

# **Evaluatie Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen 2013**

**Rapportage evaluatie van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen  
op weg naar de afronding van de inrichtingsfase in 2015**

**19 november 2013**



**Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek**

## **Evaluatie Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen 2013**

**Rapportage evaluatie van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen  
op weg naar de afronding van de inrichtingsfase in 2015**

**19 november 2013**

**Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek**

## Colofon

### *Uitgave*

Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek  
Postadres:  
De Zwaluwenberg  
Utrechtseweg 225  
1213 TR Hilversum

Dit is een evaluatierapport van de Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek op basis van de rapportages van de Projectorganisatie Evaluatie Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen 2013

### ***Samenstelling Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013***

#### *Voorzitter*

J. L. E. M. W. R. R. Tiesinga-Autsema

#### *Adviseurs*

Dr. L.E. Frank  
Drs. A.P.J. Höppener

#### *Ambtelijk secretaris*

M. van der Giessen MBA

#### *Werkgroep Inhoud en Afstemming van de ketenzorg in het LZV*

Dr. A.P.C.C. Hopperus Buma  
Prof. dr. E. Roscam Abbing

#### *Werkgroep Bestuurlijke Aspecten van de ketenzorg in het LZV*

Prof. dr. P. Dekker  
Ir. M.A. van Maanen

#### *Rapportages*

Prof. dr. P. Dekker  
Dr. L.E. Frank  
M. van der Giessen MBA  
Dr. A.P.C.C. Hopperus Buma  
Ir. M.A. van Maanen  
Prof. drs. E. Roscam Abbing  
J. L. E. M. W. R. R. Tiesinga-Autsema

#### *Contactpersoon*

MvdGiessen@outlook.com

© 2013 Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek

*Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.*

## **Inhoudsopgave**

	pag.
<b>I. Inleiding</b>	4
<b>II. Het LZV en de veteranenzorg</b>	8
<b>III. Bevindingen evaluatie LZV</b>	11
Besturen en faciliteren	11
Veteranenketenzorg	15
<b>IV. Hervorming langdurige zorg en de mogelijke gevolgen voor het LZV</b>	19
<b>V. Conclusies en aanbevelingen</b>	21
Conclusies	21
Aanbevelingen	23
<b>Bijlagen</b>	
A. Overzicht status aanbevelingen prof. dr. B.P.R. Gersons (2005)	
B. Rapportage over de bestuurlijke aspecten van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen	
C. Rapportage over inhoud en afstemming van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen	
D. Lijst geraadpleegde documenten	
E. Afkortingen	

## I. Inleiding

In 2005 is in opdracht van de staatssecretaris van Defensie C. van der Knaap gestart met het inrichten van een civiel militair zorgsysteem om eenduidigheid in de zorg voor veteranen te krijgen met een geborgde kwaliteit en van waaruit effectief handelen wordt gegarandeerd ten behoeve van de doelgroep van veteranen en waarbij het zorgsysteem tevens toegankelijk is voor actief dienende militairen. De ministers van Defensie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hebben vervolgens daarvoor in 2007 het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) ingesteld.

### *Opdracht*

In 2006 heeft de staatssecretaris mevrouw J.L.E.M.W.R.R. Tiesinga-Autsema gevraagd *een onafhankelijke Raad van toezicht en advisering ten behoeve van het civiel-militaire zorgsysteem voor de hulpverlening aan veteranen en het wetenschappelijk onderzoek naar aandoeningen gerelateerd aan uitzendingen*, in de wandeling de Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek (RZO) samen te stellen en in te richten. De RZO is bij zijn besluit van 5 juli 2007 ingesteld<sup>1</sup> met onder meer als taak hem te adviseren over en toezicht te houden op het LZV. Het toezicht richt zich op de samenwerking tussen de partijen binnen het LZV, de ketenzorg en op de zorg aan de doelgroep veteranen binnen de ketenzorg als geheel. De RZO toetst het functioneren van het LZV en de wijze waarop dit voorziet in bevordering en bewaking van de instelling overschrijdende kwaliteitsaspecten zoals afstemming, samenwerking, gegevensuitwisseling, beschikbaarheid en deskundigheidsbevordering op het specifieke terrein van de veteranenzorg en bewaakt de kwaliteit ervan. Daarnaast adviseert de RZO de minister van Defensie over wetenschappelijk onderzoek naar klachten gerelateerd aan uitzendingen.

In het verlengde van het RZO advies nr.1 *Opzet Evaluatie Landelijk Zorgsysteem Veteranen* van november 2007 heeft de minister van Defensie de Tweede Kamer toegezegd het LZV in 2013 te evalueren in de opmaat naar de afronding van de inrichtingsfase van het LZV in 2015. Daartoe hebben de ministers van Defensie en VWS de RZO gevraagd in 2013 een evaluatie van de veteranenketenzorg in het LZV uit te voeren en hun over de uitkomsten van dit onderzoek te rapporteren.

### *Inrichting en uitvoering van de evaluatie*

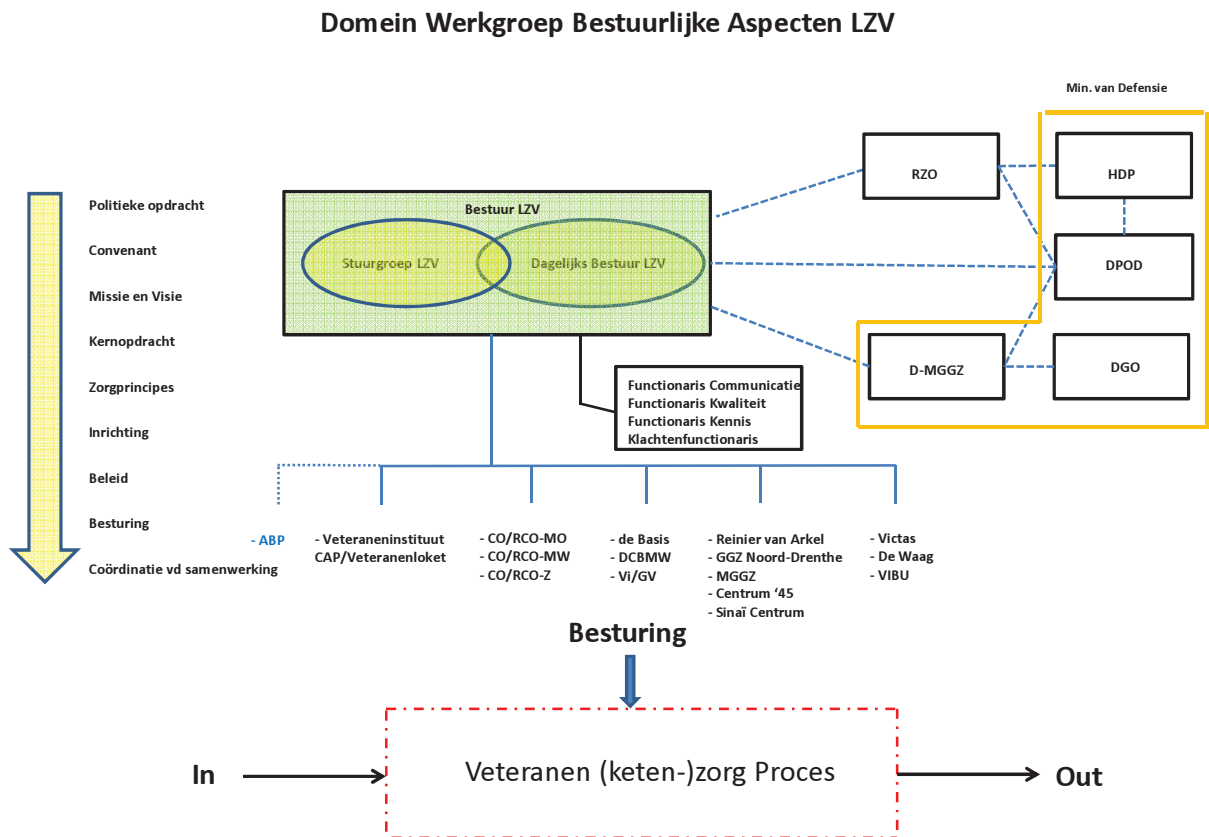
Voor de evaluatie van het LZV heeft de RZO een Projectorganisatie ingesteld onder voorzitterschap van de voorzitter van de RZO, mevrouw J. L. E. M. W. R. R. Tiesinga-Autsema. De Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013 heeft de evaluatie volgens twee hoofdlijnen uitgevoerd:

Hoofddlijn 1: het evalueren van de werking van het LZV in relatie tot de oorspronkelijke doelstellingen van het (keten)zorgsysteem, zoals verwoord in het Convenant van het LZV 2007. Deze evaluatie richt zich vooral op het vaststellen waar het LZV zich anno 2013 in haar ontwikkeling precies bevindt ten opzichte van de doelstellingen als verwoord in het Convenant en ten opzichte van haar eigen beleidsvoornemens voor de periode 2012-2015. Hoofddlijn 2: het evalueren van het kwaliteitsmanagement van het LZV. Deze evaluatie is gericht op het beoordelen van het interne handelen van het LZV, in het bijzonder in hoe verre het LZV haar (keten)processen ten behoeve van het veteranenzorgsysteem beheerst en middels een gedegen Plan-Do-Check-Act cyclus verder weet te verbeteren.

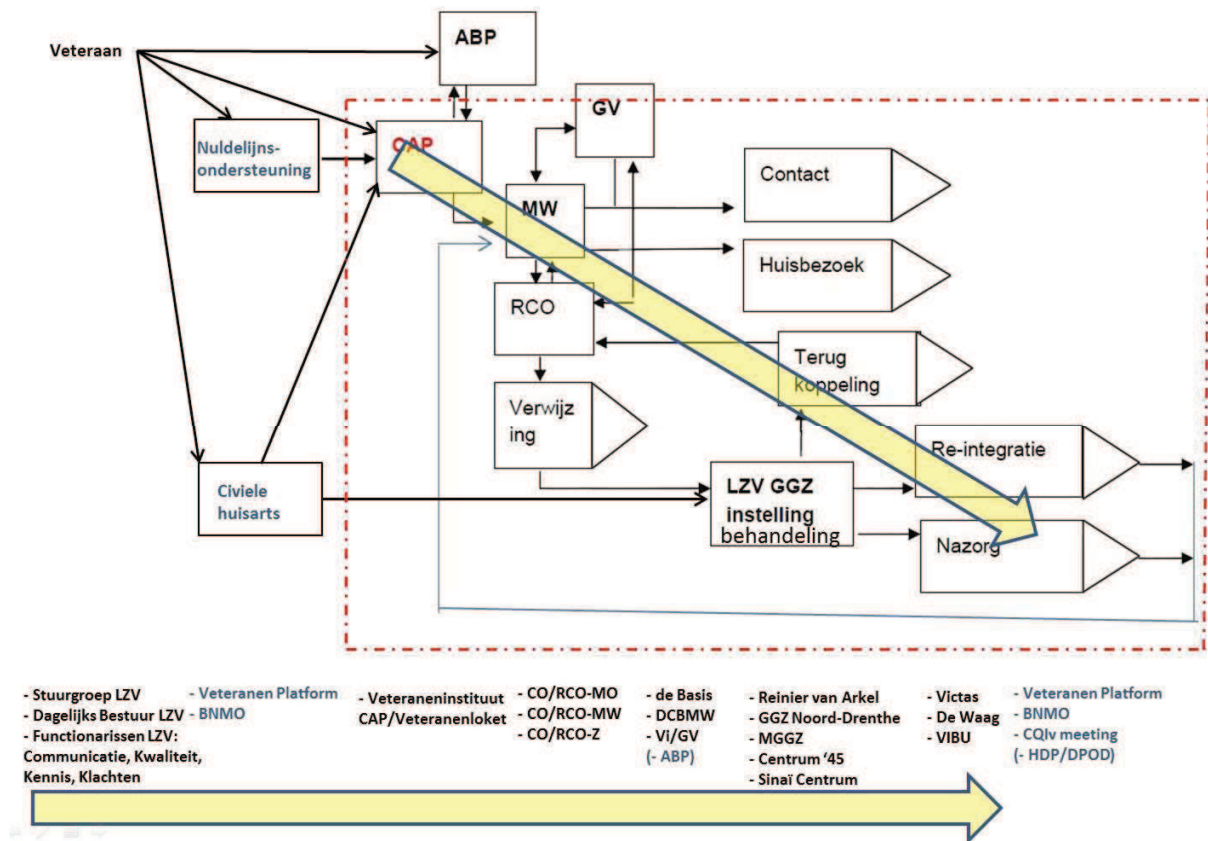
---

<sup>1</sup> Besluit van de Staatssecretaris van Defensie van 5 juli 2007, nr. P/2007012915.

De hoofdlijn 1 is geëvalueerd door de Werkgroep Bestuurlijke Aspecten LZV die zich heeft gericht op de bestuurlijke aspecten van de werking van het LZV in relatie tot de oorspronkelijke doelstellingen van het (keten)zorgsysteem. In onderstaande figuur is de structuur van het bestuur van het LZV weergegeven met alle relaties die dit bestuur heeft met enerzijds de aangesloten civiele en militaire zorginstellingen op het gebied van veteranenzorg en anderzijds met de toezichthouder RZO en aanstuurorganen vanuit het ministerie van Defensie. Voor een verklaring van de afkortingen wordt verwezen naar bijlage E. Het rapport van de Werkgroep is opgenomen als bijlage B.



Hoofdlijn 2 is geëvalueerd door de Werkgroep Inhoud en Afstemming Ketenzorg LZV waarbij de weg van de cliënt door de ketenzorg van het LZV is gevolgd. Die gevolgde weg wordt geïllustreerd in onderstaande figuur, waarin de grote diagonale pijl de hoofdrichting van de mogelijke gang van de cliënt door het LZV vertegenwoordigt. Voor een verklaring van de afkortingen wordt verwezen naar bijlage E. Het rapport van de Werkgroep is opgenomen als bijlage C.



Daarnaast zijn er expertbijeenkomsten georganiseerd om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de veteraan-specifieke-zorg en in de GGZ.

### Beperkingen van de evaluatie

Bij een dergelijke evaluatie ligt het voor de hand ook gesprekken met cliënten te voeren. Dat is vanwege de noodzakelijke hoeveelheid gesprekken praktisch niet uitvoerbaar gebleken. Daarvoor in de plaats zijn gesprekken gevoerd met de voorzitters van de belangenorganisaties Bond van Militaire Oorlogs- en Dienstslofters (BNMO) en het Veteranen Platform (VP). Verder zijn de beschikbare uitkomsten van de Consumer Quality Index Veteranenketenzorg<sup>2</sup> (CQIv) gebruikt. Ten aanzien van de besturing en aangeboden zorg zijn gesprekken gevoerd met bestuurders en behandelaars. De feiten en opvattingen genoemd in deze gesprekken zijn zo objectief mogelijk samengevat en weergegeven.

De Projectorganisatie Evaluatie LZV beschikt niet over inspectiebevoegdheden waardoor de uitvoering van de zorg in de eerste en tweede lijn beperkt kon worden onderzocht.

Als een gemis werd ervaren het nog ontbreken van het Kwaliteitshandboek LZV waarin de procesafspraken in de veteranenketenzorg zijn vastgelegd. Dat heeft de beoordeling van de gang door het veteranenketenzorgsysteem inhoudelijk beperkt.

Om een goede inschatting te kunnen maken van de behoefte aan veteraan-specifieke-zorg en om het functioneren van het LZV goed te kunnen doorgronden, analyseren en beoordelen, is inzicht nodig in de (relatie tussen) aanmeldgegevens, de intakegegevens en de diagnostische

<sup>2</sup> De CQ Index Veteranenketenzorg (CQIv) is ontwikkeld in opdracht van de RZO om (1) door middel van herhaalde metingen toezicht te kunnen houden op het functioneren van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV), met name wat betreft de door cliënten ervaren kwaliteit van de zorgketen, en de samenwerking tussen civiele en militaire zorginstellingen. En (2) het LZV in de gelegenheid te stellen de kwaliteit van de zorg te monitoren en te verbeteren.

gegevens in de tweede lijn. Het nog ontbreken van een centraal registratiesysteem LZV maakt het op een aantal punten lastig om betrouwbare cijfers te generen, die het noodzakelijke inzicht verschaffen in de ontwikkelingen en trends van in-, door- en uitstroom van veteranen binnen het LZV ketenzorgsysteem.

#### *Opzet van de rapportage Evaluatie LZV 2013*

Na analyse van de opdracht aan de RZO om het LZV in 2013 te evalueren, en de beschrijving van de inrichting en uitvoering van de evaluatie in de dit hoofdstuk, wordt in hoofdstuk II *Het LZV en de veteranenzorg* een beschrijving gegeven van het LZV en de veteranenketenzorg. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de door de voorzitter LZV onderkende zorgpunten. In hoofdstuk III. *Bevindingen evaluatie LZV* worden de bevindingen van de RZO uitgewerkt in een deel over besturen en faciliteren en een deel over de veteranenketenzorg. De RZO schat in dat de hervorming van de langdurige zorg van invloed zal zijn op het LZV op de weg naar de afronding in 2015, maar ook in de daarop volgende jaren. Daar wordt in hoofdstuk IV *Hervorming langdurige zorg en de mogelijke gevolgen voor het LZV* op in gegaan. Het rapport wordt afgesloten met hoofdstuk V. *Conclusies en aanbevelingen*.

Bevindingen van de RZO gedaan tijdens de evaluatie die direct actie vereisten zijn onder de aandacht gebracht van de Hoofd Directeur Personeel van Defensie (HDP) en/of aangereikt aan (instellingen van) het LZV. Voor de HDP gaat het om de consequenties voor de veteranenketenzorg als gevolg van de ontwikkelingen in de civiele-GGZ zoals de toegang tot de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Voorts om de consequenties voor het Veteranenbesluit en het Veteranenloket als het gaat om de borging van de nuldelijnsondersteuning voor veteranen en zijn relaties in de zorgketen; de communicatie over- en met- de veteraan onderbrengen in één portaal; en ten slotte de gewenste inbreng van Defensie bij de interdepartementale afstemming van de (financiering van de) zorg voor veteranen. Voor het LZV gaat het om de operationalisering van het registratiesysteem en de bijdrage aan het tot stand komen van het Veteranenloket.

In de evaluatie zijn de partijen gevraagd naar hun visie op de mogelijke samenwerking voor andere risicoberoepen. Gezien de complexiteit van het samengaan van meerdere risicoberoepen in de zorg en in de ketenzorg, is besloten daar in dit rapport niet verder op in te gaan maar de verkenning daarvan in een afzonderlijk rapportage aan de minister van Defensie uit te brengen.



## II. Het LZV en de veteranenzorg

### *Doel van het LZV*

Het doel van het LZV is om veteranen, diensslachtoffers en hun relaties bij uitzending gerelateerde psychische en psychosociale problemen overal in Nederland de meest geëigende zorg te bieden. De coördinatie vanuit het LZV is gericht op eenduidigheid van zorg, een geborgde hoge kwaliteit, continue kennisoverdracht en een efficiënt en effectief handelen. Het betreft een ketenzorgmodel, waarbij aangesloten instellingen en organisaties samenwerken vanuit een eigen identiteit, werkveld en wijze van besluitvorming en financiering. Een convenant regelt de afspraken tussen deze verschillende deelnemende organisaties. Het LZV stimuleert het wetenschappelijk onderzoek en de innovatie van de eigen behandelmethodieken op basis daarvan.

Het LZV streeft er naar de inrichtingsfase in 2015 af te ronden. Vanaf dat moment heeft iedere Nederlandse veteraan, samen met zijn/haar partner en/of gezin toegang tot een goed op elkaar ingespeelde keten van zorgleveranciers.

### *Structuur van het LZV*

De structuur van het LZV is vastgelegd, laatstelijk in het convenant LZV 2012<sup>3</sup>. Het LZV bestaat uit een Stuurgroep (het algemeen bestuur gevormd door de voorzitter LZV en partijen), een Dagelijks Bestuur (voorzitter en projectmanager), Partijen (deelnemende instellingen), Projectgroepen (coördinator en vertegenwoordigers van de partijen) en een Projectbureau (voorzitter en ondersteunend personeel).

Het LZV bestaat momenteel uit 12 instellingen<sup>4</sup>, waarvan 5 met tweedelijns gespecialiseerde GGZ en 3 voor aanvullende zorg, ingedeeld in drie regio's. De voorzitter LZV zit de Stuurgroep LZV voor, waarin alle deelnemende LZV instellingen zijn vertegenwoordigd. De voorzitter van het LZV is tevens binnen Defensie de adjunct-directeur Militaire GGZ (MGGZ) - Zorglijn Veteranen. Het Dagelijks Bestuur en de Projectorganisatie van het LZV zijn formatief, administratief en fysiek ondergebracht bij de MGGZ. De voorzitter van het LZV is voor zijn financiering en ondersteuning afhankelijk van de MGGZ en is als adjunct-directeur MGGZ ondergeschikt aan de directeur MGGZ. Daarnaast legt de voorzitter LZV verantwoording af aan de HDP. Het budget van het LZV is ondergebracht in de begroting van de MGGZ.

De RZO houdt onder meer toezicht op het civiel-militaire zorgsysteem voor de hulpverlening aan veteranen, bevordert de samenwerking tussen alle in het zorgsysteem betrokken partijen en velden en adviseert de minister van Defensie ter zake.

### *Omschrijving van de veteranenzorgketen*

De keten begint bij de veteraan en zijn relaties zoals gedefinieerd in de Veteranenwet. De ondersteuning en signaalfunctie van het netwerk van relaties, vrienden en lotgenoten, de zogenoemde nuldelijn, speelt een belangrijke rol. Gestructureerde nuldelijnsondersteuning wordt verleend door de verenigingen van het VP, het samenwerkingsverband Veteranen Ontmoetings Centra (VOC) en het Veteraneninstituut (Vi). Dit systeem wordt tot 2016 gefinancierd door het vfonds (het Nationaal Fonds voor Vrede, Vrijheid en Veteranenzorg). Voorts sluit het systeem van nuldelijnsondersteuning aan op de collegiale netwerken binnen Defensie die momenteel worden opgericht voor de ondersteuning van veteranen in werkelijke dienst. De nuldelijnsondersteuning heeft de ambitie om voor het LZV niet alleen

<sup>3</sup> Convenant LZV 2012, bijlage 2.

<sup>4</sup> DGV, Vi/CAP, De Basis, DCBMW, Reinier van Arkel, GGZ Noord-Drenthe, MGGZ, Centrum '45, Sinai Centrum, Victas, De Waag, VIBU.

toeleverancier te zijn naar het Centraal Aanmeld Punt (CAP) en in de toekomst het Veteranenloket, maar ook ter ondersteuning van de behandelaars te dienen door bijvoorbeeld contact te houden met de veteraan tijdens de behandeling of re-integratie. Enerzijds biedt zij een kameraadschappelijk klimaat dat hem/haar helpt om geestelijk gezond te blijven.

Anderzijds biedt zij een betrokken omgeving die zich bekommert om veteranen die het onvoldoende redden en mogelijk professionele hulp nodig hebben. Het betreft hier dus geen onderdeel van het LZV, maar is wel een belangrijke ondersteuner.

Geestelijke verzorging (GV) is een vorm van hulp, die zowel in de nulde lijn als in de professionele zorg (eerste lijn en parallel aan tweede lijn) wordt gepraktiseerd, maar wezenlijk anders is dan geestelijke gezondheidszorg. De geestelijk verzorger beschouwt zich zorgverlener maar werkt niet volgens bepaalde protocollen of een certificering en doet niet aan dossiervorming en registratie, de hulpverlening is niet evidence based en toetsbare resultaten ontbreken.

Het CAP, in de toekomst onderdeel van het Veteranenloket, van het Vi is de voornaamste toegangspoort tot het LZV. Via het CAP starten jaarlijks ongeveer 800 hulpverleningstrajecten. Daarvan gaat ongeveer de helft over naar de tweede lijn, de andere helft wordt geholpen in de eerste lijn. De gemiddelde hulpverleningsduur binnen de eerste lijn is ongeveer anderhalf jaar met een grote spreiding. Het CAP wordt tijdens kantooruren bemenst door maatschappelijk werkers van De Basis. Buiten kantooruren wordt de bereikbaarheid verzorgd door bedrijfsmaatschappelijk werkers van het Dienstencentrum Bedrijfsmaatschappelijkwerk Defensie (DCBMW). De aanmeldgegevens worden doorgezonden naar de maatschappelijk werker in wiens regio de betrokken veteraan woont die vervolgens met de veteraan contact opneemt. Mocht buiten kantooruren een telefoontje op een echte crisissituatie wijzen, dan is de enige mogelijkheid doorverwijzing naar of inschakeling van de huisarts en de reguliere GGZ-crisisdienst.

Na afronding van de eerstelijns intake worden de veteranen in de regio besproken in het Casuïstiek Overleg (CO) tussen de GV, de eerste lijn en een consulent van de tweede lijn. Daarin wordt vastgesteld of de veteraan eerstelijnszorg nodig heeft. Deze wordt geleverd door de Basis of DCBMW. De cliënten die (gespecialiseerde) tweedelijnszorg nodig hebben, worden besproken in het Regionaal Coördinatie Overleg (RCO), waarin ook de vertegenwoordigers van de GGZ instellingen(en) zitting hebben. De veteraan buiten dienst heeft voor zijn uitzendinggerelateerde klachten de keuze tussen militaire of civiele hulpverlening.

De tweede lijn omvat gespecialiseerde ambulante en klinische zorg voor veteranen<sup>5</sup> met psychische problemen, maar ook categoriale zorg voor de behandeling van verslaving en van problemen met controle van agressie. Het gaat daarbij om een breed spectrum van problemen, waaronder Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), depressie, angststoornissen in brede zin en persoonlijkheidsstoornissen.

Categoriale zorg voor verslaafde veteranen is beschikbaar in VICTAS maar verwijzing komt weinig voor. Cliënten, bij wie moeilijk beheersbare agressie op de voorgrond staat, kunnen voor een specifieke (categoriale) behandeling terecht bij De Waag. De zorg van de Veteranen Intensieve Behandeling Unit (VIBU) in Venray betreft brede klinische op stabilisatie gerichte behandeling voor moeilijk behandelbare veteranen.

De wijze waarop de behandeling wordt beëindigd, verschilt per instelling. Terug-verwijzing naar de eerste of zelfs de nulde lijn is steeds mogelijk.

---

<sup>5</sup> In voorkomend geval ook militairen in werkelijke dienst.

In verband met de materiele zorgaspecten is het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) gedurende de gehele LZV keten betrokken. Het ABP heeft daarvoor protocollen opgesteld samen met het DCR, het DCBMW en het maatschappelijk werk van De Basis.

De arbeidsre-integratie gaat via het ABP in overleg met vooral het maatschappelijk werk. Het ABP schakelt een re-integratiebureau in om een re-integratietraject uit te zetten en een belastbaarheidsonderzoek uit te voeren.

#### *Financiering*

De vaste niet-patiëntgebonden kosten van het LZV in de vorm van kosten van het Dagelijks Bestuur, facilitaire zaken en personele kosten van het Projectbureau komen ten laste het ministerie van Defensie. In de kosten van het civiele maatschappelijke werk wordt voorzien met een subsidie van Defensie aan De Basis. De vergoeding van patiëntgebonden kosten van de tweedelijnsinstellingen verloopt via het reguliere Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-systeem. In het Convenant LZV wordt verder een aantal financiële vergoedingen van het ministerie van Defensie aan de civiele partnerinstellingen benoemd, zoals een gedeelte van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)-capaciteit, deelname in projectgroepen en voor gespecialiseerde aanvullende supra regionale tweedelijnszorgtaken.

Ten behoeve van onderzoek ter verbetering van de kwaliteit van zorg in het LZV heeft Defensie vanaf 2014 500.000 in de begroting van de MGGZ opgenomen.

#### *Zorgpunten voorzitter LZV*

Bij aanvang van de evaluatie is de voorzitter LZV gevraagd naar zijn zorgpunten. De voorzitter van het LZV heeft vertrouwen in het halen van de “steady state” situatie in 2015, maar heeft ook een aantal redenen tot bezorgdheid. Zo acht hij de afhankelijkheid van het Bestuur LZV voor zijn ondersteuning van arrangementen met andere organisaties een risico voor de output, de sturing en de continuïteit. Ook de complexe begrotingsstructuur, waarbij de autonome instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de financiering van hun aandeel in de veteranenzorg, zal onzekerheid in de samenwerking kunnen (blijven) veroorzaken. Als laatste zorgpunt noemt hij onder de titel kwaliteit het vooralsnog niet beschikbaar zijn van het benodigde registratiesysteem, terwijl dit wel dringend nodig is voor het realiseren van homogene ketenzorg met een ingeregeld samenspel op het gebied van onderzoek, diagnostiek, behandeling en resultaat monitoring, alsmede een gedegen oordeel te kunnen vormen over de effectiviteit van het LZV.

### III. Bevindingen evaluatie LZV

#### *Algemeen*

Ondanks de beperkte bestuurscapaciteit en ondersteuning gedurende de eerste jaren sinds de oprichting van het LZV is het LZV anno 2013 uitgegroeid tot een ketenzorgvoorziening voor veteranen, diensslachtoffers en hun relaties die er toe doet en ook zeker succesvol mag worden genoemd. Het LZV staat en bestaat. Dit is een groot compliment voor het bestuur en de aangesloten partnerinstellingen van het LZV, en voor de opdrachtgever het ministerie van Defensie. De inzet en toewijding van de behandelaars is groot. Het zijn zeer betrokken en gemotiveerde hulpverleners, die van hun werk houden en die redelijk honkvast aan dat werk zijn verbonden.

#### *Het advies 'Gersons'*

Prof. dr. B.P.R. Gersons heeft op verzoek van Defensie in 2005 een blauwdruk van een zorgmodel ontworpen, dit heeft geleid tot het document *Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen*. Ondanks de grote inzet van medewerkers van de toenmalige MGGZ constateerde hij een aantal tekortkomingen in de opzet van de organisatie van de GGZ voor militairen dit heeft onder andere geleid tot het oprichten van het LZV. In bijlage A is een overzicht opgenomen met de belangrijkste aanbevelingen van prof. Gersons gedaan in 2005 en de status van deze aanbevelingen in relatie tot de civiel-militaire ketenzorg binnen het LZV anno 2013.

Bijna alle aanbevelingen van prof. Gersons zijn door Defensie ingevuld of er is met goede redenen van afgeweken.

Naar de mening van de RZO heeft het LZV onvoldoende aandacht voor de eigen behandelprotocollen en structureel opgezette zorgprogramma's met uniforme protocollen voor uitzending gerelateerde Lichamelijk Onverklaarbare Klachten (LOK). Tegelijkertijd zou er onderzoek gedaan dienen te worden naar de mate van effectiviteit van bestaande behandelingen van LOK bij militairen en zou moeten worden onderzocht of de interventies die bij burgers goed werken ook goed werken bij militairen.

#### *Ketenzorg*

Het LZV is een civiel-militaire ketenzorgorganisatie. De elementen van het LZV die de zorg ketenzorg maakt zijn enerzijds vooral besturen en faciliteren van de samenwerking waaronder financiering en delen van kennis en onderzoek. Anderzijds de feitelijke veteranenketenzorg met de toegang tot de veteranenketenzorg en de begeleiding in één loket, straks het Veteranenloket, en een landelijk dekkend systeem met instellingen met RCO's waarin de doorverwijzing in de veteranenketenzorg plaats vindt en gezamenlijke protocollen voor behandeling worden gehanteerd. Op elk van deze elementen zal nader worden ingegaan.

### **Besturen en faciliteren**

#### *Inrichting en bestuur*

De partijen zelf ervaren het LZV als een organisatie die een goede en heldere structuur heeft, goed geformaliseerd en georganiseerd is en bovendien SMART<sup>6</sup> is ingericht. Naar de mening van de RZO is er sprake van richtinggevende instructies en documenten, zij het dat door gebrekkige stafcapaciteit een aantal zaken trager wordt uitgewerkt en geïmplementeerd dan

---

<sup>6</sup> Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

gewenst. Voorzitter LZV heeft de globale regierol in de keten, zonder daarbij teveel bepalend te kunnen zijn richting zorginstellingen en zorginhoud. De RZO beseft waarom toentertijd is gekozen voor een samenwerkingsverband van civiele- en militaire partnerinstellingen, die autonoom en met behoud van eigen identiteit en behandelmethodieken veteranenzorg leveren. Vanuit hun autonomie ontwikkelen instellingen hun eigen identiteit, cultuur en specifieke expertise en aanbod, en vergroten daarmee de keuzemogelijkheid voor de betrokken cliënten. De keerzijde is dat instellingen eenzijdig kunnen besluiten tot het afstoten van taken/behandelprogramma's/modules, die voor hen niet rendabel of anderszins niet aantrekkelijk zijn. Dat maakt de veteranenketenzorg kwetsbaar. Voortdurend moet er aandacht zijn voor de toegevoegde waarde voor partijen om deel uit te maken van het LZV. De voorzitter LZV is in de Stuurgroep LZV de eerste onder zijn gelijken en dient het gezag en mogelijkheden te krijgen om zijn functie in te kunnen vullen. De wijze waarop de voorzitter LZV bestuurlijk en organisatorisch is ingebed in de MGGZ maakt zijn bestuurlijke positie lastig en kan zijn onafhankelijke positie naar Defensie in de perceptie van partijen beïnvloeden. Deze bestuurlijke kwetsbaarheid vereist aandacht en ondersteuning door Defensie.

Lag tot nu toe vooral de nadruk op het inrichten van met name de bestuurlijke aspecten, nu is er behoefte om slagen te maken op de kwalitatieve inhoud van de zorgverlening als zodanig.

### *Beleid*

In de richtinggevende nota: *Succesvol samenwerken – de juiste zorg zo dichtbij mogelijk* met als ondertitel: *Visie op inrichting LZV zorg 2012-2015* van april 2012 zijn strategische keuzes van het LZV voor de genoemde periode verwoord. Naar de mening van de RZO wordt daarbij de lat hoog gelegd. De formuleringen zijn soms abstract en het zal daarom in 2015 niet in alle onderdelen eenvoudig zijn vast te stellen of het beoogde is bereikt. Verder verandert de beleidsomgeving voortdurend. Zo zijn er voor de civiele GGZ inmiddels weer nieuwe beleidskaders door de Rijksoverheid geformuleerd.

Gegeven het verklaarbare ambitieuze karakter van de beleidsvoornemens van het LZV, dat mede tot doel heeft de LZV partners enthousiast te maken of te houden voor een systeem dat men probeert te laten excelleren, is het nodig de komende tijd het beleid te toetsen op realiseerbaarheid en prioriteiten te stellen in het beleid, hoe lastig dat ook is. Tevens dient de ondersteuning door Defensie afgestemd te worden op deze ambitie.

### *Bedrijfsvoering*

De RZO is van oordeel dat de bezetting van het Projectbureau tijdens de eerste jaren van inrichten van het LZV ontoereikend is geweest met als gevolg dat noodzakelijke beleidsontwikkeling stagneerde en/of de implementatie van voorwaarden scheppende zaken (waaronder ICT) achterop is geraakt. Of het LZV in 2015 volledig volgens plan zal kunnen worden ingericht is sterk afhankelijk van een juiste, volledige en structurele bezetting van dit bureau, mede gezien de nu reeds toenemende behoefte aan nieuw beleid voor het LZV in relatie tot de ontwikkelingen in de GGZ.

De overgang van het Projectbureau van de locatie staf-MGGZ (Centraal Militair Hospitaal) naar het gebouw van De Basis in Doorn is een aanleiding om de hele organisatorische en bedrijfsmatige inrichting te bezien en de mogelijkheid te overwegen om de organisatie als Bijzondere Organisatie Eenheid binnen Defensie een plaats te geven, waarbij ook het LZV-budget binnen Defensie een neutraler ophanging kan krijgen teneinde het aantal speelvelden en daarmee spanningsvelden van voorzitter LZV te verminderen.

Het nog steeds ontbreken van een centraal registratiesysteem LZV, mede als gevolg van een zwak presterend projectmanagement door de extern ingehuurd ICT-partij, maakt het lastig om betrouwbare cijfers te genereren, die het noodzakelijke inzicht verschaffen in de



ontwikkelingen en trends van in-, door- en uitstroom van veteranen binnen het LZV systeem. Dit inzicht is nodig om het functioneren van het LZV goed te kunnen doorgronden, analyseren en beoordelen. En niet in de laatste plaats de toegevoegde waarde van het LZV verder te onderbouwen. Deze registratie speelt straks een belangrijke rol in het Veteranenloket. Een centraal registratiesysteem LZV dient uiterlijk begin 2014 operationeel te zijn. Naar de mening van de RZO verdient het aspect registratie van de veteranenzorg meer aandacht van Defensie. De RZO verwacht dat het registratiesysteem LZV het mogelijk maakt aan te tonen of de beoogde doelen van de ketenorganisatie behaald zijn en het voor de RZO beter mogelijk maakt om voor Defensie toezicht te houden op de kwaliteit van de zorg. Verder moet het registratiesysteem naar de mening van de Raad onderzoek op de LZV-populatie mogelijk maken, drop-out registreren, resultaten van de zorgketen zichtbaar maken (onder meer kengetallen, trends, in- en uitstroom) en in de nabije toekomst als veteranen volgsysteem kunnen fungeren.

### *Communicatie*

De externe communicatie betreffende het LZV naar de doelgroepen, maar ook bijvoorbeeld richting politiek is van groot belang. Communicatie met de doelgroep is georganiseerd vanuit de afzonderlijke organisaties binnen en buiten het LZV zelf. Het Vi is belast met de voorlichting over de wijze waarop een veteraan hulp kan gaan vragen bij het CAP. De RZO heeft geconstateerd dat deze voorlichting actief wordt verzorgd maar het verdient blijvende aandacht. Niet alleen naar de veteranen, maar ook naar huisartsen en, met de komende veranderingen in de GGZ, ook de gemeenten. De RZO heeft een positief beeld over het bereiken van de doelgroepen, vooral van de veteranen. Relaties en dienstslachtoffers worden mogelijk minder goed bereikt. De inschatting is dat betere communicatie zal leiden tot een hogere en eerdere zorgvraag.

Het 'merk' LZV groeit door de specifieke merkwaarden: vertrouwen, degelijkheid en kwaliteit.

De informatie-uitwisseling binnen de keten op stuurgroepniveau verloopt goed.

De interne informatie uitwisseling tussen enerzijds het bestuurlijke niveau en anderzijds het werkniveau binnen de instellingen kan worden verbeterd. Ook voor verdere kennisontwikkeling-, uitwisseling en innovatie in de GGZ voor veteranen is optimale informatie-uitwisseling door crosstrainingen, intervisiebijeenkomsten enzovoorts van groot belang. Waarbij gestreefd moet worden naar de ontwikkeling van een professionele zorgstandaard voor de veteranenketenzorg. Daar wordt door het LZV wel aandacht aan besteed maar is nog winst te behalen.

Beeldvorming van de veteraan als getraumatiseerd en psychisch ziek is schadelijk voor de grote groep gezonde veteranen, zeker als die nog een plaats op de arbeidsmarkt moet veroveren. Het dilemma: aandacht voor de gezonde veteraan versus aandacht voor de zieke veteraan die behandeling en zorg moet krijgen, is niet simpel oplosbaar door extern, naar de samenleving toe, het gezonde beeld te accentueren en intern, naar de veteranen de mogelijkheid van hulp te benadrukken. De RZO adviseert de voorlichting over de zorg voor veteranen vooral te richten op informatie over de inhoud van zorg die wordt geleverd en niet op de 'beschadigde veteraan'.

### *Financiën*

De afgelopen jaren hebben partijen problemen ondervonden met de financiering van de veteranenzorg door onder meer het wegvallen van subsidieverstrekkers, ontoereikende bekostiging van complexe zorg vanuit de zorgverzekeringsgelden, invoering van prestatiebekostiging en beddenreductie. Het feit dat de civiele instellingen voor de

financiering van hun zorg afhankelijk zijn van Zorgverzekeringswet (Zvw) gelden maakt hen financieel kwetsbaar. In 2013 brengt het LZV in kaart welke financieringsmogelijkheden er zijn wanneer instellingen coöperatieve afspraken maken met elkaar en de zorgverzekeraars, en wanneer de verantwoordelijkheid van de betrokken ministeries daar vervolgens mee in overeenstemming wordt gebracht. Ten aanzien van de aanvullende vergoedingen van het ministerie van Defensie aan de partnerinstellingen ter afdekking van kosten van veteranenzorg, alsmede als tegemoetkoming voor participatie door instellingen aan beleidsvorming binnen het LZV, leeft bij sommige instellingen de opvatting dat deze niet altijd meer kostendekkend is met het risico voor de blijvende participatie in het LZV. De participanten wordt geadviseerd deze kosten inzichtelijk te maken. De RZO adviseert het Bestuur LZV en het ministerie van Defensie zich samen in te zetten voor overkoepelende prijsafspraken met het ministerie van VWS en zorgverzekeraars inzake vergoedingen voor geleverde veteranenzorg ten behoeve van alle aangesloten instellingen. Voorts wordt het LZV geadviseerd te onderbouwen in hoeverre de vanwege het ministerie van Defensie verstrekte aanvullende vergoedingen aan de civiele partnerinstellingen ten behoeve van veteranenzorg en/of participatie in LZV-bestuursaangelegenheden nog toereikend zijn en om het niveau van deze vergoedingen zo nodig bij te stellen in de vorm van bijvoorbeeld een beschikbaarheidsbijdrage van Defensie of VWS.

#### *Kennis en onderzoek*

Het LZV is een lerende organisatie die al werkende weg haar werkwijze steeds verder verbetert. Daarvoor zijn systematisch verzamelde gegevens rond de keten en het behandelproces essentieel. Het nog steeds niet operationeel zijn van het registratiesysteem LZV is daarbij een belemmering. Maar ook de hoge werkdruk bij de uitvoerende hulpverleners maakt het moeilijk om behandelwerk te combineren met het bijdragen aan onderzoek. Voor het verkrijgen van ruimte voor onderzoek ter verbetering van de kwaliteit van de zorg in het LZV en de implementatie van onderzoeksresultaten in de behandelpraktijk is extra financiering gewenst; hier heeft de RZO advies nr. 15 over uitgebracht<sup>7</sup>. Verder is de toepassing van de CQIv en de Steekproef Veteranen Registratie Systeem (VRS)<sup>8</sup> noodzakelijk om een betrouwbaar en vooral vergelijkbaar beeld van de cliënten-/consumentenervaring te krijgen. Separaat onderzoek per instelling kan nuttig zijn, maar voor een ketenorganisatie zoals het LZV is instelling overstijgend onderzoek van belang.

Bij- en nascholing zijn in een complexe zorgsoort als de trauma gerelateerde zorg noodzakelijk. De RZO heeft begrip voor het feit dat de instellingen concurrenten zijn en daarom voorzichtig zijn in het delen van bijzondere kennis. Desondanks pleit de RZO voor het meer dan nu gebeurt bij elkaar in de keuken kijken en zo op een systematische basis kennis delen en onderling begrip en cohesie vergroten. Het via Defensie beschikbare budget voor wetenschappelijk onderzoek ter verbetering van de zorg, oplopend naar 500.000 per jaar<sup>9</sup>, brengt naar de mening van de RZO de ketenverplichting met zich mee de resultaten van onderzoek in de behandeling met elkaar te delen. De RZO is positief over de jaarlijkse contactdag van het LZV en de andere activiteiten die in de sfeer van scholing en studiedagen worden georganiseerd. Winst is te behalen in samenwerking en uitwisseling door een meer afgestemde onderzoeksprogrammering. Punten van aandacht zijn het verkleinen van de afstand tussen onderzoek en de praktische behoeften, de noodzaak om behandelaren te

---

<sup>7</sup> RZO advies nr. 15 inzake structurele middelen voor wetenschappelijk (M)GGZ-onderzoek en patiëntgebonden onderzoek ten behoeve van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen van 11 april 2012.

<sup>8</sup> Met het Steekproefonderzoek Veteranen Registratie Systeem (VRS), met een onderzoekspopulatie van 7.000-8.000 veteranen, wordt inzicht verkregen in de zorgbehoeften van de veteranen in het algemeen, maar ook van de veteranen die geen gebruik maken van het LZV en de redenen hiervoor.

<sup>9</sup> Besluit minister van Defensie van 15 oktober 2013, BS/2013028225 naar aanleiding van RZO advies nr. 15.

motiveren onderzoeksresultaten te gebruiken om behandelwijzen of behandelstrategieën aan te passen, het omgaan in de hulpverlening met verschillende culturen en ten slotte meer aandacht te geven aan (onderzoek naar) de nuldelijnsondersteuning en eerstelijnszorg. Een onderdeel van onderzoek is dataverzameling. Al tijdens de ontwikkeling van de CQIV is geconstateerd dat er binnen het LZV geen uniform beleid geldt met betrekking tot de bescherming van de persoonsgegevens. Iedere instelling hanteert daarbij eigen regels en inzichten. Dit vormt een belemmering voor het verkrijgen van informatie over de kwaliteit van de ketenzorg zoals ervaren door de cliënt. Het is noodzakelijk dat het LZV een protocol opstelt voor de bescherming van de persoonsgegevens en de medische informatie van de cliënten, dat door alle instellingen uniform wordt toegepast. Dit is overigens ook een belangrijke voorwaarde bij het tot stand brengen van een adequaat functionerend centraal registratiesysteem.

## **Veteranenketenzorg**

### *Ontwikkeling van het cliëntenbestand*

Momenteel is er sprake van een ander soort tot het zorgsysteem toetredende veteraan, en een ander zorgsysteem/stelsel van voorzieningen, dan enkele jaren geleden voor de intensivering van de veteranenzorg door Defensie. De Afghanistanveteranen komen snel en met gerichte vragen. Ingrijpende ervaringen die het persoonlijk functioneren aantasten worden door de omgeving beter geaccepteerd.

De ontwikkeling van de zorgbehoefte is in de toekomst, net als in de rest van de samenleving, onder meer afhankelijk van politieke beslissingen om militairen uit te zenden; economische factoren en de toenemende zorgvraag (vergrijzing). Een reële inschatting van de ontwikkeling van het cliëntenbestand is daarom moeilijk te maken.

Vroegtijdige signalering wordt steeds belangrijker en door de lagere drempel succesvoller. Problemen worden eerder gezien en benoemd, en het zorgsysteem heeft door haar succes een aanzuigende werking. De laatste jaren stijgt het aantal aanmeldingen licht. Hierbij valt op dat steeds meer jonge veteranen zich aanmelden (de missies na Libanon) ten opzichte van oudere veteranen. Daarnaast melden steeds meer (jonge) veteranen en gezinnen zich aan met complexe problematiek. Naar verwachting zal de werklast in de eerste lijn toenemen en daarmee de kosten voor Defensie. De tweede lijn is zo veel in beweging dat de ontwikkeling van het cliëntenbestand niet goed is te voorspellen, maar de indruk bestaat dat het aantal aanmeldingen niet zal toenemen maar wel de noodzaak van verdere specialisatie. Het LZV en Defensie dienen hier rekening mee te houden.

### *Toegang tot het systeem met het CAP en Veteranenloket*

Bij het huidige functioneren van het CAP, is naar de mening van de RZO de toegang tot het LZV goed geregeld. Bedrijfsartsen en huisartsen zijn steeds beter op de hoogte van de veteranenproblematiek en het bestaan van het CAP en het LZV. Wel valt op dat er de nodige tijd kan verlopen tussen de eerste aanmelding bij het CAP en de daarop volgende bespreking in het CO of RCO, dat maandelijks bijeenkomt. Dat leidt soms tot onvrede bij de veteranen. Daar dient het LZV alert op te zijn. Belangrijk is vooral aandacht te besteden aan “verwachtingen management”, zowel bij de veteranen als bij de toeliders naar veteranenzorg (met name de nuldelijn). Het CAP lost in principe geen problemen op maar zorgt voor een snelle en juiste start binnen het LZV. Ook ontbreekt een eigen crisisopvang. Om de drempel voor het LZV in psychologische zin voldoende laag te houden is het van belang de voorlichting onder potentiële cliënten en onder huisartsen over het werk van het LZV voort te zetten. De RZO is positief over de verbreding van het CAP tot één veteranenloket waarin



onder meer ook het ABP is vertegenwoordigd, begeleiding wordt gegeven en waar ook allerlei informatiefuncties worden ondergebracht. De RZO ziet daarin een kans voor betere dienstverlening. Geadviseerd wordt de één-loket-gedachte ook door te voeren in de communicatie, dat wil zeggen één portaal waar de veteraan alle informatie kan vinden onder beheer van het Veteranenloket.

Wel bestaat er zorg bij de RZO over de mogelijkheid om een centrale registratie op te zetten die nu plaatsvindt in aparte niet-compatible en niet eenduidig gevulde databestanden. De inrichting van het Veteranenloket dient dan ook met aandacht door het LZV te worden gevolgd.

#### *Samenstelling LZV en landelijke dekking*

In een lastig spel met vele omgevingsvariabelen, is het LZV er in de afgelopen jaren in geslaagd een landelijke dekking van de zorg voor veteranen te bereiken. Het reduceren van het aantal deelnemende instellingen binnen het LZV van initieel 22 naar 12 heeft de overzichtelijkheid vergroot en het cliëntenvolume per instelling doen toenemen. In de eerste lijn zijn de diensten van De Basis, DCBMW en Diensten Geestelijke Verzorging (DGV) van Defensie regionaal goed gepositioneerd. Veteranen die langer durende ambulante zorg nodig hebben moeten in voorkomend geval reizen naar hulpverleners buiten hun eigen regio. In de meeste regio's wordt dit echter niet als bezwaarlijk ervaren en het wordt ook deels gecompenseerd met vervoer van Defensie of op kosten van het ABP, en door 'outreaching' activiteiten van de instellingen. Maar blijft een punt van aandacht.

Tussen de overgebleven tweedelijns partners is er ondanks deze capaciteitsreductie toch nog een zekere competitie om voldoende veteranen verwezen te krijgen naar de eigen instelling voor een optimale benutting van de beschikbare eigen capaciteit. Niet is komen vast te staan dat het heeft geleid tot onoverkomelijke problemen in het functioneren van het LZV. De capaciteit van het LZV is voor het huidige cliëntenaanbod voldoende. Enkele instellingen hebben capaciteit over, maar de kritische minimumaantallen worden nog gehaald. De RZO adviseert de gebieden in het noorden en het zuiden die momenteel minder goed kunnen worden bediend opnieuw in kaart te brengen en te bezien of de veteranenzorg in deze regio's via verdere outreachende activiteiten, dan wel door de regiogrenzen aan te passen of extra inzet van de reeds (eerder) aangesloten partnerinstellingen (bijvoorbeeld tweedelijns zorg van de VIBU) ter plaatse kan worden verbeterd. Het is mogelijk dat de capaciteit voor cliënten met zorgintensieve, chronische problematiek tekort gaat schieten door het overvol raken van de VIBU.

#### *Regionaal Coördinatieoverleg*

Het RCO is cruciaal voor het functioneren van de LZV keten. De RZO heeft de indruk dat de regionale coördinatie functie goed wordt ingevuld en dat de verschillende soorten vertegenwoordigers van de instellingen in de respectievelijke regio's van een passend niveau zijn. De drie regio's van het LZV hebben elk een vast RCO. Dat maakt het lastig om regio-overstijgend kennis te delen en behandelingen aan te bieden. De bedoeling is de afstemming tussen de regio's met het SPV-overleg te bevorderen, maar dit verdient naar de mening van de RZO meer aandacht. In de RCO's is er een voldoende gunstig klimaat om van elkaar te leren en zo aan de kwaliteit te werken. Wel vraagt dat inspanning van de partijen en kan de continuïteit van de vertegenwoordigingen in de RCO's beter. De participatie vanuit de eerste lijn is uitgebreid. Tussen de tweedelijnsinstellingen bestaat een zekere competitie om voldoende cliënten te mogen ontvangen, dit maakt het proces van verwijzing en verdeling van de in de tweede lijn te behandelen cliënten gevoelig. Deze competitie tussen GGZ instellingen past binnen het huidige Rijksoverheidsbeleid voor de organisatie en werkwijze van de Nederlandse gezondheidszorg, maar leidt binnen het LZV niet aantoonbaar tot risico's voor

de kwaliteit van de zorg voor veteranen. Een kritische benadering van de vraag of de problematiek niet beter in de eerste lijn kan worden behandeld en een voortdurend nagaan of voortzetting van de tweedelijnsbehandeling nog wel zinvol is dient te worden bewaakt. Verder is het noodzakelijk dat het goed functioneren van het RCO ook bij het beëindigen van behandelingen in de tweedelijnsinstellingen topprioriteit blijft houden bij alle betrokkenen. Bovenstaande impliceert de noodzaak van voortdurende aandacht voor de kwaliteit van het werk binnen het RCO.

#### *Samenhang in de aangeboden zorg*

De ketenzorg is een feit, maar het is een keten waarin de deelnemende partijen de zorg uitvoeren zoals zij dat voor zichzelf hebben bepaald. Dat is overigens geen oordeel over de kwaliteit van de zorg op instellingsniveau, maar het zegt wel iets over de keten waarin verwacht mag worden dat de zorg door middel van werkafspraken meer zou zijn afgestemd en de mogelijkheden van samenwerking in de zorg verder worden benut dan nu is geconstateerd. Zo verschillen instellingen onder meer in het voorschrijven van psychofarmaca bij de eerste stabilisering; in het leggen van accenten op het al dan niet loslaten van het militaire verleden; in de houding tegenover bijkomende verslavingsproblematiek en in de wijze waarop behandelingen en het contact met de cliënt worden beëindigd. Het is overigens denkbaar dat een zekere differentiatie in behandelmethodes een nuttige keuzemogelijkheid bij verwijzing impliceert, maar dan wel regio overschrijdend. Het gaat om de eindkwaliteit van de keten, de professionele zorgstandaard van de veteranenketenzorg, maar het ontbreekt nog aan kwaliteitsindicatoren om dat vast te kunnen stellen.

De RZO gebruikt de CQIv om toezicht te houden op de kwaliteit van de LZV ketenzorg en om samen met het LZV de zorg te monitoren en te verbeteren. Iedere twee jaar levert dit instrument informatie op met betrekking tot de ervaringen van veteranen in zorg bij het LZV op de volgende kwaliteitsdimensies:

- ervaringen van de veteranen met de ketenzorg (toegankelijkheid, wachttijden, verwijzing, afstemming en samenwerking tussen behandelaren, nazorg);
  - ervaringen met aspecten van de zorg die specifiek ingaan op veteranenproblematiek (het betrekken van naasten bij de behandeling, mogelijkheid de behandeling te delen met lotgenoten, aandacht voor problemen in het dagelijks leven, inleving in veteranenproblematiek);
  - onderwerpen die voor het LZV niet specifiek relevant zijn, maar die vanuit het perspectief van de veteraan niet buiten beschouwing kunnen worden gelaten in een vragenlijst als deze (problemen rond uitkeringen, algemene vragen over bejegening door behandelaren).
- Uit de evaluatie is gebleken dat de kwaliteitsdimensies van de CQIv nog geen onderdeel vormen van het kwaliteitsplan van de LZV zorgketen en dat de behandelaren nog onvoldoende op de hoogte zijn van het bestaan van de CQIv. De RZO beveelt aan de drie kwaliteitsdimensies onder te brengen in het kwaliteitsplan van het LZV op een dusdanige manier dat meetbaar wordt of de verbeteringen die het LZV doorvoert ook als zodanig door de cliënt wordt ervaren.

#### *Categoriale zorg van de VIBU*

De zorg van de VIBU in Venray betreft brede klinische zorg voor moeilijk behandelbare veteranen. Deze instelling ontfermt zich over een kleine groep, die elders niet (meer) terecht kan. Omdat het hier zulke taaie, vrijwel chronische problemen betreft, is het risico van dichtslibben door onvoldoende doorstroming wel groot. Helaas zijn er voor dit probleem geen simpele oplossingen. Wel zal in overleg met de verzekeraars de financiering dienen te worden geborgd. Anders dreigt opnieuw de situatie van een jaar geleden te ontstaan toen het bestuur

van de Vincent van Gogh Stichting, waaronder de VIBU ressorteert, van plan was uit het LZV te treden en de specifieke functie voor veteranen te beëindigen.

#### *Samenwerking met het ABP*

Bij vrijwel iedere hulpvraag is ook de materiële kant aan de orde. De communicatie tussen het ABP en de instellingen is goed en er wordt gewerkt aan wederzijds begrip tussen behandelaren en aan informatie aan de behandelaren, bijvoorbeeld over de voorzieningenregeling en problematiek van verzekeringsartsen. De Basis en het ABP hebben onderlinge afspraken vastgelegd in een convenant. Aan de proceskant is winst te halen door het ABP rechtstreeks af te laten stemmen met de instellingen en/of mee te laten denken in het opstellen van therapieën waar de materiële component van invloed op is. Ten aanzien van de afstemming is het van belang dat Defensie de Regiegroep ABP-LZV-HDP beter benut.

#### *Nazorg en re-integratie*

De wijze waarop de behandeling wordt beëindigd, verschilt per instelling. Er is geen uniforme exit-strategie. Terug-verwijzing naar de eerste of zelfs de nuldelijn is steeds mogelijk. De Basis heeft een systeem om uit-behandelenden te verzamelen en terug te geleiden naar de maatschappij. Re-integratie gericht op het verkrijgen van werk is met een psychiatrisch verleden een heel moeilijke, soms bijna onmogelijke opgave. Toch verdienen de inspanningen om uitbehandelde veteranen sociaal weer te integreren alle steun.

Ondanks alle goede zorg en behandeling zal de problematiek van een deel van de betrokken veteranen chronisch blijken en levenslange begeleiding of zorg nodig zijn. Daarvoor zou nog wel een betere opvang dan thans gepraktiseerd in de eerste en mogelijk de nuldelijn kunnen worden ontwikkeld. Het is begrijpelijk dat bij de opzet van het LZV het accent lag op een laagdrempelige toegang, op een goede selectie en verwijzing en op een adequate behandeling. Nu verdient echter ook de zorg voor de chronisch zieke cliënt meer aandacht.

#### *Zorgmijders en drop-outs*

Zorg mijden begint vaak in de periode in werkelijke dienst of heeft zijn oorsprong in de periode in werkelijke dienst. Voor de nuldelijn bestaat er een zeer beperkte mogelijkheid de zorg-mijdende veteraan over de drempel van het LZV te helpen. Binnen het LZV is het niet mogelijk een beeld te krijgen van de primaire zorgmijder. Wel heeft het LZV zicht op de drop-outs, de afhakers. Het risico van uitval uit de therapie is altijd aanwezig en zeker niet volledig te vermijden. Indien een cliënt niet op een afspraak verschijnt, probeert de instelling contact te zoeken met die cliënt. Harde cijfers over de uitval zijn belangrijk voor het serieus evalueren van de behandelwijze en wordt dan ook geadviseerd bij te houden. Drop-outs zie je voornamelijk in het materiele zorgtraject bij het ABP.

De RZO is van mening dat de partijen die zich bezighouden met het welzijn van de veteraan van nuldelijn tot en met de re-integratie na de gespecialiseerde tweede lijn (dat zijn: commandanten, collegiaal netwerk van de militair, zorgcoördinatie tijdens de periode in werkelijke dienst, re-integratie dienstongeschikte militairen, nuldelijnsondersteuning veteranen, veteranenketenzorg, materiele zorg en re-integratie na behandeling) dienen samen te werken in het vinden en benaderen van zorgmijders, en alert te zijn op drop-outs. Het initiatief te komen tot deze samenwerking ligt naar de mening van de RZO bij Defensie.

## IV. Hervorming langdurige zorg en de mogelijke gevolgen voor het LZV

### *Hervorming langdurige zorg*

De organisatie van de zorg wordt anders. De bestuurlijke ordening verandert<sup>10</sup>, het aanbod wordt transparanter, de financiering wordt anders geregeld<sup>11</sup> en de aanspraak op zorg wordt anders ingericht<sup>12</sup>. De gemeentelijke component gaat zwaarder wegen. Burgers, dus ook veteranen, worden gedwongen eerst bij de gemeente zorg te zoeken en te aanvaarden. De patiënt staat centraal bij het op eigen kracht en met hulp van het eigen netwerk oplossen van zijn probleem. Alleen met echte psychische klachten wordt een beroep gedaan op de huisarts en wordt daarmee de rol van de huisartsenzorg versterkt. De huisarts bepaalt om 'zelf te behandelen', 'hoe te behandelen' of 'door te verwijzen' naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Meer patiënten worden behandeld in de eerste lijn. Alleen stoornissen worden behandeld in de GGZ. Bovendien ligt de nadruk op extramurale zorg. Deze ontwikkelingen hebben directe invloed op een deel van de veteranenzorg en het LZV.

### *Doorverwijzing*

De veteraan meldt zich nu voornamelijk rechtstreeks aan bij het CAP. De indicatie en doorverwijzing vinden vervolgens plaats in het CO respectievelijk RCO. In het voorliggende beleid is de generalistische basis GGZ alleen via de huisarts of andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts enzovoorts) toegankelijk. De huisarts als essentiële sleutelbewaarder in het systeem heeft fundamentele en vergaande implicaties voor het LZV. In het voorliggende plan kan de veteraan die niet via de huisarts in de veteranenketenzorg wordt gebracht niet door het RCO worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ. De cliënt moet naar de huisarts worden gestuurd voor een screening en diegene naar wie wordt doorverwezen stelt vervolgens de diagnose. Het RCO is op het gebied van de GGZ minstens zo professioneel als de huisarts. Een veteraan alsnog naar de huisarts te sturen voor een verwijsbrief kost extra geld en moet de veteraan niet worden aangedaan. De RZO adviseert de RCO de verwijzfunctie naar de tweedelijns zorg (vergelijk jeugdarts of bedrijfsarts) te geven.

### *Bewegings-/keuze vrijheid ten aanzien van het aangaan van zorgvoorziening die vanuit een landelijke organisatie wordt geboden*

Gedecentraliseerde opstart van de zorg beperkt mogelijk de bewegings-/keuze-vrijheid ten aanzien van het aangaan van zorgvoorziening die vanuit een landelijke organisatie wordt geboden. Dat heeft consequenties voor de supra-regionaliteit van de specialistische GGZ. De aansluiting van de gemeentelijke verantwoordelijkheid op landelijke zorgvoorziening is nog niet uitgekristalliseerd. Uitgangspunt is zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te organiseren. De kern van de problematiek is de beweging tussen de gedefinieerde lagen. Voor de multiproblematische problemen van veteranen zouden LZV, Defensie en gemeenten protocollen op kunnen stellen om gespecialiseerde supra regionale GGZ voor veteranen beschikbaar te houden. De gemeente heeft belang bij deze samenwerking omdat multiproblematiek voor de gemeente lastig is. Men is derhalve geholpen met het goede veteranenzorgsysteem.

### *De ondersteuning bij de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)*

De ADL gaat naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bij de gemeenten. Het risico bestaat voor een vermindering van dit zorgniveau voor veteranen waarvoor een

---

<sup>10</sup> Decentralisaties AWBZ en jeugdzorg, rol van gemeenten en verzekeraars.

<sup>11</sup> Populatiebesteding.

<sup>12</sup> pakketbeheer, kanteling in de WMO.

zorgplicht geldt, die op Defensie via de voorzieningenregeling zou kunnen worden afgewenteld en budgettair moet worden afgedekt.

#### *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*

De kern-AWBZ blijft in stand voor de mensen die langdurige en intensieve zorg nodig hebben (niet meer thuis). Dit raakt mogelijk een kleine groep veteranen met grote problemen.

#### *Overgang van de langdurige GGZ naar de Zvw*

Het overgaan van de langdurige GGZ naar de Zvw kan effect hebben voor (de financiering) van de LZV-instellingen. Verder wordt de veteraan die de militaire dienst met GGZ problemen verlaat voor de financiering van zijn GGZ zorgverlening afhankelijk van een zorgverzekeraar. Het is noodzakelijk om de toegang tot de LZV ketenzorg voor veteranen te laten vallen onder het basispakket, zodat de toegankelijkheid blijft geborgd. Defensie dient zich daarvoor in te spannen.

#### *Standpunt RZO met betrekking tot veteranenketenzorg en hervorming langdurige zorg*

Met de Veteranenwet is de minister van Defensie verantwoordelijk voor de zorg voor veteranen. De wet is mede ondertekend door de minister van VWS. De RZO is van mening dat VWS een inspanningsverplichting heeft en zich daarbij dient te richten op de verkenning van de mogelijkheden het huidige zorgsysteem voor veteranen overeind te houden en in de praktijk aan te sluiten op de civiele GGZ. Het betreft: de financiering van de zorg voor veteranen met bijvoorbeeld een beschikbaarheidsbijdrage; de mogelijkheden het huidige zorgsysteem voor veteranen in stand te houden (bijvoorbeeld de verwijzingsfunctie van de RCO); de toegankelijkheid van gespecialiseerde supra regionale zorg; en de eenheid in de zorg voor veteranen om op landelijk niveau keuzes te kunnen maken en instrumenten te hebben om in te grijpen. Daarbij wordt onderkend dat dit een onderwerp is van het interdepartementaal overleg en het overleg met zorgverzekeraars.

#### *Uitdagingen voor de toekomst*

In het al bereikte succes van het LZV ligt ook de uitdaging voor de toekomst: het systeem is (nog) kwetsbaar en bestaat uit een groep van grotere en kleinere instellingen die weliswaar vrijwillig samenwerken maar wel met behoud van eigen identiteit en karakter. Het aantal veteranen dat via het LZV zorg ontvangt neemt elk jaar een beetje toe, maar blijft in absolute zin natuurlijk gering in vergelijking met het totale aantal cliënten in de GGZ. Zij verdienen niettemin de beste zorg die Nederland te bieden heeft. De aangesloten instellingen zetten zich hier ten volle voor in, maar maken hierbij hun eigen afwegingen, en vertrouwen erop dat de opdrachtgever, het ministerie van Defensie, het LZV tijdig van adequate voorzieningen en bestuurlijke ondersteuning zal blijven voorzien, juist ook nu in tijden van schuivende panelen in de GGZ. Dit zal in hoge mate bepalen of de band van het LZV hecht zal blijven, ook als andere specifieke beroepsgroepen hun ketenzorg naar LZV-model zouden gaan inrichten. Defensie dient hier beleidsmatig en begrotingstechnisch rekening mee te houden. Ook is het beschikbaar komen van een adequaat registratiesysteem en dus een betrouwbare dataset essentieel. Tot slot zijn de uitkomsten van de projectactiviteiten op het gebied van kwaliteit (kwaliteitskader, audit, management review) en zorg (zorgplan en zorgcoördinatie, harmonisatie van diagnostiek en specialisatie van doelgroep specifieke specialistische behandelprogramma's) randvoorwaardelijk voor de inrichting van de gehele keten(zorg) in 2015 en om een doorontwikkeling na 2015 mogelijk te maken. Deze randvoorwaarden dienen in 2014 te zijn ingevuld.



## V. Conclusies en aanbevelingen

Voor de leesbaarheid van deze rapportage is er voor gekozen de conclusies in algemene bewoordingen te beschrijven en de aanbevelingen meer in detail uit te werken.

### Conclusies

De RZO is van mening dat het LZV staat en bestaat. Het LZV is uitgegroeid tot een ketenzorg voorziening voor veteranen, dienstslachtoffers en hun relaties die er toe doet en ook zeker succesvol mag worden genoemd. De partijen in het LZV zijn er zich van bewust dat zij deel uitmaken van een zorgketen en dat daar inbreng voor nodig is. Dit geschiedt bovendien met gemotiveerde en toegewijde hulpverleners die er nadrukkelijk voor staan de veteraan goede zorg te bieden.

#### *Besturen en faciliteren*

De ketenzorg is een feit maar de mogelijkheden van samenwerking in de zorg kunnen beter worden benut. De samenwerking is hecht maar is er wel een tussen collega's die soms ook elkaars concurrenten zijn. De Voorzitter LZV heeft de globale regierol in de keten, zonder daarbij teveel bepalend te kunnen zijn richting zorginstellingen en zorginhoud. Zijn bestuurlijke positie is daarmee lastig.

Het LZV is een kwetsbaar zorgsysteem. Enerzijds door de belemmeringen voor het realiseren van de ambities van het LZV en anderzijds doordat instellingen eenzijdig kunnen besluiten tot het afstoten van behandelprogramma's die voor hen niet rendabel of anderszins niet aantrekkelijk zijn. Het feit dat de civiele instellingen voor de financiering van hun zorg afhankelijk zijn van Zvw gelden, maakt hen financieel kwetsbaar.

Ondanks de inzet van alle partijen en van Defensie is het LZV naar de mening van de RZO minder ver dan men op grond van de eigen ambities zou mogen of kunnen verwachten. Dat zegt ook iets over het realiteitsgehalte van de eigen ambities in relatie tot de beschikbaar gestelde middelen. Belemmeringen voor het realiseren van de ambities worden gevormd door de inbedding van het Dagelijks Bestuur LZV in de MGGZ, de onvoldoende ondersteuning van de voorzitter LZV, het ontbreken van een centraal registratiesysteem LZV en een Kwaliteitshandboek LZV.

Projectactiviteiten op het gebied van kwaliteit en zorg dienen invulling te geven aan essentiële randvoorwaarden voor de inrichting van de gehele keten(zorg) in 2015 en om een doorontwikkeling van het LZV na 2015 mogelijk te maken. Deze randvoorwaarden zullen in 2014 moeten zijn ingevuld.

De externe communicatie van het LZV is van groot belang. Het 'merk' LZV groeit door de specifieke merkwaarden: vertrouwen, gelijkheid en kwaliteit. Het ontbreekt nog aan een communicatiebeleidsvisie en coherent communicatieplan dat de partijen die zich met erkenning, waardering en (na)zorg voor veteranen bezig houden omvat, waardoor de diverse communicatie uitingen elkaar aanvullen noch versterken.

De interne informatie uitwisseling tussen enerzijds het bestuurlijke niveau en anderzijds het werkniveau binnen de instellingen dient te worden verbeterd.

Belangrijk is aandacht te besteden aan “verwachtingen management” om onnodige teleurstellingen te voorkomen, zowel bij de veteranen als bij de toeleiders naar veteranenzorg (met name de nuldelijn).

Bij- en nascholing zijn in een complexe zorgsoort als de trauma gerelateerde zorg noodzakelijk. Voor verdere kennisontwikkeling, uitwisseling en innovatie in de GGZ voor veteranen is optimale informatie-uitwisseling door onder meer crosstrainingen en intervisiebijeenkomsten van belang. Daar wordt door het LZV wel aandacht aan besteed maar is nog winst te behalen.

Op het gebied van kennis en onderzoek is door een meer afgestemde onderzoeksprogrammering nog winst te behalen. Het door Defensie beschikbare budget voor wetenschappelijk onderzoek ter verbetering van de zorg brengt de ketenverplichting met zich mee de resultaten van onderzoek met elkaar te delen. Punten van aandacht zijn het verkleinen van de afstand tussen onderzoek en de praktische behoeften, de noodzaak om behandelaren te motiveren onderzoeksresultaten te gebruiken om behandelwijzen of behandelstrategieën aan te passen.

### *Veteranenketenzorg*

Bijna alle aanbevelingen van prof. dr. B.P.R. Gersons zijn door Defensie ingevuld of er is met goede redenen van afgeweken. Naar de mening van de RZO heeft het LZV onvoldoende aandacht voor de eigen behandelprotocollen en structureel opgezette zorgprogramma's met uniforme protocollen voor uitzending gerelateerde LOK.

Momenteel is er sprake van een ander soort tot het zorgsysteem toetredende veteraan, en een ander zorgsysteem/stelsel van voorzieningen, dan enkele jaren geleden voor de intensivering van de veteranenzorg door Defensie. De capaciteit van het LZV is voor het huidige cliëntenaanbod voldoende. Enkele instellingen hebben capaciteit over, maar de kritische minimumaantallen worden nog gehaald. In de eerste lijn zijn de diensten van De Basis, DCBMW en DGV regionaal goed gepositioneerd. In de tweede lijn worden de gebieden in het noorden en het zuiden momenteel relatief minder goed bediend dan in de rest van regio's, maar dit wordt deels gecompenseerd met vervoersvoorzieningen en 'outreaching' activiteiten van de instellingen. Een eigen crisisopvang wordt gemist. De chronisch zieke veteraan verdient nog meer aandacht.

Naar verwachting zal de werklast in de eerste lijn in de komende jaren toenemen en daarmee de kosten voor Defensie. In de tweede lijn is de verwachting dat het aantal aanmeldingen niet zal toenemen maar wel de noodzaak van verdere specialisatie.

Aandacht wordt gevraagd voor de voortdurende vraag of problematiek beter in de eerste lijn dan de tweede lijn kan worden behandeld. Verder is het noodzakelijk dat het beëindigen van behandelingen in de tweedelijnsinstellingen topprioriteit blijft houden.

De ketenzorg is een feit, maar het is een keten waarin de deelnemende partijen de zorg uitvoeren zoals zij dat voor zichzelf hebben bepaald. Het is overigens denkbaar dat een zekere differentiatie in behandelmethodes een nuttige keuzemogelijkheid bij verwijzing impliceert, maar dan wel regio overschrijdend. Het gaat om de eindkwaliteit van de keten, de professionele zorgstandaard van de veteranenketenzorg, maar het ontbreekt nog aan kwaliteitsindicatoren om dat vast te kunnen stellen.

Zorg mijden begint vaak in de periode in werkelijke dienst of heeft zijn oorsprong in de periode in werkelijke dienst. Voor de nuldelijn bestaat er een zeer beperkte mogelijkheid de zorg-mijdende veteraan over de drempel van het LZV te helpen. Binnen het LZV is het niet mogelijk een beeld te krijgen van de primaire zorgmijder. Wel heeft het LZV zicht op de drop-outs. Harde cijfers over de uitval zijn belangrijk voor het serieus evalueren van de behandelwijze maar ontbreken.

De RZO is positief over het Veteranenloket met de uitbreiding naar de toegang tot de materiële zorg en de begeleiding in de zorg van het LZV. Wel bestaat er zorg over de mogelijkheid om op korte termijn de noodzakelijke centrale registratie in het Veteranenloket operationeel te hebben.

Met zorg wordt gekeken naar de ontwikkelingen in de langdurige zorg en de consequenties daarvan voor de zorg voor veteranen. De huisarts als essentiële sleutelbewaarder in het toekomstige systeem heeft fundamentele en vergaande implicaties voor het LZV. Gedecentraliseerde opstart van de zorg beperkt mogelijk de bewegings-/keuze-vrijheid ten aanzien van het aangaan van zorgvoorziening die vanuit een landelijke organisatie wordt geboden. De RZO is van mening dat VWS een inspanningsverplichting heeft om de mogelijkheden van het huidige zorgsysteem voor veteranen overeind te houden en in de praktijk aan te laten sluiten op de civiele GGZ.

## **Aanbevelingen**

Het bovenstaande in overweging gevende adviseert de RZO:

### ***Besturen en faciliteren***

- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV om gezamenlijk de ambitie voor 2015 van het LZV te toetsen op realiseerbaarheid en daarin prioriteiten aan te geven;*
- *de minister van Defensie om vervolgens het Bestuur LZV voldoende toe te rusten om deze ambitie te realiseren en te kunnen anticiperen op wijzigend GGZ-beleid. Onder meer door de projectactiviteiten die randvoorwaardelijk zijn op het gebied van kwaliteit en zorg in 2014 af te kunnen ronden, eventueel met extra financiering en door het stellen van prioriteiten;*
- *de minister van Defensie om er voor zorg te dragen dat uiterlijk in 2014 het registratiesysteem LZV tot stand is gekomen voor het realiseren van homogene ketenzorg met een ingeregeld samenspel op het gebied van onderzoek, diagnostiek, behandeling en resultaat monitoring, alsmede om een gedegen oordeel te kunnen vormen over de effectiviteit van het LZV. En in het verlengde daarvan het registratiesysteem van het Veteranenloket, waarbij ook de behandeluitval dient te worden geregistreerd;*
- *de minister van Defensie om de organisatorische en bedrijfsmatige inrichting alsmede de positionering van het LZV ten opzicht van Defensie te bezien teneinde de positie en ondersteuning van de voorzitter LZV te versterken. Door bijvoorbeeld de organisatie als Bijzondere Organisatie Eenheid binnen Defensie een plaats te geven, waarbij ook het LZV-budget binnen Defensie een neutraler ophanging kan krijgen teneinde het aantal*



- speelvelden en daarmee spanningsvelden van de voorzitter LZV te verminderen;
- *de minister van Defensie* om te onderzoeken in hoeverre de vanwege het ministerie van Defensie verstrekte aanvullende vergoedingen aan de civiele partnerinstellingen ten behoeve van veteranenzorg en/of participatie in LZV-bestuursaangelegenheden nog toereikend zijn en het niveau van deze vergoedingen zo nodig bij te stellen;
- *de minister van Defensie* om een communicatiebeleid en coherent communicatieplan op te stellen dat de partijen die zich met erkenning, waardering en (na)zorg voor veteranen bezig houden omvat (onder meer het LZV, Vi, belangenbehartigers en Defensie zelf), waardoor de diverse communicatie uitingen elkaar aanvullen en versterken. En vervolgens afspraken te maken over de uitvoering ervan.  
Meer inhoudelijk: blijvende aandacht te geven aan voorlichting aan veteranen, huisartsen en, gezien de ontwikkelingen in de GGZ, de gemeenten. Er voor te zorgen dat de voorlichting over de zorg voor veteranen zich richt op informatie over de inhoud van zorg die wordt geleverd. Daarbij aandacht te geven aan “verwachtingen management” over de zorg die het LZV biedt. De één-loket-gedachte van het Veteranenloket door te voeren in de communicatie door één portaal in te richten onder beheer van het Veteranenloket waar de veteraan alle informatie kan vinden;
- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV* om meer aandacht te geven aan een afgestemde onderzoeksprogrammering en de afstand tussen onderzoek en de praktische behoeften te verkleinen door het bevorderen van behandelonderzoek. Waarbij op een systematische basis kennis wordt gedeeld tussen de instellingen en daarmee onderling begrip en cohesie wordt vergroot. Bij de beoordeling van de onderzoeksvoorstellen is dit voor de RZO een belangrijk criterium;
- *het Bestuur LZV* om maatregelen te nemen om de interne informatie uitwisseling tussen enerzijds het bestuurlijke niveau en anderzijds het werkniveau te verbeteren;
- *het Bestuur LZV* om een protocol op te stellen voor de bescherming van de persoonsgegevens en de medische informatie van de cliënten, dat door alle instellingen uniform wordt toegepast;
- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV* om zich gezamenlijk in te zetten voor overkoepelende prijsafspraken met het ministerie van VWS en zorgverzekeraars inzake vergoedingen voor geleverde veteranenzorg ten behoeve van alle aangesloten instellingen.

### ***Veteranenketenzorg***

- *het Bestuur LZV* om met werkafspraken de beschikbare zorg van de instellingen meer op elkaar af te stemmen en de mogelijkheden van samenwerking in de zorg verder te benutten;
- *het Bestuur LZV* om de gebieden die momenteel minder goed met zorg kunnen worden bediend nog eens in kaart te brengen en te bezien of de veteranenzorg in deze regio's via verdere outreachende activiteiten, dan wel door de regiogrenzen aan te passen of extra inzet van de reeds (eerder) aangesloten partnerinstellingen ter plaatse kan worden verbeterd;

- *het Bestuur LZV* om de afstemming tussen de regio's te bevorderen met onder meer het SPV-overleg en het benutten van de mogelijkheden die de RCO's bieden om de verhoudingen te versterken en van elkaar te leren, en zo aan de kwaliteit te werken;
- *het Bestuur LZV* om kritisch te kijken of de veteranenproblematiek vooral in de eerste lijn kan worden behandeld en voortdurend na te gaan of voortzetting van de tweedelijnsbehandeling nog wel zinvol is;
- *de minister van Defensie* om beleidsmatig en begrotingstechnisch rekening te houden met een toename van de werklast in de eerste lijn en de noodzaak van verdere specialisatie in de tweede lijn;
- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV* om gezamenlijk in overleg met de verzekeraars de financiering van de (crisis) opvang VIBU te borgen;
- *het Bestuur LZV* om de mogelijkheden te onderzoeken hoe het ABP rechtstreeks kan afstemmen met de instellingen en/of mee te laten denken in het opstellen van therapieën waar de materiële component van invloed op is;
- *de minister van Defensie* om de afstemming tussen het ABP, LZV en Defensie te verbeteren door onder meer het benutten van de Regiegroep ABP-LZV-HDP;
- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV* om meer aandacht te geven aan uitzending gerelateerde LOK problematiek en aan de inrichting van een behandeltraject LOK. Daar wetenschappelijk behandelonderzoek aan te koppelen om na te gaan of de behandeling voldoet voor de veteraan;
- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV* om meer aandacht te geven aan en de zorg voor de chronisch zieke veteraan;
- *de minister van Defensie* om het initiatief te nemen in het verbeteren van de samenwerking tussen alle partijen die zich bezighouden met het welzijn van de veteraan van nuldelijn tot en met de re-integratie na de gespecialiseerde tweede lijn<sup>13</sup>;
- *de minister van Defensie* om daarbij bijzondere aandacht te besteden aan het vinden en benaderen van zorgmijders, en alle partijen die zich bezighouden met het welzijn van de veteraan alert te laten zijn op drop-outs.

### ***Veteranenketenzorg en hervorming langdurige zorg***

- *de minister van Defensie* om te bevorderen dat VWS zo spoedig mogelijk de mogelijkheden verkent om de instandhouding van het huidige zorgsysteem voor veteranen te waarborgen en in de praktijk aansluiting te laten vinden op de regelingen in de civiele GGZ. Het betreft: de financiering van de zorg voor veteranen met bijvoorbeeld een beschikbaarheidsbijdrage; de mogelijkheden het huidige zorgsysteem voor veteranen in stand te houden (door onder meer de RCO de verwijzingsfunctie naar de tweedelijns GGZ te laten behouden), de toegankelijkheid van gespecialiseerde supra regionale zorg, en de

---

<sup>13</sup> Collegiale ondersteuning in het collegiaal netwerk, zorgcoördinatie tijdens de periode in werkelijke dienst, re-integratie dienstongeschikte militairen, nuldelijnsondersteuning, veteranenketenzorg, materiele zorg en re-integratie na behandeling.

eenheid in de zorg voor veteranen om op landelijk niveau keuzes te kunnen maken en centraal instrumenten te hebben om in te grijpen.

***Vervolg***

- de RZO te belasten met een vervolgonderzoek naar die aspecten van de evaluatie die onvoldoende beschouwd konden worden door het ontbreken van een Kwaliteitshandboek LZV en voldoende feitelijke gegevens over de veteranenketenzorg om een gedegen oordeel te kunnen vormen over de effectiviteit van het LZV en daarover te rapporteren in 2015.

## Bijlage A: Overzicht status aanbevelingen prof. dr. B.P.R. Gersons (2005)

<b><u>Belangrijkste aanbevelingen Gersons (2005) in relatie tot de veteranenketenzorg:</u></b>	<b><u>Status aanbevelingen Gersons 2013:</u></b>	
<i>Militaire GGZ is primair <u>bedrijfsgerichte GGZ</u> voor mensen met het hoog risico beroep van militair, met als legitimatie operationele inzet, specifieke problemen bij militairen en met nadruk op inzetbaarheid.</i>	<i>De Militaire GGZ is toegankelijk voor de veteraan buiten dienst met uitzending gerelateerde psychotraumatische problematiek en/of persoonlijkheidsstoornissen.</i>	√
<i>M.b.v. het kringenmodel voor de GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen de <u>gespecialiseerde GGZ in engere zin</u> en de <u>GGZ in bredere zin</u> (i.e. incl. zorg door commandanten, GV'ers, maatschappelijk dienstverleners en eerstelijnszorg.</i>	<i>Zowel de GGZ in engere zin als die in bredere zin is binnen defensie verankerd, waarbij deze door samenwerking en afstemming effectieve zorg kan bieden. De huidige Militaire GGZ is ook toegankelijk voor de veteraan buiten dienst met uitzending gerelateerde psychotraumatische problematiek en/of persoonlijkheidsstoornissen. Daarmee is binnen LZV-verband zowel de militaire als civiele GGZ ketenzorg voor veteranen geborgd.</i>	√
<i>De inhoud van de zorg dient aan te sluiten op 3 in het militaire bestaan te onderscheiden <u>episoden</u>, t.w.: de zorg in de kazerne, de zorg rond uitzending en de zorg voor veteranen.</i>	<i>De huidige militaire GGZ is langs deze 3 zorglijnen georganiseerd. De inbreng van de MGGZ in het LZV richt zich primair op de zorg voor de veteraan in actieve dienst<sup>1</sup>. Het LZV richt zich op de zorg voor veteranen.</i>	√
<i>Voor de situatie op de kazerne kan de militaire GGZ worden opgezet <u>cfm. de civiele GGZ</u> (protocollen, diagnose specifieke specialistische zorgprogramma's).</i>	<i>De protocollen voor de militaire GGZ zijn inmiddels naar analogie van de civiele GGZ ontwikkeld en ingevuld. In algemene zin is niet vastgesteld dat binnen het LZV de eigen LZV-protocollen op behandelniveau gereed zijn.</i>	!
<i>Er moeten krijgsmachtbrede <u>gestandaardiseerde richtlijnen en protocollen</u> komen voor de zorg rond uitzending en de rol van de militaire GGZ in "engere zin".</i>	<i>Deze richtlijnen en protocollen rond uitzendingen zijn inmiddels gestandaardiseerd.</i>	√
<i>De "<u>debriefing</u>" na een uitzending/actie moet weer worden teruggebracht naar zijn oorspronkelijke militaire betekenis.</i>	<i>De terugkeer na een uitzending van aanzienlijke duur is geregeld o.a. d.m.v. adaptatie, waarbij debriefing een belangrijk aspect is. Veelal gebeurt dit nog voordat men terugkeert in NL. Ook na terugkeer in NL is een nazorg traject voorzien, waarbij o.a. ook de partner van degene die is uitgezonden is geweest wordt betrokken.</i>	√
<i>Om de civiele GGZ beter in staat te stellen veteranen adequaat te behandelen is <u>consultatie en samenwerking met de civiele GGZ</u> nodig.</i>	<i>Deze samenwerking krijgt gestalte middels het LZV, waarin de MGGZ, DCBMW, Geestelijke verzorgers en aangesloten civiele</i>	

<sup>1</sup> In 2008 is het LZV opgezet om ketenzorg te bieden voor de veteraan buiten dienst. Met het aannemen van de Veteranenwet in 2011 is de definitie van Veteraan evenwel uitgebreid met actief-dienende militairen die een uitzending achter de rug hebben. Deze groep van veteranen is voor het ontvangen van veteranenzorg in eerste instantie aangewezen op de militaire voorzieningen zoals MGGZ en DCBMW en GV.

	<i>partnerinstellingen (GGZ en Maatschappelijk weliswaar nauw samenwerken, maar niettemin hun eigen identiteit en behandelvormen kunnen behouden. Wederzijdse consultatie komt voor. Het LZV ziet toe op ketenzorg zodat verwijzing, samenwerking en behandeling van veteranen zo optimaal mogelijk kan verlopen.</i>	√
<i>Verwijzing naar de civiele GGZ vindt plaats wanneer de militaire GGZ in kwalitatieve en/of kwantitatieve zin niet in staat is kwalitatief goede zorg te garanderen.</i>	<i>In de huidige praktijk wordt verwezen naar de instelling die voor de betrokken veteraan de beste zorg kan leveren. *) NOOT: dit wijkt af van het advies van Gersons maar op goede gronden en derhalve 'groen'.</i>	*)
<i>Veteranen met uitzending gerelateerde problematiek en een aantal veel voorkomende stoornissen, zoals LOK, PTSS en persoonlijkheid problematiek, komen voor behandeling door de militaire GGZ in aanmerking.</i>	<i>Veteranen buiten dienst hebben via het LZV de mogelijkheid te kiezen voor een civiel- dan wel een militair behandeltraject. De veteraan in werkelijke dienst is in principe aangewezen op de voorzieningen binnen Defensie, waarbij eventueel verwijzing naar een civiele behandelinstelling binnen het LZV tot de mogelijkheden behoort. Zorgprogramma's voor PTSS en persoonlijkheidsproblematiek zijn binnen het LZV goed geborgd en er wordt invulling aan gegeven. Voor Lichamelijk Onverklaarbare Klachten (LOK) is dit echter binnen LZV nog onvoldoende structureel opgezet en heeft elke instelling een eigen oplossing hoe om te gaan met LOK cliënten. Wel beschikt het Centraal Militair Hospitaal over een LOK Poli met protocollen, maar deze is in principe alleen bestemd voor militairen in werkelijke dienst. De ontwikkeling van de desbetreffende, uniforme protocollen is nog niet voltooid.</i>	!
<i>Het is zeer wenselijk om voor veteranen op korte termijn specifieke behandelprogramma's op te zetten en daar breed bekendheid aan te geven. Deze programma's dienen naar de stand van de kennis te worden ingericht. Het verdient aanbeveling deze te concentreren op de afdeling psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal en/of Centrum '45.</i>	<i>Specifieke behandelprogramma's zijn opgezet en er wordt door de instellingen invulling aan gegeven door diverse tweedelijns behandelcentra van het LZV, waaronder MGGZ en Centrum '45. Om geografisch voldoende bereikbaar te zijn is niet gekozen voor concentratie op één of twee locaties. *) NOOT: dit wijkt af van het advies van Gersons maar naar de mening van de werkgroep op goede gronden en derhalve 'groen'</i>	*)
<i>Behandeling van burgerpersoneel en familie is, uitzonderingen daargelaten, een taak voor de civiele GGZ.</i>	<i>Wordt conform uitgevoerd. Punt van aandacht is het betrekken van de familie van de veteraan in actieve dienst bij de therapie of therapie voor familieleden van veteranen in actieve dienst.</i>	√
<i>Er komt één militaire GGZ-organisatie met 3 zorglijnen (zie episoden) en 4 locaties.</i>	<i>Is overeenkomstig geregeld.</i>	√

<p>Er komt een zorglijn 'GGZ voor Veteranen' met een adjunct-directeur, onder de algemeen directeur. Deze stuurt de inhoud van de te leveren zorg aan via zorgprogramma's, protocollen en richtlijnen.</p>	<p>Wordt conform uitgevoerd. De bedoelde adjunct directeur MGGZ - zorglijn veteranen is tevens voorzitter (DB en Stuurgroep) LZV.</p>	<p>√</p>
<p>Een hoogwaardige GGZ-inzet voor de krijgsmacht vraagt om een <u>goede kennistransfer vanuit de wetenschap</u>.</p>	<p>Is ondergebracht binnen de MGGZ en binnen het LZV. Adequate koppeling met de wetenschap is geborgd middels de adviesfunctie van de RZO op het gebied van onderzoek naar uitzending gerelateerde klachten. Tevens heeft Defensie in 2013 een Onderzoeksagenda Veteranenzorg en Uitzending gerelateerde Problematiek opgesteld.</p>	<p>√</p>
<p>De militaire GGZ dient "<u>evidence based</u>" te werken middels protocollen voor preventie, diagnostiek en kortdurend behandelen en zorgprogramma's voor veel voorkomende stoornissen en stoornissen die zijn gerelateerd aan het hoog risico beroep van militair.</p>	<p>Evidence based protocollen zijn inmiddels ingevoerd binnen het LZV en de instellingen werken conform deze protocollen, waaronder de militaire GGZ.</p>	<p>√</p>
<p>Voor bredere <u>kwaliteitsborging</u> moet worden aangesloten op het in de civiele GGZ dominante Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ-) certificatieschema.</p>	<p>Kwaliteitsborging op basis van HKZ is inmiddels standaard bij de bij het LZV aangesloten instellingen, waaronder de MGGZ. De Stuurgroep van het LZV bewaakt de kwaliteit van de geleverde zorg.</p>	<p>√</p>
<p>De verzameling, bewerking en toepassing van bestaande wetenschappelijke kennis vraagt om een <u>duidelijke kennismanagementfunctie binnen de militaire GGZ</u>.</p>	<p>Kennismanagementfunctie binnen de militaire GGZ is opgedragen aan de Directeur MGGZ. Binnen het LZV is dit opgedragen aan de voorzitter van het LZV, tevens voorzitter van de Stuurgroep LZV.</p>	<p>√</p>
<p>De <u>ondersteunende staf van de militaire GGZ-organisatie</u> faciliteert het kwaliteitsbeleid en de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. Zij heeft daarnaast een kennis- en onderzoeksfunctie.</p>	<p>Dit is als zodanig belegd; binnen het LZV wordt dit ingevuld door het dagelijks bestuur van het LZV.</p>	<p>√</p>



## **Bijlage B: Rapportage over de bestuurlijke aspecten van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen**

Den Haag, 10 oktober 2013

Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek  
Voorzitter RZO tevens Voorzitter Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013  
Mevr. J. L. E. M. W. R. R. Tiesinga-Autsema  
"De Zwaluwenberg"  
Utrechtseweg 225  
1213 TR Hilversum

Onderwerp: Aanbieding rapport Werkgroep 'Bestuurlijke Aspecten LZV'

Geachte mevrouw Tiesinga,

In het kader van de Evaluatie van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) 2013 heeft u Prof. Dr. P. Dekker en ondergetekende gevraagd een werkgroep te vormen en u te adviseren over de opzet en uitvoering van de evaluatie van het LZV, en de bestuurlijke aspecten van het LZV te evalueren. Aan dit verzoek hebben wij met genoegen invulling gegeven.

De gevormde Werkgroep 'Bestuurlijke Aspecten LZV' heeft zich bij de evaluatie van het LZV overeenkomstig haar opdracht gericht op de bestuurlijke aspecten van de werking van het LZV in relatie tot de oorspronkelijke doelstellingen van het (keten)zorgsysteem.

Namens de Werkgroep bied ik u bijgaand het definitieve rapport 'Rapportage over de bestuurlijke aspecten van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen' aan.

De Werkgroep spreekt zijn waardering uit over de constructieve medewerking van de deelnemende partnerinstellingen van het LZV, alsmede bestuurlijke verantwoordelijken van het LZV. De gesprekken zijn in een open en plezierige sfeer verlopen.

De Werkgroep stelt vast dat, ondanks beperkte initiële bestuurscapaciteit gedurende de eerste jaren, het LZV anno 2013 niettemin is uitgegroeid tot een ketenzorg voorziening voor veteranen, hun partners en diensslachtoffers die er toe doet en ook zeker succesvol mag worden genoemd. Dit is een groot compliment enerzijds voor het bestuur en de aangesloten partnerinstellingen van het LZV, maar ook voor de Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek als toezichthouder en adviseur, en de opdrachtgever te weten het Ministerie van Defensie, die met name de aanbevelingen van het rapport Gersons op voortvarende wijze heeft overgenomen en geïmplementeerd.

De werkgroep is positief over hoe het gaat met het LZV, maar onderkent tegelijkertijd dat het ook een kwetsbaar zorgsysteem is. Er is veel bereikt, maar er zijn ook bedreigingen, waarvan de belangrijkste zijn de onzekerheid over de toekomstige beschikbaarheid van voldoende financiën, het nog ontbreken van een solide registratiesysteem en de onvoldoende borging van de ondersteuning van de Voorzitter van het LZV.

Hoogachtend,



Ir. M.A. van Maanen,  
Vice-admiraal b.d.,  
Voorzitter Werkgroep 'Bestuurlijke Aspecten LZV'

Bijlage: 'Rapportage over de bestuurlijke aspecten van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen'

**Evaluatie LZV 2013**

**Rapportage over de bestuurlijke aspecten van de ketenzorg van het Landelijk  
Zorgsysteem voor Veteranen**

**Ir. M.A. van Maanen, Vice-admiraal b.d.**

**Prof. dr. P. Dekker**

**Hilversum, 10 oktober 2013**

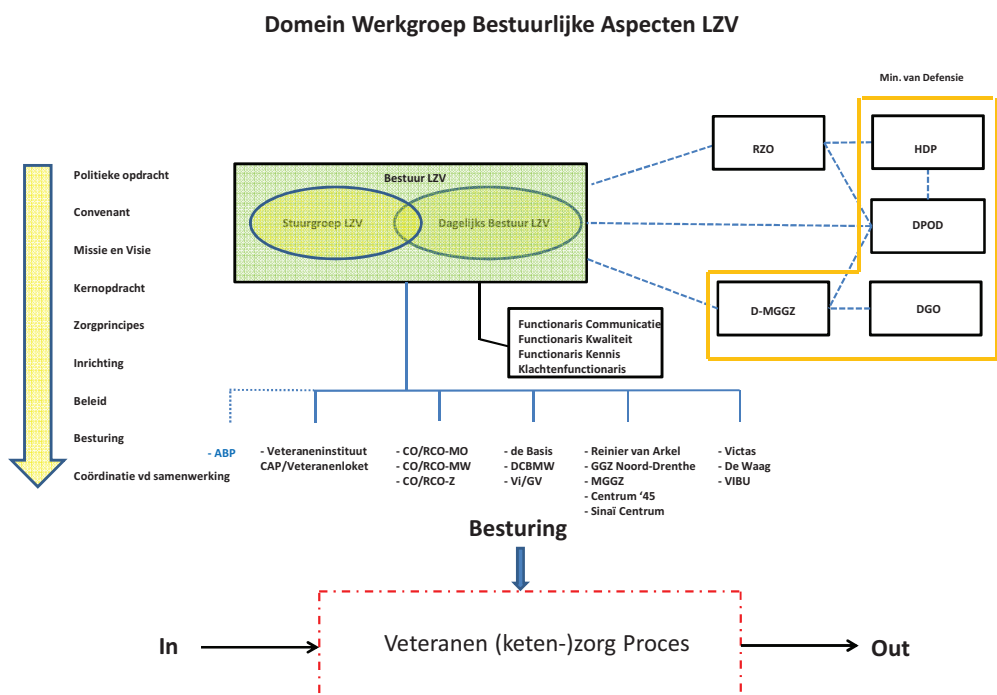


## **Rapportage over de bestuurlijke aspecten van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen van de Werkgroep Bestuurlijke Aspecten**

Inleiding: Opdracht en aanpak van de evaluatie .....	3
Hoofdstuk 1. Het Advies Gersons.....	4
Hoofdstuk 2. Het LZV-convenant 2012.....	7
Hoofdstuk 3. Recente beleidsdocumenten .....	10
Hoofdstuk 4. Inzichten van betrokkenen.....	13
Doelbereiking .....	14
Organisatie .....	15
Functioneren.....	16
Toekomstperspectief. ....	19
Hoofdstuk 5. Conclusie: succesvol maar kwetsbaar .....	21
Bijlage A. Vragenlijst bestuurlijke aspecten.....	26
Bijlage B. Begroting LZV voor 2013.....	28
Bijlage C. Geïnterviewden .....	29

## Inleiding: Opdracht en aanpak van de evaluatie

De werkgroep Bestuurlijke Aspecten (WGBA) heeft zich bij de evaluatie van het Landelijke Zorgsysteem Veteranen (LZV) overeenkomstig haar opdracht gericht op de bestuurlijke aspecten van de werking van het LZV in relatie tot de oorspronkelijke doelstellingen van het (keten)zorgsysteem. In figuur is de structuur van het Bestuur van het LZV weergegeven met alle relaties die dit bestuur heeft met enerzijds de aangesloten civiele en militaire zorginstellingen op het gebied van Veteranenzorg en anderzijds met de toezichthouder Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek (RZO) en aanstuurorganen vanuit het Ministerie van Defensie. Het in het figuur rood omkaderde proces van de veteranenketenzorg als zodanig beschouwt de Werkgroep als een gesloten systeem.



Om aan haar opdracht te voldoen maakt de WGBA in Hoofdstuk 1 eerst een analyse in hoeverre het advies van Prof. dr. B.P.R. Gersons uit 2005 aan de toenmalige Staatssecretaris van Defensie, dhr. C. van der Knaap, verwoord in het rapport “*Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen*” invulling heeft gekregen. Hier is tevens het meest recente convenant van het LZV uit 2012 bij betrokken. De vraag daarbij is in hoeverre de afspraken tussen de samenwerkende partijen binnen het LZV erop gericht zijn om gestalte te geven aan de beoogde samenhang in de veteranenzorg.

In hoofdstuk 2 beschouwt de werkgroep dan vervolgens de stand van zaken met betrekking tot hetgeen werd overeengekomen door de participerende instellingen in het Convenant van 2012.

Daarna gaat de werkgroep in Hoofdstuk 3 na wat de stand van zaken is met betrekking tot de implementatie van beleidsvoornemens in relatie tot het LZV, zoals verwoord in

de documenten “LZV Beleidsplan 2012-2015”, “Visie op LZV-zorg – Succesvol samenwerken 2012-2015” en “Inrichting Zorg 2012”.

In Hoofdstuk 4 geeft de werkgroep onder de titel “Inzichten van betrokkenen” vervolgens een samenvatting van de uitkomsten van een schriftelijke vragenlijst en follow-up gesprekken met de deelnemende partnerinstellingen van het LZV, alsmede bestuurlijke verantwoordelijken van het LZV, bevraagd over hun meningen en visies op het functioneren van het LZV tot nu toe en over hun verwachtingen van toekomstige ontwikkelingen. Vanzelfsprekend gaat het daarbij niet uitsluitend om de vraag in hoeverre de oorspronkelijke doelstellingen worden gerealiseerd, maar ook om de vraag wat nu nastrevenswaardig en realistisch is.

Tot slot geeft de werkgroep in Hoofdstuk 5 haar bevindingen, conclusies en aanbevelingen weer ten aanzien van de stand van zaken van het LZV anno 2013, evenals enige overwegingen voor de toekomst van het LZV.

## **Hoofdstuk 1. Het Advies Gersons**

Prof. Gersons heeft met zijn commissie in 2005 een analyse gemaakt van en visie ontwikkeld op de militaire GGZ en deze vertaald in een blauwdruk voor een toekomstige organisatie. Ondanks de grote inzet van medewerkers van de toenmalige militaire GGZ constateerde hij niettemin een aantal ernstige tekortkomingen in de opzet van de toenmalige organisatie:

- Geen eenheid van inzicht en aanpak
- GGZ afdelingen waren afzonderlijk per krijgsmacht deel georganiseerd, zonder dat iemand organisatorisch of professioneel de leiding had over de totale militaire GGZ
- Aanpak rond uitzendingen en de samenstelling van disciplines verschilden op basis van te onderscheiden inzichten
- Kennismanagement was zwak ontwikkeld: kennis werd “te hooi en te gras” verzameld
- Wetenschappelijk onderzoek werd sterk door persoonlijke belangstelling bepaald.

De toenmalige Staatsecretaris van Defensie, dhr. C. van der Knaap, wenste een oplossing voor de verschillen in opvatting en handswijzen binnen de militaire geestelijke gezondheidszorg. Hij wenste een eenduidige organisatie met een goede kwaliteitsborging en met benutting van een kennisinstituut. Dit moest zich ook uitstrekken tot de zorgverlening aan veteranen met uitzending gerelateerde problematiek.

Onderstaand overzicht bevat de belangrijkste aanbevelingen van Prof. Gersons in 2005 en de status van deze aanbevelingen in relatie tot de civiel-militaire ketenzorg binnen het LZV anno 2013 naar het oordeel van de werkgroep.

<b><u>Belangrijkste aanbevelingen Gersons (2005):</u></b>	<b><u>Status aanbevelingen Gersons 2013:</u></b>	
<i>Militaire GGZ is primair <u>bedrijfsgerichte GGZ</u> voor mensen met het hoog risico beroep van militair, met als legitimatie operationele inzet, specifieke problemen bij militairen en met nadruk op inzetbaarheid.</i>	Huidige Militaire GGZ is als zodanig opgezet, maar is daarnaast ook toegankelijk voor de veteraan buiten dienst met uitzending gerelateerde psychotraumatische problematiek en/of persoonlijkheidsstoornissen.	√
<i>M.b.v. het kringenmodel voor de GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen de gespecialiseerde <u>GGZ in engere zin</u> en de <u>GGZ in bredere zin</u> (i.e. incl. zorg door commandanten, GV'ers, maatschappelijk dienstverleners en eerstelijnszorg.</i>	Zowel de GGZ in engere zin als die in bredere zin zijn binnen defensie verankerd, waarbij deze door samenwerking en afstemming effectieve zorg kan bieden. Binnen LZV-verband is zowel de militaire als civiele GGZ ketenzorg voor veteranen geborgd.	√
<i>De inhoud van de zorg dient aan te sluiten op 3 in het militaire bestaan te onderscheiden <u>episoden</u>, t.w.: de zorg in de kazerne, de zorg rond uitzending en de zorg voor veteranen.</i>	De huidige militaire GGZ is langs deze 3 zorglijnen georganiseerd, waarbij het LZV zich richt op de zorg voor de veteraan (buiten dienst). <sup>1</sup>	√
<i>Voor de situatie op de kazerne kan de militaire GGZ worden opgezet <u>cf. de civiele GGZ</u> (protocollen, diagnose specifieke specialistische zorgprogramma's).</i>	Deze protocollen zijn inmiddels naar analogie van de civiele GGZ ontwikkeld.	√
<i>Er moeten krijgsmachtbrede <u>gestandaardiseerde richtlijnen en protocollen</u> komen voor de zorg rond uitzending en de rol van de militaire GGZ in "engere zin".</i>	Deze richtlijnen en protocollen rond uitzendingen zijn inmiddels gestandaardiseerd.	√
<i>De "<u>debriefing</u>" na een uitzending/actie moet weer worden teruggebracht naar zijn oorspronkelijke militaire betekenis.</i>	De terugkeer na een uitzending van aanzienlijke duur is geregeld o.a. d.m.v. adaptatie, waarbij debriefing een belangrijk aspect is. Veelal gebeurt dit nog voordat men terugkeert in NL. Ook na terugkeer in NL is een nazorg traject voorzien, waarbij o.a. ook de partner van degene die is uitgezonden is geweest wordt betrokken.	√
<i>Om de civiele GGZ beter in staat te</i>	Deze samenwerking krijgt gestalte	

<sup>1</sup> De WGBA wijst erop dat het LZV in 2008 oorspronkelijk werd opgezet om ketenzorg te bieden voor de veteraan buiten dienst. Met het aannemen van de Veteranenwet in 2011 is de definitie van Veteraan evenwel uitgebreid met militairen in werkelijke dienst die een uitzending achter de rug hebben. Deze groep van veteranen is voor het ontvangen van veteraneenzorg in eerste instantie aangewezen op de militaire voorzieningen zoals MGGZ en DCBMW en GZ.

<p><i>stellen veteranen adequaat te behandelen is <u>consultatie en samenwerking met de civiele GGZ</u> nodig.</i></p>	<p>middels het LZV, waarin de MGGZ, DCBMW, Geestelijke verzorgers en aangesloten civiele partnerinstellingen (GGZ en Maatschappelijk) weliswaar nauw samenwerken, maar niettemin hun eigen identiteit en behandelvormen kunnen behouden. Derhalve ziet het LZV toe op ketenzorg, zodat verwijzing, samenwerking en behandeling van veteranen zo optimaal mogelijk kan verlopen.</p>	<p>√ √</p>
<p><i>Veteranen met uitzending gerelateerde problematiek en een aantal veel voorkomende stoornissen, zoals <u>LOK, PTSS en persoonlijkheid problematiek</u>, komen voor behandeling door de militaire GGZ in aanmerking.</i></p>	<p>Veteranen buiten dienst hebben via het LZV de mogelijkheid te kiezen voor een civiel dan wel een militair behandeltraject. De veteraan in werkelijke militaire dienst is in principe aangewezen op de voorzieningen binnen Defensie, waarbij eventueel verwijzing naar een civiele behandelinstelling binnen het LZV tot de mogelijkheden behoort. Zorgprogramma's voor PTSS en persoonlijkheids problematiek zijn binnen het LZV goed geborgd. Voor Lichamelijk Onverklaarbare Klachten (LOK) is dit echter binnen LZV nog onvoldoende structureel opgezet en heeft elke instelling een eigen oplossing hoe om te gaan met LOK cliënten. Wel beschikt het Centraal Militair Hospitaal over een LOK Poli met duidelijke protocollen, maar deze is in principe alleen bestemd voor militair personeel in werkelijke dienst.</p>	<p>□</p>
<p><i><u>Behandeling van burgerpersoneel en families, uitzonderingen daargelaten, is een taak voor de civiele GGZ.</u></i></p>	<p>Is overeenkomstig geregeld.</p>	<p>√</p>
<p><i>Er komt één militaire GGZ-organisatie met 3 zorglijnen (zie episoden) en 4 locaties.</i></p>	<p>Is overeenkomstig geregeld.</p>	<p>√</p>
<p><i>Een hoogwaardige GGZ-inzet voor de krijgsmacht vraagt om een <u>goede kennistransfer vanuit de wetenschap.</u></i></p>	<p>Is ondergebracht binnen de MGGZ en binnen het LZV. Adequate koppeling met de wetenschap is geborgd middels de adviesfunctie van de RZO op het gebied van onderzoek naar uitzending gerelateerde klachten. Tevens heeft Defensie in 2013 een Onderzoeksagenda</p>	<p>√</p>

	Veteranenzorg en Uitzending gerelateerde Problematiek ingesteld.	
<i>De militaire GGZ dient “<u>evidence based</u>” te werken middels protocollen voor preventie, diagnostiek en kortdurend behandelen en zorgprogramma’s voor veel voorkomende stoornissen en stoornissen die zijn gerelateerd aan het hoog risico beroep van militair.</i>	Evidence based protocollen zijn inmiddels gemeengoed binnen het LZV, waaronder de militaire GGZ	√
<i>Voor bredere <u>kwaliteitsborging</u> moet worden aangesloten op het in de civiele GGZ dominante Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ-) certificaatschema.</i>	Kwaliteitsborging op basis van HKZ is inmiddels standaard bij het LZV aangesloten instellingen, waaronder de MGGZ. De Stuurgroep van het LZV is onder meer belast met de bewaking van de kwaliteit van de geleverde zorg.	√
<i>De verzameling, bewerking en toepassing van bestaande wetenschappelijke kennis vraagt om een <u>duidelijke kennismanagementfunctie binnen de militaire GGZ.</u></i>	Kennismanagementfunctie binnen de militaire GGZ is opgedragen aan de Directeur MGGZ. Binnen het LZV is dit opgedragen aan de Voorzitter van de LZV, tevens Voorzitter van de Stuurgroep LZV.	√
<i>De <u>ondersteunende staf van de militaire GGZ-organisatie</u> faciliteert het kwaliteitsbeleid en de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en zorgprogramma’s. Zij heeft daarnaast een kennis- en onderzoeksfunctie.</i>	Dit is als zodanig belegd, binnen het LZV wordt dit ingevuld door het dagelijks bestuur van het LZV.	√

De WGBA constateert dat vrijwel alle aanbevelingen van de Commissie Gersons uit 2005 zijn overgenomen en geïmplementeerd; aandachtspunt is niettemin de structurele borging van de zorg van LOK van veteranen buiten dienst binnen het LZV systeem.

## Hoofdstuk 2. Het LZV-convenant 2012

### Missie en doelstellingen

De beschreven missie van het LZV is helder en herkenbaar. Het doel is om veteranen, dienstslachtoffers en hun dierbaren bij uitzending gerelateerde psychische en psychosociale problemen overal in Nederland de meest geëigende zorg te bieden. De coördinatie vanuit het LZV is gericht op eenduidigheid van zorg, een geborgde hoge kwaliteit, continue kennisoverdracht en een efficiënt en effectief handelen. Het betreft een ketenzorgmodel, waarbij aangesloten instellingen en organisaties samenwerken vanuit een eigen identiteit, werkveld en wijze van besluitvorming en financiering. Het convenant regelt de afspraken tussen deze verschillende organisaties.

Bij het benoemen van de doelstellingen (bijlage 1 van het convenant) wordt onderkend dat voor het gehele zorgsysteem een bruikbaar en uniform registratiesysteem evenals een bij de ketenzorg passende web-based ICT (o.a. e-Health) essentiële noodzakelijke voorzieningen zijn. De invoering van het registratie systeem heeft, zo is de WGBA gebleken, echter aanzienlijke vertraging ondervonden. De voorzitter van het LZV verwacht evenwel dat dit systeem per 01 januari 2014 operationeel zal zijn. Naast een zwak presterend projectmanagement door de extern ingehuurde ICT-partij wordt ook de krappe bezetting van het projectbureau van het LZV als oorzaak genoemd. Het registratiesysteem zal gevoed worden door geanonimiseerde gegevens uit andere systemen van de aangesloten instellingen. Hoewel dit ICT-project nu medio 2013 beter lijkt te worden gemanaged dan daarvoor en zich goed lijkt te ontwikkelen, beveelt de WGBA het Ministerie van Defensie niettemin aan om alert te blijven en met mensen met voldoende ICT-kennis toezicht te houden op de voortgang. Het is en blijft een zeer complex project met bijbehorende grote afbreukrisico's. Een verzwarende omstandigheid kan daarbij ook de extra informatiebehoefte zijn van het Veteranenloket in oprichting, waarover later meer.

## Organisatie

Er is inmiddels een klachtenregeling LZV ontwikkeld voor klachten die gericht zijn tegen de keten van zorg binnen het LZV. Ook is hiervoor een klachtenfunctionaris aangesteld. Klachten tegen behandelaren, dan wel de behandelende instellingen als zodanig worden binnen de instellingen zelf afgehandeld. Tot op heden zijn er slechts enkele klachten tegen het LZV ingediend en naar tevredenheid afgehandeld. Veelal was er meer sprake van verzoeken om bemiddeling dan om klachten. Het convenant 2012<sup>2</sup> beschrijft de structuur van het LZV en gaat achtereenvolgens in op de samenstelling en taken van de Stuurgroep (voorzitter LZV en partijen), het Dagelijks Bestuur (voorzitter en projectmanager), Partijen (deelnemende instellingen) en Projectgroepen (coördinator en vertegenwoordigers van deelnemende instellingen). Acht projectgroepen werken aan evenzoveel speerpunten van het LZV-beleid. De voorzitter van het LZV is tevens binnen Defensie adjunct directeur Militaire GGZ (MGGZ) - Zorglijn Veteranen. De voorzitter LZV zit de Stuurgroep LZV voor, waarin alle deelnemende LZV instellingen zijn vertegenwoordigd. De RZO ziet toe op de juiste werking van het LZV voor de veteranen buiten dienst en adviseert de Minister van Defensie gevraagd en ongevraagd omtrent de veteranenzorg in den brede, dus zowel ten aanzien van veteranen in werkelijke dienst als buiten dienst. Tevens adviseert de RZO de minister op het gebied van onderzoek naar uitzendingsgerelateerde klachten. Het aanspreekpunt voor de RZO binnen Defensie is de Hoofd Directeur Personeel (HDP). Het budget van het LZV is ondergebracht in de begroting van het MGGZ. De WGBA zet vraagtekens bij het feit dat de Voorzitter van de LZV nogal stevig is ingebed in de organisatie van het MGGZ. Dit kan tegenover de civiele partners van het LZV een lastige dubbele pet zijn. Met de overgang van het projectbureau naar Doorn doet zich derhalve de vraag voor of een organisatievorm als Bijzondere Organisatie Eenheid (BOE) binnen Defensie niet meer op zijn plaats zou zijn, waardoor ook het LZV budget binnen Defensie een neutralere ophanging zou kunnen krijgen.

---

<sup>2</sup> Convenant LZV 2012, bijlage 2.



De WGBA heeft geconstateerd dat er de nodige werkgroepen zijn ingesteld, maar dat de voortgang in sommige daarvan in de afgelopen periode te wensen over heeft gelaten (bijvoorbeeld in het geval van het Kwaliteitshandboek). Ook de krappe bezetting van het Dagelijks Bestuur en vooral van het projectbureau LZV baart de WGBA zorgen. De Werkgroep ziet de krappe bezetting als een belangrijke oorzaak van de gebrekkige voortgang in bepaalde dossiers, en zij acht het aannemelijk dat de hoge werkdruk ten gevolge van de krappe bezetting er ook ertoe heeft kunnen leiden dat de projectmanager een tijd lang door ziekte afwezig is geweest. Daarbij speelt waarschijnlijk ook een rol dat de projectmanager meer dan voorzien regietaken binnen de keten op zich heeft moeten nemen, omdat de voorzitter LZV sterk in beslag werd genomen door externe relaties (ministerie, RZO etc.).

Toch kan de WGBA met tevredenheid constateren dat er veel werk is verzet tijdens de initiële inrichtingsfase van het LZV, dankzij enorme inzet van de Voorzitter LZV en de projectmanager. Hoewel de directeur MGGZ inmiddels versterking van het projectbureau LZV heeft toegezegd en dit thans ook invulling krijgt, blijkt dat deze extra functionarissen toch veelal voor slechts zeer beperkte deeltijd ter beschikking zijn voor het LZV.

## **Financiering**

De vergoeding van patiëntgebonden kosten van de tweedelijnsinstellingen – in principe inclusief de bijbehorende bestuurlijke kosten – verloopt via het reguliere Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-systeem. In de kosten van het civiele maatschappelijke werk wordt voorzien met een subsidie van Defensie. De vaste niet-patiëntgebonden kosten van het LZV in de vorm van kosten van het Dagelijks Bestuur, facilitaire zaken en een klachtenfunctionaris komen ten laste van de initiatiefhouder, t.w. het Ministerie van Defensie. In het convenant worden verder een aantal financiële vergoedingen van het Ministerie van Defensie aan de civiele partnerinstellingen benoemd, zoals b.v. de financiering van een gedeelte van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)-capaciteit bij de aangewezen participerende instellingen t.b.v. de voor de ketenzorg noodzakelijke extra ('outreaching') inspanningen in de regio.<sup>3</sup> Daarnaast is er compensatie aan civiele participerende instellingen van het LZV voor participatie aan door de Stuurgroep ingestelde projectgroepen en voor gespecialiseerde aanvullende supra regionale tweedelijnszorgtaken, waarvoor zij geen reguliere vergoeding kunnen ontvangen.

Vanuit de partnerinstellingen is bij beantwoording van de vragenlijsten en in mondelinge interviews naar voren gebracht dat deze vergoedingen niet altijd (meer) kostendekkend zijn.<sup>4</sup> Zo is erop gewezen dat vandaag de dag de SPV'er meer tijd kwijt is aan het administratief beheer van het dossier van een veteraan onder behandeling dan voorheen, doordat behandelgegevens behalve in het eigen zorgregistratiesysteem van de

---

<sup>3</sup> Zie ook "Inrichting LZV Ketenzorg 2012-2015", blz. 47.

<sup>4</sup> De subsidiëring van het maatschappelijk werk door de Basis bedraagt sinds 2010 M€2. Het bedrag wordt tot nu toe niet jaarlijks geïndexeerd. Sinds vorig jaar valt er een stijging waar te nemen in aantallen cliënten en naar complexiteit. Dit kan worden veroorzaakt doordat de eerste lijn meer afvangt en het aantal Afghanistan- en Irakgangers toeneemt, en dus eerder hulp vraagt. De Basis kan met het registratiesysteem Care4 beter laten zien wat de Basis doet en wat de overhead is. Mogelijk geeft dat voldoende onderbouwing voor een herziene subsidie door Defensie.



instelling nu ook in het zorgplan voor het LZV moeten worden ingevoerd<sup>5</sup>. Het is voor de WGBA niet goed te beoordelen in hoeverre er financieel substantiële tekorten bestaan, laat staan of die in omvang toenemen. Ook is niet duidelijk of ze een gevolg zijn van een specifieke veteranenproblematiek of van bestuurlijke inspanningen voor het LZV.

Het Dagelijks Bestuur van het LZV bevestigt evenwel dat zij in de afgelopen jaren participanten problemen heeft zien ondervinden met o.a. het wegvallen van subsidieverstrekkingen, ontoereikende bekostiging van complexe zorg vanuit de zorgverzekeringsgelden, invoering van prestatiebekostiging en beddenreductie. De kwetsbaarheid is gelegen in het feit dat de civiele instellingen voor de financiering van hun zorg afhankelijk zijn van Zorgverzekeringswet (ZVW) gelden. Zo ontstaat de situatie dat de Minister van Defensie verantwoordelijk is voor zorg waar hij financieel gezien nauwelijks sturing op kan uitoefenen. In 2013 zal het LZV weliswaar in kaart brengen welke financieringsmogelijkheden er zijn wanneer instellingen coöperatieve afspraken maken met elkaar en de zorgverzekeraars, en wanneer de verantwoordelijkheid van de betrokken ministeries daar vervolgens mee in overeenstemming wordt gebracht<sup>6</sup>. Niettemin pleit de WGBA ervoor om bij deze analyse te bezien of alle (aanvullende) vergoedingen vanwege het Ministerie van Defensie voor alle al dan niet-patiëntgebonden kosten voor de LZV instellingen nog wel voldoende kostendekkend zijn, en deze zo nodig aan te passen. Voor de verdere ontwikkeling van het LZV acht de WGBA het echter wel van groot belang dat hier duidelijkheid over ontstaat. Dat wil zeggen dat de instellingen beter beargumenteerd en onderbouwd zouden moeten aangeven waar en waarom er tekorten in de financiering van het LZV zouden bestaan.

### **Hoofdstuk 3. Recente beleidsdocumenten**

Het LZV heeft een reeks van beleidsdocumenten uitgegeven waaronder een Visiedocument op de inrichting van LZV zorg 2012-2015 (april 2012)<sup>7</sup>, een Meerjarenbeleidsplan 2012-2015<sup>8</sup> en een Inrichtingsdocument LZV zorg 2012-2015 (juli 2012)<sup>9</sup>. De ambitie van het LZV is dat de inrichtingsfase in 2015 wordt afgerond. Vanaf dat moment heeft iedere Nederlandse veteraan, samen met zijn/haar partner en/of gezin toegang tot een goed op elkaar ingespeelde keten van zorgleveranciers. Het LZV is georganiseerd op basis van een aantal fundamentele uitgangspunten en bestaat uit professionele en betrokken organisaties voor veteranen, diensslachtoffers en hun dierbaren. Het doel van het LZV is om deze mensen bij missie gerelateerde psychische en psychosociale problemen overal in Nederland de meest geëigende zorg te bieden. Dit doet de LZV zo laagdrempelig mogelijk, met de inzet van moderne, innovatieve en op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde middelen. De LZV opereert nu en in de toekomst als een civiel-militaire ketenzorgorganisatie, gericht op eenduidigheid van zorg, een geborgde hoge kwaliteit, continue kennisoverdracht en een efficiënt en

---

<sup>5</sup> "Inrichting LZV ketenzorg 2012-2015", Bijlage 2.

<sup>6</sup> "Van inrichting naar evaluatie, kwaliteit als fundament", blz. 7.

<sup>7</sup> "Succesvol samenwerken - de juiste zorg zo dichtbij mogelijk".

<sup>8</sup> "Doelbewust en doeltreffend samenwerken voor veteranen".

<sup>9</sup> "Inrichting LZV ketenzorg".

effectief handelen. De zorg is ingericht volgens het “stepped care model”. De LZV stimuleert het wetenschappelijk onderzoek en de innovatie van de eigen behandelmethodieken op basis daarvan.

Vanuit deze missie is vervolgens een (kern)opdracht voor het LZV geformuleerd met de volgende kernwaarden:

- flexibel (inspelen op wat er aan zorg benodigd is);
- kwalitatief sterk (“state of the art” zorg);
- laagdrempelig en outreachend;
- maatwerk leverend;
- erkennend en waarderend;
- emanciperend (zorg voor de veteraan staat centraal, niet de leverancier); en
- integratie en afstemming biedend (LZV integreert niet-materiële en materiële zorg aan de veteraan).

Deze kernopdrachten leiden tot een 10-tal geformuleerde zorgprincipes die onder het gemeenschappelijke LZV motto “Een heilzame Missie” tot uitdrukking komen in de door het LZV geboden ketenzorg.

Vervolgens vormen de genoemde kernopdrachten en zorgprincipes de basis voor de inrichting van de zorg binnen de keten en bepalen uiteindelijk:

- de participatie van de instellingen;
- de toetsbaarheid (kwaliteit); en
- de bestuurbaarheid van de keten.

Het Meerjarenbeleidsplan 2012-2015 beschrijft vervolgens de vertaling van het LZV beleid naar meetbare doelstellingen en uitgangspunten voor het traject naar de volledige inrichting van het LZV in 2015. Het LZV functioneert dan op basis van de ontwikkelde beleidsstructuur, beleidscyclus en zorginhoudelijke uitwerking. In het meerjarenbeleidsplan ligt de ambitie besloten om een zoveel mogelijk topreferent kwaliteitsniveau te realiseren. Het veteranenbeleid in algemene zin wordt door de verankering door de in 2011 aangenomen Veteranenwet toetsbaar en controleerbaar door de Tweede Kamer. Veteranen en hun relaties krijgen hiermee gegarandeerde rechten op erkenning, waardering en zorg.

Het inrichtingsdocument, vervat als appendix van hoofdstuk 6 van het visiedocument, beschrijft de nadere uitwerking van de inrichting van de LZV ketenzorg.

Tot zover de belangrijkste beleidsdocumenten van het LZV die reiken tot en met de volledige inrichting van de LZV ketenorganisatie in 2015.

Uit de eigen rapportages van het LZV zoals “Verder groeiend”, Jaarverslag van 2011 en 2012, de kwartaalrapportages van de voorzitter LZV aan de RZO en het document “Van inrichting naar evaluatie: kwaliteit als fundament”, februari 2013 kan een goed beeld worden gevormd waar het LZV qua inrichting zich bevindt.

De WGBA stelt vast dat sinds de instelling van het LZV in 2008 gedurende de eerste jaren van de opbouw van het LZV veel tijd en energie is gestoken in bestuurlijke voorzieningen en relaties. Dit kon ook bijna niet anders, gelet op de veelal krappe

budgetten en geringe mankracht bij MGGZ. Het heeft echter ook met zich meegebracht dat er een dynamiek van onzekerheid in het project zit, en de verschillen in investeringen door de verschillende partijen groot zijn. Belangrijk hierbij is te realiseren dat is gekozen voor een samenwerkingsverband van civiele en militaire partnerinstellingen, die autonoom en met behoud van eigen identiteit en behandelmethodieken veteranenzorg leveren. Dit bemoeilijkt het zich vastleggen op gemeenschappelijke doelstellingen en het hanteren van vaste procedures.

Aanvankelijk bestond de LZV uit 22 instellingen, later is dit aantal gereduceerd naar 12 instellingen, waarvan 5 met tweedelijns gespecialiseerde GGZ en 3 voor aanvullende zorg. Deze reductie heeft weliswaar het volume aan cliënten per instelling verhoogd en de bestuurbaarheid verbeterd, maar roept wel de vraag op of de landelijke dekking van de zorg daarmee nog wel afdoende is. Daar de meeste instellingen geconcentreerd zijn in het midden van het land, is met name de klinische zorg in de noordelijke en zuidelijke regio van het land als gevolg hiervan minder goed afgedekt. Het betreft in deze o.a. de dekking van m.n. ambulante nazorg in de regio Zuid (Limburg en Zeeland). Veteranen die langer durende ambulante zorg nodig hebben moeten zodoende reizen naar hulpverleners buiten hun eigen regio. In de meeste regio's wordt dit echter niet als bezwaarlijk ervaren en wordt dit ook deels gecompenseerd doordat de instellingen meer 'outreaching' activiteiten ontplooiën dan voorheen. Bekeken zou kunnen worden of in de regio Zuid (met name Limburg) de VIBU (Venlo) naast stabilisatie behandelingen ook voor poliklinische activiteiten zou kunnen worden ingezet.

De instellingen zijn naast collega's ook in zekere zin elkaars concurrenten in hun streven om nieuwe cliënten binnen te halen. Niettemin stelt de voorzitter LZV dat "er steeds meer coöperatie en minder concurrentie wordt gehanteerd". Nu dat vanuit de eerste inrichtingsfase bestuurlijk gezien een duidelijk kader voor samenwerking binnen het LZV is ontstaan, met als uitzondering het nog niet kunnen beschikken over een centraal registratiesysteem, is er binnen het LZV systeem nu vooral ook de behoefte om een zinvol vervolg te geven op deze samenwerking om zodoende te komen tot kwalitatief optimale zorg binnen de keten. Ook de (wetenschappelijke) kennisuitwisseling tussen de partnerinstellingen laat ruimte voor verbetering om tot deze inhoudelijk optimale zorg te komen. De WGBA constateert dat hier ook aan gewerkt wordt, o.a. door het houden van een jaarlijkse kennis/contact dag voor medewerkers van aangesloten partnerinstellingen en de inzet van het web.

Zorgpunten LZV. De Voorzitter van het LZV acht<sup>10</sup> het halen van de "steady state" situatie in 2015 weliswaar nog steeds haalbaar, maar benoemt in zijn analyse niettemin ook een aantal redenen tot bezorgdheid. Zo acht hij de afhankelijkheid van het bestuur voor zijn ondersteuning van arrangementen met andere organisaties een risico voor de output, de sturing en de continuïteit. Ook de complexe begrotingsstructuur, waarbij de autonome instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de financiering van hun aandeel in de veteranenzorg zal onzekerheid in de samenwerking kunnen (blijven) veroorzaken. Als laatste zorgpunt noemt hij onder de titel kwaliteit het vooralsnog niet beschikbaar zijn van de benodigde registratiesystemen, terwijl dit voor een gedegen oordeel over de effectiviteit van het LZV als middel om het gestelde doel te bereiken, wel dringend nodig is, n.l. het realiseren van homogene ketenzorg met een ingeregeld samenspel op

---

<sup>10</sup> "Van Inrichting naar Evaluatie: kwaliteit als fundament" blz. 15/16.

het gebied van onderzoek, diagnostiek, behandeling en resultaat monitoring. De WGBA onderschrijft deze zorgpunten van de voorzitter LZV.

#### **Hoofdstuk 4. Inzichten van betrokkenen**

De WGBA heeft met een schriftelijke vragenlijst en follow-up interviews met de algemeen directeuren van de partnerinstellingen en relevante bestuurders van het LZV en het Ministerie van Defensie, onderzocht hoe direct betrokkenen en stakeholders van het LZV aankijken tegen het LZV. Er zijn 17 vragenlijsten ingevuld, waarvan twee door direct betrokkenen binnen de LZV-organisatie en twee door twee instellingen die in 2012 zijn uitgetreden.<sup>11</sup>

De vragen hadden betrekking op de volgende aspecten (zie bijlage A voor de gestelde vragen):

1. Doelbereiking:
  - bereiken van de beoogde doelgroepen, t.w. veteranen, diensslachtoffers en hun partners en gezinsleden;
  - aandacht voor Lichamelijk Onverklaarbare Klachten (LOK) naast PTSS en persoonlijkheidsstoornissen;
  - samenwerking en synergie binnen LZV-verband; en
  - (wetenschappelijke) kennis-ontwikkeling en uitwisseling.
2. Organisatie:
  - samenstelling van partnerinstanties en landelijke dekking van de geboden zorg;
  - bestuurlijke inrichting;
  - balans tussen de bestuurlijke centrale regie en de autonomie van de instellingen; en
  - toekomstbestendigheid van de LZV organisatie.
3. Functioneren:
  - sturing en afstemming binnen het LZV: tekorten en onnodige bestuurlijke drukte;
  - beschikbaarheid van financiële middelen en processen om die jaarlijks zeker te stellen;
  - (kwaliteit) van informatie uitwisseling binnen het LZV, communicatie naar “buiten”; en
  - rol van de RZO
4. Toekomstperspectief:
  - eventuele belemmeringen op het pad naar volledige inrichting van het LZV in 2015; en
  - uitdagingen voor het LZV na 2015

De ontvangen antwoorden op de vragenlijsten en de aanvullende mondelingen interviews zijn een rijke bron van informatie. Er wordt doorgaans uitvoerig en genuanceerd antwoord gegeven en als zich zaken aan de waarneming van de ondervraagde onttrekken of anderszins kennis ontbreekt wordt dit naar onze indruk zonder terughoudendheid geconstateerd. De WGBA heeft ook geen aanwijzingen voor

---

<sup>11</sup> De gegevens worden hier weergegeven zonder dat deze te herleiden zijn op respondenten en gesprekspartners. De vragenlijsten zijn ingevuld door personen werkzaam bij De Basis, Centrum 45, DBLZV, DCBMW, GGNet, GGZ Drenthe, GGZ-NHN, MGGZ, PZN, Sinai Centrum, Veteraneninstituut (Vi), Victas, Veteranen Intensieve Behandel Unit (VIBU), De Waag.

een door specifieke institutionele belangen gestuurde strategische beantwoording. In dit hoofdstuk wordt de bestuurlijke informatie uit antwoorden op de vragenlijst puntsgewijs samengevat. De informatie over de meer inhoudelijke aspecten van de veteranenzorg worden ter beschikking gesteld aan de Werkgroep Inhoud en Afstemming van de ketenzorg LZV (WGI&A).

## **Doelbereiking**

Doelgroepen. Over de hele linie is er een positief beeld over het kunnen bereiken van de doelgroepen, m.n. van de veteranen. Dienstslichtoffers worden mogelijk minder goed bereikt en er is hier en daar wel twijfel of partners/gezinsleden van veteranen voldoende gehoord worden. De indruk bestaat dat de hulpverlening mogelijk te zeer op de veteraan is gefocust en het systeem ook/beter toegankelijk zou moeten zijn voor partners/gezinsleden buiten de veteraan om.

LOK. Er wordt verschillend geantwoord op de vraag in hoeverre het LZV voldoende aandacht besteedt aan LOK. Behoudens dat enkele respondenten aangeven niet voldoende ervaring te hebben met deze materie en derhalve terughoudend zijn bij de beantwoording van deze vraag, leeft enerzijds de opvatting dat er vanzelfsprekend aandacht aan uitzending gerelateerde LOK problematiek besteed moet worden (zeker als het gekoppeld is aan psychische/psychiatrische klachten), maar wordt er anderzijds op gewezen dat het hier om gespecialiseerde zorg gaat en dat deze al geboden wordt door het Centraal Militair Hospitaal (CMH). Deze faciliteit is momenteel echter niet beschikbaar voor veteranen buiten dienst. De WGBA kan niet beoordelen in hoeverre er buiten het LZV anderszins adequaat in hun hulp- en zorgbehoeften op het gebied van uitzendinggerelateerde LOK kan worden voorzien. De Werkgroep wil daarom ook geen uitspraken doen over hoe het LZV met deze LOK-problematiek moet omgaan, maar is wel van mening dat de beschikbaarheid van adequate zorg rond LOK in kaart moet worden gebracht en dat de verantwoordelijkheid van het LZV hierin expliciet dient te worden vastgesteld. Als de conclusie is dat in voorkomende gevallen volstaan kan worden met doorverwijzing naar instellingen buiten het LZV, is kennis over beschikbare voorzieningen nodig en uitwisseling van ervaringen met doorverwijzingen nuttig.

Samenwerking en synergie. Bij de bereikte samenwerking en synergie wordt over de hele linie gesignaleerd dat er veel is bereikt, maar dat er ook problemen zijn en mogelijkheden voor verbetering. Wat de laatste betreft is de gebrekkige registratie van gebruikers/patiënten een terugkerend onderwerp, zowel in de betekenis van iets wat men al (te) lang op wacht, als iets waar nog verdere ontwikkeling en synchronisatie nodig is. Daarnaast wordt door sommigen gewezen op het gevaar van (te) grote autonomie van deelnemende instellingen en de (te) geringe supra-regionale capaciteit (gebrek aan menskracht). Ook wordt gewezen op de kwetsbaarheid van het systeem ten gevolge van het ontbreken van centrale garantie van de beschikbaarheid van specialistische zorg (zoals bv. voor de VIBU) als noodzakelijke voorziening in de keten, en mogelijke gaten in de landelijke dekking, m.n. voor de ambulante nazorg.

Kennis en onderzoek. Wat kennis en onderzoek betreft wordt herhaaldelijk in positieve zin verwezen naar de jaarlijkse contactdag van het LZV en ook worden andere



activiteiten in de sfeer van scholing en studiedagen vermeld. Er wordt door verschillende respondenten echter ook meer samenwerking en uitwisseling bepleit en gepleit voor meer afgestemde onderzoeksprogrammering. Een punt van zorg voor enkelen is wel dat onderzoek op een te grote afstand komt van de praktische behoeften en ook dat (onderzoek naar) de nulde- en eerstelijnszorg hierbij onvoldoende aandacht krijgen.

## **Organisatie**

Samenstelling en landelijke dekking. In de eerste lijn zijn de diensten van de Basis, DienstenCentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk (DCBMW) en Diensten Geestelijke Verzorging (DGV) regionaal goed gepositioneerd. Wat de tweede lijn betreft krijgt de WGBA uit de beantwoording van de vragenlijsten en gesprekken met betrokkenen de indruk dat de vermindering van het aantal aan het LZV deelnemende instellingen per saldo positief is. Men ziet dat een betere balans is ontstaan, doordat het aantal deelnemende instellingen is teruggebracht naar een overzichtelijk en werkbaar aantal. De specialistische instellingen en de MGGZ hebben nu voldoende kritisch volume om ervaring en kennis op te bouwen en hierin samen te werken. De focus op samenwerking is steeds meer gericht op de inhoud en kwaliteit. De maximale reisduur voor een cliënt tot een eerste face-to-face contact is voor de tweede lijn bepaald op 1 uur. Dit is, zeker wanneer ook gebruik gemaakt kan worden van outreachende zorgleveranciers (SPV en zorgmijdersteam) vergelijkbaar met andere landelijke specialistische ketenzorg netwerken. Niettemin wordt erkend dat er nu een aantal regio's in het land bestaan waar relatief weinig tweedelijnszorg vanuit de LZV ketenzorg beschikbaar is (Limburg, regio's in het oosten van het land, West-Brabant/Zeeland), m.n. op het gebied van klinische zorg. Ook ziet men verdere afstemmingsverbetering mogelijk tussen de DGV en de maatschappelijke diensten de Basis en DCBMW, tussen de maatschappelijke diensten en tussen de maatschappelijk diensten en de GGZ instellingen. De GGZ instellingen zouden graag eerder in het intake proces de GGZ zorg vraag aan de orde gesteld willen zien (PTSS screener). Dit komt nu eerst in het Regionale Coördinatie Overleg (RCO) aan de orde en is middels de participatie van SPV'ers hieraan afgedekt. Aan dit aspect zal de werkgroep dat de inhoudelijke en afstemmingsaspecten beziet (WGI&A) op ingaan.

Bestuurlijke inrichting. Hierbij geven de bevroegde instanties aan dat zij het Dagelijks Bestuur van de LZV in ieder geval tot de voltooiing van het LZV in 2015 onvoldoende gefaciliteerd vinden om het huidige bestuurlijke takenpakket uit te voeren, dit temeer omdat de aandacht van de Voorzitter van het LZV sterk extern gericht is (en moet zijn). De WGBA signaleert dat er in de loop der tijd meer helderheid is ontstaan over wie wat doet.<sup>12</sup> Niettemin is het gewenst de taakverdeling tussen voorzitter/directeur, projectcoördinator/bureauhoofd en stafleden weer eens opnieuw tegen het licht te houden.

Centrale regie versus autonomie van de instellingen. De instellingen onderkennen het belang dat het bestuur van de LZV organisatie de globale regierol in de keten behoudt, zonder daarbij teveel bepalend te zijn richting zorginstellingen en zorginhoud. Op dit moment is, naar de mening van de bevroegden, die balans redelijk gevonden, waarbij er

---

<sup>12</sup> O.a. door vastlegging van klachtenprocedures, de nota 'Rol, bevoegdheden en werkwijze RZO'.



afspraken zijn gemaakt over hoe de deelnemende organisaties zich tot elkaar en tot de keten van zorg voor veteranen verhouden. Vanuit hun autonomie ontwikkelen instellingen a.h.w. “vanzelf” hun eigen identiteit, cultuur en specifieke expertise en aanbod, en vergroten daarmee de keuzemogelijkheid voor de betrokken cliënten. De schaduwzijde hiervan is dat instellingen eenzijdig kunnen besluiten tot het afstoten van taken / behandelprogramma's / modules, die voor hen niet rendabel of anderszins aantrekkelijk zijn. Dat maakt de veteranenzorg kwetsbaar. Een suggestie van één van de bevrageden om deze kwetsbaarheid te verminderen, is de introductie van een model waarbij het LZV als ‘coöperatie’ contracten sluit met zorgverzekeraars. Dit is juridisch waarschijnlijk niet mogelijk, maar de WGBA beveelt wel aan te proberen het (bestuur van het) LZV een grotere rol te geven bij de voorbereiding van contracten tussen de aangesloten instellingen en de zorgverzekeraars en bij de opstelling tegenover VWS.

Toekomstbestendigheid van de LZV-organisatie. Bij de beoordeling van de toekomstbestendigheid van het LZV ziet men vooral een aantal belangrijke kritische succesfactoren, dit betreft m.n. de financiële zekerstelling door het Ministerie van Defensie van de veteranenzorg in een tijd waarin de GGZ in Nederland wordt gheredefinieerd en opnieuw wordt ingericht. Daarnaast de bereidheid van de opdrachtgever (Ministerie van Defensie) om blijvend stimulerend op te treden op het gebied van innovatie (o.a. e-Health, social media en smart-living ‘apps’) en vernieuwend onderzoek. Ook wordt het beschikbaar komen van een adequaat registratiesysteem en dus een betrouwbare dataset essentieel genoemd, evenals adequate faciliterende ondersteuning om de organisatie voor te kunnen bereiden op die veranderende toekomst. Tot slot zullen de projectactiviteiten op het gebied van kwaliteit (kwaliteitskader, audit, management review) en zorg (zorgplan en zorgcoördinatie, harmonisatie van diagnostiek en specialisatie van doelgroep specifieke specialistische behandelprogramma's) in 2013-2014 zichtbare en noodzakelijke resultaten van vervolmaking moeten laten zien met betrekking tot de inrichting van de gehele keten(zorg) om een doorontwikkeling na 2015 mogelijk te maken.

## **Functioneren**

Keten. De ondervraagde instellingen geven te kennen in het algemeen vertrouwen te hebben in het LZV als ketenzorg voor veteranen. Het ‘merk’ LZV groeit door de specifieke merkwaarden vertrouwen, degelijkheid en kwaliteit. Ook is men van mening dat het LZV in de praktijk zeer redelijk tot goed functioneert. Men ervaart het als een organisatie die een goede en heldere structuur heeft, goed geformaliseerd en georganiseerd is en bovendien SMART<sup>13</sup> is ingericht. Er is sprake van voldoende richtinggevende instructies en documenten, zij het dat door gebrekkige stafcapaciteit een aantal zaken trager kunnen worden uitgewerkt en geïmplementeerd dan door de partners wordt gewenst.

De WGBA constateert op basis van haar enquête en gesprekken een positief beeld van het LZV bij betrokken instellingen. Die constateren ook dat het LZV in aanpalende velden gezien wordt als een voorbeeld voor andere gelijksoortige zorgketens. Door de samenstelling van het LZV in het algemeen en van de RCO's in het bijzonder lijkt een werkbare manier gevonden om met de cultuurverschillen tussen instellingen om te gaan.

---

<sup>13</sup> Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

Daarnaast dragen de inspanningen van de projectgroep bij aan bij- en nascholing voor kennis over de doelgroep(en), de militaire organisatie en de missies.

De partnerorganisaties geven echter ook aan dat de organisatorische en bestuurlijke aspecten van het LZV naar verhouding veel tijd in beslag nemen, zeker gezien het relatief gering cliëntenvolume. Naar de indruk van betrokkenen wordt er grondig gewerkt, maar soms ook wel erg veel bestuurlijke drukte gegenereerd. Die zou verminderd kunnen worden, volgens de respondenten door zo strikt mogelijk te besturen op het operationele niveau van de keten en zo min mogelijk op het bestuurlijke niveau van de instellingen. In het verlengde hiervan zou ook een grotere efficiëntie kunnen worden bereikt bij een duidelijker taakverdeling in de top van het LZV met enerzijds een extern gericht bestuur en anderzijds een intern gerichte directie. De WGBA waardeert dit streven naar meer efficiëntie, maar wil hier toch waarschuwen tegen al te hoge verwachtingen: in een hybride constructie als het LZV met autonome instellingen is bestuurlijke drukte onvermijdelijk en kan het rigoureuze streven naar uitsluitend noodzakelijk overleg en minimale afstemming de evolutie van vruchtbare samenwerkingsrelaties in de weg staan.

Financiële middelen. Wat de randvoorwaarden van het zorgnetwerk betreft zijn volgens de instellingen de vergoedingen redelijk geregeld (SPV-consulent, vergoeding bijeenkomsten, financiering projecten). Financiering van de zorg blijft echter achter, een aantal specialistische instellingen geeft aan dat zij “derdelijnszorg leveren tegen een tweedelijnsstarief”. Hierbij wordt ook opgemerkt dat de vergoedingen tijdens de eerste jaren van het LZV de lading beter dekten dan thans het geval is. Daarbij wordt o.a. opgemerkt dat men extra tijd aan de veteranenzorg kwijt zou zijn vanwege het moeten bijhouden van zorgplannen. Deze plannen zijn echter GGZ-breed ingevoerd en de WGBA is op dit punt dan ook niet overtuigd van extra kosten voor het LZV of de veteranenzorg. Een ander argument is het ontbreken van een extra vergoeding voor noodzakelijke overuren als gevolg van extra aanmeldingen van veteranen. Die moeten binnen een bepaalde tijd worden gezien en behandeld. Ook op dit punt kan de WGBA niet goed beoordelen of het hier echt om extra kosten voor veteranen gaat, laat staan hoe substantieel deze zijn.

Zoals eerder aangegeven is naar de mening van de WGBA beter inzicht in de extra kosten van de instellingen ten behoeve van de veteranenzorg c.q. het LZV dringend gewenst. De constructie waarbij het LZV financieel is ondergebracht bij de MGGZ begroting wordt als minder effectief ervaren om elk jaar de benodigde gelden voor het LZV veilig te stellen. De begroting van het LZV is weergegeven in bijlage B. Naast de interne beschikbaarheid van middelen die noodzakelijk zijn voor het bestuur van het LZV, is er nog het bredere maatschappelijke vraagstuk van de bekostiging van (complexe, specialistische) zorg. Met name VWS en Zorgverzekeraars spelen hierin een primaire rol. Dit valt buiten de sturingsmogelijkheid van het LZV; de organisatie kan de participerende instellingen faciliteren in het verbeteren van hun positie, maar is in principe volledig afhankelijk van wat de ontwikkelingen brengen.

Informatie-uitwisseling en communicatie. Hierbij geven de bevraagde instellingen aan dat de informatie-uitwisseling binnen de keten op stuurgroep niveau over het algemeen goed verloopt, i.e. veelvuldig, volledig en accuraat. Binnen de keten van bestuur naar de

instellingen is er echter duidelijk behoefte aan verdere verbetering van de informatie-uitwisseling. Het veelvuldige contact en beroep dat gedaan wordt op de medewerkers in diverse lagen van de instellingen vraagt veel afstemming en communicatie, zeker in deze fase van inrichting. Deze hebben niet altijd de hiervoor benodigde tijd beschikbaar. Met een vaste column in Checkpoint, de LZV nieuwsbrief en de website [www.lzv-groep.nl](http://www.lzv-groep.nl) met belangrijke en gedetailleerde informatiebronnen wordt er nadrukkelijk zichtbaarheid en vindbaarheid voor doelgroep en omgeving gecreëerd. Maar nog niet iedereen kent het LZV en daar moet in geïnvesteerd worden. Voor de communicatie naar de ‘buitenwereld’ is ook onderscheid te maken. Er is (veel) politieke aandacht, vanwege het grote maatschappelijk belang. Ook is er groeiende media-aandacht voor veteranenzorg waarneembaar bv. door het maken van documentaires. Doordat deze aandacht nu meer gestroomlijnd is en gericht wordt op wat de inhoud, lijkt de aanvankelijk negatieve berichtgeving in de media te kantelen naar een meer positieve beeldvorming, die wordt gekenmerkt door meer begrip en aandacht voor achtergronden en het verstrekken van praktische informatie.

Volgens betrokkenen – en de WGBA is het daar mee eens – is het niet nodig om kwaliteitseisen van het LZV aan deelnemende instellingen en hun samenwerking te vertalen in keurmerken. Dat zou veel rompslomp met zich meebrengen en er zijn andere manieren om de kwaliteitsborging zichtbaar te maken. Op een website kan vermeld worden dat instellingen elkaar controleren en gemeenschappelijk de kwaliteit van de ketenzorg bewaken. Criteria, zoals die bv. ook door zorgverzekeraars worden gebruikt, dienen te worden geëxpliciteerd, maar ze hoeven in eerste instantie niet heel specifiek te zijn. Basiseisen kunnen in de loop van de tijd worden verfijnd. Voor de externe beeldvorming van betrokken instellingen zou het LZV als zodanig als ‘keurmerk’ moeten fungeren. Bij het LZV aangesloten zijn, op de website staan en het logo voeren, verschaffen de instelling een toegevoegde waarde.

Op het gebied van (inter-)nationale presentatie van de keten(zorg) is echter nog veel te bereiken; evenals in het leveren van informatie op het gebied van analyse en onderzoek. Momenteel is het registratiesysteem van het LZV (nog) niet beschikbaar; wanneer dat (naar verwachting begin 2014) beschikbaar komt zal dat een belangrijke informatiebron opleveren voor effectieve communicatie.

Rol van de RZO, toezichthouder van het LZV. In de door ons gevoerde gesprekken toont men zich redelijk positief over de rol die de RZO heeft gespeeld tijdens de eerste jaren van inrichting van het LZV. De RZO wordt gezien als een onmisbare stimulans en permanente promotor van het LZV. De RZO profileert zich duidelijk in relatie tot het LZV, stelt zich kritisch-onafhankelijk op, maar houdt in zijn algemeen wel oog op het belang van een stevig en goed functionerend LZV voor de lange termijn veteranenzorg.

De instellingen geven aan dat de aandacht die de RZO aan de dag heeft gelegd duidelijk heeft bijgedragen om het LZV bestuurlijk op de rails te krijgen. De Raad heeft daarmee de sfeer van urgentie geborgd, die benodigd is om alle betrokken partijen het aangegane karwei ook tot de geformuleerde doelen te brengen. De actieve wijze van optreden van de RZO met een hoogfrequente vorm van toezicht en contact enerzijds en een beperkte capaciteit bij het LZV bestuur anderzijds leidt evenwel tot een grote belasting voor het

LZV. Binnen de huidige beperkte bestuurscapaciteit doet dit een substantieel beslag op de beschikbare capaciteit voor beleidsontwikkeling.

Ondervraagden van het LZV waarderen de RZO vooral ook om zijn inzet bij het verkrijgen van benodigde faciliteiten op het gebied van zorg en (wetenschappelijk) onderzoek betreffende veteranen richting de opdrachtgever (Minister van Defensie) en andere relevante autoriteiten, waaronder mede begrepen de inspecties Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) en Inspecteur Generaal de Krijgsmacht/Inspecteur der Veteranen (IGK/IDV). Men heeft begrip voor het feit dat in de beginfase van het LZV de RZO deze rol op zo'n indringende wijze heeft ingevuld, maar vraagt zich tegelijkertijd ook af of deze intensiteit naarmate het LZV steeds completer is ingericht nog wel noodzakelijk is. Men ziet graag dat de RZO in de Public Relations naar buiten toe ook een grotere rol gaat spelen om nut en noodzaak van het verder ontwikkelen van een kwalitatief hoogwaardig zorgnetwerk veteranen sneller en beter mogelijk te maken.

Samenwerking LZV-ABP. Een extra punt van aandacht bij de organisatie is de verwevenheid van het ABP met de zorgketen. Bij vrijwel iedere hulpvraag is ook de materiële kant aan de orde. De communicatie tussen het ABP en de instellingen is goed en er wordt gewerkt aan wederzijds begrip tussen en aan informatie aan de behandelaren, bv. over de voorzieningenregeling en problematiek van verzekeringsartsen. Het LZV heeft als zodanig geen protocollen met het ABP. De Basis en het ABP hebben onderlinge afspraken vastgelegd in een convenant. Aan de proceskant is winst te halen door het ABP rechtstreeks af te laten stemmen met de instellingen en/of mee te laten denken in het opstellen van therapieën waar de materiële component van invloed op is.

Het ABP en LZV hebben een verschillende gerichtheid en verschillende taken. Afstemming daartussen kan soms cruciaal zijn, maar noodzaakt volgens betrokkenen niet tot bestuurlijk samengaan in het LZV. De WGBA deelt deze mening. Het gezamenlijk belang voor het LZV en het ABP ligt op het niveau van behandelingen en niet in de sturing. Op het niveau Vz-LZV zijn er echter onvoldoende afstemmingsmogelijkheden met het ABP. Daarvoor is twee jaar geleden de regiegroep ABP-LZV-HDP in het leven geroepen. De HDP is beleidsverantwoordelijk voor het LZV en heeft het ABP belast met uitvoering van wet en regelgeving. HDP is in deze opdrachtgever naar LZV en ABP, en treedt op in tegenstrijdige belangen. Daaruit zijn verschillende bijeenkomsten (klankbordgroepen) tussen partijen uit voortgekomen. Door het tijdelijk uitvallen van de projectmanager LZV en de reorganisaties bij Defensie is deze regiegroep sinds een jaar niet meer actief. Het is daarom van belang dat deze regiegroep gerevitaliseerd wordt en de HDP daarin zijn verantwoordelijkheid (regievoering) verankerd.

### **Toekomstperspectief.**

Volledige inrichting LZV in 2015. Volledige inrichting van het LZV in 2015 wordt door de bevrageden als een reëel beeld gezien, mits de noodzakelijke randvoorwaarden met betrekking tot budget en facilitering zeker gesteld kunnen worden. Ook pleit men om nu reeds beleid m.b.t. civiel-militaire veteranenzorg te ontwikkelen voor na 2015,

teneinde tijdig in te kunnen spelen op de huidige ontwikkelingen (bezuinigingen) binnen de GGZ in Nederland.

Uitdagingen/kansen voor het LZV na 2015. Het LZV dient nog meer in te zetten op outreachende activiteiten. Wat dat betreft is een adequate aansluiting op de recente initiatieven op het gebied van de nuldelijnsondersteuning van cruciaal belang. Men ziet mogelijk ook kansen liggen in de toekomstige financieringsstructuur, waar naast de ontwikkeling van een generalistische- en specialistische DBC ook meer aandacht komt voor de praktijkondersteuning huisartsen. Dit kan mogelijk een discipline zijn die van nut kan zijn in het bereiken van en onderkennen van de specifieke problematiek van de doelgroep in de eerste lijn.

Vrijwel alle instellingen staan positief tegenover het idee om de in het LZV opgedane ervaringen en ontwikkelde deskundigheid ook ten dienste te stellen van andere specifieke (geüniformeerde) risicoberoepsgroepen. Men deelt het beeld dat “niet de PTSS als zodanig tussen deze groepen zozeer van elkaar verschilt, maar wel de context waarin deze zich voordoet”. Sommige van de instellingen spelen al een rol in de behandeling van politiemensen, en erkennen ook de verschillende culturele aspecten tussen b.v. deze groep en die van de veteranen. Belangrijk aspect is niet zozeer of de instellingen wel of niet ook andere specifieke geüniformeerde beroepsgroepen kunnen en willen behandelen, maar de vraag waar en in hoeverre vermenging van nieuwe ketenzorg met die voor de eigen doelgroepen van het LZV kan worden toegestaan. Vermeden dient te worden dat het LZV door bv. verlies aan identiteit en herkenbaarheid of door concurrentie om beperkte behandelcapaciteit minder goed de eigen doelgroepen zou kunnen bedienen. De grote uitdaging is meebewegen met nieuwe ontwikkelingen, maar vasthouden aan de merkwaarden vertrouwen, degelijkheid en kwaliteit. De veteranenzorg is een dynamisch en bijzonder werkveld met grote politieke en maatschappelijke aandacht. Zonder het juiste toezicht en zonder een stabiele, eenduidige aansturing, kunnen er mogelijk risico's ontstaan. In welke vorm dan ook, instellingen staan open voor de gedachte om ook andere beroepsgroepen te ondersteunen en willen hier graag stappen voorwaarts maken, omdat de instellingen hiermee hun volume aan cliënten kunnen verhogen, teneinde dit type van zorg efficiënter te kunnen realiseren. Uitbreiding met deze doelgroepen kan leiden tot een schaalgrootte, die ook tot een beter landelijk netwerk van instellingen kan gaan leiden. Dit komt dan ook ten goede aan de zorg aan de doelgroep van het LZV. Verder wordt verwacht dat verbreding ook zal leiden tot verbreding van kennis en ervaringen en verhoging van expertise ontwikkeling bij de specialistische instellingen. Dit goed inrichten zal mogelijk ook internationaal spin-off kunnen hebben.

Veteranenwet en Veteranenloket. Er is bezorgdheid over het goed landen van het registratiesysteem bij het LZV en in het Veteranenloket. Het systeem wordt ingericht naar de behoefte van 2010 zonder rekening te houden met huidige ontwikkelingen, zoals de inrichting van het nieuwe Veteranenloket. In het Veteranenloket moeten verschillende informatiesystemen bij elkaar komen. Het ABP en DCBMW hebben hun eigen systemen en er moet een koppeling tot stand worden gebracht met het personeelsbeheersysteem (nu nog PeopleSoft) van Defensie. Dit is een complexe en storingsgevoelige operatie. Afgezien van de technische uitdagingen van de integratie of koppeling van software, blijft het zo dat gegevens uit verschillende bronssystemen



afkomstig zijn. Gezien de tot nu toe moeizame introductie van een adequaat registratiesysteem binnen LZV-verband deelt de WGBA de zorgen die binnen het LZV leven.

## **Hoofdstuk 5. Conclusie: succesvol maar kwetsbaar**

De WGBA stelt vast dat, ondanks beperkte initiële bestuurscapaciteit gedurende de eerste jaren, het LZV anno 2013 niettemin is uitgegroeid tot een ketenzorg voorziening voor veteranen, hun partners en dienstslachtoffers die er toe doet en ook zeker succesvol mag worden genoemd. Dit is een groot compliment enerzijds voor het bestuur en de aangesloten partnerinstellingen van het LZV, maar ook voor de RZO als toezichthouder en adviseur, en de opdrachtgever t.w. het Ministerie van Defensie, die m.n. de aanbevelingen van het rapport Gersons op voortvarende wijze heeft overgenomen en geïmplementeerd. Inmiddels is de positie van de veteraan als zodanig middels het aannemen van de Veteranenwet geborgd. Op het moment van deze evaluatie is er evenwel nog geen duidelijkheid over het Veteranenbesluit (nadere uitwerking van de veteranenwet in een Algemene Maatregel van Bestuur) en het nieuw in te richten Veteranenloket.

**Registratie.** Ongeveer 800 veteranen per jaar melden zich zelf, of worden door anderen aangemeld bij het Centraal Aanmeld Punt (CAP) bij het Veteraneninstituut. Hiervan ontvangt dan vervolgens ongeveer de helft op enigerlei wijze GGZ hulp bij de militaire of civiele daartoe gespecialiseerde instellingen van het LZV. Het ontbreken van een centraal registratiesysteem maakt het evenwel lastig om betrouwbare cijfers te genereren, die het noodzakelijke inzicht verschaffen in de ontwikkelingen en trends van in-, door- en uitstroom van veteranen binnen het LZV systeem. Dit inzicht is dringend nodig om het functioneren van het LZV goed te kunnen doorgronden, analyseren en te beoordelen. Deze data zijn van groot belang bv. voor gesprekken met VWS/verzekeraars om tijdig nieuw beleid m.b.t. (de financiering van) veteranenzorg te kunnen ontwikkelen en voor het kunnen zekerstellen van het blijvende commitment van het Ministerie van Defensie.

Daarnaast stelt de WGBA vast dat het Veteranenbesluit op zich laat wachten. Niettemin heeft de Nationale ombudsman inmiddels laten weten zijn activiteiten als ombudsman voor de veteranen te zijn gestart. Ondertussen wordt ook gewerkt aan de inrichting van een nieuw Veteranenloket. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is in hoeverre het LZV, mede gesteund door de intensievere nuldelijnsondersteuning, in staat zal zijn om steeds beter de zorgmijders te bereiken.

**Gersons.** De WGBA heeft vastgesteld dat nagenoeg alle aanbevelingen van Prof. Gersons uit 2005 zijn overgenomen en geïmplementeerd. Alleen het aspect uitzending gerelateerde LOK, is binnen het LZV nog onvoldoende structureel geborgd. De WGBA beveelt dan ook aan om in beleid vast te leggen hoe het LZV met uitzend gerelateerde LOK cliënten dient om te gaan en dit middels een zorgprogramma en protocollen te verankeren. Uitgangspunt hierbij kan zijn de inmiddels ontwikkelde LOK-protocollen bij het CMH.



**Landelijke dekking.** De WGBA stelt verder vast dat het reduceren van het aantal deelnemende instellingen binnen het LZV van 22 naar 12 waarvan 5 tweedelijns gespecialiseerde GGZ en 3 voor aanvullende zorg, weliswaar de overzichtelijkheid en het cliëntenvolume per instelling heeft doen toenemen en blijkbaar in de praktijk niet tot onoverkomelijke problemen in het functioneren van het LZV heeft geleid, maar dat de teruggang in landelijke dekking van de veteranenzorg die hier ook het gevolg van was, nog niet in voldoende mate is opgevangen. De WGBA beveelt dan ook aan om dit voor de regio's die hierdoor minder goed bediend kunnen worden nog eens in kaart te brengen en te bezien of de veteranenzorg in deze regio's via verdere outreachende activiteiten, dan wel door extra inzet van de reeds aangesloten partnerinstellingen ter plaatse kan worden verbeterd.

**Bezetting projectbureau:** De WGBA komt tot het oordeel dat de bezetting van het projectbureau ontoereikend is geweest tijdens de eerste jaren van inrichten van het LZV. Als gevolg hiervan is de projectmanager, tevens hoofd van het bureau overbelast geweest en dientengevolge langere tijd door ziekte niet inzetbaar geweest. Hierdoor kon noodzakelijke beleidsontwikkeling stagneren en/of is de implementatie van voorwaarden scheppende zaken (waaronder ict) achterop geraakt. Hoewel de directeur MGGZ inmiddels versterking van het bureau heeft toegezegd, heeft de WGBA vastgesteld dat deze uitbreiding toch voornamelijk uit beperkte deeltijd functies bestaat. Of het LZV in 2015 volledig volgens plan zal kunnen worden ingericht is sterk afhankelijk van de juiste en volledige bezetting van dit bureau. Daarom beveelt de WGBA aan om de bezetting van het projectbureau LZV effectief te versterken, mede gezien de nu reeds toenemende behoefte aan nieuw beleid voor het LZV.

De bezetting van het projectbureau moet daarom niet alleen er op zijn gericht dat het LZV in 2015 volledig ingericht kan zijn zoals beoogd, maar dat daarnaast ook tijdig kan worden ingespeeld op (de gevolgen van) nieuwe ontwikkelingen binnen de GGZ in Nederland en op een eventuele samenwerking met soortgelijke zorgketens van andere specifieke beroepsgroepen.

**Communicatie.** De WGBA komt tot het oordeel dat interne informatie uitwisseling tussen enerzijds het bestuurlijke niveau en anderzijds het werkniveau binnen de instellingen verder verbeterd kan worden. Niettemin voelen de bij het LZV aangesloten organisaties zich wel degelijk deel van de LZV-familie. Lag tot nu toe vooral de nadruk op het inrichten van m.n. de bestuurlijke aspecten, thans is er grote behoefte om slagen te maken op de kwalitatieve inhoud van de zorgverlening als zodanig. Ook voor verdere kennisontwikkeling-, uitwisseling en innovatie in de GGZ zorg voor veteranen is optimale informatie-uitwisseling door crosstrainingen, intervisiebijeenkomsten etc. van groot belang. De externe communicatie betreffende het LZV d.w.z. naar de doelgroepen, maar ook bv. richting politiek is van eminent belang, nu dat de panelen van de GGZ in Nederland aan het schuiven zijn. Daarvoor zal capaciteit beschikbaar moeten worden gesteld. Ook hierbij geldt dat adequate getalsmatige ondersteuning middels een goed werkend centraal registratiesysteem essentieel is.

**Branding.** Zoals eerder aangegeven ziet de WGBA in overeenstemming met betrokkenen weinig heil in de ontwikkeling van allerlei keurmerken om potentiële

gebruikers, financiers en externe partners van de kwaliteit van LZV-instellingen te overtuigen. De goede naam van het LZV moet daarvoor voldoende zijn.

**Financiën.** De WGBA heeft vastgesteld dat enkele participerende instellingen van mening zijn dat de aanvullende vergoedingen vanwege het Ministerie van Defensie aan de partnerinstellingen ter afdekking van kosten van veteranenzorg, alsmede als tegemoetkoming voor participatie door instellingen aan beleidsvorming binnen het LZV, niet altijd meer kostendekkend zijn; dit als gevolg van het invoeren van verdere kwaliteitsverbeteringen binnen het LZV en van besparende overheidsmaatregelen.

Daarom adviseert de WGBA dat het LZV bestuur, te samen met het Ministerie van Defensie zich maximaal inzet om te komen tot overkoepelende prijsafspraken met het Ministerie van VWS en zorgverzekeraars inzake vergoedingen voor geleverde veteranenzorg ten behoeve van alle aangesloten instellingen. Voorts beveelt de WGBA aan dat daarna wordt onderzocht in hoeverre de vanwege het Ministerie van Defensie verstrekte aanvullende vergoedingen aan de civiele partnerinstellingen t.b.v. van veteranenzorg en/of participatie in LZV-bestuursaangelegenheden nog toereikend zijn en dat het niveau van deze vergoedingen zo nodig wordt bijgesteld, zodat deze vergoedingen wederom kostendekkend zijn. Dit is eveneens opportuun bezien tegen het licht van de voorgenomen reorganisatie van de GGZ in Nederland.

Tevens beveelt de WGBA aan om te bezien of de onderbrenging van de begroting voor het LZV bij de Directeur-MGGZ wel het meest optimaal is. Nu dat het bureau eind 2013 ook zal worden gehuisvest bij het Veteraneninstituut biedt onderbrenging in een BOE en een eigen budget voor het LZV wellicht ook voordelen qua inzichtelijkheid en kan zodoende beter worden ingespeeld op behoeften van het LZV.

**Kansen voor de toekomst.** Al met al concludeert de WGBA dat met het LZV al veel bereikt is, mede dankzij de positieve pioniers instelling van velen direct dan wel indirect betrokken bij het LZV. In het reeds bereikte succes ligt evenwel misschien ook wel de grootste bedreiging: het systeem is (nog) kwetsbaar en bestaat uit een groep van grotere en kleinere instellingen die weliswaar vrijwillig samenwerken maar wel met behoud van eigen identiteit en karakter. Het aantal veteranen dat via het LZV zorg ontvangt neemt elk jaar toe, maar blijft in absolute zin natuurlijk gering in vergelijking met het totale aantal cliënten in GGZ land. Zij verdienen niettemin de beste zorg die Nederland te bieden heeft. De aangesloten instellingen zetten zich hier ten volle voor in, maar maken hierbij niettemin hun eigen afwegingen, en vertrouwen erop dat de opdrachtgever, het Ministerie van Defensie, het LZV tijdig van adequate voorzieningen en bestuurlijke ondersteuning zal blijven voorzien, juist ook nu in tijden van schuivende panelen in de GGZ zorg in het algemeen. Dit zal in hoge mate bepalen of de band van de LZV hecht zal blijven, ook als andere specifieke beroepsgroepen hun ketenzorg naar LZV model gaan inrichten.

Het oordeel over het LZV in 2015 zal uiteindelijk vooral gebaseerd moeten zijn op de drie kerncriteria van de GGZ: kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid. Wat de inrichting en bestuurlijke aspecten betreft, dient het LZV nu echter te worden beoordeeld op basis gemaakte afspraken en voornemens. Onderstaande tabel geeft daarvoor een samenvattend beeld en aandachtspunten.

<b>Doelstelling 2015:</b>	<b>Stand van zaken 2013:</b>	<b>Opmerkingen/aandachtspunten:</b>	
<i>(Wetenschappelijk) Onderzoek en innovatie dragen bij aan het optimaal functioneren van het LZV</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wetenschappelijk onderzoek nog niet optimaal ingeregeld</li> <li>- Goede balans tussen enerzijds wetenschappelijk en anderzijds toegepast onderzoek gericht op verbetering van behandelprocessen nog niet bereikt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invulling bijzondere leerstoel uitzendingsgerelateerde klachten RUL.</li> <li>- Recente toezegging € 500 K onderzoeksgelden van Defensie</li> <li>- Instellingen ontwikkelen zelfstandig nieuwe tools als e-Health en Social media toepassingen</li> </ul>	!
<i>Continue en effectieve kennisoverdracht</i>	Kennisoverdracht/uitwisseling binnen LZV weliswaar geïnstitutionaliseerd, maar nog niet optimaal ingeregeld		!
<i>Adequaat ingericht Managementsysteem</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Managementsysteem is robuust en effectief opgezet</li> <li>- LZV heeft in 2013 een interne audit uitgevoerd</li> </ul>	Heldere taakverdeling tussen D-LZV en Projectcoördinator/Hoofd bureau is een aandachtspunt	√
<i>Betrouwbaar en bruikbaar registratie systeem LZV</i>	In ontwikkeling, verwacht operationeel te zijn vanaf 01-01-2014	Vertraagde oplevering; traject blijft risicovol	!
<i>Kwaliteit monitoring van de zorg</i>	Aan het Kwaliteitshandboek wordt de laatste hand gelegd		!
<i>CQIndex Veteranenketenzorg (cliënttevredenheidsonderzoek onder veteranen)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1<sup>e</sup> CQIv uitgevoerd als proef in 2012</li> <li>- 2<sup>e</sup> CQIv in uitvoering; resultaten verwacht eind 2013/begin 2014</li> </ul>	Vertraging ontstaan door privacy-issues, waarvoor inmiddels een oplossing is gevonden; proces moet niettemin goed geborgd zijn voor de toekomst	√
<i>Solide en evenwichtige bekostiging van de ketenzorg</i>	Financiering marginaal en heeft nadere borging	- Vraag of vergoedingen voor zorg- en bestuurlijke participatie voor LZV instellingen nog kostendekkend	!

		zijn - Ontwikkelingen in nationale GGZ opzet vragen om hernieuwde borging van veteranenzorg	
<i>Communicatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 Onderdelen: interne-, externe-, marketing- en cliëntcommunicatie</li> <li>- Positieve beeldvorming rond LZV</li> <li>- Doelgroep(en) worden bereikt</li> <li>- Afstand SG LZV – behandelaar bij instelling soms (te) groot</li> <li>- Externe communicatie richting politiek en samenleving inzake LZV is aandachtsgebied</li> </ul>	Uitingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Column in blad Checkpoint</li> <li>- LZV-Nieuwsbrief</li> <li>- Website <a href="http://www.lzv-groep.nl">www.lzv-groep.nl</a></li> <li>- Regelmatig medewerking aan documentaires betreffende veteranenzorg</li> <li>- Behoeft aan een meer omvattend communicatieplan</li> </ul>	 ✓  ✓
<i>LZV adequaat gefaciliteerd</i>	- Projectbureau LZV kent historie van onderbezetting	Versterking van projectbureau toegezegd door D-MGGZ en deels gerealiseerd, maar hoe structureel en hoe effectief is deze bezetting?	!
<i>Klachtenafhandeling</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klachtfunctionaris aangesteld</li> <li>- Klachtprocedures vastgelegd</li> </ul>		✓
<i>Landelijke dekking en passende mate van regionalisatie</i>	Door reductie van het aantal participerende instelling is de landelijke dekking in enkele regio's suboptimaal	Aandachtspunt	✓

Al met al acht de WGBA het LZV in 2013 op de goede weg. De werkgroep heeft er ook alle vertrouwen in dat in 2015 het LZV volledig zal zijn ingericht. Wezenlijk daarbij is dat het registratiesysteem volgens plan begin 2014 functioneert, dat het LZV voldoende gefaciliteerd blijft vanuit Defensie en dat veteranenzorg adequaat gefinancierd blijft worden bij herziening van de GGZ.

## Bijlage A. Vragenlijst bestuurlijke aspecten

A <u>Doelbereiking:</u>	
A1	Bent u van mening dat de ketenzorg van het LZV in voldoende mate gericht is op alle in 2008 beoogde doelgroepen, te weten veteranen, diensslachtoffers en hun partners en gezinsleden. Worden deze groepen ook voldoende bereikt?
A2	Moet het LZV ook aandacht besteden aan Lichamelijk Onverklaarbare Klachten (LOK) en zo ja, gebeurt dat naar uw mening in voldoende mate?
A3	Heeft het LZV naar uw mening voldoende samenwerking en synergie bereikt voor het kunnen leveren van optimale zorg? Wat schort er eventueel nog aan?
A4	Vindt naar uw mening binnen het LZV voldoende kennisuitwisseling plaats en is er sprake van adequate kennisontwikkeling c.q. onderzoeksprogrammering? Wat schort er naar uw mening nog aan?
B <u>Organisatie:</u>	
B1	Hoe oordeelt u over de huidige samenstelling van partnerinstellingen van het LZV, gelet op aanwezige expertise/specialisaties, de verhouding civiel – militair, de verhouding GGZ – niet-GGZ, en qua landelijke dekking?
B2	Hoe oordeelt u over de bestuurlijke inrichting van het huidige LZV (onder andere taken en positionering van de stuurgroep en het dagelijks bestuur)?
B3	In hoeverre is binnen het LZV sprake van een goede balans tussen enerzijds regie van het stelsel/de keten en anderzijds de autonomie van partnerinstellingen en hun mogelijkheden om zich te ontwikkelen en bij voorbeeld als top GGZ-instelling te blijven functioneren?
B4	Hoe kijkt u aan tegen de toekomstbestendigheid van de LZV-organisatie? Kan er bij voorbeeld flexibel worden ingespeeld op een wisselende omvang en intensiteit van zorgvraag, op nieuwe ontwikkelingen zoals e-health, andere specialisatie behoeften en/of verandering van financiering systematiek? Bent u van mening dat de huidige structuur van het LZV een voldoende doorontwikkeling van specialistische zorg als veteranen zorg faciliteert?
C <u>Functioneren:</u>	
C1	Hoe functioneert het LZV naar uw mening in de praktijk? Vindt u de gehanteerde beleidsinstrumenten/documenten voldoende richtinggevend? Waar is meer sturing en afstemming nodig en waar is wellicht minder “bestuurlijke drukte” gewenst? Gaat men binnen het LZV naar uw mening goed om met cultuurverschillen, bij voorbeeld tussen civiel en militair en tussen GGZ en niet-GGZ?
C2	Wat is uw mening over de omvang van de voor het LZV beschikbare financiële middelen en de processen om deze middelen ieder jaar op tijd toegewezen te krijgen?
C3	Wat is uw mening over de (kwaliteit van) informatie-uitwisseling binnen de LZV-

	keten? In hoeverre is het LZV erin geslaagd om de bereikte resultaten ook “uit te venten” naar de doelgroepen en de buitenwereld? Weet het LZV behaalde successen voldoende te kapitaliseren?
C4	Hoe waardeert u de rol van de toezichthouder van het LZV, de RZO, en in hoeverre heeft deze naar uw mening het LZV sinds de start in 2008 kunnen stimuleren, ondersteunen en versterken?
<b>D <u>Toekomstperspectief</u></b>	
D1	Het LZV is thans nog bezig met de inrichtingsfase en het bestuur geeft aan te verwachten in 2015 daarmee gereed te zijn. Hoe reëel is dit beeld naar uw mening en welke bedreigingen/belemmeringen ziet u daar eventueel bij?
D2	Welke uitdagingen ziet u voor het LZV na 2015? Meer specifiek: hoe zou u het vinden als ook andere (geüniformeerde) beroepsgroepen gebruik zouden gaan maken van dezelfde ketenpartnerinstellingen voor hun beroep specifieke GGZ?



## Bijlage B. Begroting LZV voor 2013.

Begroting 2013 ten behoeve Landelijk Zorgsysteem Veteranen.

vast	LZV kosten deelname projectgroepen (voortvloeiend uit door de minister getekent convenant)	€ 70.000,00
vast	Representatiekosten LZV	€ 15.000,00
vast	LZV SPV capaciteit tbv partners (voortvloeiend uit door de minister getekent LZV convenant)	€ 150.000,00
vast	LZV communicatie mdw (voortvloeiend uit door de minister getekent LZV convenant)	€ 15.000,00
vast	LZV klachtenfunctionaris (voortvloeiend uit door de minister getekent LZV convenant)	€ 10.000,00
project	Registratie LZV advies & analyse DBC (voortvloeiend uit door de minister getekent LZV convenant)	€ 10.000,00
project	Project kwaliteitsontwikkeling LZV (voortvloeiend uit door de minister getekent LZV convenant)	€ 10.000,00
vast	Intervisie & audit	€ 25.000,00
project	Project ROM (voortvloeiend uit door de minister getekent LZV convenant)	€ 100.000,00
vast	Kosten liaisonpartners regio overschrijdende taken	€ 50.000,00
vast	Vergoeding suprarregionale expertise verslaving/forensische zorg	€ 30.000,00
vast	Niet voorziene activiteiten	€ 15.000,00
	<b>Totaal LZV</b>	<b>€500.000,00</b>

## Bijlage C. Geïnterviewden

	functie	naam
<b>Dagelijks Bestuur LZV</b>		
	Voorzitter	Berend Berendsen
	DB-LZV	Berend Berendsen en Miranda Meijer
	Communicatie	Jos Morren
	Kwaliteit	Berend Berendsen & Miranda Meijer & Willem Passchier
	Kennis	Willem Passchier
	Klachtenfunctionaris	Willem Passchier
	Dagelijks Bestuur / Projectmanager	Miranda Meijer
Veteraneninstituut		
	Directeur	Frank Marcus
DGV		
	Directeur DGV	Ron P.J. Geenen
	Aalmoezener	Casimir Struijk
de Basis		
	Directeur-bestuurder	Hugo van de Kamp
DCBMW		
	Directeur en wnd. Directeur	KOL drs J.J.W.M. Stoop, Ingeborgh van der Meijden
Reinier van Arkel		
	Manager PTC ZN	Johan v.d. Heijden
GGZ Noord-Drenthe		
	Manager Bedrijfsvoering	Berry Cazemier
MGGZ		
	Directeur MGGZ	Rob van der Meulen
Centrum '45		
	Algemeen directeur	Twan Driessen
Sinai Centrum		
	Geneesheer-directeur	Elis Stevelmans
VICTAS		
	Voorzitter Raad van Bestuur	Herman Geerdink
De Waag		
	Directeur zorg	Coen van Gestel
VIBU		
	Manager	René Adriaanse
ABP		
	BU BRD, Hoofd Team Zorgcoördinatie	Cosmas Kolenberg; geïnterviewd door WGI&A
HDP/DPOD		
	HDP	SBN Henk Itzig Heine
	C-DPOD	SBN Henk Itzig Heine als oude DPOD
<b>Uitgetreden instellingen</b>		
GGZ Noord Holland Noord	Manager	Rene de Jong
GGNet	Directeur	Gerard de Roos

## Bijlage C: Rapportage over inhoud en afstemming van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen

Den Haag, 1 oktober 2013

Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek  
Voorzitter RZO tevens Voorzitter Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013  
Mevr. J. L. E. M. W. R. R. Tiesinga-Autsema  
"De Zwaluwenberg"  
Utrechtseweg 225, 1213 TR Hilversum

Onderwerp: Aanbieding rapport Werkgroep 'Inhoud en Afstemming Ketenzorg LZV'

Geachte mevrouw Tiesinga,

In het kader van de Evaluatie van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) 2013 heeft u prof. drs. E. W. Roscam Abbing en ondergetekende gevraagd een werkgroep te vormen en u te adviseren over de opzet en uitvoering van de evaluatie van het LZV, en de inhoud en afstemming van de veteranenketenzorg in het LZV te evalueren. Aan dit verzoek hebben wij met genoegen invulling gegeven.

De gevormde Werkgroep 'Inhoud en Afstemming Ketenzorg LZV' heeft zich bij de evaluatie van het LZV conform haar opdracht gericht op de inhoud en afstemming van de ketenzorg aan de hand van de gang van de cliënt naar en door het LZV.

Namens de Werkgroep bied ik u bijgaand het definitieve rapport 'Rapportage over inhoud en afstemming van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen' aan.

De Werkgroep spreekt zijn waardering uit over de constructieve medewerking van de deelnemende partnerinstellingen van het LZV, alsmede van de bestuurlijk verantwoordelijken van het LZV. De gesprekken zijn in een open en plezierige sfeer verlopen.

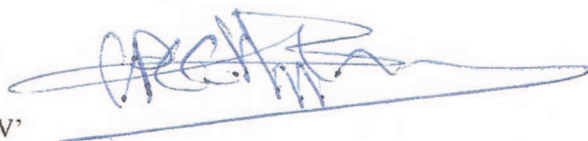
Uit de resultaten is naar de mening van de werkgroep gebleken dat het LZV staat en bestaat. De participanten zijn er zich zeer wel van bewust dat zij deel uitmaken van een keten en dat daar inbreng voor nodig is. Dit geschiedt bovendien met gemotiveerde en toegewijde hulpverleners die er nadrukkelijk voor staan de veteraan goede zorg te bieden.

In algemene zin wordt verder het volgende opgemerkt:

- (1) Ondanks alle inzet is het LZV naar de mening van de werkgroep minder ver dan men op grond van alle ambities zou mogen of kunnen verwachten. Dat zegt ook iets over het realiteitsgehalte van de ambities. Er zijn onderdelen waar nog geen of onvoldoende invulling aan is gegeven. Zo ontbreken aspecten van ophanging van het Dagelijks Bestuur LZV, de bemensing van de ondersteuning, het registratiesysteem en een kwaliteitshandboek.
- (2) De vraag of er sprake is van een keten kan positief worden beantwoord, maar alle deelnemende partijen voeren de zorg uit zoals zij dat voor zichzelf hebben bepaald. Dat is overigens geen oordeel over de kwaliteit van de zorg op instellingsniveau, maar het zegt wel iets over de keten, waarin je zou verwachten dat de zorg middels werkafspraken zou worden afgestemd en de mogelijkheden van samenwerking in de zorg optimaal worden benut.
- (3) Verder heeft de werkgroep geconstateerd dat de samenwerking hecht is maar wel tussen collega's die soms ook elkaars concurrenten zijn. Dat uit zich in discussies over de verdeling van aantallen cliënten over de participerende instellingen, in de gemelde perceptie als zouden cliënten in de eerste lijn en tweede worden vastgehouden en in de ervaren dominantie van grote partijen. De werkgroep heeft niet kunnen nagaan of deze gemelde ervaringen feitelijk grond hebben, maar is wel meermalen met deze beleving geconfronteerd.

Hoogachtend,

Dr. A.P.C.C. Hopperus Buma, Commandeur-arts b.d.  
Voorzitter Werkgroep 'Inhoud en Afstemming Ketenzorg LZV'



Bijlage: 'Rapportage over inhoud en afstemming van de ketenzorg van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen'

**Evaluatie LZV 2013**

**Rapportage over inhoud en afstemming van de ketenzorg van het Landelijk  
Zorgsysteem voor Veteranen**

**Dr. A.P.C.C. Hopperus Buma, Commandeur-arts b.d.**

**Prof. drs. E. Roscam Abbing, em. hoogleraar sociale geneeskunde UMC Nijmegen**

**Hilversum, 1 oktober 2013**

**Rapportage over inhoud en afstemming van de ketenzorg van het Landelijk  
Zorgstelsel voor Veteranen (LZV) door de Werkgroep Inhoud en Afstemming  
Ketenzorg LZV**

1. Inleiding .....	blz. 3
2. Opdracht .....	blz. 4
3. Werkwijze .....	blz. 4
4. De gang van de cliënt naar en door het LZV .....	blz. 5
a. De nulde lijn .....	blz. 5
b. Het centraal aanmeldpunt (CAP) .....	blz. 7
c. De eerste lijn.....	blz. 9
d. Het Regionaal coördinatieoverleg (RCO) .....	blz. 10
e. De tweede lijn en de categoriale zorg.....	blz. 11
f. Nazorg en re-integratie.....	blz. 14
g. Bemoeienis van het ABP.....	blz. 15
5. Analyse van het cliëntenbestand en de ontwikkeling daarvan .....	blz. 15
6. Is zorg van voldoende kwaliteit mogelijk bij de huidige kleine aantallen cliënten?	blz. 16
7. Is de zorg voldoende laagdrempelig en bereikbaar? .....	blz. 16
8. Zorgmijders en drop-outs.....	blz. 17
9. Opvattingen van LZV-hulpverleners over uitbreiding van hun zorg naar andere hoog risico beroepen.....	blz. 17
10. Onderzoek en scholing.....	blz. 18
11. Op basis van de voorgaande bevindingen antwoorden op de vragen vervat in de opdracht aan de werkgroep.....	blz. 18
12. Aanvullende beschouwingen en suggesties.....	blz. 19
13. Slotbeschouwing.....	blz. 19
Bijlage A: Schema implementatie van aanbevelingen van Gersons (2005).....	blz. 21
Bijlage B: Schema van bevindingen per deelopdracht .....	blz. 24
Bijlage C: Schema van vragen aan de behandelaars van de instellingen van het LZV en derden.....	blz. 29
Bijlage D: Geïnterviewden.....	blz. 32



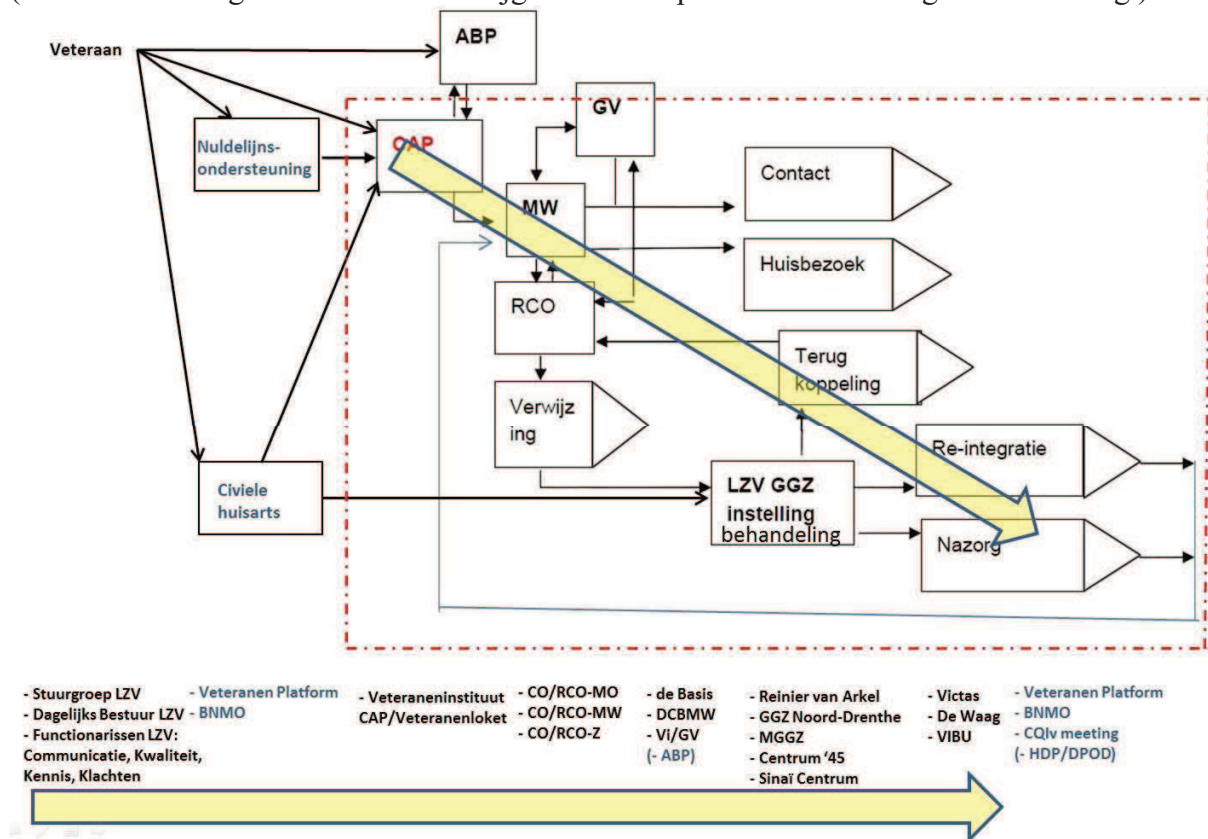
## 1. Inleiding

In het kader van de evaluatie van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) door de Raad van toezicht en advisering ten behoeve van het civiel-militaire zorgsysteem voor de hulpverlening aan veteranen en het wetenschappelijk onderzoek naar aandoeningen gerelateerd aan uitzendingen (RZO) heeft deze laatste een desbetreffende projectgroep met twee werkgroepen ingesteld.

Van deze twee werkgroepen, een voor bestuurlijke aspecten LZV en een voor inhoud en afstemming ketenzorg LZV rapporteert de tweede hier.

De onderhavige rapportage heeft als stramien, na een weergave van de opdracht en de werkwijze, een beschrijving van de bevindingen die voortkomen uit de gesprekken met LZV-betrokkenen. Daarbij worden die bevindingen gepresenteerd in de volgorde, waarin ook de cliënt van het LZV met de verschillende onderdelen van het LZV te maken kan krijgen.

Die beoogde volgorde wordt geïllustreerd met bijgaand schema, waarin de grote diagonale pijl de hoofdrichting van de mogelijke gang van de cliënt door het LZV vertegenwoordigt. (De vele afkortingen in het schema krijgen in de loop van deze tekst nog een verklaring.)



Na de beschrijvingen per onderdeel van het LZV volgen behandelingen van thematische onderwerpen, zoals de ontwikkeling van het cliëntenbestand en de opvattingen van betrokkenen over de mogelijkheden de zorg te verbreden voor ook andere doelgroepen. In een apart hoofdstuk worden de vragen die zijn vervat in de opdracht van de werkgroep zo goed mogelijk beantwoord met behulp van de verkregen informatie. Tenslotte volgen wat aanvullende beschouwingen en suggesties.

Zoals nog bij het hoofdstuk werkwijze te beschrijven bestond de aanpak van de werkgroep uit het voeren van gesprekken met betrokkenen bij de zorg voor veteranen in actieve dienst en buiten dienst. Bij die benadering ondervond de werkgroep voortreffelijke medewerking. Ondanks het feit dat de eigen interne evaluatie van het LZV bijna gelijktijdig met deze



evaluatie door de RZO wordt uitgevoerd, en men dus voor veel zaken twee maal, inhoudelijk gedeeltelijk overlappend, wordt benaderd, was de bereidheid overwegend groot om te helpen en bij te dragen in een open sfeer. De werkgroep is daarvoor zeer erkentelijk.

## 2. Opdracht

De opdracht aan de werkgroep luidt<sup>1</sup>:

- Geef een oordeel over de toegevoegde waarde van de inrichting van de ketenzorg voor de veteraan in het LZV.
- Formuleer een mening over de werking van het kwaliteitsmanagement van het LZV aan de hand van het kwaliteitshandboek van het LZV.
- Besteed specifiek aandacht aan de door het LZV zelf uitgevoerde Analyse en de daaruit volgende Strategische Keuzes in het leidende document ‘Visie op LZV zorg – Succesvol Samenwerken 2012-2015 – Inrichting Zorg 2012’ van april 2012, voor zover dat past binnen de opdracht van de Werkgroep.
- Hoe gaat het LZV om met de resultaten van de CQIV? Wat betreft de nulmeting, gaat het om de mate waarin de bevindingen vertaald worden naar concrete acties om de zorg te verbeteren. Voor toekomstige metingen geldt de vraag: op welke manier worden de bevindingen van de CQIV ingebed in het interne kwaliteitsproces om tot een goed werkende Plan-Do-Check-Act cyclus te komen.
- Besteed aandacht aan bijzondere categorieën zoals zorgmijders/drop-outs en gevallen van co-morbiditeit.
- In hoeverre komen resultaten van wetenschappelijk onderzoek dat uitgevoerd wordt op de populatie van het LZV ten goede aan het verbeteren van de behandelingen binnen de LZV ketenzorg?
- Kijk ook naar de mogelijkheden/belemmeringen van een actief dienende veteraan in het civiele deel van de ketenzorg en de post-actieve veteraan in de militaire deel van de ketenzorg.
- Ga na bij de behandelaar in hoeverre de cliënten in het LZV waarde hechten aan een specifiek civiel-militair behandeltraject.

## 3. Werkwijze

Veel informatie was al beschikbaar in de vorm van jaar- en kwartaalverslagen. Daarnaast zijn er in de loop der jaren diverse relevante beleidsdocumenten verschenen, waarvan sommige ook expliciet zijn vermeld in de opdracht aan de werkgroep. Daarom is de werkgroep begonnen met het doornemen van dit materiaal. Voor de bestudeerde documenten wordt verwezen naar de documentenlijst. Tevens werd een planning voor gesprekken met betrokkenen opgesteld. Daarbij werd geprobeerd zo veel mogelijk de volgorde aan te houden, waarin ook cliënten met de betrokkenen contact kunnen hebben. Ten behoeve van die gesprekken werd voorafgaand een lijstje van te bespreken onderwerpen toegestuurd (bijlage). Hoewel die lijstjes enigszins maatwerk waren, zaten er toch ook steeds wekerende thema's bij zoals de omvang en kenmerken van het cliëntenbestand, duur van het contact met de cliënt, wijze van beëindiging, kwaliteitsbeleid, aandacht voor zorgmijders en drop-outs, meerwaarde van het LZV, ervaring met de RZO. De gesprekken eindigden steeds met een vraag over de kansen en bedreigingen.

Uiteraard impliceert zo'n reeks gesprekken een leerproces. In de loop van dat proces kregen de auditoren een steeds beter beeld van wat de belangrijkste kwesties bleken en werden de

---

<sup>1</sup> Plan van Aanpak Evaluatie LZV 2013

vragen bijgesteld. De gesprekkencyclus is begonnen en afgesloten met een gesprek met de Voorzitter van het LZV.

Bij een dergelijke evaluatie ligt het voor de hand ook gesprekken met cliënten te voeren. Daarvoor heeft de werkgroep uit praktische overwegingen niet gekozen. Om aan dergelijke gesprekken conclusies te kunnen verbinden moet men er wel erg veel voeren. Daarom is ervoor gekozen gesprekken te voeren met de voorzitters van de belangenorganisaties Bond van Militaire Oorlogs- en Dienstsachtoffers (BNMO) en het Veteranen Platform (VP). Verder wordt voor zover beschikbaar de uitkomsten van de Consumer Quality Index Veteranen (CQIV) gebruikt.

De werkgroep beseft dat zij maar met een heel kleine selectie LZV medewerkers (voornamelijk behandelaars) heeft gesproken en dat de daaruit geregistreerde opinies mogelijk niet representatief zijn. Wel heeft de werkgroep zo nu en dan gevraagd: Denken uw collega's daar ook zo over?

De werkgroep is zich ervan bewust dat de vertaling van de geregistreerde mededelingen en opinies in constatering en conclusies geen volledig waardevrije zaak is en dat daarbij een kleuring door de werkgroep kan zijn ontstaan. De werkgroep heeft niettemin geprobeerd de feiten en opvattingen zo objectief mogelijk samen te vatten en weer te geven.

De werkgroep kon uiteindelijk niet op alle vragen, zoals die uit de opdracht naar voren komen, een antwoord geven. In sommige gevallen waren de ontwikkelingen binnen het LZV nog niet ver genoeg en ontbraken de desbetreffende documenten. In andere gevallen was het niet verantwoord om op basis van het beperkte materiaal of de gevoerde gesprekken conclusies te trekken.

De werkgroep beschikte niet over inspectiebevoegdheden. Er was dus niet de mogelijkheid de gesprekspartners eraan te herinneren, dat er sancties staan op het onjuist of eenzijdig informeren. De werkgroep heeft echter in geen van de gesprekken dergelijke bevoegdheden gemist. Er was gezien de ervaren openhartigheid geen behoefte aan.

#### **4. De gang van de cliënt naar en door het LZV**

Om een beeld te krijgen van het functioneren van het LZV heeft de werkgroep zich als het ware in de cliënt verplaatst. Eerst is er aandacht voor de ondersteunende omgeving van de potentiële cliënt van het LZV vervolgens voor het Centraal Aanmeldpunt (CAP), voor de onderdelen / participanten van het LZV van algemeen naar gespecialiseerd en categoriaal en tenslotte voor de overdracht naar buiten het systeem bij het beëindigen van de behandeling. In die volgorde wordt hieronder gerapporteerd. Daarbij komen alleen opmerkelijke en bijzondere zaken aan de orde. De gewone gang van zaken staat voldoende beschreven in diverse stukken van het LZV.<sup>2</sup>

##### **a. De nulde lijn**

Naast de reguliere zorg is de nuldelijnsondersteuning belangrijk voor een toereikende hulp aan veteranen. Hierbij speelt het netwerk van relaties, vrienden en lotgenoten, de zogenoemde nuldelijn, een belangrijke rol. Gestructureerde nuldelijnsondersteuning wordt verleend door de verenigingen van het VP, het samenwerkingsverband Veteranen Ontmoetings Centra (VOC) en het Veteraneninstituut (Vi). Voorts sluit het systeem van nuldelijnsondersteuning aan op de collegiale netwerken binnen Defensie die worden opgericht voor de ondersteuning van veteranen in actieve dienst. De nuldelijnsondersteuning heeft de ambitie om voor het LZV niet alleen toeleverancier te zijn naar het CAP maar ook ter ondersteuning van de

---

<sup>2</sup> Met name: Visie op LZV zorg - Succesvol Samenwerken 2012-2015 - Inrichting Zorg 2012; Van inrichting naar evaluatie: kwaliteit als fundament; Jaarverslag LZV 2011 en 2012 Verder Groeiend; kwartaalrapportages.

behandelaars door b.v. contact te houden met de veteraan tijdens de behandeling of re-integratie.

Het betreft hier geen onderdeel van het LZV, maar is daarmee wel een belangrijke toeleveraar.

In dit verband zijn er gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers / medewerkers van het VP, de BNMO, het Vi, Stichting De Basis en de Diensten Geestelijke Verzorging (DGV) bij Defensie. De laatste drie zijn participant in het LZV-convenant.

De Basis, DC BMW en DGV werken in het kader van de LZV ketenzorg met een gezamenlijke visie op de nuldelijnsondersteuning. Deze visie verwoordt de mogelijkheden tot het samenwerken met en verrichten van werkzaamheden binnen de nuldelijns omgeving van veteranen buiten dienst.<sup>3</sup>

De nuldelijnsondersteuning heeft in relatie tot het LZV een meervoudige functie. Enerzijds biedt zij een kameraadschappelijk klimaat, waarin de veteraan zich begrepen en gewaardeerd kan voelen. Dat kan hem/haar helpen om geestelijk gezond te blijven. Daarin zit een vorm van preventie.

Anderzijds biedt zij een betrokken omgeving die zich bekommert om veteranen die het onvoldoende redden en mogelijk professionele hulp nodig hebben. Zo kan in de nulde lijn de aarzelende veteraan (en/of relatie) geholpen worden in zijn gang naar het CAP. Hoewel veel aanmeldingen gebeuren onder druk van de naaste omgeving (bij voorbeeld partners die het afwijkende gedrag niet langer accepteren), is de nuldelijnsondersteuning ook daarin van belang. Als kameraden die doorgaans een stoere houding laten zien, erop aandringen hulp te vragen, maakt dat indruk.

Er bestaan hier lastige dilemma's voor de bij de veteranenproblematiek betrokken organisaties. Men is graag bereid, en dat de afgelopen jaren in toenemende mate, de veteraan met psychische problemen te ondersteunen en de weg te wijzen. Men participeert ook in voorlichtingsactiviteiten betreffende het CAP.

Daar staat tegenover dat een beeldvorming van de veteraan als getraumatiseerd en psychisch ziek schadelijk is voor de grote groep gezonde veteranen, die nog een plaats op de arbeidsmarkt moeten veroveren. In de huidige situatie van economische recessie en massaontslagen bij Defensie is dat een serieuze afweging. Niettemin constateert de werkgroep bij de betrokken organisaties een grote bereidheid en daadwerkelijke inzet om de veteraan met psychische problemen te helpen, ook al kan dat een verkeerde beeldvorming in de hand werken. Daarbij beïnvloeden voorbeelden uit het buitenland (vooral de VS) van verslaafde en criminele veteranen helaas ook in Nederland het imago van de veteraan. Een onderzoek van de Politie Academie in samenwerking met het Vi naar de vraag of Nederlandse veteranen vaker met Justitie in aanraking komen dan een qua leeftijd, geslacht en opleidingsniveau vergelijkbare civiele groep leverde op dat zij dat juist minder vaak doen<sup>4</sup>.

Het dilemma: aandacht voor de gezonde veteraan die een plaats op de arbeidsmarkt verdient versus aandacht voor de zieke veteraan die behandeling en zorg moet krijgen, is niet simpel oplosbaar door extern, naar de samenleving toe, het gezonde beeld te accentueren en intern, naar de veteranen de mogelijkheid van hulp te benadrukken. Het is niet reëel te verwachten deze communicatiestromen gescheiden blijven.

Het Vi is verantwoordelijk voor de voorlichting over de wijze waarop een veteraan hulp kan gaan vragen, hoe hij het CAP kan benaderen. Die voorlichting wordt zeer actief verzorgd. De op dit aspect geïnterviewden zijn wel van mening dat blijvend aandacht moet worden besteed aan het bekendstellen van het CAP en te zijner tijd het Veteranenloket bij de doelgroep. Ook de voorlichting aan huisartsen over het CAP en het LZV is intensief. Desondanks is het effect,

---

<sup>3</sup> De ketenzorg van het LZV in relatie tot de nuldelijns initiatieven voor veteranen uit dienst, 1.0/BB/01.05.2013

<sup>4</sup> Rapportage 'Politie in aanraking met veteranen'

gezien het permanente informatiebombardement waaraan huisartsen in het algemeen zijn blootgesteld, onzeker. Met de komende veranderingen in de GGZ dienen ook de gemeenten in de communicatie over de zorg voor veteranen betrokken te worden.

Deze voorlichting dient goed te worden onderscheiden van de voorlichting die het LZV verzorgt ten behoeve van zijn participanten. Daarbij gaat het niet alleen om het activeren van de LZV-teamgeest bij de vaak kleine onderdelen, waar daadwerkelijk zorg aan veteranen wordt verleend, van de grote instellingen die formeel in het LZV participeren. Die voorlichting is echter ook bedoeld om de betrokkenheid te stimuleren van die grote instellingen, die soms om financiële redenen geneigd zijn af te haken.

Over het algemeen geldt dat de voorlichting zich vooral moet richten op informatie over de inhoud van zorg die wordt geleverd en niet over de 'beschadigde veteraan'.

Er is discussie mogelijk over de huidige organisatorische scheiding van deze verschillende voorlichtingsactiviteiten. Er wordt weliswaar goed onderling afgestemd, maar onderbrenging van de regie bij één instantie, b.v. het Vi waar ook het Veteranenloket wordt ondergebracht, zou het werk mogelijk efficiënter maken.

Geestelijke verzorging is een vorm van hulp, die zowel in de nulde lijn als in de professionele zorg (eerste en parallel aan tweede lijn) wordt gepraktiseerd en die zelf een professioneel karakter heeft, maar wezenlijk anders is dan geestelijke gezondheidszorg. De geestelijke verzorging zelf beschouwt zich niet als hulpverlener maar als zorgverlener. De geestelijke verzorging werkt niet volgens bepaalde protocollen of een certificering en doet niet aan dossiervorming en registratie. In tegenstelling tot de geestelijke verzorging zijn vanuit de tweede lijn de behandelingen evidence based, ook met toetsbare resultaten. Deze kenmerken maken de relatie tussen enerzijds geestelijke verzorging en anderzijds nuldelijnshulpverlening en professionele geestelijke gezondheidszorg complex. In de geestelijke verzorging hecht men, begrijpelijk, zeer aan de eigen onafhankelijkheid. Men wil geen schakeltje zijn in een groter behandelstelsel. Wel is men bereid om vanuit de nuldelijnssituatie veteranen te wijzen op het CAP en op behandelmogelijkheden. Verder meldde een enkele vertegenwoordiger, dat participatie in een Regionaal Coördinatie Overleg (RCO) bezwaarlijk is, onder meer omdat het niet mogelijk is aanwezig te zijn bij de behandeling van individuele gevallen in verband met vertrouwelijkheid. Misschien is bij hulpverleners in de gezondheidszorg onvoldoende bekend dat ook op de geestelijk verzorger net als op de arts een geheimhoudingsplicht drukt, waarvan de opzettelijke schending met maximaal een jaar gevangenisstraf in de wet is gesanctioneerd. Wel zal altijd de eis gelden dat uitwisseling van vertrouwelijke informatie functioneel moet zijn. Zo zal de geestelijke verzorger informatie over extreem schuld- en zondebesef niet zo maar aan een medisch therapeut kunnen communiceren, tenzij het belang van de cliënt daarmee evident is gediend. In omgekeerde richting gelden overeenkomstige beperkingen.

Ondanks dat de nuldelijnsondersteuning niet behoort tot het LZV is er vanuit de nuldelijnsondersteuning en de belangenbehartiging (VP en BNMO) wel behoefte om geïnformeerd te zijn over de ontwikkelingen bij het LZV.

## **b. Het centraal aanmeldpunt (CAP)**

De eerste lijn is onderdeel van het LZV. Daarbij gaat het om het CAP, om het maatschappelijk werk van de Basis en van het Diensten Centrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk (DCBMW), en om de DGV van Defensie.

Het CAP is dé toegangspoort tot het LZV. Toch komen er in de praktijk ook andere routes voor. Zo kan het gebeuren dat een huisarts naar een civiele ggz-instelling verwijst, die deel uitmaakt van het LZV. Een ggz-instelling kan verwijzen naar een zusterinstelling die bij het LZV hoort. In dat soort gevallen is het gewenst dat, als het kan, het CAP alsnog wordt ingeschakeld of tenminste wordt geïnformeerd. Dat gebeurt echter niet altijd.

Via het CAP starten jaarlijks ongeveer 800 hulpverleningstrajecten. Daarvan gaat ongeveer de helft over naar de tweede lijn de andere helft wordt geholpen in de eerste lijn. De gemiddelde hulpverleningsduur binnen de eerste lijn is nu naar ruwe schatting ongeveer anderhalf jaar met een zeer grote spreiding. Het maatschappelijk werk heeft de registratie al aardig op orde, maar de ketenregistratie van het LZV heeft bij de ontwikkeling en implementatie veel tegenslag ondervonden. Toch lijkt die registratie er uiteindelijk wel te komen.

Het CAP valt onder het Vi. Het wordt tijdens kantooruren bemenst door maatschappelijk werkers van de Basis. Buiten kantooruren door bedrijfsmaatschappelijk werkers van Defensie (DCBMW). Veteranen die zich buiten de kantooruren melden, worden bij aanvang van kantoor tijd zo snel mogelijk teruggebeld door een dan dienstdoende maatschappelijk werker van de Basis.

Het CAP is geen fysieke balie waar men langs kan gaan, maar wel een telefonische en E-mail contactmogelijkheid. Op het moment dat de maatschappelijk werker die CAP-dienst heeft met iemand in gesprek is die het CAP nummer heeft gebeld, kan een ander telefoontje niet meer door deze maatschappelijk werker worden aangenomen. Dat telefoontje wordt dan opgevangen door de receptie van het Vi. De dienstdoende maatschappelijk werker probeert overigens deze situatie zo veel mogelijk te voorkomen door in het eerste contact zo snel mogelijk de essentiële gegevens te noteren, zoals de aard van de hulpvraag en de achtergrond van de beller, of deze al dan niet op missie is geweest, etc. om vervolgens weer bereikbaar te zijn.

Deze genoteerde aanmeldgegevens worden onmiddellijk doorgezonden naar de maatschappelijk werker in wiens regio de betrokken veteraan woont. Een cc gaat naar de betrokken teammanager van de regio. Vervolgens neemt de maatschappelijk werker in die regio zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen een week contact op met de veteraan. Dan volgt een afspraak voor een gesprek binnen twee weken, meestal bij de veteraan thuis. Deze procedure is binnen het LZV afgesproken.

Mocht buiten kantooruren een telefoontje op een echte crisissituatie wijzen, dan is de standaard oplossing doorverwijzing naar of inschakeling van de huisarts en de reguliere ggz-crisisdienst. Overigens komen telefoontjes in de avond en de nacht maar weinig voor, meestal niet meer, vaak minder dan één per avond en nacht.

Deze procedure wordt hier zo uitgebreid beschreven, omdat van BNMO-zijde de werkgroep ter ore kwam, dat “het klachten regent over het CAP buiten kantooruren”. De betrokken maatschappelijk werkers, ook die van DCBMW, herkennen dat niet. Ervan uitgaande dat beide mededelingen: veel klachten en vrijwel geen klachten, juist zijn, vermoedt de werkgroep dat deze discrepantie het gevolg is van verwachtingen bij de cliënt over 24/7 als een altijd volledig functionerende dienstverlening en vervolgens aarzeling bij de cliënt om na de aanmelding buiten kantooruren in het eerste, wat uitgebreidere contact tijdens kantooruren zijn beklag te doen over het voorafgaande contact buiten kantooruren, maar zich ondertussen wel heeft uitgesproken over het CAP in de social media. In dit verband is ook hoofdstuk 7 over de laagdrempeligheid relevant.

Een andere door de werkgroep gehoorde klacht betreft de tijd tussen het aanmelden bij het CAP en het bespreken in het casuïstiekoverleg (CO) respectievelijk RCO, dat maandelijks



plaatsvindt. In noodgevallen kan overigens een veel snellere verwijzing plaatsvinden. Ofschoon naar de mening van de werkgroep deze klacht begrijpelijk is, behoort een hogere frequentie van het CO niet tot de reële mogelijkheden.

Tenslotte wordt door enkele geïnterviewden betwijfeld of de veteraan die zich aanmeldt de keuzemogelijkheid wordt aangeboden voor een civiele- of -militaire hulpverlener. De werkgroep zag deze twijfel niet bevestigd in de geldende procedurebeschrijvingen en in de mededelingen van de betrokken medewerkers. Voor het vergelijkbare probleem van verwijzing naar een militaire of een civiele tweedelijnsvoorziening leze men de desbetreffende paragraaf 4.d. over het RCO.

Het CAP heeft ook nog een relatie met het ABP Zorgloket. Er is een protocol voor de samenwerking tussen het Zorgloket en het centraal aanmeldpunt. De inhoud van het protocol is: het maakt niet uit waar de veteraan zich meldt, of waar degene die voor de veteraan belt, dat doet, er wordt naar elkaar doorverwezen. Iemand hoeft zich dan niet, als hij al gemeld is bij het ene loket, nog een keer bij het andere loket te melden. Zie ook paragraaf 4.g.

Over verbreding van het CAP tot één veteranenloket waarin onder meer ook het ABP is vertegenwoordigd en waar ook allerlei informatiefuncties zullen zijn ondergebracht, wordt door veel betrokken partijen positief geoordeeld. Men ziet daarin een kans voor betere dienstverlening. Wel onderkent men de noodzaak nog veel praktische details te moeten regelen. Gesuggereerd is de één-loket-gedachte ook door te voeren in de communicatie, d.w.z. één portaal waar de veteraan alle informatie vandaan kan halen.

Bij de maatschappelijk werkers van de Basis is er echter twijfel of een loket met een zeer brede functie in staat zal zijn kwalitatief verantwoord om te gaan met vragen om hulp bij psychische problemen. Men verwacht dat aan doorverbinden niet valt te ontkomen en dat zo het nieuwe loket alleen maar een extra schakel oplevert als het gaat om de LZV-toegang. Tenslotte is er zorg uitgesproken over de mogelijkheid om een centrale registratie op te zetten die nu plaatsvindt in aparte niet-compatible en niet eenduidig gevulde databestanden. De inrichting van het Veteranenloket dient dan ook naar de mening van de werkgroep met aandacht te worden gevolgd door de bij het LZV betrokkenen.

### **c. De eerste lijn**

De eerste lijn is onderdeel van het LZV. Daarbij gaat het om het CAP, om de eerste lijnshulpverlening van het maatschappelijk werk van de Basis en van het DCBMW en om eerste lijnszorg van de DGV.

*De eerstelijnszorg* bestaat uit hulpverlening door het maatschappelijk werk. Zoals al aangegeven, wordt ongeveer de helft (ca. 400) van alle nieuwe cliënten (ca. 800) per jaar, aan wie hulp moet worden verleend anders dan het uitsluitend verschaffen van informatie, in de eerste lijn geholpen. Na afronding van de eerstelijns intake, die is gebaseerd op één tot drie gesprekken, worden de veteranen in de regio besproken in het CO tussen de GV, de eerste lijn met een consultant van de tweede lijn. Daarin wordt vastgesteld of de veteraan eerstelijnszorg nodig heeft. Deze wordt geleverd door de Basis of DCBMW. De cliënten die (gespecialiseerde) tweedelijnszorg nodig hebben, worden door de maatschappelijk werker besproken in het Regionaal Coördinatie Overleg RCO, waarin de vertegenwoordigers van de GGZ instellingen(en) zitting hebben. De keuze om een cliënt rechtstreeks, dus niet door tussenkomst van een RCO, in de eerste lijn te helpen, wordt gemaakt na de intake en na vervolgens bespreking in het maandelijkse CO. Dat CO staat onder leiding van een



teammanager maatschappelijk werk. Als er maar even twijfel is of niet toch een verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is, wordt de betrokken casuïstiek voorgelegd aan een RCO.

Naast de keuze om in de eerste- of de tweede lijn te behandelen is er voor de veteraan buiten dienst ook nog de keuze tussen militair of civiel. Die keuze blijkt in de praktijk een mengsel van enerzijds de voorkeur van de cliënt en anderzijds het oordeel van de deskundigen en de beschikbare capaciteit. Wat doorgaans de doorslag geeft is voor de werkgroep niet goed na te gaan. De betrokken professionals noemen allen de voorkeur van de cliënt als doorslaggevend, maar de besluitvorming voltrekt zich toch in een professioneel kader. De team manager maatschappelijk werk is voorzitter van het RCO. Daar waar niet tot overeenstemming wordt gekomen over wat er met de cliënt zou moeten gebeuren geeft de klinisch psycholoog MGGZ de doorslag vanuit zijn of haar professie. Indien het belang van de cliënt voorop staat, is het niet altijd zo dat zijn voorkeur moet worden gevolgd. In sommige gevallen is het juist nodig de cliënt los te laten komen van de militaire omgeving.

Op het spanningsveld tussen enerzijds een begripvolle, vertrouwde militaire omgeving en anderzijds de noodzaak zich te bevrijden van het militaire verleden en burger onder de burgers te worden, zal bij de tweedelijnszorg nog worden teruggekomen. Wat betreft de keuze voor militair versus civiel in deze fase, heeft de werkgroep het vertouwen dat deze zorgvuldig wordt gemaakt. Wel blijft het nodig de cliënt al voordat de keuze is gemaakt niet alleen zijn voorkeur te vragen, maar ook uit te leggen waarom die voorkeur niet altijd zal worden gevolgd.

#### **d. Het regionaal coördinatieoverleg**

Het RCO is het schakelpunt tussen de eerste en de tweede lijn. Voorheen was er een roulerend systeem. Nu wordt gewerkt met vaste RCO's in de drie regio's van het LZV. Dat maakt het lastig om regio-overstijgend behandelingen aan te bieden. Beschikbare kennis van buiten de regio komt niet ter sprake. Getracht wordt de afstemming tussen de regio's door het SPV-overleg te bevorderen. Dit SPV-overleg moet nog wel verder gestalte krijgen. In het RCO is er een voldoende gunstig klimaat om van elkaar te leren en zo aan de kwaliteit te werken. Wel kost een en ander nogal wat administratieve inspanning.

Het RCO is cruciaal voor het functioneren van de LZV keten. De LZV participanten beseffen dat en nemen dan ook actief deel. Wel werden tweedelijnsinstellingen aanvankelijk vaak door psychiaters en psychologen vertegenwoordigd, maar in de loop van de tijd steeds vaker door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers). De werkgroep heeft geen oordeel over wat een optimale vertegenwoordiging is in dit overleg. Het is heel wel mogelijk dat een SPV'er de beste keuze is. Wel maakt de werkgroep zich enige zorgen over de continuïteit van de vertegenwoordigingen. Er blijken nogal vaak mutaties te zijn, terwijl het gaat om werk waarbij het nodig is voldoende te zijn ingevoerd. De participatie vanuit de eerste lijn is uitgebreid. Maatschappelijk werkers van de Basis en van het DCBMW nemen deel. Ook maatschappelijk werkers die geen nieuwe casuïstiek inbrengen participeren. De intake en preadviezen van de eerste lijn zijn naar het oordeel van de werkgroep goed. De eerste lijn maakt goed contact met de veteraan, op een begrenzend manier, geeft passende informatie, let op de risico's en kent het aanbod. Het gaat niet alleen om nieuw ingebrachte casuïstiek, maar ook om terugkoppeling betreffende al eerder besproken cliënten. Dezelfde regionale teammanager maatschappelijk werk van de Basis zit het CO maar ook het RCO voor. De voorzitter speelt een belangrijke rol bij de voorbereiding en agendering van te behandelen casuïstiek. Omdat er, zoals bij de volgende paragraaf over de tweede lijn nog zal worden uiteengezet, tussen de tweedelijnsinstellingen een zekere competitie is om voldoende cliënten te mogen ontvangen, is het proces van verwijzing en verdeling van de in de tweede lijn te behandelen cliënten een

gevoelig materie, waarbij gemakkelijk, al dan niet terecht, verwijten kunnen ontstaan over dominantie en “inhaligheid” van bepaalde partijen. De werkgroep ving signalen op dat dergelijke sentimenten bestaan in de richting van Centrum '45 en Militaire Geestelijke GezondheidsZorg (MGGZ). De verschillende geluiden zijn echter weinig consistent. Bovendien is het voor de werkgroep niet mogelijk het realiteitsgehalte na te gaan. Wel zijn er al meteen nuanceringen mogelijk. De werkgroep ving namelijk ook het signaal op dat juist de instellingen met een vermeende dominantie minder bereid zouden zijn zich over verslaafde cliënten te ontfemen. Pas na behandeling elders van de verslavingsproblematiek zou men de cliënten accepteren. Overigens zij opgemerkt, dat de geconstateerde competitie tussen de betrokken instellingen past in het vigerende overheidsbeleid, waarin concurrentie tussen gelijksoortige gezondheidszorgvoorzieningen als wenselijk wordt gezien. Voor zover de werkgroep dat kon beoordelen, leidt deze competitie niet tot opvallende risico's voor de kwaliteit van zorg. Het risico van “overbehandeling”, dus het te gemakkelijk naar de tweede lijn verwijzen en het te lang doorgaan met het daar behandelen, komt in de volgende paragraaf aan de orde.

Ondanks deze signalen kreeg de werkgroep van alle zijden, eerste en tweedelij, eenstemmig te horen, dat het RCO uiterst nuttig is en dat de casuïstiek besprekingen in goede sfeer verlopen. Het multidisciplinaire karakter draagt daar aan bij. Ook de werkgroep is overtuigd van het grote belang van het RCO voor het goed als een keten functioneren van het LZV. Dat impliceert dat de werkgroep meent dat voortdurende aandacht voor de kwaliteit van het werk binnen het RCO topprioriteit heeft, zoals elders in de volgende paragraaf ook wordt betoogd.

#### **e. De tweede lijn**

De tweede lijn omvat gespecialiseerde ambulante en klinische zorg voor veteranen (en actief dienende militairen) met psychische problemen, maar ook categoriale zorg voor de behandeling van verslaving en van problemen met controle van agressie. Bij de genoemde psychische problemen gaat het beslist niet alleen om PTSS, maar om een breed spectrum van problemen, waaronder depressie, angststoornissen in brede zin en persoonlijkheidsstoornissen.

De werkgroep heeft gesprekken gevoerd met medewerkers van alle betrokken behandelinstellingen. De werkgroep was onder de indruk van de inzet en toewijding van deze medewerkers. Voor zover door de werkgroep kon worden nagegaan, ontstond het beeld van zeer betrokken en gemotiveerde hulpverleners, die van hun werk houden en die redelijk honkvast aan dat werk zijn verbonden. Het lijkt erop dat er in deze sector minder personeelsmutaties zijn dan in de rest van de psychiatrie.

Wat dit aspect betreft lijken de instellingen sterk op elkaar.

Er zijn ook kenmerken die duidelijke verschillen laten zien.

Zo valt op dat sommige instellingen zo min mogelijk met psychofarmaca werken en andere juist veel bij de eerste stabilisering. Dit kan niet verklaard worden door verschillen in de cliënten populatie. Het lijkt erop dat de protocollen op dit aspect nog niet tot harmonisatie hebben geleid. Het is overigens denkbaar dat een zekere differentiatie in behandelmethodes een nuttige keuzemogelijkheid bij verwijzing impliceert.

Een ander verschil dat opvalt, is het accent dat de instelling legt op het door de cliënt moeten loslaten van zijn militaire verleden en het moeten leren nu weer burger onder de burgers te zijn. Sommige instellingen vonden deze heroriëntatie niet zo nodig, andere vonden dat essentieel. Ook hier rijst de vraag naar de rol van een protocol.

Zoals al gememoreerd verschillen instellingen ook in hun houding tegenover bijkomende verslavingsproblematiek. Nog bestaande verslaving ziet de ene instelling als een belemmering

om adequaat de specifieke veteranenproblematiek aan te pakken, terwijl een andere instelling die verslaving ziet als een onderdeel en gevolg van de totale problematiek en daarom ook bereid is die verslaving samen met de overige problemen aan te pakken.

Eveneens blijken er verschillen in de wijze waarop behandelingen en het contact met de cliënt worden beëindigd. Over het algemeen eindigt een behandeling op het moment dat in de evaluatie de behandelaar, de cliënt en het systeem van de cliënt, de indruk hebben dat de cliënt in staat is om zichzelf stabiel te houden en in staat is zijn leven zo in te richten dat hij redelijk goede kwaliteit van leven heeft. De nazorg varieert van volledig stoppen van elk contact via lotgenoten contacten van de Basis tot nog regelmatig terug laten komen. Ook de mate waarin de eerste lijn over de voortgang wordt geïnformeerd verschilt nogal, hoewel, zoals gezegd, het RCO hierbij steeds een positieve rol speelt.

De MGGZ neemt onder de tweedelijnsvoorzieningen een bijzondere plaats in. Anders dan de overige voorzieningen valt deze onder Defensie. De kennis van het militaire bedrijf en de uitzendingen is wat de tweede lijn betreft hier geconcentreerd. Verder is hier het Dagelijks Bestuur van het LZV formatief, administratief en fysiek ondergebracht. Hoe begrijpelijk ook, gezien de zeer kleine formatie voor het Dagelijks Bestuur, kleven aan een onderbrenging bij een al bestaande militaire dienst in psychologische en praktische zin toch wel wat bezwaren. De instellingen verwachten van hun voorzitter een onafhankelijke houding ten opzichte van Defensie, terwijl deze tevens adjunct directeur MGGZ - zorglijn veteranen is en voor zijn bedrijfsvoering afhankelijk is van de MGGZ.

De aantallen veteranen die hulp in de tweede lijn nodig hebben, blijken veel kleiner dan aanvankelijk bij de opzet van het LZV gedacht. Daardoor was het ook nodig met minder partners te gaan werken dan in het eerste convenant voorzien. Tussen de overgebleven partners is er ondanks deze capaciteitsreductie toch nog een zekere competitie om voldoende veteranen verwezen te krijgen naar de eigen instelling voor een optimale benutting van de beschikbare eigen capaciteit. Bij die verhoudingen is elke schijn van een bevoorrechte positie bij het verdelen van de cliënten over de tweedelijnspartners ongewenst. Overigens heeft de werkgroep niet de indruk (zekerheid is er niet) dat binnen het RCO de militaire inbreng doorslaggevend is. Weliswaar is de klinisch psycholoog van de MGGZ meestal een belangrijk persoon binnen het RCO, maar de voorzitter is de teammanager van De Basis. Geruchten over het bevoordelen van de militaire instellingen lijken geen harde grond te hebben.

In een ruime meerderheid van de gevallen gaat het om ambulante behandeling in groepsverband. Klinische behandeling is uitzondering. Om met één of meer groepen te kunnen werken moeten er voldoende cliënten zijn met passende kenmerken en problematiek. Dat betekent dat de instroom van nieuwe cliënten voldoende groot moet zijn om de uitstroom te compenseren en zo te voorkomen dat groepen te klein worden. Voor een enigszins efficiënte inzet van deskundigen is een minimum cliëntenaantal noodzakelijk. Overigens kan van een volle groep ook een remmende werking uitgaan om nieuwe cliënten te accepteren. Toch lijkt hier per saldo van de tweede lijn een aanzuigende werking uit te gaan. Een kritische benadering van de vraag of de problematiek niet beter in de eerste lijn kan worden behandeld en een voortdurend nagaan of voortzetting van de tweedelijnsbehandeling nog wel zinvol is, worden zo misschien niet voldoende gestimuleerd.

Dat is misschien gunstig vanuit het streven naar laagdrempeligheid en gastvrijheid van de tweede lijn, maar vanuit de noodzaak met de schaarse middelen optimaal om te gaan en medicalisering te vermijden, ongewenst.

Categoriale zorg voor verslaafde veteranen is beschikbaar in VICTAS, participant in het LZV. Verwijzingen naar VICTAS vanuit het LZV zijn er echter nauwelijks. Daarvoor zijn

verschillende verklaringen mogelijk. De behandelinstellingen doen de detoxificatie zelf en voor zo ver zij dat niet willen, ontfermen andere daartoe wel bereid zijnde behandelinstellingen van het LZV zich over verslaafden. Ook is het mogelijk dat men de aanpak van VICTAS (in Midden Nederland) in enkele van zijn locaties niet goed vindt. De werkgroep ontving een paar maal een desbetreffend signaal. Tenslotte is denkbaar dat ernstige verslavingsproblematiek lang niet zo frequent onder veteranen voorkomt als men aanvankelijk bij de opzet van het LZV dacht. Vermoedelijk is deze laatste veronderstelling juist, al kan deze misschien niet alles verklaren.

Cliënten, bij wie moeilijk beheersbare agressie op de voorgrond staat, kunnen voor een specifieke (categoriale) behandeling terecht bij De Waag, participant in het LZV. De Waag biedt forensische zorg aan cliënten met allerlei delict gerelateerd gedrag, zoals huiselijk geweld, ongerichte agressie buitens huis, vermogensdelicten en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bij cliënten die door het RCO worden verwezen (ca. 18 per jaar), gaat het vrijwel steeds om problemen met agressie. Daarnaast worden op jaarbasis nog eens ca. negen veteranen door Justitie bij de Waag aangemeld. Dat loopt dus niet via een RCO. Aanmeldingen door het maatschappelijk werk bij De Waag kunnen ook wel zonder tussenkomst van een RCO gebeuren, wanneer het agressieve gedrag onmiddellijk handelen vereist. De diverse LZV partners waarderen, begrijpelijk, de hulp van De Waag zeer. Deze hulp biedt uitkomst in soms onhoudbare situaties. Het behandeltraject voor veteranen verschilt qua duur niet van andere categorieën cliënten met agressieproblematiek. Die duur is gemiddeld negen maanden. Na afloop kan de behandeling in de eerste of tweede lijn van het LZV worden voortgezet.

Uit het feit dat de zorg van De Waag zo belangrijk is voor het LZV mag niet worden afgeleid dat agressieproblemen bij veteranen oververtegenwoordigd zijn. Uit het eerder gememoreerde onderzoek van de Politie Academie kwam juist naar voren dat veteranen verhoudingsgewijs minder vaak met Justitie in aanraking komen. Hoe dat zit bij het aspect agressie, ook voor zover die agressie niet tot justitieel ingrijpen leidt, is niet duidelijk.

Overigens wordt opgemerkt dat, los van het al dan niet verwijzen van cliënten naar deze voorzieningen, de specialistische kennis van VICTAS en De Waag in de Stuurgroep LZV door de instellingen van belang wordt geacht.

Hoe men de zorg van de VIBU in Venray moet typeren is een wat arbitraire kwestie. Het gaat daar niet om een enkel aspect zoals verslaving of agressie, maar om brede klinische zorg voor moeilijk behandelbare veteranen. Door de overige tweedelijnsvoorzieningen van het LZV wordt de beschikbaarheid van de VIBU zeer gewaardeerd. Deze instelling ontfermt zich over een kleine groep, die elders niet (meer) terecht kan. Omdat het hier zulke taaie, vrijwel chronische problemen betreft, is het risico van dichtslibben door onvoldoende doorstroming wel groot. Verderop in deze rapportage zal nog expliciet worden ingegaan op het vraagstuk van hoe om te gaan met levenslang blijvende problematiek. Om zijn functie van last resort niet te verliezen, zal de VIBU iets tegen dat dichtslibben moeten ondernemen. Helaas zijn er voor dit probleem geen simpele oplossingen. Verder zal men ook moeten proberen van de verzekeraars een betere financiering te verkrijgen, omdat anders een herhaling zou kunnen ontstaan van de situatie van een jaar geleden toen het bestuur van de Vincent van Gogh Stichting, waaronder de VIBU ressorteert, van plan was uit het LZV te treden en de specifieke functie voor veteranen te beëindigen. Gelukkig is dat plan niet gerealiseerd. De protesten tegen dat voornemen kwamen van alle zijden uit de kring van de LZV partners. Dat protest onderstreept het belang van de VIBU als opvangvoorziening. Het LZV is bezig in kaart te brengen welke financieringsmogelijkheden er zijn wanneer instellingen coöperatieve

afspraken maken met elkaar en de zorgverzekeraars, en wanneer de verantwoordelijkheid van de betrokken ministeries daar vervolgens mee in overeenstemming kan worden gebracht. De hiervoor beschreven tweedelijnsvoorzieningen hebben deels een min of meer vergelijkbaar aanbod en zijn deels (VICTAS, De Waag en VIBU) complementair, omdat zij juist een verschillend aanbod hebben. De vraag dringt zich op of het geheel voldoende capaciteit heeft, samenhangend is en niet te veel hiaten en overlap vertoont. De werkgroep meent dat de capaciteit voor het huidige cliëntenaanbod voldoende is. Niettemin is het mogelijk dat de capaciteit voor cliënten met zorgintensieve, chronische problematiek tekort gaat schieten door het overvol raken van de VIBU.

De capaciteit van de gespecialiseerde verslavingszorg wordt weinig benut. Of die capaciteit in de huidige vorm en omvang beschikbaar moet blijven is naar het oordeel van het LZV-bestuur en ook naar de mening van de werkgroep een kwestie die nadere bestudering verdient. Wat betreft de samenhang en het als een aaneensluitende keten functioneren heeft de werkgroep de stellige indruk dat het RCO ervoor zorgt dat deze kenmerken duidelijk aanwezig zijn. Wel is het naar de mening van de werkgroep noodzakelijk dat het goed functioneren van het RCO ook bij het beëindigen van behandelingen in de tweedelijnsinstellingen topprioriteit blijft houden bij alle betrokkenen.

#### **f. Nazorg en re-integratie**

Zoals eerder al aangegeven, verschilt per instelling de wijze waarop de behandeling wordt beëindigd. Terugverwijzing naar de eerste of zelfs de nulde lijn is steeds mogelijk. Voor de tweede lijn is er geen uniforme exit-strategie. Het op de hoogte houden van het desbetreffende RCO over de voortgang van de behandeling en de beëindiging ervan is wel algemeen geaccepteerd en wordt ook in toenemende mate gepraktiseerd. Vanuit de eerste lijn wordt via het RCO ook regelmatig navraag gedaan naar de voortgang van de behandeling. In de nulde lijn heeft de DGV soms wel nog levenslang zo nu en dan contact met een veteraan.

De arbeidsre-integratie gaat via het ABP. Bij de re-integratie wordt overlegd met vooral het maatschappelijk werk en ABP en die kijken samen of iemand er aan toe is om een re-integratietraject op te starten en het ABP schakelt dan een re-integratiebureau in, dat beter in staat is een traject uit te zetten en een belastbaarheidsonderzoek uit te voeren.

Voor een relatief jonge veteraan is er na beëindiging van de behandeling lang niet altijd de mogelijkheid om terug te keren in het vorige werk, indien hij met dat werk voorafgaand aan of tijdens de behandeling heeft moeten stoppen. Dat geldt ook voor de aanvankelijk nog actief dienende veteraan. Re-integratie gericht op het verkrijgen van werk is met een psychiatrisch verleden onder de huidige marktomstandigheden een heel moeilijke, soms bijna onmogelijke opgave. Hopelijk zal bij het voorbijgaan van de recessie en het over enkele jaren aantrekken van de arbeidsmarkt die situatie wat verbeteren. Toch verdienen alle inspanningen om uitbehandelde veteranen sociaal weer te integreren alle steun, al was het maar om een recidive van de problemen te voorkomen. Het Dienstencentrum Reïntegratie (DCR) van het Ministerie van Defensie heeft in deze tijd van extra uitstroom bij Defensie een zeer zware opdracht.

Ondanks alle goede zorg en behandeling zal de problematiek van een niet verwaarloosbaar deel van de betrokken veteranen chronisch blijken. Niet alleen sommige vrijwel onbehandelbare persoonlijkheidsstoornissen, maar ook recidiverende angsten en depressies kunnen zo hardnekkig zijn dat men van een chronische handicap of ziekte kan spreken. Dit fenomeen is niet specifiek voor veteranen. Ook bij andere groepen psychiatrische patiënten is het een realiteit. Op dit terrein is er dan ook behoefte aan levenslange begeleiding of zorg.



Daarvoor zou nog wel een betere opvang dan thans gepraktiseerd in de eerste en nulde lijn kunnen worden ontwikkeld. Het is begrijpelijk dat bij de opzet van het LZV het accent kwam te liggen op een laagdrempelige toegang, op een goede selectie en verwijzing en op een adequate behandeling. Nu verdient echter ook de zorg voor de chronisch zieke cliënt meer aandacht naar de mening van de werkgroep.

#### **g. Bemoeienis van het ABP**

De betrokkenheid van het ABP is er gedurende de gehele LZV keten. Het ABP heeft protocollen opgesteld samen met het DCR, het DCBMW en het maatschappelijk werk van De Basis. Ook met de Belastingdienst zijn er afspraken. Met de kredietbank Limburg wordt samengewerkt bij schuldenproblematiek.

Het Zorgloket voor Militaire Oorlogs- en Dienstslachtoffers (MOD) van het ABP overlegt driemaandelijks met het maatschappelijk werk van De Basis. Het Zorgloket zal in de toekomst deel gaan uitmaken van het nieuwe Veteranenloket. Het Zorgloket ontvangt gemiddeld tien formele klachten per jaar. Een bron van ontevredenheid en angst bij de cliënt is het feit dat een duidelijke verbetering van de (psychische) gezondheid kan leiden tot een lagere uitkering. Een oproep voor een keuring, terwijl de cliënt midden in een behandeltraject zit, kan ontregelend werken. Daarom is goede afstemming tussen ABP-artsen en behandelaren noodzakelijk. Die afstemming verloopt steeds beter. Niettemin is het probleem van de negatieve invloed van gezondheidsverbetering op de hoogte van de uitkering niet echt oplosbaar. Men probeert met goede voorlichting aan de cliënt en deugdelijke afspraken de pijn te verzachten.

De werkgroep krijgt een positief beeld van de serieuze inspanningen aan ABP-zijde.

De door de politiek gemaakte scheiding tussen materiële zorg en immateriële zorg wordt in de praktijk niet zo ervaren. Klachten over de zorg hebben bijna altijd te maken met de materiële voorzieningen van het ABP en niet met de zorginhoudelijke van het LZV. Klachten over het ABP zijn daarmee wel van invloed op de waardering van het LZV.

#### **5. Het cliëntenbestand en de ontwikkeling ervan**

Het dagelijks bestuur van het LZV verwacht voor de komende jaren nog een groei van de jaarlijkse instroom van nieuwe cliënten met ongeveer 10% per jaar. Toegenomen bekendheid, een lagere psychologische drempel om hulp te vragen en een andere attitude bij de jongere generaties veteranen (in de toekomst vaker ook actief dienende) zouden dat effect hebben. De werkgroep ziet ook redenen waarom er juist een afname zou kunnen optreden. Door de totstandkoming van het LZV en de brede en intensieve voorlichting over behandelmogelijkheden werd waarschijnlijk een stuwmeer van veteranen met problemen een instroommogelijkheid in de zorg geboden. Het is denkbaar dat de druk van dat stuwmeer nu begint af te nemen. Verder zijn er de laatste paar jaren minder grote missies begonnen en worden geen nieuwe, grote missies meer voorzien.

Een reële inschatting is bijzonder moeilijk, maar wel nuttig gezien de vele vragen over de benodigde capaciteit van de verschillende soorten voorzieningen binnen het LZV.

Binnen het cliëntenbestand treden er nog steeds verschuivingen op tussen deelpopulaties. Het aandeel van de veteranen uit de meer recente missies wordt steeds groter. Ook het zeer lage percentage vrouwen groeit. De verdeling over militaire rangen lijkt echter vrijwel constant. Rangen hoger dan korporaal komen nauwelijks voor. De meest cliënten zijn soldaat.

Dat fenomeen correspondeert met tenminste twee andere fenomenen. De laagste rangen zijn het meest blootgesteld aan ingrijpende risico's en dus aan kansen op traumatiserende gebeurtenissen. De laagste rangen vertegenwoordigen ook een laag opleidingsniveau. Van dat



opleidingsniveau is uit talloze studies in civiele populaties bekend dat het zwaar oververtegenwoordigd is onder mensen met psychiatrische problematiek. Het achterliggende mechanisme voor die relatie is tweeledig. Enerzijds zijn de omstandigheden voor mensen met een lage opleiding gemiddeld aanzienlijk minder gunstig. Anderzijds is de coping, waarbij intelligentie een belangrijke rol speelt, bij hoger opgeleiden belangrijk beter. Hoewel het hier om heel basale constatering onder de algemene populatie gaat, kan men elke keer weer merken dat zowel hulpverleners als (militaire) leidinggevenden (in hogere rangen) hun afstand in ontwikkeling en intelligentie tot het soldatenniveau onderschatten. Het achterliggende psychologische mechanisme heeft mogelijk te maken met een begrijpelijk gevoel van solidariteit met de cliënt of de ondergeschikte. Deze houding, hoe goed ook bedoeld, heeft als evident bezwaar dat sommige hulpverleners de mogelijkheden van de cliënten overschatten. Bij sommige (militaire) leidinggevenden kan het ertoe leiden dat deze niet begrijpen waarom een ondergeschikte ziek wordt van gebeurtenissen die zij zelf wel gemakkelijk aan konden.

Bij het doordenken van behandelstrategieën zou dit besef mogelijk een grotere rol moeten spelen. Ook bij het al eerder aangegeven onderwerp van de onbehandelbaarheid en het chronisch karakter van de problemen lijkt dit een noodzakelijke overweging.

## **6. Is zorg van voldoende kwaliteit mogelijk bij de huidige kleine aantallen cliënten?**

Om als instelling het gespecialiseerde personeel efficiënt te kunnen inzetten en daarbij dat personeel voldoende ruimte te kunnen bieden voor bij- en nascholing, moeten de aantallen cliënten voldoende zijn. Onder een bepaalde grens lukt dat niet meer. In theorie zou men ervoor kunnen kiezen de tweedelijnsbehandeling zo veel mogelijk te concentreren in één of twee (civiel en militair) instellingen om zo zeker te zijn van een voldoende cliëntenaanbod om deze specialisatie zo ver mogelijk uit te bouwen. Omdat het hoofdzakelijk gaat om ambulante zorg en omdat de reisafstanden voor de cliënten niet nog groter dan nu al moeten worden, is de realisatie van deze theoretische mogelijkheid zeker niet gewenst. Een ander tegenargument betreft de behoefte aan wat diversiteit in de aangeboden behandelmethoden. Voor zover de verschillen niet te extreem zijn en op redelijke argumenten gebaseerd, biedt de variatie meer mogelijkheden om per cliënt een keuze op maat te maken, al kan zo'n keuze wel inhouden dat de reisafstand groter wordt. Na de eerdere vermindering van het aantal behandelcentra dat in het LZV participeert, is naar de mening van de werkgroep het huidige aanbod geografisch gezien bepaald niet optimaal, maar met inachtneming van het noodzakelijke minimumaantal cliënten per instelling, niet gemakkelijk te verbeteren.

## **7. Is de zorg voldoende laagdrempelig en bereikbaar?**

Zoals het CAP nu functioneert, is de toegang tot het LZV goed geregeld. Het was een politieke wens die toegang zeven dagen per week en 24 uur per etmaal telefonisch toegankelijk te hebben. De betrokken professionals hadden dit toentertijd ontraden. Gezien het zeer beperkte gebruik van het CAP telefoonnummer buiten kantooruren en gezien de verkeerde verwachtingen over wat buiten kantooruren mogelijk is, rijst de vraag of die permanente bereikbaar nodig en nuttig is. Mocht men eraan vasthouden ook bij de uitbreiding tot een breder veteranenloket, dan is het wel nodig uitgebreid en herhaald voorlichting te geven over wat men buiten kantooruren mag verwachten om zo de thans voorkomende teleurstelling en onvrede te voorkomen. Bedrijfsartsen en huisartsen zijn steeds beter op de hoogte van de problematiek en van het CAP/LZV. Om de drempel voor het LZV in psychologische zin voldoende laag te houden is het van belang de voorlichting onder potentiële cliënten en onder huisartsen over het werk van het LZV voort te zetten en vol te

houden. De geografische bereikbaarheid kwam hiervoor al aan de orde. Die bereikbaarheid is niet goed, maar evenmin gemakkelijk te verbeteren.

## **8. Zorgmijders en drop-outs**

In samenhang met het voorgaande onderwerp van de laagdrempeligheid van het LZV dient het fenomeen van de zorgmijder en van de drop-out apart aandacht te krijgen. Binnen het LZV is het uiteraard niet mogelijk een beeld te krijgen van de primaire zorgmijder. Deze meldt zich niet aan en heeft daardoor geen contact met het LZV. Voor de nulde lijn bestaat er een zeer beperkte mogelijkheid de zorgmijdende veteraan over de drempel van het LZV te helpen. Die mogelijkheid is er vanzelfsprekend alleen indien er enige vorm van contact is met de zorgmijder of zijn naasten. De werkgroep kreeg in contacten met vertegenwoordigers van de nulde lijn te horen, dat het zo nu en dan toch wel lukt teruggetrokken veteranen met problemen verder te helpen.

Wel zicht heeft het LZV op de drop-outs, de afhakers. Indien een cliënt niet op een afspraak verschijnt, is het gebruikelijk te proberen contact te zoeken met die cliënt. Dat kan eventueel huisbezoek impliceren. Het risico van uitval uit de therapie is altijd aanwezig en zeker niet volledig te vermijden. De therapie kan als confronterend of belastend worden ervaren. Ook kan een nog niet verholpen verslaving de cliënt doen afhaken. Harde cijfers heeft de werkgroep over het fenomeen van uitval niet gehoord. Dergelijke cijfers zijn echter wel belangrijk voor het serieus evalueren van de behandelwijze.

## **9. Opvattingen van LZV-hulpverleners over uitbreiding van hun zorg naar andere hoogerisico beroepen**

Niet alleen in militaire beroepen, maar ook in verschillende andere geüniformeerde beroepen bestaan aanzienlijke risico's op traumatiserende ervaringen. Daarom ligt de vraag voor de hand of het LZV niet ook beschikbaar voor of tenminste behulpzaam bij het realiseren van behandelopvang voor die beroepen zou moeten zijn. Concreet speelt deze vraag ten aanzien van de politie. Weliswaar gaat het daar nauwelijks om veteranen / gepensioneerden, maar het tijdens het werk getraumatiseerd raken is in die professie bepaald niet zeldzaam.

Daarom heeft de werkgroep de vraag naar uitbreiding van de LZV activiteiten naar de politie voorgelegd aan de verschillende gesprekspartners uit het LZV. Bij de maatschappelijk werkers in de eerste lijn waren er aarzelingen. Men vond de politie een geheel andere populatie. Het kameraadschappelijke element zou daar veel minder sterk zijn en daardoor zou de behoefte om binnen een eigen culturele setting zorg te ontvangen ook kleiner zijn. Toch bleken ook nogal wat vertegenwoordigers van de eerste lijn kansen te zien in deze verbreding om te komen tot een grotere, stevige LZV organisatie. Op instellingsniveau wordt in de eerste lijn al diensten geleverd aan de Politie. Zo is de Basis opdrachtnemer van het 24/7 Loket Politie, een centraal aanmeldpunt voor (oud-)politieambtenaren, familierelaties, collega's, collegiale ondersteuners, zorgprofessionals en leidinggevenden.

Bij de tweede lijn was men vrij algemeen positief over uitbreiding van het hulpaanbod naar ook politie. Men had daarmee gedeeltelijk ook al ervaring. Wel werd er door veel vertegenwoordigers op gewezen dat het noodzakelijk blijft voor militairen en politiemensen gescheiden therapiegroepen te hebben. De cultuurverschillen en het wantrouwen bij veel militairen tegenover agenten die je zouden kunnen verlinken maken een dergelijke scheiding volgens vele behandelaars noodzakelijk. Voor de instellingen is een forse vergroting van het cliëntenaanbod een kans om de traumagerelateerde zorg verder te ontwikkelen en te verbeteren. De praktische problemen bij het daadwerkelijk organiseren van die verbrede zorg

acht men oplosbaar. Een selectiemechanisme als thans gebruikt door het RCO zou ook voor een combinatie van beroepen toepasbaar zijn te maken.

## **10. Onderzoek en scholing**

Het LZV moet uiteraard een lerende organisatie zijn die al werkende haar werkwijze steeds verder verbetert. Daarvoor zijn systematisch verzamelde gegevens rond de keten en het behandelproces essentieel. Het nog steeds niet operationele registratiesysteem is daarbij een serieuze belemmering. Maar ook hoge werkdruk bij de uitvoerende hulpverleners vormt een belemmering om dat werk met bijdragen aan onderzoek te combineren. Daarom zou extra financiering om daarmee extra armslag mogelijk te maken zeer gewenst zijn. Verder is toepassing van de CQIv en de Steekproef VRS noodzakelijk om een betrouwbaar en vooral vergelijkbaar beeld van de cliënten / consumenten ervaring te krijgen. Separaat onderzoek per instelling kan nuttig zijn, maar voor een ketenorganisatie zoals het LZV is instellingoverstijgend onderzoek wezenlijk. Bij voorbeeld uitkomsten rond doorlooptijden, uitval, terugval en verwijzingen geven pas echt inzicht in het functioneren van het zorgsysteem. Daarom zijn planning en regie van het onderzoek op LZV niveau noodzakelijk naar de mening van de werkgroep.

Bij- en nascholing is in een complexe zorgsoort als de traumagerelateerde zorg een noodzaak. Er zijn voortdurend nieuwe ontwikkelingen die men zou moeten volgen. Ook hier kan werkdruk een belemmering vormen, maar acceptabel is dat naar de mening van de werkgroep niet. Rouleren van kennis over de instellingen is geen optie. Je moet een expertise gedurende langere tijd opbouwen en benutten, wil je die in de vingers krijgen en houden.

Er is begrip voor het feit dat de instellingen concurrenten zijn en daarom voorzichtig zijn in het delen van bijzondere kennis. Bijzondere expertise geeft spanning omdat het cliënten trekt uit andere regio's. Toch wil de werkgroep voor één vorm van scholing nadrukkelijk pleiten. Behalve voor nu al voorkomende bijeenkomsten in LZV verband waar inhoudelijke kwesties worden besproken en die onmiskenbaar nuttig zijn, wil de werkgroep pleiten voor het nog veel vaker dan nu gebeurt bij elkaar in de keuken kijken en wel op een systematische basis. Uit allerlei voorbeelden uit andere delen van de gezondheidszorg blijkt zo'n aanpak vooroordelen over elkaars werk te verminderen en onderling begrip en de cohesie te vergroten. Bovendien leert men vaak werkelijk van elkaar. Voor een organisatie zoals het LZV van concurrerende instellingen die formeel slechts door een convenant met elkaar zijn verbonden zou dat naar de mening van de werkgroep beslist een nuttige uitkomst zijn.

## **11. Op basis van de voorgaande bevindingen antwoorden op de vragen vervat in de opdracht aan de werkgroep**

Om op gemakkelijke wijze inzicht te verschaffen in de antwoorden op de vragen vervat in de opdracht aan de werkgroep zijn twee bijlagen aan deze rapportage toegevoegd. Eén betreft de vraag of de aanbevelingen uit het rapport Gersons zijn gerealiseerd. Daarbij is realisatie met een groene kleur gemarkeerd. Zoals men kan zien zijn vrijwel alle aanbevelingen in de praktijk gevolgd. Wel komt het voor, dat op goede gronden gekozen is voor een enigszins afwijkende uitvoeringsvariant van de desbetreffende aanbeveling. Zo heeft men in verband met de geografische bereikbaarheid er niet voor gekozen alle gespecialiseerde zorg bij één of twee instellingen onder te brengen, maar heeft men die zorg over meer instellingen gespreid. Ook bij zo'n enigszins afwijkende uitvoering is voor een groene markering gekozen. Een andere bijlage betreft een overzicht met in één kolom de verschillende onderdelen van de opdracht aan de werkgroep, met in een tweede kolom toelichtende opmerkingen en met in de derde kolom de desbetreffende bevindingen van de werkgroep. Omdat veel nog binnen het

LZV in ontwikkeling is, kon bij menig onderwerp alleen worden geconstateerd dat men eraan werkt.

## **12. Aanvullende beschouwingen en suggesties**

In de richtinggevende nota: “Succesvol samenwerken – de juiste zorg zo dichtbij mogelijk” met als ondertitel: “visie op inrichting LZV zorg 2012-2015” van april 2012 zijn strategische keuzes voor de genoemde periode verwoord. Naar de indruk van de werkgroep wordt daarbij de lat hoog gelegd, ook al zijn de formuleringen hier en daar wat abstract en zal het daarom niet in alle onderdelen gemakkelijk zijn vast te stellen in 2015 of het beoogde bereikt is.

Verder is complicerend de voortdurend veranderende beleidsomgeving. Voor de civiele ggz zijn inmiddels al weer nieuw beleidskaders van de Rijksoverheid geformuleerd.

Gegeven het (terechte) ambitieuze karakter van de beleidsvoornemens dat mede tot doel heeft de LZV partners enthousiast te maken of te houden voor een systeem dat men poogt te laten excelleren, is het misschien ook nodig prioriteiten te stellen, hoe lastig dat ook is. Daarbij verdient naar de mening van de werkgroep de versterking van de capaciteit voor de besturing, de positionering van de Voorzitter-LZV en facilitering van het LZV de hoogste prioriteit. Daarbij gaat het om de motor van het geheel. Voorts moet naast het verder ontwikkelen van diverse keten- en samenwerkingsactiviteiten ook het onderhoud en de bewaking van al goed lopende activiteiten, zoals het werk in het CAP, de CO's en RCO's veel aandacht blijven krijgen. Deze selectie en schakelpunten zijn essentieel voor het goed functioneren van het LZV als geheel.

## **13. Slotbeschouwing.**

Na bestudering van vele documenten en na afronding van de gesprekken met de diverse deelnemers binnen het LZV concludeert de werkgroep dat er inmiddels sprake is van een duidelijk zichtbare, maar zich ook nog steeds verder ontwikkelende LZV-keten. Deze voorziet in hulp aan zo'n 800 per jaar nieuw aangemelde cliënten, van wie de ene helft binnen de eerste lijn en de andere helft binnen de tweede lijn de weg goed lijkt te kunnen vinden. Hoe deze aantallen zich verder zullen ontwikkelen, is belangrijk voor de toekomst van het LZV, maar de inschatting daarvan valt buiten de mogelijkheden van deze werkgroep. Een gang langs de volledige keten van het LZV bracht voor de werkgroep de volgende zaken aan het licht:

Het CAP functioneert naar behoren. Kritische geluiden over de invulling buiten kantooruren blijken na doorvragen vooral herleidbaar tot irreële verwachtingen. Het CAP heeft niet het doel te functioneren als een lokale crisisdienst. Wel valt op dat er de nodige tijd kan verlopen tussen de eerste aanmelding bij het CAP en de daarop volgende bespreking in het CO of RCO, dat maandelijks bijeenkomt. Belangrijk is vooral aandacht te blijven besteden aan het “verwachtingen management”: het CAP lost in principe geen problemen op maar zorgt voor een snelle en juiste start binnen het LZV. Een ander punt van aandacht is de samenvoeging van CAP en ABP zorgloket tot één veteranenloket met een brede informatiefunctie. De verbinding met de achterliggende, meer gespecialiseerde functies, zoals de toegang tot het LZV, zal goed moeten worden georganiseerd. Voor een juiste introductie lijkt een passende communicatie over wat men mag verwachten ook hier van groot belang.

Een cruciale schakel binnen de keten wordt gevormd door het RCO. De werkgroep heeft de stellige indruk dat de RCO functie goed wordt ingevuld en dat de verschillende soorten deelnemers van een passend niveau zijn. Het bekende probleem, dat er nogal wat personele

wisselingen zijn onder de vaste deelnemers, wordt onderkend. Met de keuze voor de drie RCO regio's in plaats van één lijkt de beschikbare kennis van buiten de betrokken regio niet of minder aan bod te kunnen komen en lijken behandelingsmogelijkheden elders daarom minder te worden benut. De categoriale voorzieningen, zoals gespecialiseerde verslavingszorg, agressiebehandeling en de intensieve zorg van de VIBU blijven wel in beeld.

De geconstateerde competitie tussen de deelnemende partijen (zowel civiel-militair als civiel-civiel) lijkt hanteerbaar te zijn en past binnen het huidige Rijksoverheidsbeleid voor de organisatie en werkwijze van de Nederlandse gezondheidszorg. Wellicht spelen de (relatief) geringe aantallen jaarlijks aangemelde cliënten, te verdelen over de deelnemende instellingen, bij deze competitie ook een rol. De werkgroep heeft kunnen constateren dat diverse LZV partijen meer cliënten zouden kunnen accommoderen. Kritische minimumaantallen worden tegenwoordig in de gezondheidszorg nadrukkelijk als ondergrens voor de kwaliteit bewaakt. Ondanks deze constatering is er voldoende bereidheid tot samenwerking, afstemming en onderlinge ondersteuning. Het zal wel een permanente inspanning vergen om dat zo te houden. Het systematisch op gezette tijden bij elkaar langs komen om elkaars werk te volgen kan het onderling begrip vergroten en onderhouden.

De uitvoering van de zorg in de eerste en tweede lijn kon maar beperkt worden onderzocht. De werkgroep heeft zich daarbij moeten baseren op de interviews met de zorgverleners en verwijst voor de ervaringen van de zorgvragers naar de uitkomsten van de (nog beperkt) beschikbare gegevens van de CQIV onderzoeken. Bij de rondgang trof de werkgroep vooral zeer gemotiveerde hulpverleners die vaak al langer in deze sector werkzaam zijn en die zo bijdragen aan de continuïteit van de zorg. Hoewel de meerwaarde van het LZV overal werd onderkend, viel het op dat de deelnemende partijen vooral vanuit de eigen autonomie hun zorg aanbieden. Zo bleken er nogal wat verschillen in behandelwijze en in de manier van beëindigen van een behandeling. Daargelaten of enige diversiteit in behandelingsaanpak niet ook voordelen biedt, is de protocollering van het werk in LZV-verband bepaald nog niet voltooid. Omdat het altijd wel een illusie zal blijven bij alle cliënten de stoornissen afdoende te kunnen verhelpen en er dus steeds cliënten overblijven met chronische of frequent recidiverende stoornissen, verdient deze laatste, groeiende groep in toenemende mate binnen het LZV aandacht. Zo zijn de mogelijkheden van het VIBU niet onbeperkt.



## Bijlage A: Schema implementatie van aanbevelingen van Gersons (2005)

<b><u>Belangrijkste aanbevelingen Gersons (2005) in relatie tot de Inhoud en Afstemming van de ketenzorg:</u></b>	<b><u>Status aanbevelingen Gersons 2013:</u></b>	
<i>Militaire GGZ is primair <u>bedrijfsgerichte GGZ</u> voor mensen met het hoog risico beroep van militair, met als legitimatie operationele inzet, specifieke problemen bij militairen en met nadruk op inzetbaarheid.</i>	De Militaire GGZ is toegankelijk voor de veteraan buiten dienst met uitzending gerelateerde psychotraumatische problematiek en/of persoonlijkheidsstoornissen.	√
<i>M.b.v. het kringenmodel voor de GGZ wordt onderscheid gemaakt tussen de <u>gespecialiseerde GGZ in engere zin</u> en de <u>GGZ in bredere zin</u> (i.e. incl. zorg door commandanten, GV's, maatschappelijk dienstverleners en eerstelijnszorg.</i>	Binnen LZV-verband is zowel de militaire als civiele GGZ ketenzorg voor veteranen geborgd.	√
<i>De inhoud van de zorg dient aan te sluiten op 3 in het militaire bestaan te onderscheiden <u>episoden</u>, t.w.: de zorg in de kazerne, de zorg rond uitzending en de zorg voor veteranen.</i>	De inbreng van de MGGZ in het LZV richt zich primair op de zorg voor de veteraan in actieve dienst <sup>5</sup> . Het LZV richt zich op de zorg voor veteranen.	√
<i>Voor de situatie op de kazerne kan de militair GGZ worden opgezet <u>cfm. de civiele GGZ</u> (protocollen, diagnose specifieke specialistische zorgprogramma's).</i>	Deze protocollen zijn inmiddels naar analogie van de civiele GGZ ontwikkeld en ingevuld. Dat kan voor de zorg voor militairen zo zijn maar in algemene zin heeft de werkgroep niet vast kunnen stellen dat binnen het LZV de eigen LZV-protocollen op behandelniveau gereed zijn.	!
<i>Om de civiele GGZ beter in staat te stellen veteranen adequaat te behandelen is <u>consultatie en samenwerking met de civiele GGZ</u> nodig.</i>	Deze samenwerking krijgt gestalte middels het LZV, waarin de MGGZ, DCBMW, Geestelijke verzorgers en aangesloten civiele partnerinstellingen (GGZ en Maatschappelijk weliswaar nauw samenwerken, maar niettemin hun eigen identiteit en behandelvormen kunnen behouden. Wederzijdse consultatie komt voor. Het LZV ziet toe op ketenzorg zodat verwijzing, samenwerking en behandeling van veteranen zo optimaal mogelijk kan verlopen.	√
<i>Verwijzing naar de civiele GGZ vindt plaats wanneer de militaire GGZ in kwalitatieve en/of kwantitatieve zin niet in staat is kwalitatief goede zorg te garanderen.</i>	In de huidige praktijk wordt verwezen naar de instelling die voor de betrokken veteraan de beste zorg kan leveren. *) NOOT: dit wijkt af van het advies van Gersons maar naar de mening van de werkgroep op goede gronden en derhalve 'groen'.	*)
<i>Veteranen met uitzending gerelateerde problematiek</i>	Veteranen buiten dienst hebben via het LZV de	

<sup>5</sup> In 2008 is het LZV opgezet om ketenzorg te bieden voor de veteraan buiten dienst. Met het aannemen van de Veteranenwet in 2011 is de definitie van Veteraan evenwel uitgebreid met actief-dienende militairen die een uitzending achter de rug hebben. Deze groep van veteranen is voor het ontvangen van veteraneenzorg in eerste instantie aangewezen op de militaire voorzieningen zoals MGGZ en DCBMW en GV.



<p>en een aantal veel voorkomende stoornissen, zoals <u>LOK, PTSS en persoonlijkheid problematiek</u>, komen voor behandeling door de militaire GGZ in aanmerking.</p>	<p>mogelijkheid te kiezen voor een civiel- dan wel een militair behandeltraject. De veteraan in actieve militaire dienst is in principe aangewezen op de voorzieningen binnen Defensie, waarbij eventueel verwijzing naar een civiele behandelinstelling binnen het LZV tot de mogelijkheden behoort. Zorgprogramma's voor PTSS en persoonlijkheidsproblematiek zijn binnen het LZV goed geborgd en er wordt invulling aan gegeven. Voor Lichamelijk Onverklaarbare Klachten (LOK) is dit echter binnen LZV nog onvoldoende structureel opgezet en heeft elke instelling een eigen oplossing hoe om te gaan met LOK cliënten. Wel beschikt het Centraal Militair Hospitaal over een LOK Poli met protocollen, maar deze is in principe alleen bestemd voor actief dienend militair personeel. De ontwikkeling van de desbetreffende, uniforme protocollen is nog niet voltooid.</p>	<p>!</p>
<p>Het is zeer wenselijk om voor veteranen op korte termijn <u>specifieke behandelprogramma's</u> op te zetten en daar breed bekendheid aan te geven. Deze programma's dienen naar de stand van de kennis te worden ingericht. Het verdient aanbeveling deze te concentreren op de afdeling psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal en/of Centrum '45.</p>	<p>Specifieke behandelprogramma's zijn opgezet en er wordt door de instellingen invulling aan gegeven door diverse tweedelijns behandelcentra van het LZV, waaronder MGGZ en Centrum '45. Om geografisch voldoende bereikbaar te zijn is niet gekozen voor concentratie op één of twee locaties. *) NOOT: dit wijkt af van het advies van Gersons maar naar de mening van de werkgroep op goede gronden en derhalve 'groen'</p>	<p>*)</p>
<p>Behandeling van burgerpersoneel en familie is, uitzonderingen daargelaten, een taak voor de civiele GGZ.</p>	<p>Wordt conform uitgevoerd. Punt van aandacht is het betrekken van de familie van de veteraan in actieve dienst bij de therapie of therapie voor familieleden van veteranen in actieve dienst.</p>	<p>√</p>
<p>Er komt een zorglijn 'GGZ voor Veteranen' met een adjunct-directeur, onder de algemeen directeur. Deze stuurt de inhoud van de te leveren zorg aan via zorgprogramma's, protocollen en richtlijnen.</p>	<p>Wordt conform uitgevoerd. De bedoelde adjunct directeur MGGZ - zorglijn veteranen is tevens Voorzitter (DB en Stuurgroep) LZV.</p>	<p>√</p>
<p>Een hoogwaardige GGZ-inzet voor de krijgsmacht vraagt om een <u>goede kennistransfer vanuit de wetenschap</u>.</p>	<p>Is ondergebracht binnen de MGGZ en binnen het LZV. Adequate koppeling met de wetenschap is geborgd middels de adviesfunctie van de RZO op het gebied van onderzoek naar uitzending gerelateerde klachten. Tevens heeft Defensie in 2013 een Onderzoeksagenda Veteranenzorg en Uitzending gerelateerde Problematiek opgesteld.</p>	<p>√</p>
<p>De militaire GGZ dient "<u>evidence based</u>" te werken middels protocollen voor preventie, diagnostiek en kortdurend behandelen en zorgprogramma's voor</p>	<p>Evidence based protocollen zijn inmiddels ingevoerd binnen het LZV en de instellingen werken conform deze protocollen.</p>	<p>√</p>

<i>veel voorkomende stoornissen en stoornissen die zijn gerelateerd aan het hoog risico beroep van militair.</i>		
<i>Voor bredere <u>kwaliteitsborging</u> moet worden aangesloten op het in de civiele GGZ dominante <u>Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ-) certificatieschema.</u></i>	Kwaliteitsborging op basis van HKZ is inmiddels standaard bij de bij het LZV aangesloten instellingen. De Stuurgroep van het LZV bewaakt de kwaliteit van de geleverde zorg.	√
<i>De <u>verzameling, bewerking en toepassing van bestaande wetenschappelijke kennis vraagt om een duidelijke kennismanagementfunctie binnen de militaire GGZ.</u></i>	Kennismanagementfunctie binnen de militaire GGZ is opgedragen aan de Directeur MGGZ. Binnen het LZV is dit opgedragen aan de Voorzitter van het LZV, tevens Voorzitter van de Stuurgroep LZV.	√
<i>De <u>ondersteunende staf van de militaire GGZ-organisatie</u> faciliteert het kwaliteitsbeleid en de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. Zij heeft daarnaast een kennis- en onderzoeksfunctie.</i>	Dit is als zodanig belegd; binnen het LZV wordt dit ingevuld door het dagelijks bestuur van het LZV.	√

**Bijlage B: Schema van bevindingen per deelopdracht**

<b>Hoofdlijn 2 van de Evaluatie LZV 2013</b>			
Het evalueren van het kwaliteitsmanagement van het LZV. Deze evaluatie is gericht op het beoordelen van het interne handelen van het LZV, in het bijzonder in hoeverre het LZV haar (keten-) processen ten behoeve van het veteranenzorgsysteem beheerst en middels een gedegen Plan-Do-Check-Act cyclus verder weet te verbeteren.			
<b>Afgeleide opdracht Werkgroep Inhoud en Afstemming van de Ketenzorg LZV</b>			
<b>Opdracht</b>	<b>Opmerking</b>	<b>Bevindingen</b>	
Geef een oordeel over de toegevoegde waarde van de inrichting van de ketenzorg voor de veteraan in het LZV.	Nulmeting CQIV: <i>In het algemeen hebben de meeste veteranen goede ervaringen met de ketenzorg, met name met de aspecten van de zorg die ingaan op de veteranenproblematiek is men zeer positief. Dit is ook de meerwaarde van de speciale, op de veteraan gerichte, benadering van het LZV.</i>	Alle gesprekspartners waren zonder uitzondering positief over het effect van de instelling van het LZV op de ketenzorg en de onderlinge afstemming. Er ontstonden belangrijke verbeteringen in de kwaliteit van de verwijzingen. Wachttijden verminderden. Duidelijkheid voor de cliënt nam toe.	√
Formuleer een mening over de werking van het kwaliteitsmanagement van het LZV aan de hand van het kwaliteitshandboek van het LZV.	Door de langdurige afwezigheid van de projectleider is nu begonnen met het opzetten van het kwaliteitsmanagement systeem, kwaliteitshandboek en alle elementen die daar bij horen. Moet dit jaar zijn afgerond. Het kwaliteitsplan en kwaliteitskader zijn er al. Gaat nu om het integrale geheel waarin de verbetercyclus is vastgelegd en het beheerssysteem is ingericht.	Door de vertraging in de totstandkoming van o.a. het kwaliteitshandboek is het nog niet mogelijk de toepassing in de praktijk te toetsen. Daarom zijn er ook nog geen bevindingen op dit gebied te melden.	!

<p>Besteed specifiek aandacht aan de door het LZV zelf uitgevoerde Analyse en de daaruit volgende Strategische Keuzes in het leidende document ‘Visie op LZV zorg – Succesvol Samenwerken 2012-2015 – Inrichting Zorg 2012’ van april 2012, voor dat zover past binnen de opdracht van de Werkgroep. Blzn 19 t/m 21.</p>		<p>Hoewel voor een groot deel van de voornemens vermeld in deze nota geldt dat hun verwezenlijking pas in de tijd tussen nu en 2015 is te verwachten, kon de werkgroep al wel vaststellen dat men met de realisatie druk bezig is. Uit de gesprekken met vertegenwoordigers van de LZV-partners bleek men in algemene termen wel op de hoogte van de genoemde voornemens. Op het niveau van de bij de behandeling betrokken medewerkers was de bereidheid aanwezig om te participeren in de naar verwachting toch wel tijdrovende extra activiteiten. Overigens werd de kans op het snel bereiken van consensus over kwalitatieve kwesties betreffende de behandeling toch wel verschillend ingeschat. Er waren ook geluiden, inhoudende dat dit wel eens zeer moeizaam zou kunnen blijken.</p>	√
<p>Hoe gaat het LZV om met de resultaten van de CQIV? Wat betreft de nulmeting, gaat het om de mate waarin de bevindingen vertaald worden naar concrete acties om de zorg te verbeteren. Voor toekomstige metingen geldt de vraag: op welke manier worden de bevindingen van de CQIV ingebed in het interne kwaliteitsproces om tot een goed werkende Plan-Do-Check-Act cyclus te komen.</p>	<p>Kwaliteitsindicator 1: Ervaringen van de veteranen met de ketenzorg (toegankelijkheid, wachttijden, verwijzing, afstemming en samenwerking tussen behandelaren, nazorg).  Kwaliteitsindicator 2: Ervaringen met aspecten van de zorg die specifiek ingaan op veteranenproblematiek (het betrekken van naasten bij de behandeling, mogelijkheid de behandeling te delen met lotgenoten, aandacht voor problemen in het dagelijks leven, inleving in veteranenproblematiek).  Kwaliteitsindicator 3: Onderwerpen die voor het LZV niet specifiek relevant zijn, gericht op maatschappelijk functioneren, maar die vanuit</p>	<p>Door het ontbreken van voldoende gegevens uit de nulmeting en onvoldoende bekendheid bij de behandelaars van dit meetinstrument is deze vraag niet te beantwoorden voor de werkgroep.</p>	!

	<p>het perspectief van de veteraan niet buiten beschouwing kunnen worden gelaten in een vragenlijst als deze (problemen rond uitkeringen, algemene vragen over bejegening door behandelaren).</p>		
<p>Besteed aandacht aan bijzondere categorieën zoals zorgmijders/drop-outs en gevallen van co-morbiditeit.</p>		<p>Over zorgmijders kan men alleen in de eerste lijn, voor zover er toch nog contact is, uitspraken doen. Men poogt daar de betrokkene te helpen hulp te zoeken. Het streven van het LZV zo laagdrempelig mogelijk te werken is er mede opgericht degenen die zich aarzelend naar het zorgaanbod opstellen toch nog te bereiken. Het fenomeen van de drop-outs bestaat ook binnen het LZV. Het bleek de werkgroep dat men het er niet bij laat zitten, wanneer een cliënt niet op een afspraak verschijnt. Men probeert daarover dan met de betrokkene contact te krijgen. Dan kan huisbezoek inhouden. Comorbiditeit lijkt binnen het LZV voldoende aandacht te krijgen. Wel zijn er verschillen tussen de LZV-partners in bereidheid gelijktijdig een bijkomende problematiek zoals verslaving aan te pakken. Sommige partners prefereren eerst een separate verslavingsbehandeling elders alvorens met een specifieke trauma gerelateerde behandeling te beginnen.</p>	√
<p>In hoeverre komen resultaten van wetenschappelijk onderzoek dat uitgevoerd wordt op de populatie van het LZV ten goede aan het verbeteren van de behandelingen binnen de LZV ketenzorg?</p>		<p>Bij de gesprekspartners was het onderzoek, als het al plaats vond, vaak onvoldoende bekend. Van een bijstelling van een behandelwijze of behandelstrategie op basis van resultaten uit onderzoek bij de LZV-populatie kende men geen voorbeelden.</p>	!

<p>Kijk ook naar de mogelijkheden/belemmeringen van een veteraan in actieve dienst in het civiele deel van de ketenzorg en de veteraan buiten dienst in de militaire deel van de ketenzorg.</p>		<p>Voor de veteraan buiten dienst staan binnen het LZV beide opties open, al zijn er soms capaciteitsbeperkingen. De werkgroep heeft de indruk dat er nauwelijks belemmeringen zijn. Voor de militair in actieve dienst zijn de militaire voorzieningen de eerste keus, maar indien die onvoldoende te bieden hebben mag altijd naar civiele voorzieningen worden uitgeweken. Dat gold ook al voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Veteranenwet.</p>	√
<p>Ga na bij de behandelaar in hoeverre de cliënten in het LZV waarde hechten aan een specifiek civiel-militair behandeltraject.</p>		<p>Bij de gesprekken met vertegenwoordigers van de tweedelijnnstellingen van het LZV kreeg de werkgroep, zoals te verwachten, aan civiele zijde te horen, dat de behandelde veteranen het geen probleem vonden in een civiele organisatie te worden behandeld. Aan militaire zijde hoorde de werkgroep dat de veteranen het prettig vonden zorg te krijgen in een militaire setting. De betrokken veteranen waren civiel of militair ingedeeld mede op basis van hun voorkeur. Het is voor de werkgroep onmogelijk aan te geven welk deel van de betrokken cliënten bij een andere indeling beter af zou zijn geweest. Bij de behandelaars was er duidelijk verschil in opvatting over de noodzaak de cliënt los te komen van de militaire omgeving. Die noodzaak werd bij civiele instellingen (niet alle) meer gevoeld dan bij militaire.</p>	√



<p>Geef een beeld over de verhouding LZV - RZO onder andere op de domeinen stimuleren, ondersteunen en versterken.</p>		<p>Omdat de gesprekspartners van de werkgroep I&amp;A op of dichtbij het uitvoerende niveau werken, was er nauwelijks sprake van contact met het RZO. Ook de kennis over het RZO was gering. Verwachtingen betreffende het RZO als een instantie die bepaalde nuttige ontwikkelingen zou kunnen stimuleren had men niet. Voor zover men iets over het RZO had gehoord, was dat via de leidinggevenden en bestuurders van de eigen organisatie, bij voorbeeld betreffende de onderhavige evaluatie. Bij het bestuur van het LZV bestaat er uiteraard wel bekendheid met en zijn er verwachtingen van het RZO. Dit betreft het terrein van de andere werkgroep.</p>
--	--	---

**Bijlage C: Schema van vragen aan de behandelaars van de instellingen van het LZV en derden**

<b>Nuldelijn (BNMO, DGV, Vi, VP)</b>
Positionering GV binnen LZV
Rol en ervaring GV bij/met het gehele LZV (Stuurgroep, DB en ketenpartners)
Ervaring met RZO
Ervaring met klachten
Ervaring met drop out/zorgmijders
Meerwaarde LZV en eventuele uitbreiding naar andere doelgroepen
Kansen en bedreigingen
Inzicht in epidemiologie: aantallen veteranen en specifieke zorgvragers
Rol en ervaring met het CAP
Rol en ervaring met het gehele LZV (Stuurgroep, DB en ketenpartners)
Bespreking meerwaarde LZV en eventuele uitbreiding naar andere doelgroepen
Inzicht in epidemiologie: aantallen veteranen en specifieke zorgvragers
Ervaring als belangenbehartiger met de betrokkenheid bij / communicatie met het LZV
Ervaring met CQIv (1e en 2e ronde ('0' meting))
De bekendheid van de veteraan met het LZV en de toegang tot het LZV(effect communicatie)
Relatie nuldelijnsondersteuning, dienstverlening en LZV
Ervaring met de zorg w.o. laagdrempeligheid, landelijke dekking en doorlooptijden
Ervaring met re-integratie en nazorg (immaterieel en materieel)
Ervaring met de combinatie van materiele- en immateriële zorg
<b>Eerste lijn (DCBMW, de Basis, Vi)</b>
Inzicht in aantallen zorgvragers vanuit CAP
Inbreng in en ervaringen met CAP
Inbreng in en ervaringen met RCO/ CO
Afstemming en samenwerking tussen 0e, 1e en 2e lijn
Ervaring met de zorg w.o. laagdrempeligheid, landelijke dekking en doorlooptijden
Inrichting van materiele- en immateriële zorg binnen veteranen loket i.o.
Rol bij re-integratie en nazorg (immaterieel en materieel)
Ervaring met klachten
Ervaring met drop out/zorgmijders
Ervaring met Stuurgroep en DB LZV
Ervaring met RZO
Bespreking meerwaarde LZV en eventuele uitbreiding naar andere doelgroepen
Kansen en bedreigingen
Gevolgen van inrichting veteranenloket i.o.
<b>Tweede lijn ambulante en klinische zorg (C'45 GGZ-ND, MGGZ, Sinai, RvA)</b>
Inzicht in aantallen behandelingen t.b.v. het LZV en de trends daarin; indien mogelijk opgesplitst naar leeftijd, geslacht en missies waaraan is deelgenomen
Gemiddelde behandelduur
Ervaringen met CAP

Mate van vrijwilligheid van de aanmelding bij het CAP, druk van omgeving
Participatie binnen RCO
Afstemming en samenwerking tussen 0e, 1e en 2e lijn
Ervaring met de zorg w.o. toegankelijkheid, doorlooptijden en regionale dekking
Zorgvormen en uitvoering door instelling t.b.v. het LZV
Welke relatie is er met de andere behandelcentra binnen het LZV?
Of en hoe wordt een consultatiefunctie vervuld?
Ervaring met klachten
Ervaring met drop out/zorgmijders en afhakers tijdens de behandeling
Ervaring met Stuurgroep en DB-LZV
Participatie in projectgroepen
Ervaring met RZO
Bespreking meerwaarde LZV en eventuele uitbreiding naar andere doelgroepen
Kansen en bedreigingen
Participatie in projectgroepen
<b>Tweede lijn categoriale zorg voor de behandeling van verslaving en van problemen met controle van agressie (De Waag, Victas); aanvullende vragen</b>
Wat gebeurt er met cliënten nadat hun verblijf eventueel is beëindigd?
Afstemming en samenwerking tussen en met andere LZV-partners.
Komt het voor dat cliënten niet te handhaven zijn?
Mate van vrijwilligheid bij aanmelding; druk van de omgeving om in behandeling te gaan
Kans op recidive na beëindiging behandeling
Multiproblematiek en samenwerking met de materiële zorg (b.v. combinatie verslaving en schulden)
<b>ABP</b>
Gemiddelde tijdsduur in zorgcoördinatie
Met welke partners in het LZV heeft het ABP afspraken gemaakt en protocollen opgesteld, en wat zijn daar de ervaringen mee
Ervaringen met het samenwerken met het CAP
Ervaringen met de doorgeleiding van en naar de 0e (incl. GV), 1e en 2e lijn in het kader van het zorgbegeleidingsplan.
Relatie zorgcoördinator met Casuïstiek Overleg en Regionaal Coördinatie Overleg
Ervaring met klachten
Ervaring met drop out/zorgmijders en afhakers
Welke bestuurlijke afspraken zijn er nu tussen het LZV en het ABP, hoe functioneren die en hoe te verbeteren.
Ervaring met Stuurgroep en DB-LZV
Hoe verloopt de samenwerking met het DCR en LZV in het kader van re-integratie
Wat is de zienswijze over het nieuwe (geïntegreerde) Veteranenloket
Hoe verhoudt zich de samenwerking met eventuele andere beroepsgroepen, waarvan het personeel eveneens op het ABP is aangewezen voor hun materiele zaken.
Wat zijn de voordelen/nadelen als de Businessunit Bijzondere Regelingen Defensie convenantpartner zou worden van het LZV en is dat überhaupt mogelijk.
Ervaring met RZO

Kansen en bedreigingen LZV vanuit het perspectief van het ABP.

Ervaring met drop out/zorgmijders en afhakers tijdens de behandeling

## Bijlage D: Geïnterviewden

	<b>functie</b>	<b>naam</b>
<b>Dagelijks Bestuur LZV</b>		
	Voorzitter	Berend Berendsen
	DB-LZV	Berend Berendsen en Miranda Meijer
	Communicatie	Jos Morren
	Kwaliteit	Berend Berendsen & Miranda Meijer & Willem Passchier
	Kennis	Willem Passchier
	Klachtenfunctionaris	Willem Passchier
	Dagelijks Bestuur / Projectmanager	Miranda Meijer
<b>Veteraneninstituut</b>		
	Directeur	Frank Marcus
	Directeur	Frank Marcus
	Hoofd dienstverlening	Wilma Laan
<b>DGV</b>		
	Coördinator GV	Erwin Kamp
<b>de Basis</b>		
	Stuurgroep lid; manager maatschappelijk werk	Wynand Visser
	RCO voorzitter en coördinator CAP	Esther Kroet
	Manager maatschappelijk werk, training en nazorg de Basis	Wynand Visser
<b>DCBMW</b>		
	Plv. directeur	Ingeborgh van der Meijden; KOL drs. J.J.W.M. Stoop
	Veteranen BMWer	Renee Buining
	Coördinator BMW	mevr. T. Geerts
	Hoofd Bedrijfsvoering	maj Hendrik Jan van Tilburg
<b>Reinier van Arkel</b>		
	Manager PTC ZN	Johan v.d. Heijden
	Klinisch psych./ psychother.	Jan Rodenburg
	SPV	Wendy Schalke
<b>GGZ Noord-Drenthe</b>		
	Manager Behandelzaken	Berry Cazemier
	Psychotherapeut	Dorien de Groot
<b>MGGZ</b>		
	Adj. Directeur Reg Zorg MGGZ	Arnold franken
	Directeur MGGZ	Rob van der Meulen
<b>Centrum '45</b>		

	Algemeen directeur	Twan Driessen
	Behandelaren (drie)	
<b>Sinaï Centrum</b>		
	GZ-psycholoog	Mirjam Hospers
<b>VICTAS</b>		
	Eerste geneeskundige	Hans van Es
	Voorzitter Raad van Bestuur	Herman Geerdink
<b>De Waag</b>		
	Directeur zorg	Coen van Gestel
	Vestigingsmanager	Martin Pol
<b>VIBU</b>		
	Behandelverantwoordelijke	Lambèr Miggiels
<b>Veteranen Platform</b>		
	Voorzitter	Leen noordzij
<b>BNMO</b>		
	Voorzitter	Remco Seijn
<b>ABP</b>		
	BU BRD, Hoofd Team Zorgcoördinatie	Cosmas Kolenberg



## Bijlage D: Lijst geraadpleegde documenten

<b>(datum)</b>	<b>titel</b>	<b>Categorie</b>
(2005-0106)	<i>Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen; Advies</i>	Adviezen
(2007-11)	<i>RZO adviesnr. 1 Opzet Evaluatie Landelijk Zorgsysteem Veteranen</i>	Adviezen
(2011-0903)	<i>Advies nr. 6 Klachtenregeling Landelijk Zorgsysteem veteranen (LZV)</i>	Adviezen
(2012-1104)	<i>RZO-advies nr. 15 inzake Structurele middelen voor wetenschappelijk (M)GGZ-onderzoek en patiëntgebonden onderzoek ten behoeve van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV)</i>	Adviezen
(2012-1209)	<i>RZO-advies nr. 17. Convenant Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV) 2012</i>	Adviezen
(2013-2409)	<i>RZO: Visie op de toekomstige civiel-militaire ketenzorg Geestelijke Gezondheids Zorg, de toegevoegde waarde van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen daarin en de mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg ten behoeve van of met andere risico-/geïuniforceerde beroepen</i>	Andere beroepen
(2013)	<i>PTSS bij de politie - een beter beeld</i>	Andere beroepen
(2013)	<i>Ingrijpende verbeteringen mentale zorg voor de politie COGISCOPE 01/13</i>	Andere beroepen
(2012-12)	<i>Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie</i>	Andere beroepen
(2012-1812)	<i>Circulaire PTSS Politie</i>	Andere beroepen
(2013-03)	<i>Resultaten 24/7 loket t/m maart 2013</i>	Andere beroepen
(2012)	<i>Begroting 2013 ten behoeve Landelijk Zorgsysteem Veteranen</i>	Bedrijfsvoering
(2012-1207)	<i>Bijdrage bedrijfsplan MGGZ zorglijn Veteranen</i>	Bedrijfsvoering
(2012-04)	<i>Succesvol samenwerken -de juiste zorg zo dichtbij mogelijk, visie op inrichting LZV zorg 2012-2015</i>	Beleid LZV
(2012-0407)	<i>Inrichting LZV ketenzorg2012-2015</i>	Beleid LZV
(2012-1801)	<i>Veteranenzorg 2012-2015: kansen en bedreigingen</i>	Beleid LZV
(2009-2201)	<i>Visie en Mission Statement LZV (update)</i>	Beleid LZV
(2010-2909)	<i>Openstelling zorg voor veteranen van niet-Nederlandse afkomst</i>	Beleid LZV
(2009-1201)	<i>Kaderbrief LZV 2012</i>	Beleid LZV
(2012-2112)	<i>Kaderbrief LZV 2013</i>	Beleid LZV
(2011-03)	<i>Productencatalogus 2011</i>	Beleid LZV
(2010-1604)	<i>Beleidsdocument Zorgaanbod (particuliere) initiatieven</i>	Beleid LZV
(2010-1604)	<i>Ketenafspraken over toegang tot de zorg</i>	Beleid LZV
(2008-1402)	<i>Plan van Aanpak LZV</i>	Beleid LZV
(2013-02)	<i>Van inrichting naar evaluatie: kwaliteit als fundament</i>	Beleid LZV
(2012-1105)	<i>Een Consumer Quality Index veteranenzorg voor het LZV</i>	Beleid LZV
(2012-1906)	<i>Een Consumer Quality Index veteranenzorg voor het LZV – tekstbijdrage voor de RZO rapportage: een plan van</i>	Beleid LZV

	<i>aanpak</i>	
(2012-1104)	<i>Een Consumer Quality Index veteranenzorg voor het LZV</i>	Beleid LZV
(2013)	<i>Jaarverslag 2011 en 2012 Verder Groeiend</i>	Beleid LZV
(2010)	<i>Convenant Landelijk Zorgsysteem Veteranen 2010</i>	Besturing LZV
(2011-02)	<i>Doelbewust en doeltreffend samenwerken voor veterane, het Meerjarenbeleidsplan 2012-2015</i>	Besturing LZV
(2012-1505)	<i>Evaluatie Convenant LZV 2010</i>	Besturing LZV
	<i>Convenant Landelijk Zorgsysteem Veteranen 2012</i>	Besturing LZV
(2010-06)	<i>Contact bestuur LZV met directie/bestuur LZV participanten</i>	Besturing LZV
(2011-1703)	<i>Contact bestuur LZV met directie/bestuur LZV participanten, bijlage D</i>	Besturing LZV
(2007-08)	<i>Visie document Structuur en organisatie van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen</i>	Besturing LZV
(2012)	<i>Communicatie LZV 2012</i>	Communicatie
(2009)	<i>Communicatiebeleid Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen, De hoogste tijd!</i>	Communicatie
(2010-0601)	<i>Plan van de projectgroep communicatie</i>	Communicatie
(2011-2103)	<i>Plan van de projectgroep communicatie 2011</i>	Communicatie
(2012-2003)	<i>Jaarverantwoording Maatschappelijk Werk 2011</i>	Eerste lijn
(2010)	<i>Beleidsplan 2011-2015 Veteranen Platform</i>	Eerste lijn
(2012-3011)	<i>Hoofdpijnennotitie Project Versterking Nuldelijnsondersteuning Veteranen</i>	Eerste lijn
(2013-1104)	<i>Jaarverantwoording Maatschappelijk Werk 2012</i>	Eerste lijn
(2013)	<i>Veteraneninstituut Jaarverslag 2012</i>	Eerste lijn
(2013-1705)	<i>Voorhangbrief POG-GGZ en Generalistische Basis GGZ</i>	GGZ
(2013-1705)	<i>Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg</i>	GGZ
(2013-05)	<i>Hervorming Langdurige Zorg (presentatie)</i>	GGZ
(2013-2504)	<i>Hervorming langdurige zorg naar een waardevolle toekomst</i>	GGZ
(2012-0106)	<i>Evaluatie 2011 Klachtenfunctionaris LZV</i>	Klachten
(2012- 2404)	<i>Preambule klachtenregeling LZV</i>	Klachten
(2012- 2404)	<i>Regeling klachtenbehandeling LZV</i>	Klachten
(2012- 2404)	<i>Klacht indienen over LZV</i>	Klachten
(2012- 2404)	<i>LZV richtlijn incidenten</i>	Klachten
(2012- 2404)	<i>Beslisboom incidenten</i>	Klachten
(2012-0407)	<i>Kwaliteitskader LZV versie 13-04-07</i>	Kwaliteit
(2006-0709)	<i>Voorlopig Reorganisatieplan (VRP) Militaire Geestelijke GezondheidsZorg (MGGZ)</i>	MGGZ
(2013-0105)	<i>De ketenzorg van het LZV in relatie tot de nuldelijns initiatieven voor veteranen uit dienst</i>	Nulde lijn
(2009-2402)	<i>Kwartaalrapportage LZV 1-2009</i>	Rapportage
(2009-1305)	<i>Kwartaalrapportage LZV 2-2009</i>	Rapportage
(2009-2108)	<i>Kwartaalrapportage LZV 3-2009</i>	Rapportage
(2009-0611)	<i>Kwartaalrapportage LZV 4-2009</i>	Rapportage

(2010-0502)	<i>Kwartaalrapportage LZV 1-2010</i>	Rapportage
(2010-1404)	<i>Kwartaalrapportage LZV 2-2010</i>	Rapportage
(2010-1908)	<i>Kwartaalrapportage LZV 3-2010</i>	Rapportage
(2010-0411)	<i>Kwartaalrapportage LZV 4-2010</i>	Rapportage
(2011-02)	<i>Kwartaalrapportage LZV 4-2010 aanvulling</i>	Rapportage
(2011-04)	<i>Kwartaalrapportage LZV 1-2011</i>	Rapportage
(2011-08)	<i>Kwartaalrapportage LZV 2-2011</i>	Rapportage
(2011-10)	<i>Kwartaalrapportage LZV 3-2011</i>	Rapportage
(2012-02)	<i>Kwartaalrapportage LZV 4-2011 -1-202</i>	Rapportage
(2012-1104)	<i>Kwartaalrapportage LZV 2- 2012</i>	Rapportage
(2012-2208)	<i>Kwartaalrapportage LZV 3-2012</i>	Rapportage
(2012-0211)	<i>Kwartaalrapportage LZV 4-2012</i>	Rapportage
(2013-2702)	<i>Kwartaalrapportage LZV 1-2013</i>	Rapportage
(2013-2604)	<i>Kwartaalrapportage LZV 2-2013</i>	Rapportage
(2010-12)	<i>Rapportage 'Inzicht in Landelijke Zorg Veteranen'</i>	Registratie
(2010-1407)	<i>Registratie binnen de keten van het LZV 'De zorg in beeld' Kalenderjaar 2009</i>	Registratie
(2010)	<i>Aanmeldingen CAP 2010</i>	Registratie
(2010-1407)	<i>Registratie binnen de keten van het LZV 'De zorg in beeld' Kalenderjaar 2008</i>	Registratie
(2013-02)	<i>Veteranenmonitor 2012</i>	Registratie
(2012)	<i>Een Consumer Quality Index voor het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen</i>	Registratie
(2013-1004)	<i>Kwartaalrapportage Maatschappelijk Werk Q1 2013</i>	Registratie
(2013-1709)	<i>ROL, BEVOEGDHEDEN EN WERKWIJZE RZO Een afsprakenkader tussen Defensie – RZO – LZV</i>	Toezicht
(2013-1601)	<i>Kort verslag van het besprokene tussen de RZO en de Stuurgroep LZV tijdens de jaarvergadering LZV 16 januari 2013 in het gebouw van De Basis te Doorn</i>	Toezicht
(2011)	<i>Veteranenzorg Stap voor Stap, Toezicht op veteranenzorg en onderzoek naar uitzendinggerelateerde klachten verslag juli 2009 - juli 2011 Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek</i>	Toezicht
(2009-1410)	<i>Veteranenzorg Stap voor Stap, Toezicht op veteranenzorg en onderzoek naar uitzendinggerelateerde klachten verslag juli 2007 - juli 2009 Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek</i>	Toezicht
(2011)	<i>Rapport klinische voorzieningen LZV 2012</i>	Tweede lijn
(2011-2311)	<i>Evaluatierapport VIBU 2011</i>	Tweede lijn
(2013-05)	<i>Voorwaarden voor zorg aan zorgmijders met ernstige psychiatrische aandoeningen niet in alle regio's voldoende</i>	Tweede lijn
(2011-0106)	<i>Veteranennota 2010-2011</i>	Veteranenbeleid
(2011-0106)	<i>Veteranennota 2010-2011Bijlage</i>	Veteranenbeleid
(2010-06)	<i>Veteranennota 2009-2010</i>	Veteranenbeleid
(2012-0406)	<i>Veteranennota 2011-2012</i>	Veteranenbeleid
(2013-2305)	<i>Veteranennota 2012-2013</i>	Veteranenbeleid

(2013-2305)	<i>Veteranennota 2012-2013 Bijlage</i>	Veteranenbeleid
(2013)	<i>Jaarverslag 2012 IGK</i>	Veteranenbeleid
(2011-0906)	<i>Rapportage 'Politie in aanraking met veteranen'</i>	Veteranenbeleid
(2012- 0117)	<i>Plan van Aanpak Inrichting Veteranenloket, concept</i>	Veteranenwet
(2013-08)	<i>Veteranenbesluit definitief concept</i>	Veteranenwet
(2013-08)	<i>Veteranenbesluit Nota van Toelichting versie definitief concept</i>	Veteranenwet
(2013-0818)	<i>Plan van aanpak en programma van eisen inrichting Veteranenloket versie 0.0.1</i>	Veteranenwet
(2011)	<i>Veteranenwet Memorie van Toelichting zoals gewijzigd naar aanleiding van het advies van de Raad van State</i>	Veteranenwet
(2012-1102)	<i>Wet van 11 februari 2012 tot vaststelling van regels omtrent de bijzondere zorgplicht voor veteranen (Veteranenwet)</i>	Veteranenwet

## **Bijlage E: Afkortingen**

ABP	Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BNMO	Bond van Militaire Oorlogs- en Dienstslachtoffers
BOE	Bijzondere Organisatie Eenheid
BOT	BedrijfsOpvangTeam
CAP	Centraal Aanmeld Punt
CMH	Centraal Militair Hospitaal
CO	Casuïstiek Overleg
CQIv	Consumer Quality Index Veteranenketenzorg
DB	Dagelijks Bestuur
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DCBMW	Dienstencentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk
DCR	Dienstencentrum Re-integratie
DGO	Divisie Defensie Gezondheidszorg Organisatie
DGV	Diensten Geestelijke Verzorging
DPOD	Divisie Personeel & Organisatie Defensie
EPA	Ernstige Psychiatrische Aandoening
FACT	Functie Assertive Community Treatment
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GV	Geestelijke Verzorging
HDP	Hoofd Directeur Personeel ministerie van Defensie
IDV	Inspecteur der Veteranen
IGK	Inspecteur Generaal der Krijgsmacht
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IMG	Inspectie Militaire Gezondheidszorg
LOK	Lichamelijk Onverklaarbare Klachten (Onverklaarde Lichamelijke Klachten)
LZV	Landelijke Zorgsysteem voor Veteranen

MGGZ	Militaire Geestelijke GezondheidsZorg
MOD	Militaire Oorlogs- en Dienstslachtoffers
NLVD	Nederlandse Veteranendag
PDC	Psychiatrisch Diagnose Centrum
POH	Praktijk Ondersteuner Huisartsenpraktijk
PTSS	Posttraumatische stress-stoornis
PPP	Psychiatrisch Diagnose Centrum Politiepoli
RCO	Regionaal Coördinatie Overleg
RZO	Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
Vi	Veteraneninstituut (Stichting)
VIBU	Veteranen Intensieve Behandel Unit
VOC	Veteranen Ontmoetings Centra
VP	Veteranen Platform (Stichting)
VRS	Veteranen Registratie Systeem
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&J	Ministerie van Veiligheid & Justitie
WEP	Waardering, Erkenning Politie (Stichting)
WGBA	Werkgroep Bestuurlijke Aspecten
WGI&A	Werkgroep Inhoud en Afstemming van de ketenzorg LZV
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet



