er bij de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning bekend naar wie er doorverwezen kan/moet worden? (Niet alleen op functie, maar ook op persoon)
In hoeverre is er een registratiesysteem van de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning opgezet?
Hoe en door wie vindt evaluatie/controle van de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning plaats?
Wat gebeurt er als een medewerker niet tevreden is met de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning?
<b>Leidinggevenden</b>
In hoeverre heeft de leidinggevende een verantwoordelijkheid voor het welzijn van de medewerkers?
In hoeverre voelen de leidinggevende zich betrokken bij het welzijn van de medewerkers?
In hoeverre krijgen leidinggevenden informatie van de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning /COG/SMT over medewerkers?
Indien de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning/COG/SMT adviezen geeft, in hoeverre is de leidinggevende verplicht deze op te volgen?
<b>BMW/bedrijfsarts</b>
Hoe verloopt de doorverwijsprocedure vanuit de Georganiseerde Collegiale Ondersteuning naar BMW/bedrijfsarts?
Zijn dit interne of externe medewerkers?
Hoe verloopt de doorverwijsprocedure vanuit BMW naar GGZ? Is er een vaste instelling waar naar door wordt verwezen?
<b>GGZ</b>
Kunt u voor ons een algemeen beeld schetsen van wat uw organisatie doet?
Wat is de doelgroep van uw organisatie?
Hoe komt een geüniformeerde medewerker bij uw organisatie terecht?
Zijn er vaste zorgcontracten afgesloten met geüniformeerde diensten?
Bestaan daar verschillen in tussen korpsen of diensten (laatste in geval van meerdere doelgroepen)?
Is de zorgketen duidelijk in beeld, cq. is duidelijk waar een geüniformeerde medewerker terecht kan voor hulp en dan vervolgens waar naar doorverwezen moet worden?
Is er met de komst van de richtlijn iets veranderd in de zorgketen of gaat er iets veranderen?
Hoe zou de zorgketen er idealiter moeten uitzien? (voorbeelden?)

Wat voor soort problematiek hebben de geüniformeerde medewerkers?
In hoeverre hebben de problemen iets te maken met het meemaken van schokkende gebeurtenissen op het werk?
Wat voor soort behandelingen worden er aangeboden, langlopend, kortlopend, individueel, groepsverband?
In hoeverre vindt er (tussentijdse) terugkoppeling plaats naar de werkgever toe? En wat voor soort informatie wordt dan geboden?
Heeft de organisatie alleen een verantwoordelijkheid richting de cliënt of ook naar de werkgever toe? Zo ja, welke is/zijn dat?
Hoe waarborgt de organisatie de kwaliteit van de aangeboden behandelingen? Hebben ze een keurmerk of kwaliteitscontrole?
Zijn er ook andere partijen die een vergelijkbare dienst aanbieden als het organisatie?
Wat gebeurt er met patiënten die "uitbehandeld" zijn bij de organisatie? Worden die nog weer verder doorgestuurd? Zo ja, naar wie? En hoe?
Komen patiënten ook nog geregeld terug? Bijvoorbeeld nadat ze al succesvol een behandeling hebben doorlopen?
Is er een specifieke achtergrond nodig voor de psycholoog of psychiater om geüniformeerde medewerker te kunnen behandelen? Waarom? Is dit een doelgroep met specifiek andere behoeftes?
Wat voor achtergrond zou dan wenselijk zijn?
In hoeverre sluit het kringenmodel nu al aan bij wat er in de praktijk gebeurt? Is het haalbaar om het kringenmodel in te voeren?

---

# Psychosociale ondersteuning

bij ambulance, brandweer,  
politie en Defensie  
*een verkennende studie*

---

ISBN 978-90-78273-16-5

## Impact

Landelijk kennis & adviescentrum  
psychosociale zorg na rampen

Nienoord 5  
1112 XE Diemen  
T 020 660 1901

[www.impact.arq.org](http://www.impact.arq.org)  
[info@impact.arq.org](mailto:info@impact.arq.org)

---



partner in

