

Vergaderjaar 2013–2014

30 139

Veteranenzorg

Nr. 122

BRIEF VAN DE MINISTER VAN DEFENSIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 september 2013

1. Inleiding

De Veteranennota 2012–2013 (Kamerstuk 30 139, nr. 113) is 24 juni jl. met uw Kamer besproken. De Kamer heeft te kennen gegeven dat de nota niet volledig in de informatiebehoefte voorzag en heeft gevraagd om een aanvullende nota met de ontbrekende informatie en nadere toelichtingen. Ik heb toegezegd deze aanvullende nota voor eind september aan de Kamer aan te bieden. Bij deze voldoe ik aan deze toezegging.

In deze nota komen achtereenvolgens aan de orde het Veteranenbesluit, het Veteranenloket en de ISAF-nazorg. Voorts zal ik procedureel ingaan op de overige onderwerpen zoals vastgelegd in het toezeggingenoverzicht van het notaoverleg (Kamerstuk 30 139, nr. 118). Tot slot sta ik kort stil bij het scholenproject, het onderzoek naar zelfdoding onder veteranen en de ereschuldregeling.

2. Veteranenbesluit

De Veteranenwet geeft richting aan het veteranenbeleid, veteranenregelingen en veteraneninitiatieven. De zorg- en uitvoeringsaspecten van de Veteranenwet worden uitgewerkt in een algemene maatregel van bestuur, het Veteranenbesluit. Dit besluit bevat toetsbare normen voor de uitvoering van de Veteranenwet.

Inmiddels is overeenstemming bereikt over het besluit met de centrales van overheidspersoneel en vindt interdepartementale afstemming plaats. Zoals ik tijdens het notaoverleg van 24 juni jl. heb gemeld, streef ik er naar het Veteranenbesluit eind 2013 aan uw Kamer aan te bieden. Ik licht de inhoud van het besluit op hoofdlijnen toe.

2.1. Erkenning en waardering

Om de voorgestane maatschappelijke erkenning en waardering van veteranen symbolisch zichtbaar te maken is een «draaginsigne veteranen» ingesteld. Het draaginsigne heeft de vorm van een zwaardschede die de letter V vormt. De V staat voor veteraan, vrede en veiligheid en is symbolisch voor de operaties die de veteraan heeft uitgevoerd en voor de verbondenheid tussen veteranen. Door het dragen van het veteraneninsigne zijn veteranen voor elkaar en voor de maatschappij herkenbaar. Met de veteranenpas kan de veteraan zich in Nederland en in het buitenland identificeren als veteraan. De pas is geldig voor het leven en geeft recht op bepaalde faciliteiten. De veteranenspeld en de veteranenpas zijn inmiddels ook voor actief dienende veteranen beschikbaar.

2.2. Reüniefaciliteiten

Het faciliteren van reünies is een belangrijk onderdeel van de zorg voor veteranen. In dit kader leveren de operationele commando's een structurele bijdrage aan het onderhouden van de band tussen de veteraan en diens (voormalige) eenheid en aan het verwerken van de ervaringen na een uitzending. De bijdrage bestaat onder meer uit het organiseren van reünies en het beschikbaar stellen van een ontmoetingsruimte op een militaire locatie.

2.3. Zorg

De zorgplicht die op Defensie als werkgever rust, is in het besluit nader uitgewerkt. Deze zorgplicht omvat onder meer het bepalen van de uitzendgeschiktheid van de militair, het informeren van het thuisfront over het verloop van de missie en het bieden van gecoördineerde zorgverlening. Daarnaast voorziet het besluit in een tijdelijke inkomensvoorziening voor veteranen die ziek of arbeidsongeschikt zijn geworden met dienstverband.

Een belangrijk uitgangspunt van de zorgplicht is dat een militair die op uitzending gaat fysiek en mentaal fit moet zijn. Daarnaast kan het militaire beroep ingrijpende gevolgen voor gezondheid en individueel welzijn met zich meebrengen. Om de inzetgereedheid en goede nazorg te waarborgen, rust op Defensie niet alleen de plicht iedere militair goed voor te bereiden en op te leiden voor inzet, maar ook toereikende zorg te verlenen van opkomst tot na dienstverlating. Goed werkgeverschap vereist de aanwezigheid van een sociaal medisch team dat voorafgaand aan, tijdens en na de uitzending zicht heeft op de inzetbaarheid en het welzijn van de militair en daar naar handelt. Het vereist daarnaast dat de militair voorafgaand aan een uitzending niet alleen fysiek, maar ook mentaal wordt voorbereid. Dit gebeurt bijvoorbeeld door hem te leren omgaan met gevechtstress en hem te informeren over hygiëne en preventieve gezondheidszorg in het operatiegebied. Tot slot vereist goed werkgeverschap dat ook de relaties van de militair worden ondersteund en voorgelicht over de uitzending en de beschikbare zorg.

2.4. Veteranenloket

Na terugkeer van de missie moeten de veteraan en zijn relaties een laagdrempelige en effectieve toegang tot zorg hebben. Deze toegang zal voor een groot deel verlopen via het veteranenloket. Daartoe wordt de functie van het centraal aanmeldpunt (CAP) van het Veteraneninstituut (Vi) uitgebreid. Naast erkennen en waarderen, komt het accent meer te liggen op de begeleiding van veteranen bij hun zorgvraag.

Onder regie en verantwoordelijkheid van Defensie gaan de zorgpartners, het Vi en het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) hiertoe intensiever samenwerken binnen het veteranenloket. Door de duidelijke en eenvoudige toegang tot de zorg kan de veteraan of zijn relatie beter geholpen worden. Een zorgcoördinator pakt de hulpvraag op, geleidt deze door en bewaakt de voortgang. De uitvoering van deze (na)zorgtaken is een verantwoordelijkheid van de Minister van Defensie. Veteranen die nog in werkelijke dienst zijn, blijven voor de zorg en hulpverlening aangevoerd op de militaire (gezondheids)zorginstellingen. Voor hen geldt de werkgeversverantwoordelijkheid van de Minister van Defensie.

In het volgende hoofdstuk zal ik de werking van het veteranenloket nader toelichten.

2.5. Veteranenregistratiesysteem

Tot slot wordt met het Veteranenbesluit het veteranenregistratiesysteem geformaliseerd, zodat elke veteraan bekend is bij Defensie en onder meer op de hoogte kan worden gehouden van alle ontwikkelingen die voor hem van belang zijn.

3. Veteranenloket

Met het inrichten van het veteranenloket kunnen alle post-actieve veteranen, militaire oorlogs- en dienstslichtoffers, veteranen in werkelijke dienst en hun relaties voor alle vragen op het gebied van erkenning, waardering en zorg terecht bij één loket.

Het veteranenloket en de zorgcoördinatie als onderdeel van het loket vereist een eenduidige registratie en een herkenbare aansturing. De organisatie en de positionering van het loket wordt thans met alle betrokken partijen besproken. Uitgangspunt bij de oprichting van de zorgcoördinatie is de succesvolle samenwerking op dit terrein binnen het CAP. Ik laat onderzoeken hoe de capaciteit vanuit het ABP (het huidige Zorgloket Militaire Oorlog- en Dienstslichtoffers, MOD) optimaal kan worden ingezet. Voor veteranen in werkelijke dienst wordt de zorg- en hulpverlening binnen Defensie ingeschakeld. Voor niet-acute zorgvragen en vragen die niet met zorgverlening te maken hebben, is het loket tijdens kantooruren geopend. Voor acute zorgvragen is het loket onafgebroken, dag en nacht, bereikbaar.

3.1. Werkwijze veteranenloket

Aanmelding bij het veteranenloket leidt tot een eerste registratie waarna loketmedewerkers algemene vragen over diensten, erkenning en waardering doorgeleiden naar het Vi. Zorgvragen worden doorgeleid naar een van de zorgcoördinatoren. De toegewezen zorgcoördinator voert een oriënterend gesprek en stelt op grond daarvan een zorgplan op. In het zorgplan liggen de vervolgstappen vast, waaronder behandeling door een LZV-instelling, de dienstverlening door het ABP of behandeling door een militaire (gezondheids)zorginstelling.

Er is vervolgens een strikte scheiding tussen het zorgplan van de zorgcoördinator en het behandelplan van de zorginstelling. De inhoud en de uitvoering van het behandelplan zijn een verantwoordelijkheid van de zorginstelling en vallen onder de medische geheimhoudingsplicht. De zorgcoördinator begeleidt de cliënt gedurende het gehele proces aan de hand van het zorgplan. Deze aanpak sluit aan bij de processen bij het LZV, het ABP en het Dienstencentrum Bedrijfsmaatschappelijk Werk (DCBMW).

De inrichting van de zorgcoördinatie versterkt het toezicht op de uitvoering van de processen en zorgt voor eenduidige sturing. Zorgcoördinatie is ook verantwoordelijk voor een eenduidige registratie en het genereren van managementinformatie. Defensie stelt daarbij duidelijke voorwaarden, onder andere op het gebied van de kwaliteit waaraan de zorgcoördinatie en het zorgplan moeten voldoen.

3.2. Project inrichting veteranenloket

Het project «Inrichting Veteranenloket» wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Hoofddirecteur Personeel van Defensie. Hiertoe is een projectorganisatie ingesteld bestaande vertegenwoordigers van het Vi, LZV, ABP en Defensie. Waar nodig wordt deskundigheid ingehuurd. Via een klankbordgroep hebben belanghebbende organisaties inspraak in de inrichting van het veteranenloket.

Het streven is het Veteranenloket midden januari 2014 te openen. Hierbij is gekozen voor een gefaseerde aanpak. In fase 1 (tot midden januari 2014) zijn de inrichting en de bemensing van het registratiepunt en de zorgcoördinatie aan de orde. Hiermee kan het veteranenloket van start. De volledige ontwikkeling van de bedrijfsvoering en de informatievoorziening vergen meer tijd en worden in fase 2 (naar verwachting midden 2014) voltooid.

Defensie heeft voor het project € 500.000 gereserveerd. De projectleider brengt de benodigde investeringen thans in kaart, evenals de exploitatiekosten van het veteranenloket. De kosten worden uiteindelijk in de begroting van het Vi opgenomen.

4. ISAF-nazorg

De ISAF-missie in Uruzgan van februari 2006 tot augustus 2010 was een van de grootste naoorlogse militaire operaties van de Nederlandse krijgsmacht. In totaal zijn bijna 20.000 militairen uitgezonden naar Afghanistan, waarvan ruim 6.000 inmiddels niet meer bij Defensie werkzaam zijn (per 1 september 2013). Van deze militairen is ongeveer 25 procent meer dan één keer uitgezonden. Zoals ik in het notaoverleg van 24 juni jl. heb gemeld, ontwikkelt de behoefte aan nazorg van de ISAF-veteranen zich vooralsnog in overeenstemming met de verwachting. Ik zal de stand van zaken nader toelichten.

4.1. Nazorg gewonden

Zoals mijn ambtsvoorganger vorig jaar heeft gemeld in een brief over de nazorg van ISAF (Kamerstuk 30 139, nr. 101), zijn bij de Uruzgan-missie 144 militairen tijdens gevechtsacties gewond geraakt. Van de 58 militairen die in behandeling zijn genomen door het Militair Revalidatiecentrum (MRC) zijn er nu nog twee in behandeling. Bij deze fysiek gewonde militairen is veelal sprake van een blijvende beperking bijvoorbeeld als gevolg van een amputatie. Uit onderzoek blijkt dat zij vooral moeite hebben met de veranderingen in mobiliteit en, als gevolg daarvan, hun loopbaanperspectief. Dit is mede aanleiding geweest om op het MRC een nieuw sportcomplex te bouwen en dat te voorzien van moderne apparatuur op het gebied van mobiliteitsverbeteringen. Daarnaast kan het MRC de revaliderende militair voorzien van de beste aanpassingen op het gebied van prothese- en orthesevoorzieningen. Het MRC is met deze ontwikkelingen in staat de brugfunctie van zorg naar maximaal participatief vermogen optimaal vorm te geven. Het MRC is tevens samenwerkingsverbanden aangegaan met gerenommeerde civiele zorginstellingen waaronder de Sint Maartenskliniek. Doelstelling hierbij is kennisdeling en

gezamenlijke ontwikkeling van zorgprogramma's waarbij het zorgniveau voor veteranen gewaarborgd blijft.

De gewonde veteranen worden bij hun re-integratie intensief begeleid door hun operationele commando. Zij keren na de revalidatie in eerste instantie terug naar hun eigen eenheid. Vervolgens wordt na enige tijd bezien in hoeverre zij terug kunnen naar hun oorspronkelijke functie of een andere functie binnen de eenheid. In goed overleg met betrokkene en afhankelijk van de beperking wordt een re-integratietraject afgesproken en wordt gelegenheid geboden een studie te volgen. De meesten zijn thans, in afwachting van de voltooiing van het re-integratietraject, nog in dienst als militair. Als blijkt dat zij niet meer als militair kunnen functioneren, wordt gezocht naar een militaire functie met dispensatie of een passende burgerfunctie binnen Defensie. Begeleiding naar een functie buiten Defensie is ook mogelijk, maar pas wanneer daarover met de gewonde veteraan overeenstemming is bereikt.

4.2. Ontwikkeling zorgvraag

In de eerder genoemde brief over de nazorg van ISAF is tevens een analyse van de ingevulde vragenlijsten opgenomen. Uit deze analyse blijkt dat voor drie procent van de ingevulde vragenlijsten zorgtrajecten op medische gronden worden gestart, negen procent op psychosociale gronden en twee procent vanwege een combinatie van beide. Een actueel en compleet overzicht van de voortgang van de zorgtrajecten is niet te geven. Het probleem is dat deze informatie ligt besloten in individuele medische dossiers bij de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg (waaronder MGGZ) binnen en buiten Defensie. Inzage kan alleen verkregen worden na toestemming van de betrokken militair. Het is wel mogelijk een overzicht te genereren van bijvoorbeeld alle PTTS-gevallen onder Nederlandse militairen, maar niet het aantal PTSS-gevallen dat gerelateerd is aan de missie in Uruzgan.

Wel is er op een andere manier inzicht te krijgen in hoe het met de ISAF-veteraan gaat. Zo registreert het Vi het aantal aanmeldingen van Uruzgan-veteranen voor hulpverlening bij het CAP. Dit is in onderstaande tabel voor de periode 2007 tot en met 2012 in absolute aantallen en als percentage van het totaal aantal aanmeldingen weergegeven.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (t/m sep 2013)
Aantal	18	32	32	83	94	119	123
Percentage	2,5	4,1	3,9	11,5	9,5	9,1	13,0

Bron Vi

Uit het overzicht blijkt dat het percentage hulpvragen van ISAF-veteranen in de laatste drie jaar is toegenomen, maar in verhouding tot de grootte van de groep beperkt blijft. Ik realiseer mij hierbij dat een onbekend aantal veteranen langs een andere weg zorg aanvraagt en in dit overzicht niet is opgenomen. Verder meldt de stichting De Basis dat in 2012 en 2013 steeds meer jonge veteranen (missies vanaf 1980) zich aanmelden ten opzichte van oudere veteranen. Ook wordt de tijd tussen aanmelding en uitzending korter, waarschijnlijk doordat de bekendheid van het zorgsysteem voor veteranen toeneemt. Voorts melden steeds meer (jonge) veteranen en gezinnen zich met complexe problemen. Vooralsnog is er geen sprake van een opvallend groot aantal Uruzgan-veteranen.

4.3. Wetenschappelijk onderzoek

Er is dit jaar een wetenschappelijk onderzoek¹ voltooid naar de psychische gezondheid van militairen na uitzending. Hiertoe zijn alle militairen die in de periode van 2008 tot 2010 zijn uitgezonden vergeleken met de totale groep van niet-uitgezonden militairen. Uit de resultaten bleek dat naar verhouding de uitgezonden militairen gedurende het eerste jaar na uitzending vaker gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg dan niet-uitgezonden militairen. Er is bij deze groep sprake van meer aanpassingsproblemen en angststoornissen (waaronder PTSS). Van de ruim 750 consultaties bij de MGGZ in de onderzoeksperiode werd in ruim 50 gevallen de diagnose PTSS gesteld. Ongeveer 200 militairen hadden last van aanpassingsproblemen. Een kwart van de veteranen kreeg pas meer dan een half jaar na de traumatische gebeurtenis klachten. In absolute zin daarentegen was in de eerste twee jaar na uitzending sprake van gemiddeld slechts één extra consultatie per 1.000 militairen per maand. Bovendien bleef het aantal consultaties bij de uitgezonden militairen beneden het gemiddelde aantal onder de Nederlandse bevolking.

Bij deze getallen plaatsen de onderzoekers enige kanttekeningen. Ten eerste is bekend dat PTSS-klachten zich vaak na enige jaren openbaren. Gelukkig is de beeldvorming rondom psychische klachten in de krijgsmacht de laatste jaren veranderd en is de drempel om (medische) hulp te zoeken lager geworden. Ten tweede is alleen de periode van 2008 tot 2010 onderzocht, terwijl militairen al vanaf 2002 in het kader van ISAF zijn uitgezonden. Ten derde beperkt dit onderzoek zich tot militairen die door de MGGZ behandeld zijn en blijven veteranen die niet bij Defensie in behandeling zijn buiten beschouwing. Het werkelijke aantal veteranen met PTSS uit deze groep is naar verwachting groter en zal de komende jaren waarschijnlijk verder toenemen.

4.4. Conclusie

De behoefte aan nazorg van de ISAF-veteranen ontwikkelt zich vooral nog in overeenstemming met de verwachting. De revalidatiemogelijkheden van gewonde militairen uit Uruzgan worden met nieuwe technieken verder verbeterd. De re-integratie van deze groep is met intensieve begeleiding gaande. Een actueel overzicht van overige medische en psychische klachten gerelateerd aan ISAF is moeilijk te geven in verband met de vertrouwelijkheid van medische gegevens. Wel wijst onderzoek erop dat de hoeveelheid psychische klachten (waaronder PTSS) kan oplopen. Het is belangrijk zicht te houden op de verdere ontwikkeling van deze klachten zodat het zorgaanbod hierop kan worden afgestemd. Hiervoor zal het registratiesysteem van het LZV in de toekomst waardevolle informatie opleveren. Het systeem zou in 2015 volledig operationeel moeten zijn. Voorts zal ik onderzoeken of informatie uit de verschillende medische systemen van Defensie (anoniem) kan worden ontsloten en gekoppeld. In de Veteranennota van 2014 zal ik aan beide aspecten opnieuw aandacht besteden.

¹ Onderzoek «Do soldiers seek more mental healthcare after deployment? Analysis of Mental Health Consultations in the Netherlands Armed Forces following deployment to Afghanistan» door E. Vermetten e.a. Het onderzoek is uitgevoerd door Defensie in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum en het VU Universitair Medisch Centrum en is nog niet gepubliceerd.

5. Nazorg van tolken van Afghaanse origine

Tijdens het algemeen overleg personeel van 16 april jl. heb ik kort de ontwikkelingen gemeld aangaande de tolken van Afghaanse origine (Kamerstuk 33 400, nr. 82). Naar aanleiding van de vragen bij het notaoverleg van 24 jl. geef ik hierbij een uitgebreider overzicht van de laatste stand van zaken.

Bij de ISAF-missie in Afghanistan (2001–2010) is gebruik gemaakt van de diensten van tolken van Afghaanse origine. Na de beëindiging van de missie bleken meerdere van deze tolken gezondheidsklachten te hebben. De tolken waren veelvuldig uitgezonden, terwijl zij daar mogelijk psychisch of lichamelijk niet altijd toe in staat waren. De culturele en persoonlijke achtergrond van de tolken vergde nazorg en behandeling afgestemd op hun specifieke individuele omstandigheden. In de praktijk is gebleken dat de standaard zorgpakketten die zijn aangeboden onvoldoende aansloten bij de behoefte.

Zoals mijn ambtsvoorganger heeft gemeld bij het notaoverleg veteranen van 17 juli 2012 (Kamerstuk 30 139, nr. 104), heeft Defensie deze tolken met terugwerkende kracht weer in dienst genomen zodat zij de noodzakelijke zorg konden ontvangen. Op dit moment worden de tolken intensief begeleid met zorg op maat waarbij ook veelvuldig contact is met hun vertegenwoordigers. In dit maatwerk wordt zoveel als mogelijk rekening gehouden met de culturele achtergrond en de persoonlijke omstandigheden. De zorg bestaat enerzijds uit intensieve en op maatwerk gerichte begeleiding bij de omgang met psychische problemen, indien gewenst – of noodzakelijk – bij een externe instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds bestaat de zorg uit begeleiding bij lichamelijke klachten. Voorts kunnen de tolken een beroep doen op de beschikbare zorg voor partners en familie van veteranen. Zodra hij daartoe in staat is, helpt Defensie de tolk bij sociale activering en bij het zoeken naar werk. Inmiddels is bij een aantal tolken blijvende invaliditeit vastgesteld. Voor hen staan alle voorzieningen, zoals de huidige rechtspositie die regelt, ter beschikking. Zodra de tolken de defensieorganisatie verlaten, terwijl het zorgtraject nog loopt, worden zij overgedragen aan het zorgloket van het ABP. Hiermee wordt de continuïteit van de nazorg verzekerd.

6. Zorgplicht in relatie tot de ontwikkeling van het basispakket

In het Regeerakkoord Rutte II is de hervorming van de langdurige zorg opgenomen. Het speelveld van de hervorming wordt gevormd door vier wettelijke blokken. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die zich richt op onverzekerbare risico's van mensen met een lichamelijke, verstandelijke, zintuiglijke of psychiatrische beperking; de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bij problemen met het maatschappelijk participeren; de Jeugdwet bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen van de jeugd; en de Zorgverzekeringswet (ZVW) die gericht is op het genezen een medisch probleem of het voorkomen van het verergeren daarvan.

Deze hervorming raakt Defensie op twee punten. In de eerste plaats ontvangen militairen zorg door of vanwege de militair geneeskundige dienst. Dit betreft niet alleen de curatieve zorg, maar ook de zogenaamde «care» oftewel AWBZ-zorg. De zorg in het militair revalidatiecentrum is daar een voorbeeld van. Deze bijzondere positie is in de AWBZ vastgelegd en moet in de nieuwe wetgeving worden overgenomen. Door de keuze voor decentralisatie van de uitvoering van de AWBZ moet worden bezien welke gevolgen dit voor de militair in werkelijke dienst heeft en hoe de zorg voor en aan militairen in de regelgeving wordt gewaarborgd. In de

tweede plaats is de positie van de militaire oorlogs- en dienstslachtoffers, waaronder begrepen invalide veteranen, relevant. Zij ontvangen nu de noodzakelijke zorg op grond van de AWBZ, WMO en ZVW. Als aan deze zorg meerkosten zijn verbonden, worden deze op grond van de Voorzieningenregeling voor militaire oorlogs- en dienstslachtoffers ten laste van het Ministerie van Defensie vergoed. Deze vergoeding is gekoppeld aan de bijzondere zorgplicht van Defensie voor (invalide) veteranen, zoals vastgelegd in de Veteranenwet. Thans breng ik, in overleg met de Minister van VWS, de mogelijke meerlasten voor Defensie door dit wijzigende beleid in beeld.

Een ander aspect is de toegang tot de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De zorg voor invalide veteranen en andere militairen met een dienstverbandaandoening is voornamelijk belegd bij het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). De diensten van het LZV liggen op het vlak van intake en maatschappelijk werk, laagdrempelige ondersteuning en meer gespecialiseerde hulpverlening, van enkelvoudige behandelingen tot topklinische zorg. Het LZV levert maatwerk vanuit een herkenbare en gegarandeerde kwaliteit, in principe zo dicht mogelijk bij huis. Het eerste contact wordt gemaakt bij het CAP (in de toekomst via het veteranenloket). Daar kunnen veteranen, dienstslachtoffers en hun thuisfront terecht met al hun vragen over (na)zorg. Het CAP biedt gratis informatie. Indien gewenst kan het CAP ook het startpunt zijn van een hulpverleningstraject via het LZV. Hiervoor is geen verwijzing van een huisarts nodig en er zijn diverse mogelijkheden voor een afspraak bij betrokken instellingen in de buurt.

Voor de structuur van de zorg zijn twee aspecten belangrijk. Ten eerste de waarborging van de zorg voor veteranen via het LZV. Ten tweede het maken van een verbinding tussen de intake door CAP/LZV (maatschappelijk werk) enerzijds en de intake door de huisarts in het nationale systeem van zorg anderzijds. In overleg met VWS wordt bekeken hoe dit het beste kan worden georganiseerd.

7. Nuldelijnsondersteuning

In het notaoverleg van 24 juni jl. is meermaals gesproken over de nuldelijnsondersteuning. De vragen van de Kamer spitsten zich toe op de financiering van de nuldelijnsondersteuning, de verankering in het Veteranenbesluit en de rol van de geestelijke verzorging.

7.1. Financiering

In de brief van 1 juni 2011 (Kamerstuk 30 139, nr. 92) heeft mijn ambtsvoorganger uiteengezet dat nuldelijnsondersteuning naast de reguliere zorg belangrijk is voor toereikende hulpverlening aan veteranen. Hierbij speelt het netwerk van relaties, vrienden en lotgenoten van de veteraan, de zogenoemde nuldelijn, een belangrijke rol. De nuldelijnsondersteuning voor veteranen in actieve dienst, dat wil zeggen de collegiale netwerken, is een verantwoordelijkheid van de commandant. Defensie is niet direct verantwoordelijk voor de nuldelijnsondersteuning voor veteranen buiten dienst. Deze vormt wel een belangrijk onderdeel van de integrale zorg voor veteranen. De ondersteuning door lotgenoten krijgt gestalte door de verenigingen van het Veteranen Platform, reünies, ontmoetingscentra en het Vi. Het succes van nuldelijnsondersteuning is in belangrijke mate afhankelijk van de organisatie hiervan door, voor en met veteranen. Het moet laagdrempelig zijn zodat iedere veteraan zich thuis voelt, ook als hij of zij niets meer met Defensie te maken wil hebben.

Om de onafhankelijkheid te verzekeren levert Defensie bijdragen aan de nuldelijnsondersteuning van veteranen buiten dienst via het Vi en het Veteranen Platform (VP). Defensie verstrekt geen rechtstreekse subsidies. Het Vi geeft nuldelijnsveteranenhulpverleners gelegenheid zich te scholen. Daarnaast ondersteunt het Vi de ontmoetingscentra op kleine schaal, onder andere met advies en publiciteit. Het VP voert de regie over de inrichting van een systeem voor nuldelijnsondersteuning en de aansluiting daarvan op de professionele hulpverlening van het LZV. Voor dit project heeft het Nationaal Fonds voor Vrede, Vrijheid en Veteranenzorg (V-fonds) tot 2016 in beginsel € 245.000 per jaar beschikbaar gesteld. De samenwerking van het V-fonds en het VP is gericht op het tot stand brengen van een landelijk dekkend genormeerd en financieel zelfstandig opererend samenwerkingsverband van Veteranen Ontmoetingscentra. Uiteraard blijft Defensie dit nauwlettend volgen en zal waar nodig ondersteuning bieden binnen de afgesproken kaders om deze doelstelling te bereiken.

7.2. Verankering in Veteranenbesluit

In het Veteranenbesluit staat geen expliciete vermelding van de nuldelijns- ondersteuning. Dit strookt met mijn eerder beschreven uitgangspunt dat nuldelijns- ondersteuning onafhankelijk van Defensie gestalte moet krijgen voor, door en met veteranen. Wel benoemt het Veteranenbesluit de ondersteuning die Defensie zal geven aan het Vi en het VP in de vorm van subsidies en het beschikbaar stellen van materieel, personeel of faciliteiten. In de Nota van Toelichting bij het besluit wordt de rol van beide stichtingen beschreven bij de organisatie van de nuldelijns- ondersteuning. Deze beschrijving geeft de verschillende verantwoordelijkheden op het gebied van nuldelijns- ondersteuning duidelijk weer en waarborgt tevens de (indirecte) betrokkenheid van Defensie hierbij.

7.3. Rol geestelijke verzorging

De geestelijke verzorging speelt een instrumentele rol bij de uitvoering van de nuldelijns- ondersteuning. De inzet van de Diensten Geestelijke Verzorging op dit terrein wordt vanuit het Veteraneninstituut gecoördi- neerd. De coördinator geestelijke verzorging beschikt over drie geestelijk verzorgers (Noord/Oost, Midden/West en Zuid) die worden ingezet bij nuldelijns- activiteiten verspreid over het land. Zij zijn regelmatig aanwezig in de Veteranen Ontmoetings Centra en bezoeken veteranencafés. Bovendien nemen zij deel aan reünies en herdenkingen, verzorgen uitvaarten en gaan zij op huisbezoek. Naast de inzet van drie geestelijke verzorgers van Defensie beschikt de coördinator geestelijke verzorging ook over een netwerk van ongeveer twintig geestelijk verzorgers buiten dienst die aanvullend als vrijwilliger bij bovengenoemde activiteiten worden ingezet.

8. Vragenlijsten

Zoals aangekondigd in de Veteranennota 2012–2013 heb ik de nazorgvra- genlijsten laten analyseren van militairen die in de tweede helft van 2011 en de eerste helft van 2012 werden uitgezonden. Deze analyse geeft inzage in de hoeveelheid en aard van de gezondheidsklachten in relatie tot de uitgevoerde missie. In totaal zijn 2.896 vragenlijsten verstuurd waarvan er 1.455 zijn teruggestuurd (een respons van ruim 50 procent). De analyse leidt tot de volgende bevindingen over de verschillen tussen de missies:

- De respons van de uitgezonden militairen verschilt per missie. De respons bij de missies Atalanta en Ocean Shield is 35 procent en blijft achter bij de respons van de andere missies (48 tot 64 procent). Dit komt vermoedelijk doordat de aard van deze missies vergelijkbaar is

met reguliere inzet aan boord van marineschepen. De belangstelling voor en behoefte aan nazorg is daardoor minder groot.

- Bijna 80 procent van de militairen beoordeelt de gezondheid voor en na de uitzending als ongewijzigd. 9 Procent van de militairen uitgezonden naar Afghanistan beoordeelt hun gezondheid na de missie als slechter. Voor de andere missies is dat percentage 4 tot 5 procent.
- Een aanzienlijk aantal van de uitgezonden militairen ervaart een positieve ontwikkeling in persoonlijke groei na de uitzending. Dit geldt vooral voor militairen die zijn uitgezonden naar Afghanistan (36 tot 45 procent). Voor de andere missies liggen deze percentages tussen 25 en 36 procent.
- Bij de screening naar psychosociale gevolgen van de uitzending valt op dat er weinig verschillen tussen de missies te vinden zijn. Depressieve gevoelens en vermoeidheidsklachten komen het meest voor (ongeveer 10 procent). Indicatie voor PTSS is het minst aanwezig van de bevraagde aspecten (1 tot 2 procent).
- Bij militairen die last hebben van hun gezondheid na uitzending ondervindt het overgrote deel (85 tot 93 procent) geen beperkingen in het functioneren.
- Futloosheid is de meest genoemde medische klacht na uitzending, ongeacht missiegebied.

Het dienstencentrum gedragswetenschappen maakt jaarlijks een analyse van de vragenlijsten. Uit een vergelijking van deze analyses blijkt dat er geen grote verschillen in resultaten zijn tussen de jaren 2009, 2010 en 2011.

9. Militaire Geestelijke Gezondheidszorg

In de Veteranennota 2012 is de Militair Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) genoemd als onderdeel van het LZV en in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De Kamer heeft mij bij het notaoverleg van 24 juni jl. gevraagd afzonderlijk in te gaan op de MGGZ. Bij de beantwoording van deze vraag ga ik in het bijzonder in op de veranderingen bij de MGGZ en de effecten hiervan op de zorg voor veteranen.

De MGGZ levert tweede lijns geestelijke gezondheidszorg binnen de Militaire Gezondheidszorg. Daarbij levert de MGGZ ook diverse vormen van ondersteuning aan commandanten in de vorm van opleidingen en trainingen. Voorts levert zij ondersteuning voor, tijdens en na een missie door bijvoorbeeld voorlichting te geven en een psycholoog in het missiegebied te leveren. Tot slot ondersteunt de MGGZ het Dagelijks Bestuur van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) met personeel (voor het dagelijks bestuur LZV) en budget.

Als onderdeel van de oprichting van de Defensie Gezondheidsorganisatie doorloopt de MGGZ een reorganisatie. De MGGZ zal gaan samenwerken met het Centraal Militair Hospitaal en het Militair Revalidatie Centrum in het Tweedelijns Gezondheidszorgbedrijf (TGB). De capaciteit aan behandelaren blijft als gevolg van reorganisatie intact evenals de ondersteuning van het LZV.

Daarnaast gaat de organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland veranderen. De zorg verschuift meer naar de eerste lijn. Huisartsen kunnen praktijkondersteuning organiseren in het kader van deze zorgverandering en er ontstaat generalistische GGZ en specialistische GGZ. In de huidige reorganisatie heeft deze ontwikkeling geen effect op de zorgcapaciteit en bijbehorende organisatie van de MGGZ, inclusief de kliniek.

Een andere ontwikkeling binnen de Nederlandse GGZ is de nadruk op gegarandeerde kwaliteit. Dit blijkt onder andere uit het toenemende belang van kwaliteitsmeetinstrumenten zoals *Routine Outcome Measurement* (ROM) en *Consumer Quality Index* (CQI). Beide meetinstrumenten zijn al gemeengoed binnen de MGGZ en worden ook binnen de Maatschappelijke Jaarverantwoording en voor de erkenning in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen van de MGGZ gebruikt.

10. Re-integratie

Sinds 2007 heeft Defensie het re-integratieproces ingericht aan de hand van de Nota «Herzien Re-integratiebeleid Defensiepersoneel». Zoals onder andere vermeld in de veteranennota 2011–2012, bevat het re-integratiebeleid de wettelijke re-integratieverplichtingen en de daarvoor benodigde aanvullende activiteiten (Kamerstuk 30 139, nr 98). Het re-integratiebeleid geldt voor alle medewerkers van Defensie. Voor oorlogs- en diensslachtoffers zijn echter specifieke maatregelen getroffen. Bij ontslag wordt de verantwoordelijkheid voor hun re-integratie overgenomen door het zorgloket MOD. Het zorgloket is ook verantwoordelijk voor de (sociale) re-integratie van gewezen militairen die pas na hun ontslag te maken krijgen met een dienstverbandaandoening.

Tijdens het notaoverleg veteranen van 17 juli 2012 heeft de Kamer uitgebreid met mijn ambtsvoorganger gesproken over de re-integratie van veteranen (Kamerstuk 30 139, nr. 104). Hierbij is vastgesteld dat Defensie een inspanningsverplichting heeft voor de re-integratie van (gewonde) veteranen. Tegelijkertijd heeft Defensie de verantwoordelijkheid om niemand tussen wal en schip te laten vallen. Dit uitgangspunt ondersteun ik. Naar aanleiding van het notaoverleg van 24 juni jl. ga ik hierbij in detail in op de organisatie van het re-integratieproces bij Defensie en de meest recente ontwikkelingen.

Het re-integratieproces bij Defensie is verdeeld in vijf fasen, wat aansluit bij de wettelijke ontslagbeschermingstermijn van 24 maanden. Gedurende de eerste fase, die aanvangt op de eerste dag van het verzuim en zes maanden duurt, is de commandant van de desbetreffende militair en burger verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet Verbetering Poortwachter. Het Commando Zeestrijdkrachten hanteert voor deze fase een aangepaste werkwijze: vanwege de wereldwijde inzet worden de bevoegdheden van de eerste fase centraal uitgevoerd bij de Sociaal Medische Dienst.

Het Dienstencentrum Re-integratie (DCR) neemt na de eerste fase van re-integratie de volledige centrale wettelijke (werkgevers)verantwoordelijkheid van de commandant over. Dat is in beginsel na zes maanden, tenzij op dat moment duidelijk is dat herstel en terugkeer naar de oorspronkelijke functie mogelijk is binnen de volgende zes maanden. Het DCR ondersteunt, begeleidt en adviseert de militair bij zijn terugkeer naar de eigen functie, een passende burgerfunctie bij het eigen defensieonderdeel, bij een ander defensieonderdeel of buiten de Defensieorganisatie. Als vervolgens de re-integratie (nog) niet succesvol is voltooid, blijft Defensie tot maximaal tien jaar na ontslag verantwoordelijk voor de re-integratie van de (post-actieve) militair. Bij een (bijzondere) dienstverbandaandoening wordt pas tot ontslag overgegaan nadat de re-integratie succesvol is voltooid. Voor alle militairen met een (bijzondere) dienstverbandaandoening geldt dat zij worden overdragen aan het ABP Zorgloket MOD.

Een analyse over de periode 2011 tot 1 augustus 2013 laat zien dat in totaal 134 militairen met een (bijzondere) dienstverbandaandoening zijn

overgedragen aan het ABP zorgloket MOD. Dit betreft 53 militairen met een bijzondere dienstverbandaandoening en 81 militairen met een dienstverbandaandoening. Van deze groep heeft in totaal 48 procent de re-integratie met succes voltooid.

Omdat in de eerste zes maanden de re-integratieactiviteiten decentraal worden uitgevoerd, is het niet eenvoudig vast te stellen hoe uniform en effectief deze activiteiten zijn. Wel bestaan er grote verschillen in de kwaliteit van de dossiers die worden overgedragen. DCR besteedt noodzakelijkerwijs veel tijd aan het op orde krijgen van deze dossiers. Dit leidt tot vertraging in het re-integratietraject, waar de betrokkenen overigens in materieel opzicht geen nadeel van ondervinden.

Thans onderzoekt Defensie hoe *best practices* krijgsmachtbreed kunnen leiden tot een efficiëntere inrichting van de re-integratieketen. Dit onderzoek maakt deel uit van de tweede fase van de reorganisatie Divisie Personeel en Organisatie Defensie. Het is nu nog niet duidelijk in hoeverre dit leidt tot kosten (investeringen) en aanpassing van de huidige organisatie. Ik zal uw Kamer hierover blijven informeren in volgende Veteranennota's.

11. Geneeskundig onderzoek bij dienstverlaten

Bij dienstverlating van een militair draagt de commandant een verplicht geneeskundig onderzoek op. Het doel hiervan is zorgvuldige beëindiging van de dienstperiode en overdracht van geneeskundige bijzonderheden aan de toekomstige civiele huisarts. Het belang hiervan werd bij het notaoverleg van 24 juni jl. door de Kamer onderstreept. Ik zal toelichten hoe dit nu bij Defensie is georganiseerd.

Naar aanleiding van het notaoverleg veteranen in juni 2010 is de Beleidsaanwijzing DMG 007 «Overdracht geneeskundige zorg bij dienstverlating» geactualiseerd (Kamerstuk 30 139, nr. 77). Deze aanwijzing behandelt de doelstelling en de inhoud van het geneeskundig onderzoek. In het onderzoek wordt nagegaan of het militair geneeskundig dossier compleet is en welke geneeskundige gegevens in een brief aan de civiele huisarts worden overgedragen (een professionele samenvatting en relevante delen van het medisch dossier). Ook wordt daarin relevante informatie opgenomen over bijvoorbeeld de uitzendingen waaraan de militair heeft deelgenomen. Verder wordt nagegaan of er actuele klachten zijn, lopende behandelingen, verzuimbegeleiding dan wel een specifieke zorgbehoefte. Tevens wordt nagegaan of er van ongevallen een proces-verbaal van ongeval is opgemaakt. Ook worden de consequenties van eerder verricht geneeskundig onderzoek en eventuele arbeidsgerelateerde aandoeningen nagegaan.

In 2012 hebben in totaal 2148 veteranen Defensie verlaten. Vanuit het medische registratiesysteem van Defensie kan niet zichtbaar worden gemaakt of het geneeskundig onderzoek van deze veteranen tot nazorg heeft geleid. Een totaaloverzicht kan alleen worden verkregen door per militair het dossier te openen en te bezien of het consult tot een verwijzing voor nazorg heeft geleid.

12. PTSS-protocol en overgangsrecht

In het notaoverleg veteranen van 24 juni jl. zijn verschillende vragen gesteld over de betrouwbaarheid en validiteit van het PTSS-protocol, het overgangsrecht en de revisie van het PTSS-protocol. Aangezien deze onderwerpen voor een groot deel met elkaar samenhangen, volgt hieronder een integraal overzicht.

12.1. Invoering van protocollen WIA-IP, PTSS en LOK in 2008

Voor de vaststelling van de mate van invaliditeit past Defensie de *War Pensions Committee* (WPC) schaal toe. Tot 1 juli 2008 kende de WPC-schaal geen richtlijnen voor de beoordeling van psychische aandoeningen. De wijze waarop het verband tussen de militaire dienst en de invaliditeit bij psychische aandoeningen werd vastgesteld, was niet transparant of toetsbaar. Dit leidde tot onverklaarbare verschillen in de uitkomsten van invaliditeitsbeoordelingen en in de hoogte van invaliditeitspensioenen.

Om te komen tot een heldere beoordeling van invaliditeit, zijn vanaf 1 juli 2008 drie protocollen ingevoerd, te weten WIA-IP, PTSS en het LOK (Kamerstuk 30 139, nr. 39). Het WIA-IP protocol vormt de basis voor verzekeringsartsen bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen. Dit algemene protocol is ontwikkeld om een uitspraak te doen over het recht op een WIA-uitkering, respectievelijk een invaliditeitspensioen voor alle medische aandoeningen. In aanvulling op het WIA-IP protocol is tegelijkertijd het PTSS-protocol ingevoerd voor de beoordeling van psychische aandoeningen en het LOK-protocol voor de beoordeling van lichamelijk onverklaarbare klachten. De protocollen zijn tot stand gekomen met behulp van externe deskundigen. De gebruikte methodiek is getoetst door de Gezondheidsraad en positief beoordeeld door de RZO. Ten slotte is met de centrales van overheidspersoneel overeenstemming bereikt over invoering van de protocollen. De protocollen zijn formeel vastgelegd de ministeriële regeling van 27 juni 2008 met het «*Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring*» als wettelijke basis.

12.2. Betrouwbaarheid en validiteit PTSS-protocol

In 2011 is het PTSS-protocol in opdracht van Defensie onderzocht door een onderzoeksteam van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Dit team heeft op wetenschappelijk verantwoorde wijze de betrouwbaarheid van de in het PTSS-protocol gebruikte schattingsmethodiek aangetoond. Een klankbordgroep van externe deskundigen heeft dit resultaat bevestigd. Daarnaast heeft deze klankbordgroep vastgesteld dat, op grond van het betrouwbaarheidsonderzoek en het zorgvuldige ontwikkelingsproces van het PTSS-protocol, dit tevens een valide methode is voor het vaststellen van het percentage invaliditeit bij militairen met psychische aandoeningen (Kamerstuk 33 000, nr. 74 en nr. 83).

12.3. Overgangmaatregel en aangepaste overgangmaatregel

Bij de invoering van de protocollen is voorzien dat de nieuwe manier van beoordelen kan leiden tot andere uitkomsten dan in het verleden. Om te voorkomen dat dit gevolgen zou hebben voor de al toegekende invaliditeitspensioenen, is in het SOD een overgangmaatregel afgesproken. Als de herkeuring volgens de nieuwe protocollen leidt tot een lager invaliditeitspercentage, blijft toch het oorspronkelijke percentage gelden, behalve bij cliënten met een voorlopig vastgesteld percentage (Kamerstuk 30 139, nr. 74). In de uitvoeringspraktijk bleek dat bij een aantal personen uit deze laatste groep sprake was van een vrij lange periode, ongeveer vier jaar of meer, van een al dan niet fluctuerend percentage invaliditeit voordat hun een (lager) definitief percentage werd toegekend. Hiertoe is in 2012 een nieuwe richtlijn voor de vaststelling van de medische eindtoestand vastgesteld (Staatscourant nr. 3183, 21 februari 2012). Op grond hiervan is in overleg met het SOD de overgangmaatregel verruimd voor personen

met een voorlopig invaliditeitspercentage, die voor 1 juli 2008 een eerste keuring en een of meer herkeuringen hebben gehad. Als in dat geval het voorlopige invaliditeitspercentage binnen de bandbreedte van 20 procent stabiel is gebleven, wordt dit beschouwd als een medische eindtoestand en wordt het voorlopige percentage omgezet in een definitief percentage. Deze personen behouden dan bij herkeuring volgens het nieuwe protocol het oorspronkelijke percentage (Kamerstuk 30 139, nr. 99). Zoals ik in mijn brief van 7 juni 2013 te kennen heb gegeven (Kamerstuk 30 139, nr. 114), wil ik als daar aanleiding toe is, overwegen de overgangsmaatregel verder te verruimen en een bepaling toe te voegen over individuele situaties. Ik wacht een eventueel voorstel hiertoe van de centrales van overheidspersoneel af.

12.4. Herkeuringen, verlaging invaliditeitspercentages en gebruik overgangsmaatregel

Sinds de invoering van het PTSS-protocol in 2008 zijn in totaal 1041 herkeuringen uitgevoerd. In 374 gevallen heeft dit geleid tot een lager invaliditeitspercentage. Gemiddeld betreft het een verlaging van 27 procent. Van dit totaal vielen 146 gevallen onder het overgangsrecht. Uiteindelijk is bij 228 personen een lager invaliditeitspensioen vastgesteld.

Na 1 juli 2008 hebben 102 personen bezwaar gemaakt tegen de vaststelling van het invaliditeitspercentage op grond van het PTSS-protocol. In 30 gevallen betreft het een verlaging van het voorlopige percentage vastgesteld voor 1 juli 2008. De afhandeling van deze bezwaarschriften en van de bezwaarschriften wegens het ontbreken van een dienstverband verloopt moeizaam. Ongeveer 230 gevallen worden via de Bond voor Nederlandse Militaire Oorlogs- en dienstslachtoffers (BNMO) aangehouden. De BNMO streeft naar een collectieve oplossing voor deze bezwaarschriften. Aangezien de aard van deze bezwaarschriften verschilt, is individuele afhandeling noodzakelijk. Ik zal binnenkort in overleg treden met de BNMO om de impasse te doorbreken.

In onderstaande tabel is een overzicht van keuringen en bezwaarschriften per jaar opgenomen.

Beoordelingen PTSS	2009	2010	2011	2012	2013	Totaal
Totaal keuringen (diagnoses)	416	427	445	496	433	2217
- Eerste keuringen (diagnoses)	239	202	279	214	242	1176
- w.v. Toekenningen (diagnoses)	86	49	69	73	72	349
- w.v. Afwijzers (diagnoses)	153	153	210	141	170	827
- Herkeuringen (diagnoses)	177	225	166	282	191	1041
- Personen met lager percentage	65	88	82	97	42	374
- Personen met lager pensioen	28	50	56	73	21	228
Bezwaarschriften op persoonsniveau						
- Eerste keuringen (afwijzers)	6	8	19	16	11	60
- Herkeuringen (personen met lager pensioen)	6	26	20	35	15	102

12.5. Revisie PTSS-protocol

Sinds de invoering is het PTSS-protocol op verschillende manieren onderzocht. Ten eerste het al eerder genoemde onderzoek van het UMCG uit 2012 waarmee de betrouwbaarheid van het protocol werd aangetoond. Daarnaast heeft het UMCG een vergelijkend onderzoek uitgevoerd tussen de schattingsmethodiek uit het PTSS-protocol en de civiel veel gebruikte

systematiek uit de *American Medical Association* (AMA). Uit dit onderzoek blijkt dat de betrouwbaarheid van beide methodieken vergelijkbaar is. Wel kent de schattingsmethodiek van Defensie in vergelijkbare gevallen over het algemeen een hoger percentage invaliditeit toe. Dit is gunstig voor de militair. Beide onderzoeken geven geen aanleiding het protocol op korte termijn aan te passen. Wel zal het dit jaar gepubliceerde *Diagnostic and Statistic manual of Mental Disorders 5* (DSM 5) naar verwachting leiden tot verbetering van de onderbouwing van beroepsschade als gevolg van PTSS. De opvattingen hierover in de verschillende vakdisciplines lopen nu nog uiteen. Ik geef er daarom de voorkeur aan te wachten met een herziening van het protocol totdat hier meer duidelijkheid over is. Ook andere Navo-landen nemen dit standpunt in. Ik blijf de (internationale) ontwikkelingen op dit gebied op de voet volgen en kom er in de volgende veteranennota op terug.

12.6. Conclusie

Met de komst van de WIA-IP, PTSS en LOK-protocollen is een systematiek geïntroduceerd waarmee de mate van invaliditeit op een transparante en toetsbare wijze kan worden vastgesteld. Ik heb vertrouwen in de betrouwbaarheid en validiteit van het PTSS-protocol mede op grond van wetenschappelijk onderzoek. Uiteraard heb ik begrip voor de veteranen die menen te worden benadeeld door de introductie van de protocollen ondanks de afgesproken overgangsregeling. Ik streef er dan ook naar de hieruit voortgekomen bezwaren zo spoedig mogelijk met alle betrokken partijen af te handelen. Voorts ben ik mij er van bewust dat deze protocollen nooit helemaal af zijn. Ik zal mij regelmatig laten adviseren over het optimale moment voor een herziening.

13. Scholenproject

In het notaoverleg van 24 juni jl. heeft het lid De Roon vragen gesteld over de voortgang van het scholenproject «verhalen van veteranen» op het voortgezet onderwijs. Ik heb toegezegd de Kamer hier voor het krokusreces van 2014 over te informeren. Bij deze voldoe ik aan deze toezegging.

De ambitie van het Vi is dat in 2017 10 procent van alle basis- en middelbare scholen aan het project meedoen. Deze ambitie acht ik realistisch mede gezien het aantal beschikbare vrijwillige gastsprekers. De doelgroep betreft leerlingen in de leeftijdscategorie tien tot vijftien jaar zowel op het basis- als het voortgezet onderwijs.

In 2013 is extra capaciteit vrijgemaakt om nieuwe scholen voor het project te interesseren. De praktijk wijst uit dat middelbare scholen moeilijker te bereiken zijn dan scholen in het basisonderwijs. Dat zijn meestal grote organisaties met meer bureaucratie, waardoor de informatie niet altijd op de juiste plek landt. Bovendien zijn zij minder flexibel, doordat lesplannen al voor langere tijd vast liggen. Om dit op te lossen is gekozen voor een regionale aanpak met een persoonlijke benadering. Terwijl scholen voorheen via mailing werden benaderd, gaan vertegenwoordigers van het scholenproject op bezoek in hun regio. Zij worden daarbij geholpen door een nieuwe website met alle beschikbare onderwijsproducten van het project.

Aan het einde van het schooljaar 2012–2013 waren 27 regio's min of meer actief en begon de acquisitie van scholen langzaam vruchten af te werpen. Thans is het scholenproject in 35 regio's geactiveerd. De resultaten van de regionale aanpak worden naar verwachting pas in het schooljaar 2013–2014 duidelijk zichtbaar. De voorlopige cijfers stemmen optimistisch. Ik acht aanvullende maatregelen dan ook voorlopig niet

nodig. In de Veteranennota van 2014 zal ik de Kamer opnieuw over de voortgang het scholenproject informeren.

14. Onderzoek naar zelfdoding onder veteranen

Zoals ik heb gemeld in de Veteranennota 2012–2013, heeft een studie uitgewezen dat een beschrijvend onderzoek naar het vóórkomen van zelfdoding onder veteranen haalbaar is. Het onderzoek bevond zich toen in de fase van aanbesteding. Inmiddels is bekend dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) het gaat uitvoeren met gebruikmaking van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De onderzoekspopulatie omvat de veteranen die na 1 januari 2004 in het veteranenregistratiesysteem (VRS) zijn opgenomen of na 1 januari 2004 in Peoplesoft zijn geregistreerd. Het totale bestand bestaat nu uit ongeveer 60.000 personen. Het RIVM zal een statistische correctie uitvoeren om de uitkomsten te kunnen vergelijken met de gegevens uit de algemene bevolking.

Het RIVM zal binnen een jaar haar bevindingen presenteren. Ik verwacht uiterlijk in december 2014 de Kamer te kunnen informeren.

15. Ereschuld- en volledige schadevergoedingsregeling

Volledigheidshalve informeer ik u over de stand van zaken van de ereschuldregeling. De regeling is van toepassing op veteranen die voor 1 juli 2007 invalide zijn geraakt ten gevolge van inzet onder oorlogsomstandigheden of tijdens crisisbeheersingsoperaties en waarbij arbeidsongeschiktheid met dienstverband is vastgesteld. De grondslag voor de eenmalige uitkering is € 125.000. Vervolgens is de hoogte van de uitkering die de invalide veteraan ontvangt afhankelijk van het reeds eerder vastgestelde invaliditeitspercentage.

Per midden september 2013 zijn in het totaal 3870 aanvragen voor een ereschuld uitkering ontvangen. Deze aanvragen hebben geleid tot 2431 uitkeringen en 1524 afwijzingen. Nog 94 zaken zijn in behandeling en worden uiterlijk in 2014 afgehandeld. Naar schatting bedragen de uiteindelijke kosten van de regeling omstreeks € 130 miljoen (exclusief € 96 miljoen loonheffing). Daarmee wordt het oorspronkelijke budget overschreden. Zoals ik bij het notaoverleg van 24 juni jl. heb gemeld, is de overschrijding binnen de begroting van Defensie opgelost.

Voorts werkt Defensie aan een volledige schadevergoedingsregeling voor veteranen die na 1 juli 2007 invalide zijn geraakt ten gevolge van een dienstongeval of dienstverbandaandoening. De regeling beoogt finale kwijting te bieden voor alle hierdoor veroorzaakte schade. Het wetgevingstraject voor de Algemene Maatregel van Bestuur voor deze regeling is onlangs begonnen. Tegelijkertijd wordt in overleg met de centrales van overheidspersoneel een uitvoeringsregeling opgesteld. Ik streef er naar voor eind 2013 te beginnen met de uitvoering. Tot dusver betreft het ongeveer 400 zaken die ik in 2014 en 2015 wil afwikkelen. In de begroting is hiervoor een bedrag van € 7,5 miljoen per jaar gereserveerd.

De Minister van Defensie,
J.A. Hennis-Plasschaert