

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

Projectleider

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 vereenvoudigd 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.
Hoofdstuk I. Inleiding	3
Hoofdstuk II. Het LZV en de veteranenzorg	8
Hoofdstuk III. Bevindingen evaluatie LZV	10
Besturen en faciliteren	11
Veteranenketenzorg	15
Hoofdstuk IV Hervorming langdurige zorg en de mogelijke gevolgen voor het LZV	19
Hoofdstuk V. Conclusies en aanbevelingen	22
Conclusies	22
Aanbevelingen	24
Bijlagen	
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	

Hoofdstuk 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 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 ingesteld¹ 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:

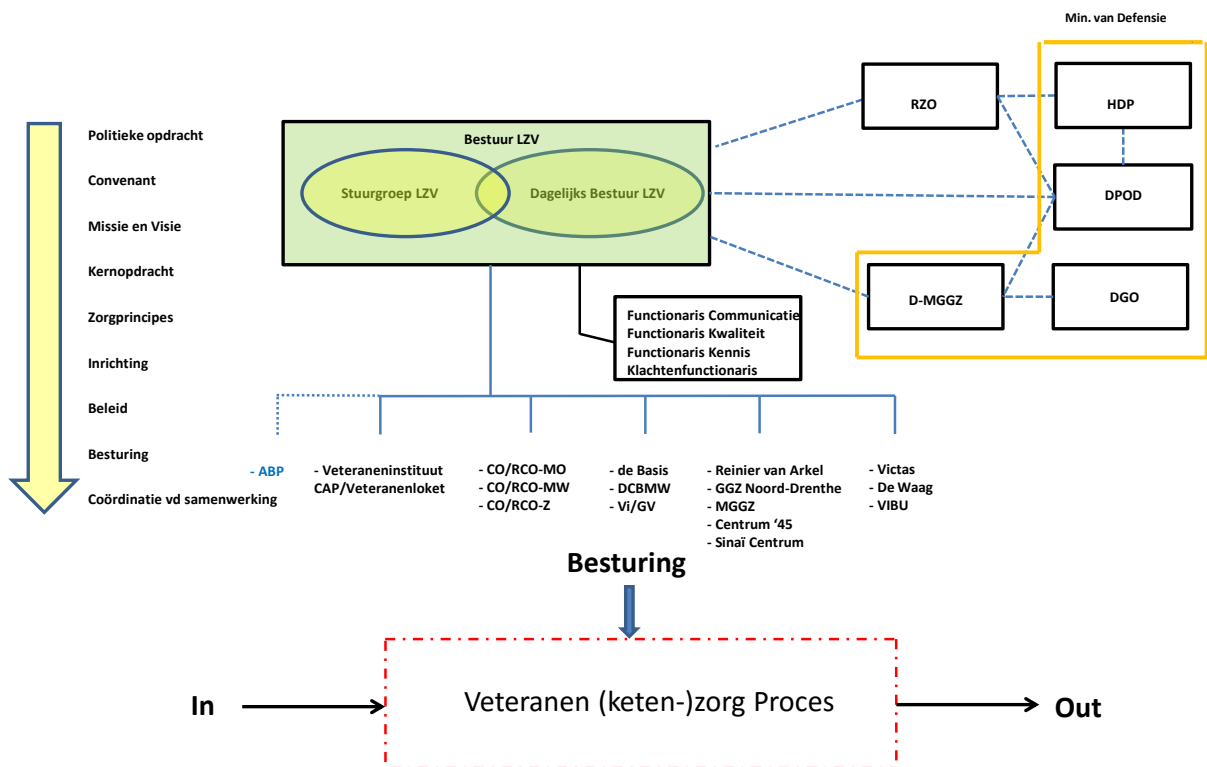
Hoofddlijn 1: het evalueren van de werking van het LZV in relatie tot de oorspronkelijke doelstellingen van het (keten-) zorgsysteem, zoals verwoord in het Convenant van het LZV 2007. Deze evaluatie richt zich vooral op het vaststellen waar het LZV zich anno 2013 in haar ontwikkeling precies bevindt 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 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.

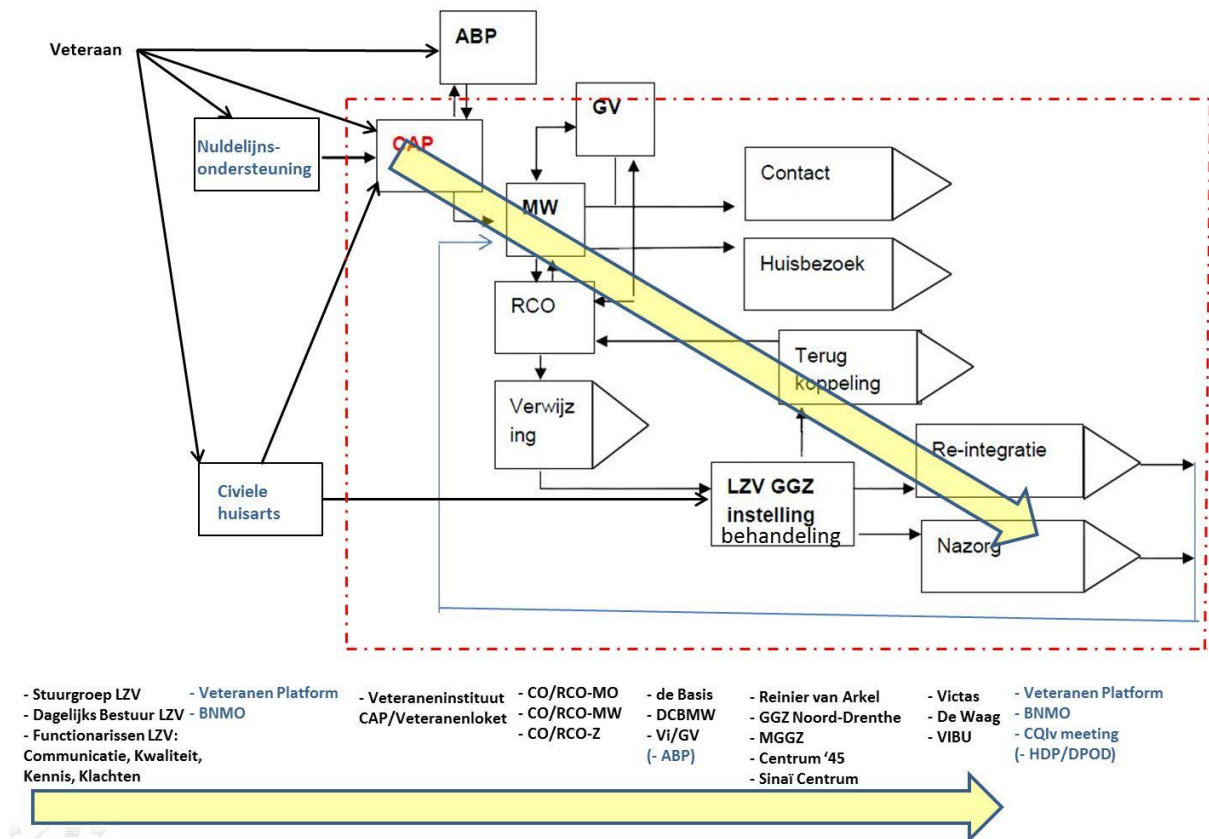
¹ Besluit van de Staatssecretaris van Defensie van 5 juli 2007, nr. P/2007012915

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 onderstaand 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.

Domein Werkgroep Bestuurlijke Aspecten LZV



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 onderstaand 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 Dienstslachtoffers (BNMO) en het Veteranen Platform (VP). Verder zijn de beschikbare uitkomsten van de Consumer Quality Index Veteranenketenzorg² (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 te beoordelen, is inzicht nodig in de (relatie tussen) aanmeldgegevens, de intakegegevens en de

² 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.

diagnostische 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 het 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 het 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 de daarop volgende jaren. Daar wordt in het hoofdstuk IV *Hervorming langdurige zorg en de mogelijke gevolgen voor het LZV* op in gegaan. Het rapport wordt afgesloten met een 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 tenslotte 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 gegaan maar de verkenning daarvan in een afzonderlijk rapportage aan de minister van Defensie uit te brengen.

Hoofdstuk 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 2012³. 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 instellingen⁴, 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 het 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 terzake.

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 fonds en staat voor 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

³ Convenant LZV 2012, bijlage 2.

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

niet alleen 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 geïmplementeerd, 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 uitzending gerelateerde klachten de keuze tussen militaire of civiele hulpverlening.

De tweede lijn omvat gespecialiseerde ambulante en klinische zorg voor veteranen⁵ 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.

⁵ 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 bij 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.

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 en 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 toenmalige organisatie van de GGZ voor militairen en heeft onder andere geleid tot het oprichten van het LZV. In bijlage A is een overzicht opgenomen met de belangrijkste aanbevelingen van prof. dr. 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. dr. 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 plaatsvindt 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 SMART⁶ 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 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 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.

⁶ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

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 ingehuurde 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 te 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 daardoor 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 halen.

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 subsidieverstrekkingen, 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 operationele 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 uitgebracht⁷. Verder is de toepassing van de CQIv en de Steekproef Veteranen Registratie Systeem (VRS)⁸ 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 meer dan nu gebeurt bij elkaar in de keuken te kijken en zo op een systematische basis kennis te delen en onderling begrip en cohesie te vergroten. Het door Defensie beschikbare budget voor wetenschappelijk onderzoek ter verbetering van de zorg, oplopend naar € 500.000 per jaar⁹, 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 halen in de 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 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ Besluit Minister van Defensie van 15 oktober 2013, BS/2013028225 naar aanleiding van RZO advies nr. 15.

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 zorg intensieve, 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 en maakt het proces van verwijzing en verdeling van de in de tweede lijn te behandelen cliënten gevoelig. Deze competitie tussen GGZ instelling 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-behandelde 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 geïmplementeerd 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.

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

Hervorming langdurige zorg

De organisatie van de zorg wordt anders. De bestuurlijke ordening verandert¹⁰, het aanbod wordt transparanter, de financiering wordt anders geregeld¹¹ en de aanspraak op zorg wordt anders ingericht¹². 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 verwijfsfunctie 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.

¹⁰ Decentralisaties AWBZ en jeugdzorg, rol van gemeenten en verzekeraars.

¹¹ Populatiebeposting.

¹² pakketbeheer, kanteling in de WMO).

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 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 en is medeondertekend door 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 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. 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.

Hoofdstuk 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 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 ophanging 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, degelijkheid 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 halen.

Op het gebied van kennis en onderzoek is door een meer afgestemde onderzoeksprogrammering nog winst te halen. 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 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 werklust 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 voor 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 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 nulde lijn tot en met de re-integratie na de gespecialiseerde tweede lijn¹³;
- *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

¹³ Collegiale ondersteuning in het collegiaal netwerk, zorgcoördinatie tijdens de periode in werkelijke dienst, re-integratie dienstongeschikte militairen, nulde lijnsondersteuning, veteranenketenzorg, materiele zorg en re-integratie na behandeling.

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 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.