

**Verkenning van de toekomstige civiel-militaire ketenzorg
Geestelijke Gezondheidszorg en de mogelijkheden
voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg ten behoeve van of
met andere risico-/geüniformeerde beroepen**

19 november 2013



Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek

**Verkenning van de toekomstige civiel-militaire ketenzorg
Geestelijke Gezondheidszorg
en de mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg
ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen**

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 verkennend onderzoek is op verzoek van de Minister van Defensie verricht door de Projectorganisatie Evaluatie Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen 2013

Voorzitter

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

Adviseurs

Dr. L.E. Frank

Drs. A.P.J. Höppener

Rapportage

M. van der Giessen MBA

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

Contactpersoon

MvdGiessen@outlook.com

© 2013 Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek

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

Inhoudsopgave

	pag.
I. Inleiding	4
Opdracht	4
Aanpak	4
Beperkingen van het verkennend onderzoek	5
II. Toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ	7
Beschrijving van de veteranenketenzorg in aanvulling op de rapportage <i>Evaluatie Landelijk Zorgsysteem Veteranen 2013</i>	7
Ontwikkeling van de vraag naar veteraanspecifieke zorg	10
Beeld van de toekomstige inrichting van de GGZ	11
III. Mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen	13
Zorgmodel Politie	13
Vergelijking problematiek veteraan – politiemedewerker	14
Kansen voor mogelijke samenwerking	15
IV. Conclusies en aanbevelingen	18
Toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ	18
Mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen	20
Bijlagen	
A. Conclusies en aanbevelingen Evaluatie LZV 2013	
B. Deelnemers expertbijeenkomsten	
C. Ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van civiele zorg; visie op de toekomstige zorg	
D. Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie	
E. Documentenlijst	
F. Afkortingen	

I. Inleiding

Opdracht

De minister van Defensie heeft de Raad van toezicht en advisering ten behoeve van het civiel-militaire zorgsysteem voor de hulpverlening aan veteranen en het wetenschappelijk onderzoek naar aandoeningen gerelateerd aan uitzendingen (RZO) gevraagd een verkennend onderzoek uit te voeren inzake de toekomstige civiel-militaire veteranenketen Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ) en de mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen. Deze opdracht is aansluitend op de opdracht van de ministers van Defensie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gezamenlijk om het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) in 2013 te evalueren. Om herhalingen te voorkomen wordt voor wat betreft de beschrijving van de huidige veteranenketenzorg en appreciatie van de hervorming van de langdurige zorg verwezen naar de rapportage *Evaluatie Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen 2013* van 19 november 2013. De conclusies en aanbevelingen ervan zijn opgenomen in bijlage A.

Aanpak

De RZO heeft de Projectorganisatie die is belast met de evaluatie van het LZV in 2013, onder voorzitterschap van de voorzitter van de RZO, mevrouw J. L. E. M. W. R. R. Tiesinga-Autsema, tevens belast met het uitvoeren van een verkennend onderzoek inzake de toekomstige civiel-militaire GGZ en de mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen. De Projectorganisatie heeft vervolgens vier deelopdrachten gedefinieerd en voor elke deelopdracht een expertbijeenkomst georganiseerd waarin autoriteiten en deskundigen van binnen en buiten Defensie met een inleiding met elkaar in discussie zijn gebracht. De deelopdrachten waren:

- doe verkennend onderzoek naar de ontwikkelingen op het gebied van de vraag naar veteraanspecifieke zorg;
- breng in kaart de ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van civiele zorg en schets een beeld van de toekomstige zorg;
- doe verkennend onderzoek naar de toekomstige veteranenzorg van Defensie;
- doe verkennend onderzoek naar de mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg.

Voor de lijst van deelnemers aan de expertbijeenkomsten wordt verwezen naar bijlage B. Daarnaast zijn de bevindingen van de Projectorganisatie bij de uitvoering van de Evaluatie LZV 2013 meegenomen in dit onderzoek en andersom zijn de bevindingen van dit onderzoek meegenomen in de Evaluatie LZV 2013.

De opdracht aan de RZO om een verkennend onderzoek uit te voeren naar de toekomstige civiel-militaire veteranenketen GGZ en de mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen is door de RZO uitgewerkt in een verkennend rapport waarvan de opzet in de dit hoofdstuk wordt uitgewerkt. Hoofdstuk II. *Toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ*, moet in samenhang worden beschouwd met de inhoud van de rapportage *Evaluatie Landelijk Zorgsysteem Veteranen 2013*, waarin de toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ wordt beschreven, en

leidt tot een beeld van de gewenste situatie over vijf jaar. Vervolgens worden in hoofdstuk III. *Mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen* de mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen uitgewerkt, met name de mogelijke samenwerking met de Nationale Politie. Ten slotte wordt het rapport afgesloten met hoofdstuk IV. *Conclusies en aanbevelingen*.

Bevindingen 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 aansluitend op de zorgketen; de noodzaak van een Integraal Zorgconcept; de communicatie over- en met- de veteraan in een Veteranenportaal en ten slotte de gewenste inbreng van Defensie bij de interdepartementale afstemming van de (financiering van de) zorg voor bijzondere doelgroepen en de samenwerking daarin met departementen met geüniformeerde beroepen. Voor het LZV gaat het om de operationalisering van het registratiesysteem LZV en de bijdrage aan het tot stand komen van het Veteranenloket.

Beperkingen van het verkennend onderzoek

Om een goede inschatting te kunnen maken van de behoefte aan veteraan-specifieke-zorg is inzicht nodig in de (relatie tussen) aanmeldgegevens, de intakegegevens en de diagnostische gegevens in de tweedelij. In de tweede lijn wordt pas echt vastgesteld wat er mis is met de veteraan. Daarnaast zijn de registratiegegevens van de materiele zorg van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) van belang en, in mindere mate, de re-integratieresultaten van het Diensten Centrum Re-integratie van Defensie (DCR).

Geconstateerd wordt dat bij het LZV deze gegevens om een zorgbehoefte vast te kunnen stellen en een trend te onderkennen momenteel onvoldoende voorhanden zijn mede door het ontbreken van een centraal registratiesysteem LZV.

Om een inschatting te kunnen maken van de ontwikkeling van de zorgbehoefte is ook gekeken naar wat er speelt in aanverwante domeinen en identificeerbare aanverwante doelgroepen in de samenleving. Met de Consumer Quality Index Veteranenketenzorg (CQIV) die is ontwikkeld in opdracht van de RZO wordt de klantervaring in kaart gebracht. 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. De RZO heeft geconstateerd dat zowel tijdens de ontwikkeling van de CQIV als bij de eerste meting met het instrument, er geen uniform LZV beleid geldt met betrekking tot de bescherming van de persoonsgegevens. Dit heeft geleid tot aanzienlijke vertragingen in de dataverzameling en daarmee beschikbaarheid van gegevens.

De zorgbehoefte is verder afhankelijk van politieke beslissingen om militairen uit te zenden en de slipstream aan zorg van toekomstige missies. Alleen Defensie zou een inschatting kunnen maken en beleidsuitspraken kunnen doen over verwachte ontwikkelingen rond uitzendingen (omvang, inzetgebied en risico) maar deze inschatting is niet beschikbaar.

Ook zou gekeken kunnen worden naar hoe de zorg is geregeld en de zorgvraag zich ontwikkelt in andere landen. Tegelijkertijd wordt vastgesteld dat onze veteranenzorg juist een voorbeeld is voor andere landen.

Een ander aspect is de ontwikkeling van het zorgaanbod voor militairen. Deze is net zo afhankelijk van economische factoren en de toenemende zorgvraag (vergrijzing) als in de rest van de samenleving. Er is steeds minder draagvlak voor de financiering van alle vormen van zorg uit algemene middelen en de consequenties zijn nog onvoldoende te voorzien.

Samenvattend, op dit moment kan onvoldoende een beeld worden gegeven van de ontwikkelingen op het gebied van de vraag naar veteraan-specifieke-zorg op langere termijn en reikt de horizon van dit document niet verder dan 2018.

II. Toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ

Beschrijving van de veteranenketenzorg in aanvulling op de rapportage *Evaluatie Landelijk Zorgsysteem Veteranen 2013*

De huidige civiel-militaire veteranenketenzorg vormt de basis voor de beschrijving van de toekomstige civiel-militaire ketenzorg. Het rapport *Evaluatie LZV 2013* is gericht op het functioneren van het LZV en die veteranenzorgaspecten die voor de ministers van Defensie en VWS van belang zijn. De aspecten van de veteranenzorg die het LZV overstijgen en alleen van belang zijn voor de minister van Defensie, komen in deze verkennende rapportage aan de orde.

Financiering van het zorgsysteem

Momenteel wordt de Veteranenwet uitgewerkt in het Veteranenbesluit. Gezien de ontwikkelingen in de zorg is de Veteranenwet voor de veteranen op het juiste moment gekomen. Het is een goede markering van de erkenning en waardering voor de veteraan; en de wet beoogt de zorg te borgen voor veteranen ten opzichte van andere geüniformeerde beroepen en legt de verantwoordelijkheid voor de zorg voor veteranen eenduidig vast. De wet geeft niet aan hoeveel geld de minister van Defensie aan de zorg dient te besteden. Vraag is hoe lang Defensie het huidige voorzieningenniveau binnen de begroting kan handhaven. Om voldoende steun te houden dient Defensie er voor te zorgen dat de huidige aandacht voor veteranen en het goede momentum daarin behouden blijven, en veteranen ook bij andere departementen erkenning voor hun bijzondere positie krijgen. VWS heeft de Veteranenwet mede ondertekend, maar het is niet bekend hoe VWS daar invulling aan geeft. Buiten Defensie zijn er ook andere ministeries met geüniformeerden zoals het ministerie van Veiligheid en Justitie, waarvoor bijzondere vorm van zorg te rechtvaardigen is. Om sterker te staan in de discussie met VWS kan Defensie met deze departementen de gemeenschappelijkheid zoeken en de financiering als één integrale problematiek in het overleg met VWS inbrengen.

Beeldvorming en draagvlak in de maatschappij

Gestreefd moet worden naar draagvlak in de maatschappij om de bijzondere positie van de veteraan in de toekomst te borgen daar waar die in de Veteranenwet prominent wordt benoemd. Om de bijzondere positie van de veteraan te kunnen onderbouwen naar de maatschappij, is het goed dat Defensie zich realiseert wat de groep veteranen zo bijzonder maakt, welke vormen van zorg blijvend moeten worden afgedekt en welke van deze vormen van zorg onderhevig zijn aan draagvlak bij de Nederlandse bevolking en ontwikkelingen in de maatschappij. De bijzondere positie van de veteraan geldt niet alleen voor veteranen, maar ook voor de militairen in het algemeen. Voor de kracht van de argumenten is het verstandig de militair en veteraan samen te nemen en hun positie als één geheel goed te definiëren en weg te zetten. En vervolgens de bijzondere positie van de militair en veteraan te gebruiken in de argumentatie voor het bekostigen van bijzondere zorg. Het beschrijven van de bijzondere positie van de militair door de HDP samen met de bonden vormt daar een onderdeel van. Er is behoefte is aan een overkoepelende communicatiebeleidsvisie en een coherent communicatieplan, waardoor de communicatie uitingen over erkenning, waardering en (na)zorg elkaar aanvullen en versterken. Het Veteraneninstituut (Vi) heeft een belangrijke rol in het communiceren over de zorg voor veteranen met veteranen en zou voor Defensie de centrale regierol in de communicatie naar veteranen, overige stakeholders en maatschappij dienen te vervullen. Ook waar het gaat om de dosering van de hoeveelheid en soort

informatie. In de communicatie naar de maatschappij dient Defensie specifiek te zijn in het waarom van de bijzondere zorg. Geadviseerd wordt aansluiting te zoeken bij groepen waarvan kan worden verwacht dat deze op het gebied van Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) vergelijkbare gevallen kennen en draagvlak hebben. Defensie heeft een eigen en succesvol verhaal om te communiceren. Waar komen we vandaan met de zorg voor veteranen, waar staan we nu in vergelijking met vijf jaar geleden, hoe goed is de zorg in vergelijking met de zorg die andere werkgevers bieden. In de communicatie dient ook aandacht te worden besteed aan wat van de veteraan zelf mag worden verwacht. De wederzijdse verantwoordelijkheid van de veteraan en de organisatie moet duidelijk worden gecommuniceerd. De mogelijkheden van social media dienen ten slotte te worden benut om met name de jonge veteranen te kunnen bereiken.

Verwachtingenmanagement

De verwachtingen van de veteraan over de zorg die Defensie kan bieden dient in overeenstemming te zijn met de mogelijkheden en daarmee het zorgaanbod van Defensie. Het herstellen van de zelfredzaamheid is een belangrijk element dat de Defensie dient te benadrukken bij het faciliteren van zorg aan veteranen. Defensie heeft altijd uitgedragen voor de veteraan te zorgen van de wieg tot het graf. In het verwachtingspatroon van de oude veteraan hoeft niet meer geïnvesteerd te worden, maar wel in de jonge militair vanaf het moment van indiensttreding bij Defensie. De militair doet belangrijk werk maar dat is op een dag klaar. Al die tijd wordt er goed voor de militair gezorgd maar daarna begint een ander leven waarin hij voor zichzelf moet zorgen. Met het nuldelijnsondersteuningssysteem voor veteranen, tot 2016 gefinancierd door het vfonds¹, laten de veteranen zien dat ze bereid zijn zich in te spannen voor elkaar en daarmee minder afhankelijk te zijn van voorzieningen.

Zorg voor de militair in werkelijke dienst en de invloed op de behoefte aan zorg in de fase buiten dienst

De (ontwikkeling) van de zorgvraag van militairen in werkelijk dienst heeft een voorspellende waarde voor de vraag naar veteraan-specifieke-zorg wanneer de werkelijke dienst wordt verlaten, al dan niet met een sluimerende zorgbehoefte of zonder dat de behandeling is afgerond. Het ABP signaleert dat in de fase in werkelijke dienst niet iedereen in de commando- en zorgketen zich voldoende verantwoordelijk voelt voor de coördinatie van zorg. De RZO maakt hieruit op dat zorgcoördinatie binnen Defensie een aandachtspunt is met consequenties voor de zorgvraag aan het LZV en ABP bij de overgang naar de fase buiten dienst en daarna.

Zorgmijders en drop-outs

Het voorkomen dat veteranen zorg mijden kan worden bereikt door alert te zijn op waarom militairen na een/enkele missies vrijwillig vroegtijdig de organisatie verlaten. Zij komen soms na verloop van tijd het ABP binnen omdat ze in de burgermaatschappij vastlopen, vaak vanwege materiele problemen. Ook het DCR dient in de actieve fase alert te zijn op zorgmijders. Het DCR kan niet onbeperkt helpen en soms volgt ontslag op grond van nalatigheid of wangedrag, bijvoorbeeld door het zich onttrekken aan keuringen en/of zorgaanbod. Dit kan leiden tot een zorgbehoefte. Naast het in contact komen met (potentiele) zorgmijders en drop-outs dient er voor te worden gezorgd dat informatie over de mogelijkheden en beschikbare faciliteiten bij hen bekend zijn door informatie over veteranenzorg al in de periode in actieve dienst aan te reiken.

¹ vfonds staat voor het Nationaal Fonds voor Vrede, Vrijheid en Veteranenzorg.

LOK

Lichamelijk Onverklaarbare lichamelijke Klachten, ook wel bekend als Lichamelijk Onverklaarde Klachten (LOK) komt regelmatig voor na uitzendingen. Er zijn verschillende evidence based interventies beschikbaar voor LOK bij niet-militairen. Het betreft dan voornamelijk gedragsmatige interventies. Er mag niet van uitgegaan worden dat deze interventies ook effectief zijn bij militairen en veteranen met LOK. Er is zowel nationaal als internationaal relatief weinig effectonderzoek gedaan naar interventies voor LOK bij militairen en na uitzending bij veteranen. De RZO acht het dan ook wenselijk dat dergelijke interventies worden ontwikkeld en op effectiviteit worden getoetst, bij voorkeur in gecontroleerd en gerandomiseerd onderzoek. Wanneer in de toekomst evidence-based interventies voor LOK na uitzending uit internationaal onderzoek beschikbaar komen, zou het patiëntgebonden onderzoek vanuit Defensie zich ook kunnen richten op implementatie van deze interventies in de zorg voor Nederlandse militairen en veteranen met LOK na uitzending.

Hulpverlening aan vrouwelijke veteranen

Uit gesprekken van de IGK en de voorzitter RZO met vrouwelijke veteranen tijdens werkbezoeken en in het veld komt de vraag naar voren of de nazorg en de hulpverlening aan vrouwelijke veteranen in het LZV voldoende aansluiten bij hun wensen en behoeften. Op dit moment zijn er 7.497 vrouwelijke veteranen bij het ministerie van Defensie in Nederland geregistreerd (VRS, november 2013). Naar schatting is dit 5,8% van de gehele veteranenpopulatie inclusief de actief dienende veteranen. De grootste groepen vrouwelijke veteranen zijn uitgezonden naar Afghanistan en voormalig Joegoslavië. De meeste vrouwelijke veteranen hebben een leeftijd tussen de 18 en 34 jaar en zijn ongehuwd. Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat vrouwen in het algemeen twee keer zo vaak als mannen worden gediagnosticeerd met PTSS, hoewel er ook indicaties zijn dat het seksspecifieke risico op PTSS verschilt per type traumatische gebeurtenis (Street, Voght & Dutra, 2009). Ook blijkt uit deze meta-analyse naar specifieke stressoren onder vrouwelijke militairen die zijn uitgezonden naar Irak en Afghanistan, dat het van belang is seksspecifieke aanpassingsproblemen tijdig te signaleren om nazorg zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgbehoefte van de persoon en chronische aanpassingstrajecten te voorkomen. De onderzoekers concluderen dat er tot nu toe weinig onderzoek is gedaan naar sekseverschillen in gevechtservaringen en consequenties voor de geestelijke gezondheid na militaire uitzending.

Helaas bleek uit dit literatuuronderzoek ook dat uitgezonden vrouwen meer worden blootgesteld aan inter-persoonlijke stressoren tijdens de uitzending, zoals seksueel geweld, seksuele intimidatie en seksspecifiek geweld. Deze stressoren zijn ook van invloed op mannelijke militairen, maar vrouwelijke militairen lopen een hoger risico op deze schokkende gebeurtenissen. Een recente studie laat ook zien dat militair seksueel trauma samenhangt met een verhoogde prevalentie van mentale problemen samen met PTSS (Maguen et al., 2012). Gegeven het feit dat de huidige gezondheidsmodellen grotendeels zijn gebaseerd op de ervaringen van mannelijke militairen is niet uit te sluiten dat vrouwelijke militairen onvoldoende effectieve nazorg krijgen (Yano, 2013). Dit betekent dat de zorgbehoefte van vrouwelijke veteranen waarschijnlijk onvoldoende wordt onderkend en de veranderende rol van vrouwen binnen de krijgsmacht niet wordt erkend.

Samenvatting

Samenvattend ziet de RZO de zorgbehoeften bij veteranen zich verder ontwikkelen, waarbij vroegtijdige signalering van deze zorgklachten van veteranen steeds belangrijker wordt en ook succesvol zal kunnen zijn, dankzij een laagdrempelig professioneel Veteranenloket en een goed op elkaar ingespeeld systeem van nuldelijns ondersteunings- en eerste- en

tweedelijns zorgvoorzieningen. Hiervoor is enerzijds naast erkenning en waardering van de bijzondere positie van de veteraan ook een goede zorgcoördinatie vereist binnen Defensie ten aanzien van materiele en immateriële aspecten, met name bij de overgang van actieve- naar de post-actieve status. Anderzijds dient de opzet van het LZV goed te blijven aansluiten bij de nieuwe opzet van de reguliere GGZ en dient de veteraan daarnaast ook een goed begrip te hebben ten aanzien van de (on)mogelijkheden van de LZV ketenzorg en zich te realiseren dat het herstellen van de zelfredzaamheid van de veteraan een belangrijke doelstelling is van de geboden zorg. Op het gebied van uitzending gerelateerde LOK zou het patiëntgebonden onderzoek zich ook kunnen richten op implementatie van interventies. Gegeven het feit dat de huidige gezondheidsmodellen grotendeels zijn gebaseerd op de ervaringen van mannelijke militairen is niet uit te sluiten dat de zorgbehoefte van vrouwelijke veteranen onvoldoende wordt onderkend en de veranderende rol van vrouwen binnen de krijgsmacht niet wordt erkend.

Ontwikkeling van de vraag naar veteraanspecifieke zorg

Om een beeld te kunnen schetsen van de toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ dient inzicht te bestaan in de ontwikkelingen op het gebied van de vraag naar veteraanspecifieke zorg en het aanbod van de civiele zorg.

Ontwikkeling van de belasting van de eerstelijns- en specialistische zorg

Vroegtijdige signalering van zorgbehoeften bij veteranen 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 (afkomstig van missies na Libanon) zich aanmelden 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 eerstelijns zorg toenemen en daarmee de kosten voor Defensie, maar zal dit waarschijnlijk niet tot een merkbaar stuwmeer van zorgvragen op de korte termijn leiden. Op de middellange termijn zou evenwel een piekbehoefte aan zorg kunnen ontstaan met daarna een structureel lagere zorgbehoefte.

Voor de tweede lijn wordt een toename van aanmeldingen niet verwacht maar wel de noodzaak van verdere specialisatie. De hang naar de militairspecifieke zorg zou in de toekomst af kunnen nemen maar contextkennis blijft essentieel voor een succesvolle behandeling. Daarnaast is de behoefte aan behandelcapaciteit in de toekomst mede afhankelijk van het inzicht in de behandeling zelf, hoe lang met behandeling wordt door gegaan en van het beoogde einddoel. Dat zijn onderwerpen waar het LZV zich momenteel over buigt.

Ontwikkelingen in de civiele GGZ

De organisatie van de zorg verandert de komende jaren en wordt anders dan we die nu kennen. De bestuurlijke ordening wordt anders (decentralisaties Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en jeugdzorg, rol van gemeenten en verzekeraars), het aanbod wordt transparanter (Kwaliteitsinstituut), de financiering wordt anders geregeld (populatiebesteding) en de aanspraak op zorg anders ingericht (pakketbeheer, kanteling in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)). De rol van de ondersteuning door het eigen sociale netwerk wordt veel groter en daarmee het belang van en de druk op ondersteuning vanuit de omgeving van de veteraan (nuldlijn) in de meest brede zin. De gemeentelijke component zal zwaarder gaan wegen. Burgers, dus ook veteranen, worden

gedwongen eerst bij de gemeente zorg te zoeken en te aanvaarden. De politieke verantwoordelijkheid van de minister van Defensie voor de zorg voor veteranen zal mogelijk lastiger gestalte te geven zijn in een systeem waarin lokale bestuurders eigen keuzes maken in de zorg voor veteranen.

De zorgketen begint bij de patiënt. 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 daar mee 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 straks behandeld in de eerste lijn. Alleen stoornissen worden behandeld in de GGZ. Bovendien ligt de nadruk op extramurale zorg.

Voor de details van de ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van civiele GGZ, wordt verwezen naar bijlage C.

Beeld van de toekomstige inrichting van de GGZ

Zoals toegelicht is voor het geven van een beeld van de inrichting van de zorg in een toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ op een termijn langer dan vijf jaren onvoldoende informatie beschikbaar. Het ontbreekt aan een goede ketenregistratie mede als gevolg van een zwak presterend projectmanagement door de extern ingehuurde ICT-partij, en gegevens uit de CQIV en het Steekproefonderzoek VRS zijn nog onvoldoende beschikbaar vanwege discussies over de bescherming van de persoonsgegevens. Ook de politiek bestuurlijke ontwikkelingen zijn te onzeker om daaruit conclusies te kunnen trekken over hun invloed op de zorg over vijf jaar en later. Daarom beperkt de beeldvorming zich tot 2018.

Mogelijk beeld van de toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ

Op grond van het verkennend onderzoek staat de RZO hierbij het volgende beeld voor ogen van een mogelijke civiel-militaire ketenzorg GGZ in 2018.

De integrale visie van Defensie op de veteranenzorg medio 2018 is als onderdeel van het Veteranenbesluit uitgewerkt in een Integraal Zorgconcept Defensie. De zorg voor de veteraan begint in de periode in werkelijke dienst en is ook gericht op het voorkomen van klachten in de periode na de actieve diensttijd. In veel gevallen zal de problematiek van de veteraan buiten dienst al buiten het LZV aan de orde zijn gekomen en is de gemeente al betrokken geweest. Voor Defensie is de nuldelijnsondersteuning voor veteranen een onderdeel van erkenning en waardering en als zodanig ondersteund. De nuldelijn is georganiseerd en heeft zich ontwikkeld tot een betrouwbare partner voor de veteraan en zijn relatie, het LZV, ABP en de gemeenten. Door de infrastructuur van veteranenorganisaties en ontmoetingslocaties is een beroep doen door de veteraan op gemeenschappelijke voorzieningen minder nodig en ook eenvoudiger geworden.

De vroegtijdige signalering van zorgklachten van veteranen wordt steeds belangrijker en is door de lage drempel van het Veteranenloket succesvoller. Steeds meer (jonge) veteranen en gezinnen melden zich met complexe problematiek c.q. meervoudige problemen als gevolg van de hoge inzet en belasting tijdens recente missies. Het aantal meldingen blijft licht stijgen maar veel kan ook in de eerste lijn worden opgelost.

Het cliëntaanbod in de tweede lijn is daarmee niet verder toe genomen maar de zorgvraag vereist wel meer gespecialiseerde zorg. De geboden zorg is landelijk dekkend, deskundig en respectvol, geëigend en goed passend/aansluitend bij de vraag, en gericht op herstel van de zelfredzaamheid en afronding van de behandeling. In de ketenzorg wordt voorzien in acute

zorg en tevens in de behandeling van Lichamelijk Onverklaarbare Klachten (LOK) gerelateerd aan uitzendingen.

In de contractafspraken met zorgaanbieders is afgesproken dat voor veteranen niet alleen de huisarts door verwijst naar de tweedelijns zorg, maar dat ook het Regionaal Coördinatie Overleg (RCO) dat kan doen.

Gedecentraliseerde opstart van de zorg heeft niet geleid tot een beperking in de bewegingsvrijheid naar de landelijke voorzieningen. Voor de uitzending gerelateerde meervoudige problemen van veteranen zijn met het LZV, Defensie en gemeenten protocollen opgesteld. De gemeente heeft belang bij deze samenwerking, omdat deze meervoudige problematiek voor de gemeente lastig is, en is derhalve geholpen met het goede veteranenzorgsysteem. Het LZV en het Veteraneninstituut (Vi) zorgen voor de verbinding tussen het Veteranenloket en de gemeentelijke WMO- loketten in de GGZ, en de informatievoorziening aan deze loketten.

Onder regie van Defensie werkt het hele zorgsysteem van nuldelijn tot en met de gespecialiseerde tweede lijn samen in het vinden en benaderen van zorgmijders en het alert zijn op drop-outs. Het zorgmijdersprobleem wordt systematisch bekeken en alle partijen, ook die voor- en aansluitend op de zorgketen², hebben een signaleringsfunctie.

Voor de communicatie over de veteranenzorg is er een overkoepelende beleidsvisie, een coherent communicatieplan en een centrale regie van Defensie, waardoor de communicatie uitingen over veteranen en de veteranenzorg elkaar aanvullen en versterken en de mogelijkheden van social media optimaal worden benut. Naast communicatie met de veteraan zijn beeldvorming en het verkrijgen van draagvlak voor de veteranenzorg in de maatschappij kernthema's.

Defensie en VWS geven samen invulling aan de Veteranenwet. Defensie draagt bij aan de hervorming van de langdurige zorg en de kwaliteitsverbetering en de uitgavenbeheersing van de curatieve geestelijke gezondheidszorg. VWS erkent het zorgsysteem voor veteranen en geeft daarvoor de middelen en de ruimte.

² Collegiale ondersteuning in het collegiaal netwerk, zorgcoördinatie tijdens de periode in werkelijke dienst, re-integratie dienstongeschikte militairen, nuldelijnsondersteuning, veteranenketenzorg, materiele zorg en re-integratie na behandeling.

III. Mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen.

Ontwikkeling zorgbehoefte andere geüniformeerde beroepen in relatie tot de veteranenzorg

De zorgbehoefte van andere geüniformeerde beroepen ontwikkelt zich enerzijds autonoom in de zin dat de geüniformeerde beroepen hun eigen kleur houden, maar van de andere kant kijkt men naar hoe Defensie het heeft geregeld. Er zijn duidelijke verschillen tussen de departementen ten aanzien van Human Resource Management, wat intern te doen en wat uit te besteden. Ten aanzien van de politie speelt bij het ministerie van Veiligheid & Justitie met name het recente besef van het zijn van risicoberoep en de kostenbeheersing van ‘grijs verzuim’. Ondanks de duidelijke verschillen met Defensie zijn er parallellen in hulpvraag en context van risicoberoepen te onderkennen.

Dit rechtvaardigt gezamenlijk onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen in de zorgbehoefte, en op welke terreinen samen te werken. Ook uit efficiency overwegingen en verdeling van de kosten. Daar komt bij dat onder meer bij de Politie, brandweer en beveiliging een groot aantal ex-militairen werken.

Samenwerking met de Politie

De samenwerking in het zorgaanbod met de andere zwaarmacht van de overheid, de Nationale Politie, ligt als eerste stap het meest voor de hand. Op het moment staat de Nationale Politie ook het meest open voor mogelijke samenwerking in vergelijking tot de brandweer en ambulancepersoneel.

Uitgangspunt is het zoeken naar overeenkomsten en de mogelijkheden van toekomstige ondersteuning of samenwerken op het gebied van GGZ.

Zorgmodel Politie

In het Zorgmodel Politie worden drie domeinen gedefinieerd:

- domein 1: politiemensen zelf in de dagelijkse praktijk; welke problemen spelen er, hoe uiten die zich, wie neemt het waar, hoe wordt er mee omgegaan en waar leidt het toe;
- domein 2: voorportaal van de zorg, mensen die professioneler kunnen kijken wat er aan de hand is en de mensen verder op het zorgspoor kunnen zetten;
- domein 3: feitelijke professionele zorgorganisatie.

Verder zijn er drie modellen ter verbetering ontwikkeld:

- Het Blauwe model: De politie stelt zich verantwoordelijk voor de werk gerelateerde psychische problemen van haar medewerkers, voor de verwijzing naar erkende geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van deze zorg.
- Het Groene model: De politie stelt zich verantwoordelijk voor alle psychische problemen van haar medewerkers, voor het zelf leveren van alle gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van alle geestelijke gezondheidszorg.
- Het Blauwgroene model: De politie stelt zich verantwoordelijk voor alle psychische problemen van haar medewerkers, voor de toegang tot daarbij horende geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van de zorg.

Op het moment is er geen keuze voor een model bekend.

Voor een beschrijving van het Zorgmodel Politie wordt verwezen naar bijlage D. *Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie*.

Vergelijking problematiek veteraan - politiemedewerker

Voor dat een mening kan worden gevormd over een mogelijke samenwerking in de (keten)zorg worden eerst de relevante kenmerken van beide organisaties beschouwd.

Context en Cultuur

In het algemeen verschillen de cultuur en werkzaamheden bij de politie met die bij Defensie. Op straat hoef je niet te winnen maar los je conflicten op, waarmee de politiemedewerker een andere kerncompetentie heeft dan de militair. De politiemedewerker is sociaal in de samenleving geïntegreerd en heeft maatschappelijk engagement. In vergelijking met de militair in een missie leeft bij de politiemedewerker die de straat op gaat niet zozeer het besef dat het weleens de laatste keer zou kunnen zijn. Bij de Politie is er geen sprake van een begin of een eind aan een missie, minder angst voor ernstig letsel of dood, en daarom zijn de procedures daar dan ook niet zo zeer op ingericht. De collegialiteit bij de politie is niet zo geprofessionaliseerd als bij Defensie; de kameraadschappelijke steun van de veteraan wordt bij de politiemedewerker gauw gezien als bemoeizucht. De cultuurverschillen hebben ook een functie. De politiemedewerker moet op straat elke keer weer zijn eigen afweging maken terwijl de militair bij een inzet ook moet kunnen handelen volgens drills. De Koninklijke Marechaussee bevindt zich tussen deze twee culturen in. Het is van belang rekening te houden met de context en cultuur bij de inrichting van een zorgmodel. Cultuuromslag neemt veel tijd.

Vormen van mentale kwetsuren en de aandacht daarvoor

Een incident met evidente traumatische gevolgen vormt voor de politiemedewerker in het algemeen niet het grootste risico. Daar zijn de politiemedewerker en de politieorganisatie professioneel op voorbereid met onder meer BedrijfsOpvangTeams (BOT). Voor de politiemedewerker is het grootste risico het sluipende proces van elke dag weer uitgescholden en bedreigd worden, net zolang tot dat de politiemedewerker het niet meer aan kan als gevolg van de stapeling van 'mentale kwetsuren'. Het ontbreekt de politieorganisatie nog aan een structuur die daar zicht op heeft en op reageert. De Stichting Waardering, Erkenning Politie (Stichting WEP) is bezig met het inrichten van een buddiesysteem in het domein 1. Bij GGZ-klachten speelt het gezin een belangrijke rol maar daaraan wordt door de Politie nog geen aandacht aan besteed. Terwijl bij Defensie het welzijn/welbevinden van het cliëntsysteem integraal onderdeel uit maakt van het professionele bestaan.

Beleid Nationale Politie in het kader van mentale aandacht

Het beleid van de Nationale Politie is nog in ontwikkeling. Het is nog niet duidelijk waar de confrontatie met de gezondheid van de medewerker begint en wat de Nationale Politie nodig heeft om de zorg zo goed mogelijk te organiseren, wat nodig is om daarvoor zelf in huis te hebben en wat extern moet worden betrokken. Uitgangspunt van de Nationale Politie is de zorglijn in te richten vanuit duurzaamheid, en de tijd die daar voor nodig is bepaalt het tempo van de realisatie. Daarbij moet grip worden gekregen op de verantwoordelijkheid voor de zorg en zeker worden gesteld dat deze zorg voorhanden is. Daarvoor is het van belang beschikbare gespecialiseerde kennis te gebruiken en massa in de zorgvraag te creëren. Dat wijkt niet af van de situatie bij Defensie en van het LZV. Momenteel wordt door de Nationale Politie nagedacht over verschillende zorgconcepten. Wat moet de organisatie zelf kunnen bieden, hoe wordt de externe zorg opgezet, hoe worden de eigen hulpverleners scherp gehouden en op welke wijze kan de centrale sturing het best worden ingericht.

De politiemedewerker draagt voor een deel zelf de verantwoordelijkheid voor zijn gesteldheid. De Nationale Politie schat zelf in een eerste-, tweede- en derde lijns³ zorgsysteem nodig te hebben die voor de totale populatie goed werkt. En het begint op de werkvloer om de leidinggevende in staat te stellen de gezondheid voor zijn eigen team te managen.

Voor het 2e en 3e domein wil de Nationale Politie meer de verantwoordelijkheid nemen dan nu mogelijk is en legt de keuze van instellingen waar de politiemedewerker zijn zorg afneemt dwingend op. Als een politiemedewerker kiest voor een zorgverlener waar de werkgever geen verantwoordelijkheid over kan nemen en als werkgever ook niet mee akkoord hoeft te gaan, dan wel op eigen kosten. De Nationale Politie wil de beschikbaarheid van de zorg zeker stellen, niet door alle zorg in eigen huis te hebben maar afspraken te maken met geselecteerde instellingen. De Nationale Politie is voornemens een aantal bedrijfsartsen in dienst nemen en zelf op te leiden op specifieke symptomen, risico's en gespreksvoering om invulling te geven aan dat specifieke deel van een zorgvraag waar een huisarts niet in kan voorzien.

Bedreigingen voor de zorg voor veteranen en politiemedewerkers als gevolg van de vorming van een Nationale Politie en een eventueel geforceerd streven naar integrale zorg

De vorming van de Nationale Politie is onder meer ingegeven door noodzaak tot bezuinigen en streven naar efficiency waarmee politieke en maatschappelijke druk ontstaat om snel te realiseren. Met het risico dat uitgekristalliseerde systemen voor andere doelgroepen door de politiek worden opgedrongen terwijl de Nationale Politie juist de ruimte nodig heeft om alles in eigen tempo te vormen en in te passen. Zo is het zondermeer kopiëren van bijvoorbeeld het LZV voor de ketenzorg van de Nationale Politie in combinatie met de cultuurverschillen allerminst vanzelfsprekend en leidt tot een bedrijfsrisico voor de Politie.

Een en ander geldt ook voor Defensie als zij tot samenwerking worden gedwongen in een tempo en wijze die niet ten goede komt aan de twee organisaties en hun medewerkers. Daarmee is de discussie voor zowel de Nationale Politie als Defensie belangrijk want beiden lopen een zorgrisico maar ook een politiek en financieel risico. De RZO is dan ook van mening dat beide organisaties elk hun eigen weg, eigen vorm en eigen tempo dienen te kunnen kiezen. Anderszins kan ook een apart zorgsysteem voor de Nationale Politie een probleem worden. Met een te klein aanbod ontbreken de mogelijkheden van instellingen om specialistische kennis en veiligheid in huis te hebben. Een substantieel aantal cliënten is ook belangrijk om te kunnen zien waar het fout gaat in de programma's en behandelingen, en wat daarvan te leren valt. Bijvoorbeeld welke restproblemen houden cliënten en daar onderzoek op richten. Substantiële cliëntaantallen maakt het ook mogelijk om wetenschappelijk onderzoek te doen voor het verkrijgen van gespecialiseerde kennis voor verbetering van de behandelpraktijk.

Kansen voor mogelijke samenwerking

Momenteel wordt er reeds op veel aspecten van zorg samengewerkt tussen Defensie en de Nationale Politie, tussen veteranen en politiemedewerkers, of wordt op een zelfde manier gewerkt. Vermenging van de doelgroepen vindt al plaats door de grote groep veteranen die werkzaam is in risicoberoepen buiten Defensie. Het Veteranen Platform, Veteraneninstituut (Vi) en Stichting WEP zoeken de samenwerking in de erkenning, waardering en nuldelijnsondersteuning. In de eerste lijn is De Basis opdrachtnemer van het 24/7 Loket Politie, vergelijkbaar met het Centraal Aanmeld Punt (CAP) voor veteranen. Tweedelijns

³ Bij de Nationale Politie wordt gesproken over eerste, tweede en derde lijn. Bij Defensie over nulde, eerste en tweede lijn.

instellingen hebben zowel veteranen als politiemedewerkers als cliënt. De Psychiatrisch Diagnose Centrum Politiepoli (PPP) is het landelijk verwijzadres voor politiemedewerkers met mogelijk trauma gerelateerde klachten. Psychopol is de eigen zorgorganisatie van de Politie met 27 zorgaanbieders waar getraumatiseerde politiemedewerkers naar verwezen kunnen worden door de bedrijfsarts. Samen een systeem vergelijkbaar met het LZV met dien verstande dat het geen keten vormt.

De eerste- en tweedelijns instellingen in het LZV (met uitzondering van Diensten Geestelijke Verzorging) zien in de verbreding naar andere risicoberoepen, en met name de politie, een kans om gespecialiseerde kennis verder te ontwikkelen en in stand te houden en daarmee in staat te zijn zorg aan te bieden aan beide doelgroepen, rekening houdend met de verschillende contexten en milieus. Individuele behandelingen kunnen zonder probleem binnen één instelling plaatsvinden maar het ligt door cultuur en contextverschillen niet voor de hand groepstherapieën gericht op beroepsgerichte klachten gemengd te geven. Grotere cliëntaantallen versterkt de positie van de instellingen en daarmee versterking van de schakels, en mogelijk uitbreiding van het aantal schakels, in de keten. Substantiële cliëntaantallen geeft ook kansen voor wetenschappelijk onderzoek. Het zou daarom goed zijn als de zorgsystemen voor politiemedewerkers en voor de veteranen zoveel als mogelijk van dezelfde instellingen gebruik maken.

Het LZV is een civiel-militaire ketenzorgorganisatie. Vanwege de verschillen in context en cultuur ligt het niet in de rede om politiemedewerkers gebruik te laten maken van de militaire GGZ. De elementen van het LZV die de zorg ketenzorg maakt zijn met name: (1) de toegang tot de zorg en de begeleiding in (straks) het Veteranenloket; (2) het RCO, waarin de doorverwijzing in de keten plaats vindt; en (3) overkoepelende zaken zoals protocollen voor behandeling, kwaliteitsmanagement, kennismanagement, communicatie, klachtenfunctionaris, enzovoorts. Door de verschillen in cultuur en context van de veteraan en de politiemedewerker ligt het niet in de rede het Veteranenloket en RCO ook in te zetten voor de toegang, begeleiding en (door)verwijzing van politiemedewerkers naar GGZ instellingen. Wel is winst te halen uit het gezamenlijk benutten van de netwerken van instellingen en competenties, en het organiseren van het aanbod van dit soort complexe hulp. Daarmee wordt de zorg voor de politiemedewerker georganiseerd in een model zoals het LZV. Het gebruiken van een en dezelfde concept zodat eenvoudig van elkaars capaciteiten en kennis gebruik gemaakt kan worden, en op het niveau van instellingen leidt tot schaalvergroting in de specialistische zorg. Dat helpt om specialisatie in de GGZ op hoog niveau te brengen en te houden, verstevigt de zorg in de zorgketen van het LZV en de zorg voor de politiemedewerker en de veteraan.

De fasering en het tempo om te komen tot samenwerking is afhankelijk van de mogelijkheden van de twee organisaties en de acceptatie van hun medewerkers. Het LZV is nog in ontwikkeling en pas in 2015 gereed. De Nationale Politie is net gevormd en de politiemedewerkers zijn nog niet toe aan een ander ingericht zorgsysteem. De Nationale Politie en Defensie hebben de ruime nodig om alles in eigen tempo te vormen en in te passen.

Veteranen en politiemedewerkers vormen een bijzondere groep met de noodzaak van een bijzonder zorgsysteem. Het gezamenlijk op trekken daarin maakt de positie van de Nationale Politie en Defensie sterker in de onderhandelingen met VWS over de zorg en de financiering daarvan.

Vervolgstappen in de samenwerking zijn de eigenheid van de organisaties naast elkaar te zetten en bepalen wat beide organisaties bindt; wat heeft Defensie al uit ontwikkeld en wat

moet samen in stand worden gehouden; en vervolgens op welke punten, langs welke weg en het tempo waarin tot samenwerking tussen beiden kan worden gekomen. In een latere fase kan vervolgens gekeken worden naar andere risicoberoepen, zoals brandweer, ambulancepersoneel en andere geüniformeerden.

IV. Conclusies en aanbevelingen

Toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ

Kernvraag voor Defensie over de toekomstige zorg voor veteranen is wat Defensie als werkgever wil doen voor deze populatie en hoe ver Defensie daar in kan gaan. De verantwoordelijkheden van de minister van Defensie zijn op hoofdlijnen vastgelegd in de Veteranenwet. Vraag is waar de minister van Defensie in de uitwerking verder verantwoordelijk voor is of de verantwoording voor zou moeten nemen.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* de reikwijdte van de veteranenzorg en de integrale visie op de veteranenzorg verder uit te werken in het Veteranenbesluit of een Integraal Zorgconcept als afgeleide daarvan. Een mogelijkheid is de RZO te laten adviseren bij het beschrijven van de reikwijdte van de veteranenzorg.

De ontwikkelingen in de GGZ zijn van grote invloed op de veteraanspecifieke ketenzorg. VWS heeft een inspanningsverplichting om mede invulling te geven aan de Veteranenwet. Daarbij gaat het met name om: de financiering van de zorg, de mogelijkheden het huidige zorgsysteem voor veteranen in stand te houden en in de praktijk met de civiele GGZ te verbinden (bijvoorbeeld de verwijzingsfunctie van de RCO); de toegankelijkheid van gespecialiseerde supra regionale zorg te waarborgen; en de eenheid in de zorg voor veteranen om op landelijk niveau keuzes te kunnen maken en instrumenten te hebben om centraal in te grijpen.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* zich in te spannen om wat de afgelopen jaren aan veteranenzorg is opgebouwd stevig te borgen door het belang daarvan breed uit te dragen en dit onderwerp nadrukkelijk deel te laten uitmaken van het interdepartementaal overleg en het overleg met zorgverzekeraars. Het eerder genoemde advies over de reikwijdte van de zorg door de RZO zou daarbij behulpzaam kunnen zijn.

Het is van belang dat de bijzondere positie van de veteraan niet alleen door Defensie wordt herkend en erkend maar ook door andere departementen, de maatschappij en de politiek.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* de positie van de veteraan en de militair samen te nemen en als één geheel te definiëren. Verder om onderbouwd richting de maatschappij, aan te geven wat de militairen en veteranen zo bijzonder maakt, welke vormen van zorg onderhevig zijn aan draagvlak bij de bevolking en ontwikkelingen in de maatschappij, en welke vormen van zorg daarvan beschikbaar moeten blijven. Vervolgens om de bijzondere positie van de militair en veteraan te gebruiken in de argumentatie voor het bekostigen van bijzondere zorg. En ten slotte om met de andere departementen met geüniformeerde beroepen de gemeenschappelijkheid te zoeken en het geheel als één integrale problematiek in te brengen in het overleg met VWS.

De rol van de gemeenten in de zorg wordt groot. Opgemerkt wordt dat de politieke verantwoordelijkheid van de minister van Defensie voor de zorg voor veteranen lastiger vorm te geven is in een systeem waarin lokale bestuurders eigen afwegingen en keuzes maken in de zorg ook voor veteranen.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* de bewustwording van de meerwaarde van het veteranenzorgsysteem voor de veteraan, maar ook voor de gemeente zelf, bij de gemeenten te bevorderen en afspraken over de samenwerking te maken. In de communicatie is daarbij een taak weggelegd voor het Vi ondersteund door het LZV

In de periode in werkelijke dienst is nog winst te halen in het voorkomen dat een zorgvraag meegenomen wordt naar- of alsnog ontstaat in- de periode na het verlaten van de dienst. Dat betreft de coördinatie van zorg door de militaire arts, het verlagen van de drempel tot de zorg door goede informatievoorziening over de zorg en het voorkomen van het mijden van zorg door alert te zijn op oorzaken die daaraan ten grondslag kunnen liggen.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* meer aandacht te besteden aan de coördinatie van de zorg voor de militair, mede in relatie tot de invloed op de zorgbehoefte in de periode na het verlaten van de dienst en het mijden van zorg.

In de periode na de actieve dienst is de problematiek van zorgmijders en drop-outs nog lastiger omdat er als oud-werkgever geen contact meer is maar er wel een verantwoordelijkheid voor bestaat.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* samen met het LZV vroegtijdig alert te zijn op de risico's van zorg mijden, het zorgmijdersprobleem systematisch te bekijken en alle partijen, ook die voor- en aansluitend op de zorgketen⁴, een signaleringsfunctie te geven zodat bij de dreiging van op drift raken de potentiële zorgmijders op tijd worden gesignaleerd en doorgeleid. Defensie zou daarin een initiërende en coördinerende rol dienen te nemen.

Er is zowel nationaal als internationaal relatief weinig effectonderzoek gedaan naar interventies voor LOK bij militairen en na uitzending bij veteranen. Het is wenselijk dat dergelijke interventies worden ontwikkeld en op effectiviteit worden getoetst.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* effectonderzoek naar interventies voor uitzending gerelateerde lichamelijke klachten te bevorderen om te komen tot de implementatie van interventies in de zorg voor Nederlandse militairen en veteranen met LOK na uitzending.

Om de zorg rondom uitzendingen voor Nederlandse vrouwelijke veteranen te kunnen aanpassen ter ondersteuning van een goede voorbereiding, begeleiding tijdens, gezonde terugkeer na de missie en indien nodig nazorg is het van belang door wetenschappelijk onderzoek inzicht te verkrijgen in hoe zij de uitzending als vrouw beleven en welke specifieke behoeften zij hebben in zorg en erkenning. Deze inzichten kunnen bijdragen aan het voorkomen van blootstelling aan trauma, het identificeren van risico- en succesfactoren in de aanpassingen na uitzending die samenhangen met uitzendervaringen en om toegang tot stepped-care te faciliteren om negatieve gevolgen van uitzendingen voor vrouwelijke veteranen zoveel mogelijk te reduceren.

- *de minister van Defensie wordt geadviseerd* in de Onderzoeksagenda Veteranenzorg en Uitzendinggerelateerde Problematiek nadrukkelijk ruimte te maken voor wetenschappelijk onderzoek naar de zorg aan vrouwelijke veteranen rondom uitzendingen. De RZO is voornemens u ten aanzien daarvan in het voorjaar van 2014 nader advies uit te brengen.

Veel onrust onder veteranen over de (materiële/acute) zorg wordt veroorzaakt door te hoge verwachtingen.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* de verwachtingen van de veteranen beter te laten managen. Het gaat dan om verwachtingen van de veteraan op het gebied van de grenzen aan de (materiele) zorg, de eindigheid van de zorg en wat daarbij van hem zelf wordt verwacht.

⁴ Collegiale ondersteuning in het collegiaal netwerk, zorgcoördinatie tijdens de periode in werkelijke dienst, re-integratie dienstongeschikte militairen, nuldelijnsondersteuning, veteranenketenzorg, materiele zorg en re-integratie na behandeling.

Het steunsysteem voor veteranen buiten dienst neemt in belang toe en wordt een onmisbare aanvulling op de hele zorgketen. De nuldelijnsondersteuning is momenteel een soort publiek-private samenwerking. Eind 2015 eindigt de financiering door het fonds van de nuldelijnsondersteuning voor veteranen en dient Defensie de instandhouding zeker te stellen. - *De minister van Defensie wordt geadviseerd de nuldelijnsondersteuning te zien als een bijzondere vorm van erkenning en waardering en deze te stimuleren en zeker te stellen.*

Mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen

De zorgbehoefte van andere geüniformeerde beroepen ontwikkelt zich enerzijds autonoom in de zin dat de geüniformeerde beroepen hun eigen kleur houden, maar van de andere kant kijkt men naar hoe Defensie het heeft geregeld. Ondanks de duidelijke verschillen met Defensie zijn er parallellen in hulpvraag en context van risicoberoepen te onderkennen.

De samenwerking in het zorgaanbod met de andere zwaarmacht van de Overheid, de Nationale Politie, ligt als eerste stap het meest voor de hand.

Veteranen en politiemedewerkers vormen ieder op zich bijzondere groepen met de noodzaak van een bijzonder zorgsysteem. Momenteel wordt er op veel aspecten van zorg samengewerkt tussen Defensie en de Nationale Politie, tussen veteranen en politiemedewerkers, of op een zelfde manier gewerkt.

Ontwikkelen van gespecialiseerde kennis

In de samenwerking in de zorg is veel winst te halen voor de zorg van de politiemedewerkers en veteranen. De eerste- en tweede lijns instellingen in het LZV (met uitzondering van Diensten Geestelijke Verzorging) zien in de verbreding naar andere risicoberoepen en met name de politie, een kans om gespecialiseerde kennis verder te ontwikkelen en in stand te houden en daarmee in staat te zijn zorg aan te bieden aan beide doelgroepen, rekening houdend met de verschillende contexten en milieus. Individuele behandelingen kunnen zonder probleem binnen één instelling plaatsvinden maar het ligt door cultuur en contextverschillen niet voor de hand groepstherapieën gericht op beroepsgerichte klachten gemengd te geven.

Benutten van netwerken van instellingen en hun competenties

Het LZV is een civiel-militaire ketenzorgorganisatie. Van wege de verschillen in context en cultuur van de veteraan en de politiemedewerker ligt het niet in de rede om politiemedewerkers gebruik te laten maken van de militaire GGZ. Door deze verschillen ligt het ook niet de rede het Veteranenloket en RCO in te zetten voor de toegang, begeleiding en (door)verwijzing van politiemedewerkers naar GGZ instellingen. Wel is winst te halen uit het gezamenlijk benutten van de netwerken van instellingen en hun competenties, en het organiseren van het aanbod van dit soort complexe hulp. Daarmee wordt de zorg voor de politiemedewerker georganiseerd in een model zoals het LZV.

Gebruiken van één concept

Het gebruiken van een en hetzelfde concept zodat eenvoudig van elkaars capaciteiten en kennis gebruik gemaakt kan worden op het niveau van instellingen, leidt tot schaalvergroting in de specialistische zorg. Dat helpt om specialisatie in de GGZ op hoog niveau te brengen en te houden, verstevigt de zorg in de zorgketen van het LZV en de zorg voor de politiemedewerker en de veteraan.

Fasering en tempo

De fasering en het tempo om te komen tot samenwerking is afhankelijk van de mogelijkheden van de twee organisaties en de acceptatie van hun medewerkers. De Nationale Politie en Defensie hebben de ruimte nodig om alles in eigen tempo te vormen en in te passen.

Op grond van het bovenstaande komt de RZO tot de volgende aanbeveling.

- *De minister van Defensie wordt geadviseerd* om samen met de Nationale Politie de mogelijke samenwerking concreet uit te werken door de eigenheid van de organisaties naast elkaar te zetten en te bepalen wat beide organisaties bindt, wat heeft Defensie al uit ontwikkeld en wat moet samen in stand worden gehouden en vervolgens op welke punten, langs welke weg en het tempo waarin tot samenwerking tussen beiden kan worden gekomen.

Bijlage A. Conclusies en aanbevelingen Evaluatie LZV 2013

Voor de leesbaarheid 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, diensslachtoffers en hun relaties die er toe doet en ook zeker succesvol mag worden genoemd. De partijen in het LZV zijn er zich van bewust dat zij deel uitmaken van een zorgketen en dat daar inbreng voor nodig is. Dit geschiedt bovendien met gemotiveerde en toegewijde hulpverleners die er nadrukkelijk voor staan de veteraan goede zorg te bieden.

Besturen en faciliteren

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

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

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

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

De externe communicatie van het LZV is van groot belang. Het 'merk' LZV groeit door de specifieke merkwaarden: vertrouwen, 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 behalen.

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

Veteranenketenzorg

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

Momenteel is er sprake van een ander soort tot het zorgsysteem toetredende veteraan, en een ander zorgsysteem/stelsel van voorzieningen, dan enkele jaren geleden voor de intensivering van de veteranenzorg door Defensie. De capaciteit van het LZV is voor het huidige cliëntenaanbod voldoende. Enkele instellingen hebben capaciteit over, maar de kritische minimumaantallen worden nog gehaald. In de eerste lijn zijn de diensten van De Basis, DCBMW en DGV regionaal goed gepositioneerd. In de tweede lijn worden de gebieden in het noorden en het zuiden momenteel relatief minder goed bediend dan in de rest van regio's, maar wordt dit 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 om een gedegen oordeel te kunnen vormen over de effectiviteit van het LZV. En in het verlengde daarvan het registratiesysteem van het Veteranenloket, waarbij ook de behandeluitval dient te worden geregistreerd;*
- *de minister van Defensie om de organisatorische en bedrijfsmatige inrichting alsmede de positionering van het LZV ten opzicht van Defensie te bezien teneinde de positie en ondersteuning van de voorzitter LZV te versterken. Door bijvoorbeeld de organisatie als Bijzondere Organisatie Eenheid binnen Defensie een plaats te geven, waarbij ook het LZV-budget binnen Defensie een neutraler ophanging kan krijgen teneinde het aantal*

speelvelden en daarmee spanningsvelden van de voorzitter LZV te verminderen;

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

Veteranenketenzorg

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

- *het Bestuur LZV* om de afstemming tussen de regio's te bevorderen met onder meer het SPV-overleg en het benutten van de mogelijkheden die de RCO's bieden om de verhoudingen te versterken en van elkaar te leren, en zo aan de kwaliteit te werken;
- *het Bestuur LZV* om kritisch te kijken of de veteranenproblematiek vooral in de eerste lijn kan worden behandeld en voortdurend na te gaan of voortzetting van de tweedelijnsbehandeling nog wel zinvol is;
- *de minister van Defensie* om beleidsmatig en begrotingstechnisch rekening te houden met een toename van de werklast in de eerste lijn en de noodzaak van verdere specialisatie in de tweede lijn;
- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV* om gezamenlijk in overleg met de verzekeraars de financiering van de (crisis) opvang VIBU te borgen;
- *het Bestuur LZV* om de mogelijkheden te onderzoeken hoe het ABP rechtstreeks kan afstemmen met de instellingen en/of mee te laten denken in het opstellen van therapieën waar de materiële component van invloed op is;
- *de minister van Defensie* om de afstemming tussen het ABP, LZV en Defensie te verbeteren door onder meer het benutten van de Regiegroep ABP-LZV-HDP;
- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV* om meer aandacht te geven aan uitzending gerelateerde LOK problematiek en aan de inrichting van een behandeltraject LOK. Daar wetenschappelijk behandelonderzoek aan te koppelen om na te gaan of de behandeling voldoet voor de veteraan;
- *de minister van Defensie en het Bestuur LZV* om meer aandacht te geven aan en de zorg voor de chronisch zieke veteraan;
- *de minister van Defensie* om het initiatief te nemen in het verbeteren van de samenwerking tussen alle partijen die zich bezighouden met het welzijn van de veteraan van nuldelijn tot en met de re-integratie na de gespecialiseerde tweede lijn¹;
- *de minister van Defensie* om daarbij bijzondere aandacht te besteden aan het vinden en benaderen van zorgmijders, en alle partijen die zich bezighouden met het welzijn van de veteraan alert te laten zijn op drop-outs.

Veteranenketenzorg en hervorming langdurige zorg

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

¹ Collegiale ondersteuning in het collegiaal netwerk, zorgcoördinatie tijdens de periode in werkelijke dienst, re-integratie dienstongeschiedte militairen, nuldelijnsondersteuning, veteranenketenzorg, materiele zorg en re-integratie na behandeling.

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

Vervolg

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

Bijlage B: Deelnemers expertbijeenkomsten

Ontwikkelingen op het gebied van de vraag naar veteraan-specifieke-zorg

KOL-arts B.J. Berendsen, Voorzitter LZV

Drs. M. Elands, Senior onderzoeks- en beleidsmedewerker Veteraneninstituut

Mevr. dr. L.E. Frank, Raadslid RZO tevens wetenschappelijk secretaris RZO

Dhr. J. Giesberts, ABP Businessunit Bijzondere Regelingen Defensie

Drs. A.P.J. Höppener, Raadslid RZO

Dhr. H. van de Kamp, Directeur-bestuurder de Basis

Prof. drs. E. Roscam Abbing, auditor Evaluatie LZV 2013

KOL drs. R.A.H. Segaar, Hoofd Uitvoeringsbedrijf Veteranen, Reservisten en Decoraties van de Divisie P&O Defensie

Mevr. J.L.E.M.W.R.R. Tiesinga-Autsema, voorzitter RZO en Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013

Drs. J.M.P. Weerts, Hoofd Kennis- en Onderzoekscentrum Veteraneninstituut

Ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van civiele zorg; visie op de toekomstige zorg.

KOL-arts B.J. Berendsen, Voorzitter LZV

Mr. M.H. Floor, Hoofd van de Afdeling Oorlogsgetroffenen en Herinnering WOII van VWS

BGEN-arts J. de Graaf, Commandant Defensie Gezondheidszorg Organisatie

KTZAR R.W. Hoogland, Hoofd Afdeling Reguliere Militaire Gezondheidszorg van de Defensie Gezondheidszorg Organisatie

VADM b.d. Ir. M.A. van Maanen, Raadslid RZO tevens auditor Evaluatie LZV 2013

Prof. drs. E. Roscam Abbing, auditor Evaluatie LZV 2013

KOL drs. R.A.H. Segaar, Hoofd Uitvoeringsbedrijf Veteranen, Reservisten en Decoraties van de Divisie P&O Defensie

Mevr. J.L.E.M.W.R.R. Tiesinga-Autsema, voorzitter RZO en Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013

Mevr. drs. A.M. Vervaet, Coördinerend beleidsmedewerker geestelijke gezondheidszorg, directie Curatieve Zorg van VWS. In het bijzonder belast met de uitvoering van het Bestuurlijk Akkoord van juni 2012 dat de minister van VWS met de sector heeft gesloten voor de toekomst van de GGZ.

Visie op de toekomstige veteranenzorg Defensie

LGEN A.G. van Ede, Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht / Inspecteur der Veteranen

Mevr. dr. L.E. Frank, Raadslid RZO tevens wetenschappelijk secretaris

SBN H. Itzig Heine, HDP

GENMAJ b.d. jhr. J.H. de Jonge, plaatsvervangend voorzitter NOV en voorzitter DenK; vertegenwoordigt de Gezamenlijke Officieren Verenigingen & Middelbaar en Hoger Burgerpersoneel bij Defensie

VADM b.d. Ir. M.A. van Maanen, Raadslid RZO tevens auditor Evaluatie LZV 2013

Prof. dr. J.W. van der Meer, Raadslid RZO

Mevr. mr. H.C. Mosselman, Directeur Cluster Personeel, Materieel en Vastgoed & Ruimtelijke Ordening van de Directie Beleid van Defensie

GENMAJ b.d. L. Noordzij, voorzitter Veteranen Platform

LKOL J.M.A. Peters, stafofficier Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht / Inspecteur der Veteranen

Prof. drs. E. Roscam Abbing, auditor Evaluatie LZV 2013

KOL drs. R.A.H. Segaar, Hoofd Uitvoeringsbedrijf Veteranen, Reservisten en Decoraties van de Divisie P&O Defensie
LGEN b.d. R. Seijn, voorzitter BNMO
LKOL b.d. drs. S. Springer, secretaris AFMP
Mevr. J.L.E.M.W.R.R. Tiesinga-Autsema, voorzitter RZO en Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013

Mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen.

KOL-arts B.J. Berendsen, Voorzitter LZV
Prof. dr. P. Dekker, Raadslid RZO tevens auditor Evaluatie LZV 2013
Prof. dr. B.P.R. Gersons, Emeritus Professor of Psychiatry AMC University of Amsterdam, Senior Scientific Advisor Arq Psychotrauma Expert Group.
Dhr. J. Haagsma, Directeur Stichting Waardering Erkenning Politie
KOL-arts. J.H. van den Ham, Defensie Gezondheidszorg Organisatie
Hoofdcommissaris G. Huijser van Reenen, Directeur Programma Versterking Professionele Weerbaarheid Politie
VADM b.d. Ir. M.A. van Maanen, Raadslid RZO tevens auditor Evaluatie LZV 2013
Mevr. drs. D. Oldenhof, Directeur HRM Nationale Politie
Prof. drs. E. Roscam Abbing, auditor Evaluatie LZV 2013
KOL drs. R.A.H. Segaar, Hoofd Uitvoeringsbedrijf Veteranen, Reservisten en Decoraties van de Divisie P&O Defensie
Mevr. J.L.E.M.W.R.R. Tiesinga-Autsema, voorzitter RZO en Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013
Mevr. dr. F. Zwenk, senior beleid adviseur IMPACT en binnen Arq programma coördinator van de weerbare organisatie

Bijlage C: Ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van civiele zorg; visie op de toekomstige zorg.

Hervorming van de langdurige GGZ en organisatie van de civiele curatieve GGZ

Opmerking vooraf.

Over de hervorming van de langdurige zorg, waaronder de GGZ (gefinancierd uit de AWBZ) wordt nog overlegd gevoerd met de Kamer en belanghebbende partijen. Gesproken wordt over de hoofdlijnen waarbij veel zaken nog niet vast staan en definitieve antwoorden niet kunnen worden gegeven. Ook over de veranderingen in de GGZ (gefinancierd uit de ZVW) vindt overleg met de Tweede Kamer plaats, bijvoorbeeld over de invoering van de generalistische basis GGZ.

Achtergrond.

De hervorming van de langdurige zorg is opgenomen in het Regeerakkoord en onder hoge tijdsdruk tot stand gekomen, mede vanwege de slechte financiële situatie van Nederland. 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 jeugd; en de Zorgverzekeringswet (ZVW) die gericht is op het genezen of het voorkomen van het verergeren van een medisch probleem. Met name de eerstelijnszorg is hierbij van belang.

De regering heeft drie ambities om het stelsel van langdurige zorg te herzien: het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

Degenen die een beroep willen doen op ondersteuning of zorg worden aangesproken op wat zij samen met hun sociale omgeving kunnen doen. Deze houdt voor gemeenten in dat zij als overheid nog meer naast de burger moet gaan staan. Voor zorgaanbieders betekent deze hervorming dat zij meer mens- en buurtgericht gaan werken. Van zorgverzekeraars/zorgkantoren wordt verwacht dat zij samenwerken met gemeenten en meer verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van de zorg in instellingen. Ten slotte, van de samenleving als geheel vraagt deze hervorming meer betrokkenheid en zorg voor elkaar.

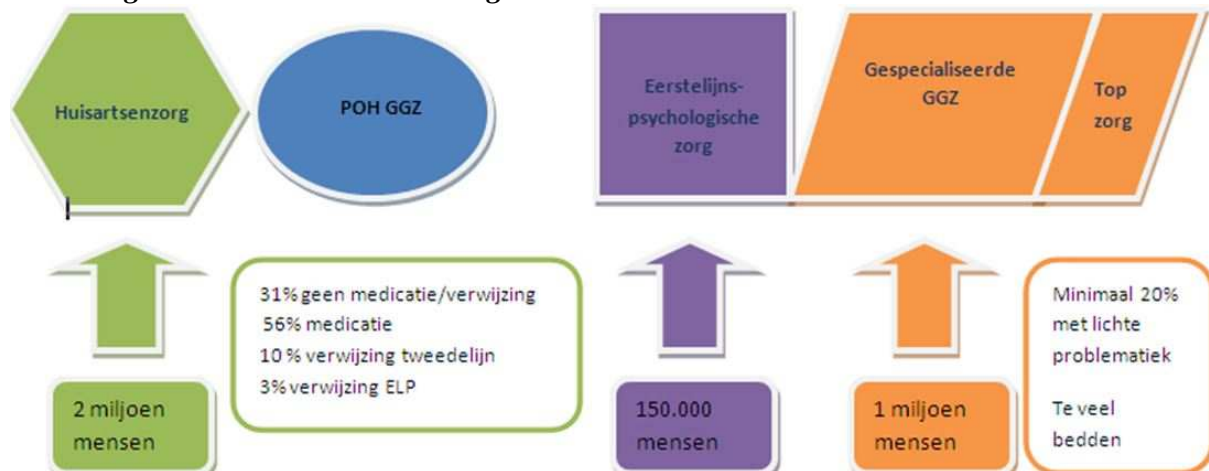
Het terugtreden van de Rijksoverheid betekent een immense decentralisatie van de zorg en ondersteuning naar de gemeenten. Naar verwachting vindt over 10 jaar de ondersteuning van de zorg alleen nog binnen gemeenten plaats. De volgorde van zorg verlenen is eerst oplossen in de ondersteuning en daarna beroep doen op zorg. Tegelijkertijd wordt het aantal gemeenten teruggebracht. Eerste ambitie is te komen tot grotere spelers die dichter staan bij de burger en de ondersteunings-/zorgvraag. Verschillende gedefinieerde groepen krijgen verschillend gedefinieerde arrangementen aangeboden in de (clustering van) gemeenten. Uitdaging is de gemeenten zo te positioneren dat ze deze taken op zich kunnen nemen en de mogelijkheden van de zorgverstrekking ten volle wordt benut. Tweede ambitie is ondersteunings-/zorgvraag onderling en in samenhang binnen de samenleving te regelen. Inzet van kleine verbanden van familie en kennissen voor eenvoudige vormen van zorg. De eigen verantwoordelijkheid van de mensen vormgeven: zo dicht mogelijk bij huis, zo weinig mogelijk geïnstitutionaliseerd en zo weinig mogelijk intramuraal. Derde ambitie is de kosten te beheersen zodat de uitgaven

AWBZ in 2017 gelijk zijn aan die in 2012. Dus geen afbouw van de uitgaven maar deze stabiliseren.

Dit leidt tot een gelaagdheid waarbij op het laagste niveau wordt gezocht naar arrangementen die door mensen zelf zijn bedacht en gereorganiseerd, en door gemeenten worden ondersteund. Gemeenten en zorgverzekeraars werken vervolgens samen op het gebied van specifieke zorgvragen door deze op de juiste manier zo laag mogelijk in de zorgketen te organiseren. De veranderde zorgfilosofie, -organisatie en -financiering grijpen op elkaar in en maken het tot een complex geheel. Tegelijkertijd is de organisatie van het binnenlands bestuur in beweging waardoor de synchronisatie tussen al deze bewegingen lastig is. De schaalvergroting van de gemeenten is niet per definitie voordelig, ook nu wordt al samengewerkt tussen gemeenten. Een grotere gemeente betekent niet automatisch dat de afstand tot de burger wordt verkleind. Maar betekent wel een toename van de bestuurskracht en de financieringsmogelijkheden, en maakt het realiseren van arrangementen eenvoudiger. Een van de doelen is dan ook de kracht in de samenleving te mobiliseren en daarmee het centraal geregelde deel in stand te kunnen houden. De gemeenschapszin moet worden ontwikkeld. Goede communicatie naar de burgers is voordelig voor succes. Nederland is in deze een gidsland vanwege de bijzondere constructie van onze zorgwet. Voordeel voor de veteranen is dat hun onderlinge solidariteit al goed is ontwikkeld.

Het voorliggende bestuurlijk akkoord voor de curatieve GGZ uit de ZVW heeft betrekking op het lopende en het komende jaar. Veel deelakkoorden zijn al gesloten met ziekenhuizen, huisartsen en medisch specialisten. Maar het voorliggende akkoord is het meest inhoudelijke akkoord vanuit de achtergrond van de financiering. Basis van het akkoord is met de veldpartijen afspraken te maken hoe de uitgavegroei in de GGZ te beperken, de zorg kwalitatief beter te maken en tegelijkertijd de uitgaven te beheersen. Gestreefd wordt naar een reële uitgavegroei tot 2,5% per jaar in de curatieve GGZ. Tegelijkertijd zijn inhoudelijke ontwikkelingen in gang gezet.

De huidige keten GGZ ziet er als volgt uit:



Op het moment heeft de huisarts onvoldoende tijd voor het geven van de noodzakelijke aandacht aan een patiënt met psychische problemen. Om de huisarts te ondersteunen is in 2008 de mogelijkheid ingevoerd tot praktijkondersteuning GGZ. De huisarts kan b.v. de hulp inroepen van een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV). Deze ondersteuning is beperkt in tijd. De praktijk is dat een huisarts over het algemeen niet veel doet aan psychische klachten anders dan het voorschrijven van medicatie of doorverwijzen.

De eerstelijns psychologische zorg is niet bedoeld voor de behandeling klachten maar alleen van stoornissen, en is geregeld in de ZVW. Het aantal cliënten in de eerste lijn is relatief klein.

In de tweede lijn is het aantal cliënten juist heel groot. Uit onderzoek blijkt dat daarvan minimaal 20% een lichte problematiek heeft.

Waar gaan we naar toe:



De keten begint niet bij huisarts maar bij juist bij de patiënt. 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 huisartsenzorg versterkt. De praktijkondersteuning GGZ van de huisarts wordt verbeterd. De huisarts wordt beter in staat gesteld klachten en stoornissen te herkennen en zelf klachten te behandelen. Alleen stoornissen worden behandeld in de GGZ.

De volgende stap is het invoeren van de Generalistische Basis GGZ dat een deel van de patiënten uit de nu tweede lijn overneemt. Zorgverleners in Generalistische Basis GGZ kunnen bovendien consulten inroepen van een psychiater/psycholoog om maar zoveel mogelijk in de Generalistische Basis GGZ te kunnen behandelen. Daar is de financiering op afgestemd.

Verwijzing:



Verwijzing begint bij de screeningstools van de huisarts om te bepalen ‘zelf behandelen’, ‘hoe behandelen’, ‘doorverwijzen’ en in dat geval naar de of de Generalistische Basis GGZ of de

Gespecialiseerde GGZ. Daar komt geld voor en kan flexibel worden ingezet. Ook wordt de beschikbaarheid van de Praktijk Ondersteuner Huisartsenpraktijk (POH) voor de huisarts vergroot. De keuzevrijheid van de patiënt blijft in de basis overeind. De patiënt kiest zijn huisarts en daarmee ook de POH van de huisarts.

Voor Generalistische Basis GGZ worden objectieve criteria opgesteld:



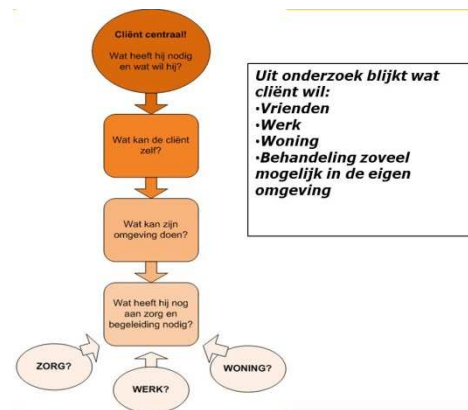
De grondslag van de bekostiging van de tweede lijn is behandelingstijd (tijdschrijven). In de Generalistische Basis GGZ daarentegen wordt gewerkt met vier vaste producten met vaste bedragen. Daarbij komt het 'Product 1. Kort' het meest overeen met de huidige eerstelijnszorg.

Ambulantisering:

Binnen het bestuurlijk akkoord vindt naast de verschuiving van de 2^e naar 1^e lijn ook een verschuiving plaats van intramurale naar meer extramurale zorg. En sluit daarmee aan op de Hervorming van de Langdurige Zorg.

Het aantal van nu 30.000 bedden in de GGZ gaat terug naar 20.000 bedden. Maar niet alleen de afbouw van bedden maar ook er voor zorgen dat goede zorg beschikbaar is. Daarvoor wordt gebruikt gemaakt van de FACT¹ teams in de GGZ. Deze teams zijn deskundig en altijd beschikbaar, maar is een zwaar instrument.

De opzet van het Landelijk Zorgsysteem Veteranen (LZV) is eigenlijk het antwoord op de behoefte om FACT teams voor veteranen te hebben, maar dan landelijk. De schaalomvang van de veteranenpopulatie is te klein voor FACT teams. FACT vereist wijk- of gemeente gericht werken. Al de hiervoor genoemde ontwikkelingen zijn bij het LZV vertaald in de landelijke coördinatie in het LZV. Alleen zet het LZV voor het bezoeken van de patiënten maatschappelijk werkers in.



Hoofdbehandelaarschap:

Discussie wordt nog gevoerd over het hoofdbehandelaarschap en wie dan de diagnose mag

¹ Functie Assertive Community Treatment. Multi disciplinair team. Met behulp van de FACT-methode wordt aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) zorg én behandeling in de eigen omgeving verleend. Hierdoor kunnen ook ernstig ontregelde psychiatrische cliënten zelfstandig in de wijk wonen

stellen in de Generalistische Basis en de Gespecialiseerde GZZ (b.v. alleen psychiater of klinisch psycholoog).

Deze disciplines zijn ruim beschikbaar bij de instellingen van het LZV en heeft vooralsnog geen gevolgen voor het LZV.

Bijlage D: Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie

Prof. dr. Gersons is op grond van zijn ervaring sinds 1980 opgedaan bij de Politie in 2005 benaderd om een blauwdruk van een zorgmodel voor Defensie te ontwerpen en heeft geleid tot het document 'Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen'. In 2011 is hij vervolgens door de Politie benaderd ook voor de Politie een zorgmodel te ontwerpen en heeft geleid tot de 'Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie'. De onderzoeksvraag was: krijgen politiemedewerkers de ondersteuning en psychische zorg die ze nodig hebben? Daarvoor zijn zowel kwantitatieve gegevens over psychische problematiek en zorggebruik nodig als kwalitatieve gegevens.

Net als toentertijd bij Defensie ontbreken bij de Politie goede gegevens. De Politie heeft binnen de organisatie geen eigen GGZ-deskundigheid. Uit het onderzoek kwam naar voren dat jaarlijks 3% van de politiemedewerkers naar een psycholoog in de eerste lijn gaat. Bijna 5% krijgt behandeling vanuit de GGZ. In totaal krijgt dus zeker 8% van alle politiemedewerkers ieder jaar psychische hulp. Dat is hoger dan het landelijke gemiddelde. Het daadwerkelijke zorggebruik is voor een deel onzichtbaar omdat het via de huisarts gaat. Ook is de zorgbehoefte hoogstwaarschijnlijk groter maar wordt niet ingevuld door de vele horden die moeten worden genomen totdat een politiemedewerker professionele zorg ontvangt. 1% van de 8% gaat door naar de Psychopol (eigen zorgorganisatie van de Politie met 27 instellingen, vergelijkbaar met het LZV). Bovendien gebruikt 30% van de cliënten van de Politie poli psychofarmaca en is daarmee gewoon aan het werk.

Een 'laptop-onderzoek' heeft veel informatie opgeleverd. Uit het onderzoek zijn drie domeinen naar voren gekomen:

Domein 1: politiemensen zelf in de dagelijkse praktijk; welke problemen spelen er, hoe uiten die zich, wie neemt het waar, hoe wordt er mee omgegaan en waar leidt het toe.

Domein 2: voorportaal van de zorg, mensen die professioneler kunnen kijken wat is er aan de hand en de mensen verder op het zorgspoor kunnen zetten.

Domein 3: Feitelijke professionele zorgorganisatie.

Domein 1

In domein 1 wordt aandacht gegeven aan de politiemedewerker, hoe het met hem is en hoe verder in de gaten te houden. Politiemedewerkers gaan samen op stap maar kennen elkaar onvoldoende. De laatste jaren is er sprake van steeds meer individualisering in de maatschappij en ook binnen de Politie. Het oude systeem van optreden van de Politie had het risico van ongewenste groeps culturen. Individualisering geeft flexibiliteit in het rooster van de politiemedewerker ten gunste van het privéleven maar ook de mogelijkheid van concentratie van inzet. Van de andere kant kennen ze elkaar minder en letten minder op elkaar. Overigens hoef je elkaar niet goed te kennen om op elkaar te kunnen letten, maar dat moet je wel leren. Ook moet geleerd worden hoe op te treden als het met een collega niet goed gaat. Over het algemeen spreekt men bij de Politie meer over elkaar dan met elkaar. De politiemedewerker is er zich over het algemeen onvoldoende van bewust dat de veiligheid van iedereen afhankelijk is van iedereen. Het zou goed zijn om bij aanvang van de dienst even met elkaar stil te staan bij of het goed gaat en dat ook na de dienst weer te doen. Een ander noodzakelijk stuk bewustzijn is dat psychische problemen normaal zijn en bij iedereen af en toe voorkomt. Als dat bewustzijn er is dan hoef het niet voor de collega's te worden verhuuld terwijl het toch wel gemerkt wordt.

Domein 2

De aandacht van de huisarts voor de psychische klachten van de politiemedewerker is vaak onvoldoende en schrijft vaak psychofarmaca voor. De zorgketen die de Nationale Politie

voorziet moet daarom concurreren met de huisarts voor betere zorg en casuïstiek. Bij de voorliggende problematiek is het bedrijfsmaatschappelijk werk het meest betrokken en pakt het voor de politiechefs op. Echter, één bedrijfsmaatschappelijk werker staat voor 5.000 politiemensen en moet zich bovendien bewijzen als niet-politieman. Veel maatschappelijk werkers zijn zo lang bij de Politie dat ze geen zicht meer hebben op de problematiek in de breedte. Van de andere kant wordt maatschappelijk werk ge-outsourced aan maatschappelijk werkers die het bedrijf onvoldoende kennen en juist te veel aan de buitenkant zitten. De kritische massa in het tweede domein is dus te klein en de kennis onvoldoende. Het is een vlechtwerk van goede bedoelingen. Men wil graag maar heeft nauwelijks bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor het hele terrein. Daarmee lopen zowel de politiemensen als de mensen op straat een risico. Voorstel is dan ook het tweede domein te versterken met psychologen, die geen eigen behandelingen gaan doen maar hun kennis breed inzetten. De coördinatie op landelijk niveau wordt dan verzorgd door een aparte coördinator die geen politiemedewerker is.

Domein 3

Met Psychopol is geprobeerd een aantal instelling te binden waarvan de kwaliteit is geborgd. Psychopol kent 27 organisaties rijp en groen door elkaar heen. Optie is om het LZV te combineren met Psychopol. De zorgaanbieders in het LZV hebben de juiste kwaliteit waarbij politiemedewerkers via Psychopol worden doorverwezen en de behandeling wordt betaald. Betere hulpverlening is mogelijk door de zorg beter in te richten. Er zijn drie modellen ter verbetering ontwikkeld:

- Het Blauwe model: De politie stelt zich verantwoordelijk voor de werk gerelateerde psychische problemen van haar medewerkers, voor de verwijzing naar erkende geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van deze zorg.
- Het Groene model: De politie stelt zich verantwoordelijk voor alle psychische problemen van haar medewerkers, voor het zelf leveren van alle gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van alle geestelijke gezondheidszorg.
- Het Blauwgroene model: De politie stelt zich verantwoordelijk voor alle psychische problemen van haar medewerkers, voor de toegang tot daarbij horende geestelijke gezondheidszorg en voor de vergoeding van de zorg.

De keuze voor een model hangt samen met hoe breed of smal de politieorganisatie zich verantwoordelijk stelt voor de psychische problematiek van haar medewerkers. Het is aan de minister hoeveel verantwoordelijkheid hij vindt dat de Politie moet dragen voor het psychisch welbevinden van haar medewerkers. De Blauwdruk en de gegeven voorbeelden zijn gebaseerd op de oude organisatie van de Politie met 26 korpsen. Met de Nationale Politie wordt een andere koerst ingezet. Met centraal beleid in de commandostructuur kan nu meer worden afgedwongen. Het is allemaal overzichtelijker geworden.

Bijlage E. Documentenlijst

Ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van civiele zorg; visie op de toekomstige zorg.

- Kernvragen Ontwikkelingen op het gebied van het aanbod van civiele zorg; visie op de toekomstige zorg; Projectorganisatie Evaluatie LZV 2013, 28 mei 2013
- Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ, kenmerk 117090-103676-CZ; VWS, 17 mei 2013
- Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst, kenmerk 114352-103091-LZ; VWS, 25 april 2013
- Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg (bijlage bij Kamerbrief met kenmerk 114352-103091-LZ); VWS, 25 april 2013

Mogelijkheden voor toekomstige samenwerking in de ketenzorg GGZ ten behoeve van of met andere risico-/geüniformeerde beroepen.

- Blauwdruk Mentale Zorglijn Politie; ARQ Psychotrauma Expert Group, december 2012
- PTSS bij de politie-een beter beeld, 16 jaar politiepoli, 1000 gebruikers; Politieacademie, 2013
- COGISCOPE 0113 Ingrijpende verbeteringen mentale zorg voor de politie; COGIS, januari 2013
- Brochure gebruikers LZV; LZV, juni 2011

Visie op de toekomstige civiel-militaire ketenzorg GGZ, de toegevoegde waarde van het LZV

- Visie op LZV zorg – Succesvol Samenwerken 2012-2015; LZV, april 2012
- Van inrichting naar evaluatie: kwaliteit als fundament; LZV, februari 2013

Bijlage F: Afkortingen

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

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

