



Evaluatie veteranenbeleid

Utrecht, juni 2011

Opdrachtgever:
Veteraneninstituut

Financiering:
Veteraneninstituut

Projectleiding:
Dr. B. van Wijngaarden

Projectuitvoering:
Dr. B. van Wijngaarden
Drs. F. van Hoof

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Immateriële veteranenzorg	6
2.1. Beleid - maatregelen en voorzieningen	6
2.2. Aandachtspunten - signalen vanuit politiek en praktijk	8
2.3. Informatiebehoeften - wensen met betrekking tot transparantie	9
2.4. Suggesties voor kernindicatoren en potentiële databronnen	12
3. Materiële veteranenzorg	17
3.1. Beleid - maatregelen en voorzieningen	17
3.2. Aandachtspunten - signalen vanuit politiek en praktijk	18
3.3. Informatiebehoeften - wensen met betrekking tot transparantie	20
3.4. Suggesties voor kernindicatoren en potentiële databronnen	21
4. Conclusies en aanbevelingen	24
4.1. Bevindingen op hoofdlijnen	24
4.2. Aanbevelingen met betrekking tot kernindicatoren en databronnen	26
4.3. Overige voorwaarden voor een transparant veteranenbeleid	29

Bijlage 1 Bronnen

Bijlage 2 Geraadpleegde personen

1. Inleiding

Eind december 2010 verzocht het Veteraneninstituut het Trimbos-instituut om de uitvoering van een kort evaluatieonderzoek naar het veteranenbeleid van het Ministerie van Defensie. Het onderzoek diende zicht te bieden op de transparantie van het veteranenbeleid, in het bijzonder op de transparantie van de beleidsresultaten van de afgelopen vijf jaar op het terrein van de veteranenzorg. Aanleiding tot dit verzoek was de intensivering van het veteranenbeleid zoals die de afgelopen periode heeft plaatsgevonden. Deze beleidsintensivering heeft onder andere bij de Tweede Kamer de behoefte opgeroepen aan informatie over de wijze waarop het beleid uitpakt in de praktijk.

Onderzoeksvragen en onderzoeksaanpak

In dit rapport wordt verslag gedaan van het evaluatieonderzoek. De leidende vragen voor het onderzoek luiden:

1. Wat waren in de afgelopen periode (2005-2010) de belangrijkste ingrediënten en doelstellingen van veteranenbeleid, in het bijzonder van het beleid met betrekking tot de veteranenzorg?
2. Welke vragen leven er met betrekking tot de resultaten van dit beleid?
3. Welke informatiebehoeften vloeien voort uit het beleid en uit de actuele vragen omtrent de beleidsresultaten?
4. Welke informatie is reeds beschikbaar over deze resultaten?
5. Voor zover informatie over beleidsresultaten nog niet beschikbaar is, wat is nodig om in de toekomst wel in die informatie te kunnen voorzien?

Voor de beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van een analyse van een scala aan schriftelijke bronnen, waaronder de beleidsnotities van het Ministerie van Defensie, kamerstukken, beleidsnotities van andere relevante spelers in het veld van de veteranenzorg, onderzoeksrapporten en inspectierapporten. Daarnaast is een korte raadplegingsronde gehouden bij een aantal sleutelfiguren in het beleidsveld van de veteranenzorg. De geraadpleegde personen vertegenwoordigen gezamenlijk het brede scala aan partijen dat bij de veteranenzorg betrokken is, waaronder veteranen zelf, hun naasten, zorgverleners en onderzoekers en beleidsmakers. In de bijlagen wordt een overzicht gegeven van respectievelijk de geraadpleegde schriftelijke bronnen en de geraadpleegde personen.

Reikwijdte van het onderzoek

Het evaluatieonderzoek heeft plaatsgevonden in de periode januari - maart 2011. De relatief korte tijdsperiode die voor het onderzoek beschikbaar was, maakte het noodzakelijk om scherp binnen de grenzen van de bovenstaande onderzoeksopdracht en onderzoeksvragen te blijven. Dat impliceert onder andere dat er geen inhoudelijke praktijkevaluatie heeft plaatsgevonden van de uitvoering en de uitwerking van het veteranenbeleid. Een dergelijk evaluatie zou een veel omvattender en langduriger (praktijk)onderzoek vergen. Het rapport maakt geen totaalanalyse van de kwaliteit van het beleid of de beleidsuitvoering. Het concentreert zich nadrukkelijk op een analyse van de *transparantie* van het beleid en van de beleidsresultaten.

Een en ander neemt niet weg dat (signalen en oordelen over) specifieke aandachtspunten, knelpunten en mogelijke verbeterpunten in het beleid veelvuldig in de schriftelijke bronnen en in de gesprekken aan de orde zijn geweest, en ook in dit rapport de revue zullen passeren. Deze signalen zullen in dit rapport echter niet worden benut voor een beoordeling van het beleid als zodanig, maar als input voor de analyse van *de informatiebehoeften* met betrekking tot de praktische uitvoering en de resultaten van dat beleid.

Opbouw van het rapport

In de veteranenzorg en in het beleid met betrekking tot de veteranenzorg worden doorgaans twee hoofdlijnen onderscheiden: de immateriële zorg en de materiële zorg. De twee hoofdlijnen vormen tevens de rode draad in dit rapport. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het beleid met betrekking tot de immateriële veteranenzorg. Dat betreft de zorg voor veteranen die kortere of langere tijd na uitdiensttreding te maken krijgen met medische, psychische of sociale problemen, die verondersteld worden mede verband te houden met ervaringen en gebeurtenissen tijdens het dienstverband c.q. tijdens uitzending¹. In hoofdstuk 3 komt het beleid met betrekking tot de materiële veteranenzorg aan bod. Daarbij gaat het om rechten, regelingen en procedures met betrekking tot re-integratie van en invaliditeitsuitkeringen aan veteranen die langdurige of blijvende fysieke of psychische schade ondervinden van ervaringen en gebeurtenissen tijdens het dienstverband c.q. tijdens de uitzending.

In elk van de beide hoofdstukken wordt allereerst een korte schets gegeven van het beleid zoals zich dat de afgelopen periode ontwikkeld heeft en van de maatregelen en voorzieningen die in het kader van dat beleid getroffen zijn. In een volgende paragraaf wordt een korte inventarisatie gemaakt van signalen vanuit politiek en praktijk van specifieke aandachtspunten, knelpunten en mogelijke verbeterpunten. De inventarisatie wordt gevolgd door een analyse van de informatiebehoeften zoals die voortkomen uit het beleid als zodanig en uit de aandachtspunten zoals die vanuit politiek en praktijk naar voren zijn gebracht. De beide hoofdstukken sluiten af met suggesties voor de formulering van een aantal kernindicatoren voor de beleidstoetsing op het betreffende beleidsterrein en met een verkenning van potentiële gegevensbronnen.

In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste bevindingen uit de beide hoofdstukken kort samengevat en worden aanbevelingen voor de toekomst op een rij gezet. De informatievoorziening is ook daarbij wederom het kernthema, maar ook zullen - op geleide van de signalen die daarover met name in de raadplegingsronde zijn afgegeven - enkele slotopmerkingen worden gemaakt over meer algemene randvoorwaarden voor een transparant en breed gedragen veteranenbeleid.

Definitie en populatie

Een laatste toelichting vooraf. Het ministerie van Defensie verstaat onder veteraan: alle gewezen militairen met de Nederlandse nationaliteit die het Koninkrijk hebben gediend in oorlogsomstandigheden of daarmee overeenkomende situaties, inclusief vredesmissies in internationaal verband. Met nadruk wordt hierbij inbegrepen het personeel van het voormalig Koninklijk Nederlands Indisch Leger (KNIL) en het

¹ Zorg voor nog dienden militairen komt alleen zijdelings aan bod, voor zover relevant in het kader van de evaluatie van de zorg voor veteranen.

vaarplichtig koopvaardijpersoneel uit de Tweede Wereldoorlog. De definitie heeft dus betrekking op militairen die de dienst verlaten hebben. Er zijn echter voor-nemens om de definitie te verbreden en in de toekomst ook de nog actief dienende militairen die op uitzending zijn geweest de veteranenstatus te verlenen.

Anno 2010 telt Nederland naar schatting 110.000 veteranen. Daartoe behoort een oudere groep die nog betrokken is geweest bij Nederlandse militaire operaties in de Tweede Wereldoorlog, voormalig Nederlands-Indië of Nieuw-Guinea (circa 55.000 personen). Daarnaast is er een in doorsnee jongere groep veteranen die betrokken is geweest bij diverse recente en minder recente vredesoperaties in internationaal (doorgaans VN-)verband (circa 55.000 personen).

Over de beschikbare informatie met betrekking tot het aantal van deze 110.000 veteranen dat tot de potentiële of feitelijke clientèle van de veteranenzorg behoort, wordt in het vervolg van dit rapport verslag gedaan.

2. Immateriële veteranenzorg

2.1. Beleid - maatregelen en voorzieningen

In het vorige hoofdstuk signaleerden we dat in de afgelopen jaren een intensivering van het veteranenbeleid heeft plaatsgevonden. Ankerpunt daarbij is de Veteranennota 2005, waarin een groot aantal beleidsvoornemens aangaande de veteranenzorg werd geformuleerd. Deze betroffen erkenning en waardering, en de immateriële en materiële zorg voor dienende militairen, veteranen en militaire dienstslachtoffers. In deze evaluatie wordt ingegaan op beide laatste onderwerpen. In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de immateriële veteranenzorg, waarbij ook de immateriële zorg voor dienende militairen en dienstslachtoffers wordt aangestipt. In het volgende hoofdstuk wordt het beleid ten aanzien van de materiële veteranenzorg besproken.

De beleidsintensivering rond de immateriële zorg voor militaire dienstslachtoffers bevatte de volgende beleidsdoelen:

- Toegang tot maatschappelijke hulpverlening, in casu de Maatschappelijke Dienst Defensie (MDD). Dit hulpaanbod wordt tot na de dienstverlating voortgezet.
- Toegang tot de Militaire GGZ indien daaraan behoefte bestaat.
- Uitbreiding van de capaciteit voor het casemanagement voor dienstslachtoffers.

Bij deze doelstellingen werd geen streefdatum geformuleerd. Het streven was wel om het grootste deel van deze doelstellingen (samen met de doelstellingen rond materiële zorg en erkenning en waardering) in 2006 te realiseren binnen de beschikbare financiële en personele kaders.

Wat betreft de Geestelijke gezondheidszorg voor militairen en veteranen werden de volgende doelen geformuleerd:

- De zorg per uitzending wordt gestandaardiseerd voor elke deelnemer van die uitzending, gebaseerd op een krijgsmachtbrede visie op de militaire GGZ. De kenmerken van de missie zijn daarbij bepalend.
- Een gestandaardiseerde bijdrage vanuit de militaire GGZ aan de zorg voor de militair en het thuisfront, voor tijdens en na de uitzending. Waar mogelijk wordt deze zorg verbeterd.
- Er wordt een gestructureerd civiel-militair zorgsysteem opgericht voor veteranen met psychische problemen, waarbinnen de meest geëigende vorm van zorg en begeleiding kan worden geboden. In dit zorgsysteem nemen militaire en civiele partners deel die door de verschillende disciplines een fijnmazig netwerk vormen voor de hulpbehoeftige veteraan.
- Er komt één organisatie voor de Militaire GGZ.
- Onderzoek naar de zorgontwikkeling binnen de Militaire GGZ krijgt een duidelijke plaats en wordt verder ontwikkeld.

Ook voor deze doelstellingen gold geen streefdatum, wel het streven om het grootste deel van deze doelstellingen in 2006 te realiseren binnen de beschikbare financiële en personele kaders.

Bij deze doelstellingen werd opgemerkt dat het beleid voor oude veteranen in zijn algemeenheid toereikend was, maar dat er ten aanzien van de jonge veteranen behoefte was aan een duidelijke zorgvisie. Voor deze zorgvisie was advies gevraagd

aan Prof. Dr. B.P.R. Gersons, hoogleraar psychiatrie aan de UvA. Dit advies, 'Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheid voor militairen en veteranen' vormde de bouwstenen voor deze nieuwe zorgvisie, gebaseerd op het zogeheten 'kringenmodel', waarin sprake is van getrapte zorg, beginnend bij lotgenotencontact en ondersteuning vanuit het eigen netwerk tot gespecialiseerde 2^e lijns GGZ zorg. Hierbij was het doel om medicalisering van problemen te vermijden en deskundigheid zo gericht mogelijk in te zetten (Gersons, 2005).

Het advies van professor Gersons betrof onder meer de zorg rond uitzendingen, dat wil zeggen:

- *Voor de missie* een groepsgewijze voorlichting en training gericht op verhoging van psychische weerbaarheid en het herkennen van symptomen, een groepsgewijze voorlichting aan het thuisfront, een screening op medische en psychosociale problematiek, en bijstand door geestelijk verzorgers en maatschappelijk werk.
- *Tijdens de missie* het meezenden van een zorg- en hulpverlenersteam (ook een psycholoog) voor het signaleren en behandelen van eventuele problemen, en het eventueel repatriëren van de militair, alsmede het informeren en begeleiden van het thuisfront.
- *Na terugkeer* een debriefing en voorlichting over symptoomherkenning, 6-9 weken na terugkeer een terugkeergesprek, 6 maanden na terugkeer het toezenden van een nazorgvragenlijst, diagnostiek en behandeling in geval van problemen en het informeren en begeleiden van het thuisfront.

Met deze zorg rond uitzending zou de kans op het optreden van (ernstige) psychische en psychosociale problemen kunnen worden verkleind.

Wat betreft dienende militairen zou de geestelijke gezondheidszorg moeten worden verzorgd door de militaire GGZ. Een veteraan zou in principe in de civiele GGZ moeten worden behandeld, maar zou ook (naar eigen keuze) gebruik mogen maken van de militaire GGZ. Zowel in de civiele als militaire GGZ zouden zorgprogramma's en zorgprotocollen moeten bestaan voor PTSS, lichamelijke onverklaarbare klachten (LOK), middelenmisbruik en aanpassingsstoornissen, de meest voorkomende problematiek bij veteranen. De kwaliteit van deze GGZ zorg zou moeten worden geborgd door het werken met evidence based behandelingen, het aanbieden van stepped care en het bieden van transparantie.

Omdat veteranen zowel gebruik van de civiele als militaire GGZ kunnen maken, stelde Defensie zich tot doel te komen tot een flexibel en gestructureerd zorgsysteem. Dit zorgsysteem zou het gehele 'kringenmodel' moeten beslaan, variërend van geestelijke verzorging, en maatschappelijk werk tot gespecialiseerde 2^e lijns traumazorg, zowel civiel als militair, het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen. Het Centraal Aanmeldingspunt (CAP) van het Veteraneninstituut zou hierbij de eerste opvang van veteranen met een zorgvraag moeten verzorgen. Een multidisciplinair indicatieteam zou de juiste zorg voor de veteraan moeten bepalen (Gersons, 2005).

In de jaren die volgden werden deze beleidsvoornemens uitgewerkt. Dit leidde in 2007 tot de vorming van het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen, waarin naast de door Defensie verzorgde geestelijke verzorging, maatschappelijk werk en militaire GGZ, 17 andere partijen op het gebied van specialistische geestelijke verzorging, maatschappelijk werk en verslavingszorg deelnamen. In 2008 werd deze samenwerking vastgelegd in een convenant. Dit convenant werd in 2010 vernieuwd. Sinds

2007 zijn er enige wisselingen in het aantal deelnemende instellingen geweest. Op het moment heeft het LZV 16 deelnemers. Doel van het LZV is het leveren van maatwerk vanuit een herkenbare en geborgde kwaliteit, in principe zo dicht mogelijk bij huis, variërend van enkelvoudige behandelingen tot topklinische zorg.

Voor de bewaking van de kwaliteit van het zorgsysteem werd in 2007 de Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek geïnstalleerd (RZO). Het doel van deze onafhankelijke raad is de civiel-militaire hulpverlening voor veteranen verder te verbeteren en daar waar nodig aanwijzingen tot verbetering te geven. De RZO bevordert de samenwerking tussen de betrokken partijen en adviseert de staatssecretaris van Defensie gevraagd en ongevraagd over alle genoemde onderwerpen.

2.2. Aandachtspunten - signalen vanuit politiek en praktijk

Er bestaat zowel in de politiek als in de praktijk veel waardering voor de ontwikkeling van de immateriële zorgverlening voor militairen en veteranen in de afgelopen jaren. Dat blijkt onder andere uit de verslagen van de jaarlijkse kamerdebatten over de Veteranennota's. Dat blijkt ook uit de gesprekken die ten behoeve van deze evaluatie met betrokkenen zijn gevoerd. Er is veel werk verzet en veel gerealiseerd, zo luidt de algemene opinie. Maar er zijn ook vragen en kanttekeningen.

Vragen en kanttekeningen vanuit de praktijk hebben betrekking op uiteenlopende aspecten van het functioneren van de veteranenzorg. Zo worden signaleren afgegeven over lange wachttijden, een nog niet optimaal werkende keten ('telkens weer je verhaal moeten vertellen'), voortijdige uitval, een tekort aan specifieke kennis binnen de keten en soms ook een tekort aan empathie in de bejegening. Ook zijn er signalen dat een aanzienlijk deel van de veteranen die hulp nodig hebben niet door het LZV zouden worden bereikt.

Niet duidelijk is echter hoe deze signalen exact moeten worden geduid. Komen ze voort uit afzonderlijke incidenten of duiden ze op algemenere tendensen en tekortkomingen? Ook is niet duidelijk in welke mate het functioneren van de veteranenzorg op deze onderdelen afwijkt (in positieve dan wel negatieve zin) van bijvoorbeeld de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

Kanttekeningen vanuit de politiek haken enerzijds aan bij de signalen vanuit de praktijk, maar hebben daarnaast betrekking op het gebrek aan gegevens en informatie om die signalen op hun waarde te kunnen schatten. In de veteranennota's van de afgelopen wordt adequaat verslag gedaan, zo luidt het, van het beleidsproces sinds 2005: de herstructurering van de militaire gezondheidszorg, de vorming van het LZV, de rol het CAP, de instelling van een zorgloket, de invoering van het PTSS protocol en de voorbereiding van een Kaderwet Veteranen. Over de resultaten van dit proces en van deze maatregelen wordt naar het oordeel van de Tweede Kamer echter nog onvoldoende gerapporteerd. Daarbij wordt onder andere gedacht aan resultaten in termen van bereik, capaciteit, gebruik, doorstroom, kwaliteit en kosten van de veteranenzorg.

Het ontbreken van deze informatie wordt niet alleen in de politiek als een gemis ervaren, het leidt er soms ook tot dat het debat over de immateriële zorg voor ve-

teranen binnen zowel als buiten de Tweede Kamer wordt beheerst door casuïstiek. Incidenten worden soms ook breed uitgemeten in de media, waarbij de suggestie wordt gewekt dat er veel mis is met (de zorg voor) veteranen. Dat doet de beeldvorming van de zorg en van het Ministerie geen goed. Goede informatievoorziening zou enerzijds die beeldvorming kunnen corrigeren en anderzijds een beter zicht kunnen geven op structurele knelpunten versus incidentele problemen.

Er bestaat, kortom, een brede behoefte aan informatie over de beleidsresultaten die tot nu toe zijn bereikt. Overigens worden vanuit de praktijk en de politiek ook andere, meer inhoudelijke aandachtspunten aangedragen. Die aandachtspunten hebben onder andere betrekking op de brede, maatschappelijke inbedding van het veteranenbeleid, de betrokkenheid van andere sectoren en departementen bij het beleid, en de zorg voor en re-integratie van veteranen die met blijvende problemen te kampen hebben. Ook wordt in bredere zin aandacht gevraagd voor het realiseren van een communicatieve en interactieve cultuur rondom het veteranenbeleid. In het slothoofdstuk komen we kort op deze inhoudelijke aandachtspunten terug. In dit hoofdstuk gaan we eerst nader in op de informatiebehoeften rond de immateriële veteranenzorg.

2.3. Informatiebehoeften - wensen met betrekking tot transparantie

Uit de documentenanalyse en uit de gesprekken met sleutelfiguren komt een aantal informatiebehoeften met betrekking tot de immateriële veteranenzorg naar voren. Die informatiebehoeften zijn in vijf categorieën te verdelen.

1. Informatie over de omvang van de potentiële doelgroep.

Een goede beoordeling van de kwaliteit van het veteranenbeleid en de immateriële veteranenzorg vraagt om informatie over de omvang en achtergronden van de potentiële doelgroep van die zorg. Er zijn echter weinig cijfers bekend over de omvang van de groep veteranen die ernstige psychische en/of psychosociale klachten heeft. In 1997 werd een onderzoek onder 3500 veteranen van vredesoperaties uitgevoerd (Bramsen, 1998). Met behulp van een vragenlijst werd de gezondheidstoestand onderzocht. Uit dit onderzoek bleek dat 20% van de veteranen aangaf dat zij op enig moment na terugkeer in een of andere vorm moeite hadden om zich aan te passen aan de situatie in Nederland. Verder bleek dat 5% ernstige (PTSS) problemen had. In hoeverre deze cijfers betrouwbaar zijn en heden ten dage nog kloppen, is onbekend. Ten eerste was erin dit onderzoek sprake van zelfrapportage in een vragenlijst. De vraag is of er daarbij sprake was van een over- of onderrapportage. Ten tweede was er sprake van non-respons waarbij het de vraag is of degenen die niet repondeerden juist degenen waren met ernstige klachten. Ten derde was het onderzoek een momentopname. Uit de ervaring van de maatschappelijk werkers van het CAP blijkt dat veteranen soms lang wachten voordat zij hulp zoeken en dat een deel van hen deze klachten trachten te ontkennen. Klachten komen dus soms pas na langere tijd na beëindiging van het dienstverband aan het licht. De vragenlijst zou dergelijke gevallen kunnen hebben gemist.

In een recenter onderzoek werden 479 veteranen onderzocht die in 2004 naar Irak waren uitgezonden (Engelhard, 2007). Zij werden vijf maanden na terugkeer aan de hand van een vragenlijst en een diagnostisch interview op PTSS onderzocht. Het

bleek dat PTSS bij 3,5% voorkwam. Overigens merkt de onderzoeker zelf op dat sommige militairen pas functionele beperkingen ontwikkelen als ze niet meer bij Defensie werken, en dat dit percentage wellicht hoger ligt.

De genoemde onderzoeken illustreren dat er weliswaar zeer globale indicaties zijn, maar dat een scherp, compleet en geactualiseerd beeld van de omvang en achtergrond van de doelgroep ontbreekt.

2. Informatie over de feitelijke en gewenste capaciteit van de immateriële veteranen­zorg.

Informatievragen worden ook gesteld over de feitelijke en benodigde capaciteit voor de immateriële veteranen­zorg. Op de achtergrond van deze vragen spelen signalen dat in de praktijk blijkt dat specialistische instellingen soms een capaciteitsprobleem hebben, terwijl perifere instellingen relatief weinig verwijzingen krijgen. Ook wordt gesignaleerd dat de zorg voor veteranen soms in handen is van een beperkt aantal behandelaren, waardoor deze zorg kwetsbaar wordt. Het wegvallen van een behandelaar kan dan betekenen dat de veteranen­zorg niet kan worden verstrekt en dat een veteraan om deze reden in de reguliere GGZ terecht komt.

Speciaal aandacht bij capaciteitsvragen is de afbakening van gespecialiseerde veteranen­zorg versus reguliere zorg. Veteranen ontvangen zorg via een LZV-aanmelding, maar ook via aanmelding door een huisarts. Zorg wordt geboden door een bij het LZV aangesloten instelling maar ook door andere instellingen. En de zorg is soms specifiek toegespitst op de specifieke context van de veteranen, soms niet. Het meest praktisch lijkt het om de capaciteitsvragen toe te spitsen op de zorg in een LZV-instelling, binnen het kader van (c.q. na aanmelding via) het LZV, daarbij nadrukkelijk bovenstaande kanttekening in acht nemend.

Wat betreft de *benodigde* capaciteit spelen ook andere factoren een rol, waaronder de omvang van de potentiële doelgroep (zie hierboven), de bekendheid met het zorgsysteem, de toegankelijkheid ervan en de mate van 'outreach'. Onder meer door het Veteraneninstituut wordt veel informatie verstrekt over het LZV en PTSS, bijvoorbeeld in vaktijdschriften en in factsheets. Uit het online Veteranenpanel van het Veteraneninstituut blijkt dat inmiddels 70-75% van de veteranen van het LZV heeft gehoord, 55-60% van het CAP en 72-81% van de gespreksgroepen van de Basis (Veteranenpanel, 2010). In totaal 16-17% van de veteranen had geen enkele weet van het zorgsysteem. In de raadplegingsronde voor deze evaluatie wordt echter ook gesignaleerd dat de outreach naar diegenen die mogelijk met problemen te kampen hebben, vooralsnog beperkt ontwikkeld is. Wanneer de kennis over het zorgsysteem en de outreachende activiteiten vanuit dat systeem toenemen, is het aannemelijk dat meer veteranen met problemen zich zullen aanmelden en een beroep zullen doen op de capaciteit van het LZV.

Een andere factor die een rol speelt bij de vraag naar de benodigde capaciteit is tijdsverloop tussen uitzending en het optreden van klachten. Een deel van de PTSS of LOK klachten openbaart zich pas na jaren. Dit blijkt onder meer uit de jaarverslagen van het Veteraneninstituut. Degenen die zich bij het CAP voor hulp melden, zijn voor een belangrijk deel afkomstig van missies die al lang geleden hebben plaatsgevonden, zoals Libanon en voormalig Joegoslavië. De indruk bestaat echter dat deze trend aan het kantelen is. In 2010 is het aantal ISAF-veteranen dat zich

bij het CAP meldt ongeveer verdubbeld ten opzichte van 2009 (mail Veteraneninstituut, 2011). Wellicht speelt hierbij een rol dat ook de zorg op locatie zich heeft ontwikkeld en dat tegenwoordig eerder over traumatische ervaringen en gemakkelijker over psychische klachten wordt gesproken. Het toegenomen aantal aanmeldingen van ISAF-veteranen doet in ieder geval vermoeden dat er een toename van de zorgvraag zou kunnen ontstaan en dat zich in het algemeen fluctuaties in de vraag naar zorg zullen voordoen, ook los van de omvang van de psychische problematiek.

3. Informatie over het gebruik van en patiëntenstromen in de immateriële veteranenzorg.

Tot de aandachtspunten die vanuit politiek en praktijk worden aangekaart behoren het gebruik van en het functioneren van de ketenzorg binnen het LZV. Voor een goede beoordeling en verdere beleidsontwikkeling op deze onderdelen is er behoefte aan informatie over patiëntenstromen en in het bijzonder over aanmeldingen, wachttijden, doorverwijzingen (ook naar instellingen buiten de LZV), uitval en afgesloten behandelingen. Gegevens over patiëntenstromen leveren informatie op over de werking van de keten en kunnen bijdragen aan antwoorden op de vraag of iedereen de juiste zorg krijgt op het juiste moment en op de juiste plaats. De betreffende gegevens kunnen ook bijdragen aan een gefundeerde inschatting van de benodigde capaciteit.

Voor een deel zijn bovengenoemde gegevens over zorggebruik al voorhanden. Zo is er een goed overzicht van het aantal veteranen dat bij het CAP wordt aangemeld, de aard van hun problematiek, het aantal doorverwijzingen naar het LZV, het aantal aanmeldingen per missie, etc. Ook wordt sinds 2007 bij de instellingen bijgehouden hoeveel veteranen in het kader van het LZV worden behandeld. Laatstgenoemde registratie is volgens een eigen rapportage van het LZV echter voor verbetering vatbaar, met name op de onderdelen compleetheid, betrouwbaarheid, uniformiteit en praktische uitvoerbaarheid (Beleidsdocument LZV, 2010). Aan deze genoemde verbeteringen wordt momenteel gewerkt.

4. Informatie over de kwaliteit van de immateriële veteranenzorg.

Vanuit de politiek en praktijk bestaat behoefte aan informatie over doelgroep, (benodigde) zorgcapaciteit en zorggebruik, maar ook aan objectieve en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de immateriële veteranenzorg en over de meerwaarde van het LZV in deze. In aanzet is die meerwaarde gelegen in de specifieke kennis en in een adequate toeleiding. De deelnemers in de keten hebben kennis van de specifieke positie en problematiek van veteranen, wisselen die kennis uit en passen deze toe in zorg, behandeling en bejegening. Daarnaast wordt de keten geacht bij te dragen aan een adequate zorgcoördinatie en aan een efficiënte en klantvriendelijke toeleiding naar de meest geëigende zorg, zowel immaterieel als materieel (Convenant LZV, 2010). In de gespreksronde wordt ook gesignaleerd dat het LZV een nog zeer jong samenwerkingsverband is. In die zin is de totstandkoming van een kwalitatief hoogstaand zorgsysteem voor de immateriële veteranenzorg ook een ontwikkelingsproces, dat mede afhankelijk is van de inbreng van de afzonderlijke deelnemende instellingen. Aan die ontwikkeling werd en wordt, onder coördinatie van het bestuur, voortvarend gewerkt, bijvoorbeeld in de vorm van harmonisering van diagnostiek en behandeling en scholingsprogramma's van medewer-

kers. Een beter zicht op de resultaten en de voortgang daarin wordt zowel vanuit de politiek als de praktijk echter wenselijk geacht.

De kwaliteit van zorg zoals die vanuit het LZV wordt geboden, wordt bewaakt door toezichthouder RZO. De RZO vervult deze functie tot dusverre voornamelijk op grond van kwalitatieve informatie. Dat leidt tot dusverre tot een positief oordeel. Vooralsnog zijn echter geen kwantitatieve gegevens voorhanden die dit oordeel kunnen staven en op grond waarvan uitspraken kunnen worden gedaan over de meerwaarde van het LZV in termen van cliëntenoordelen of behandeluitkomsten (ook in vergelijking met reguliere zorg).

5. Informatie over de financiering van en uitgaven aan immateriële veteranenzorg. Goede veteranenzorg vraagt tot slot om adequate en afdoende financiering. Met het oog op transparante afwegingen rond deze financiële aspecten van het veteranenbeleid en van de immateriële veteranenzorg is er behoefte aan informatie over die financiering en over de (ontwikkeling van de) uitgaven aan de immateriële veteranenzorg. Complicerende factor daarbij is dat die financiering vanuit meer bronnen afkomstig is. Feitelijk wordt slechts een klein deel bekostigd door het Ministerie van Defensie, in het bijzonder de kosten voor het in stand houden van het netwerk (deze kostenpost wordt ook in de jaarlijkse veteranennota's opgenomen). Het grootste deel van de uitgaven aan immateriële veteranenzorg komt voor rekening van de Zorgverzekeringswet c.q. de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De omvang van deze uitgaven is niet bekend. Overigens zal bij pogingen om hier meer zicht op te krijgen opnieuw rekening moeten worden gehouden met de noodzaak van een heldere afbakening van de veteranenzorg versus reguliere zorg aan veteranen.

2.4. Suggesties voor kernindicatoren en potentiële databronnen

In de vorige paragraaf zijn de informatiebehoeften met betrekking tot de immateriële veteranenzorg op een rij gezet. Een volgende vraag is in welke mate en op welke termijn in de verschillende informatiebehoeften kan en moet worden voorzien. Twee overwegingen zijn daarbij van belang. De eerste is dat weliswaar in een klein deel van de informatiebehoeften met reeds beschikbare gegevens kan worden voorzien (en deels ook al wordt voorzien), maar dat het grootste deel van die informatiebehoeften om aanvullende registratie of dataverzameling vraagt. De tweede overweging is dat het aanbeveling verdient om de informatieverstrekking in eerste instantie toe te spitsen op een aantal kernindicatoren met betrekking tot de in paragraaf 2.3 genoemde domeinen. Dat biedt de mogelijkheid om gericht aan verbetering van de informatievoorzieningen te werken. Het biedt ook de mogelijkheid om op termijn (en indien gewenst) streefnormen aan deze kernindicatoren te verbinden.

In tabel 1 doen we, op geleide van de bevindingen in de raadplegingsronde van deze evaluatie, een voorstel voor een set van kernindicatoren per domein.

Tabel 1. Kernindicatoren ontwikkelingen immateriële veteranenzorg**1. Potentiële doelgroep**

- a. Omvang van de veteranenpopulatie.
- b. Sociaaldemografische en sociaaleconomische kenmerken en maatschappelijke omstandigheden van de veteranenpopulatie.
- c. Prevalentie van lichamelijk en psychische gezondheidsproblemen onder de veteranenpopulatie.
- d. Zorgbehoeften onder de veteranenpopulatie en achtergronden.
- e. Bekendheid onder de zorgbehoevende veteranenpopulatie met de veteranenzorg.

2. Feitelijke en gewenste capaciteit

- a. Capaciteit specialistische hulpverleners binnen het LZV.
- b. Wachttijden tussen schakels in de LZV-keten.
- c. Doorstroom vanuit LZV naar reguliere zorg.

3. Gebruik en patiëntenstromen

- a. Aantal aanmeldingen bij LZV.
- b. Instroom, actueel bestand en uitstroom veteranen in zorg/behandeling bij LZV.
- c. Achtergronden van veteranen in zorg/behandeling bij LZV (diagnose, missie).
- d. Plaats van zorg/behandeling.
- e. Verwijspatronen binnen de LZV-keten.
- f. Wachttijden tussen schakels in de LZV-keten.
- g. Voortijdige uitval.

4. Aard en kwaliteit van de zorg en de zorgketen

- a. Aard (klinisch, ambulante) van de zorg/behandeling binnen het LZV.
- b. Oordeel gebruikers over de kwaliteit van de zorg en de zorgketen.
- c. Oordeel experts over de kwaliteit van de zorg en de zorgketen.

5. Financiering en uitgaven

- a. Uitgaven Ministerie van Defensie aan LZV.
- b. Uitgaven vanuit de zorgverzekeringswet aan immateriële veteranenzorg in het kader van het LZV.

Met bovenstaande kernindicatoren zou naar ons oordeel een belangrijk deel van de huidige informatiebehoeften met betrekking tot (ontwikkelingen in de) de immateriële veteranenzorg en met betrekking tot de beleidsresultaten op dit terrein, kunnen worden ondervangen. We voegen daar direct de constatering aan toe dat ook met betrekking tot deze kernindicatoren slechts een klein deel van de benodigde gegevens uit bestaande databronnen zal kunnen worden gegenereerd.

Wat betreft die bestaande bronnen is met name de CAP-registratie relevant, waarin de aanmelding bij het LZV worden vastgelegd. In het bijzonder een aantal gegevens ten behoeve van de indicatoren 3a, 3c en 3e (aanmeldingen, achtergronden

aanmelders en doorverwijzingen binnen het LZV) kunnen vanuit de CAP-registratie worden gegenereerd.

De overige indicatoren vragen om aanvullende registraties. Belangrijk in dit verband is dat die aanvullende registraties voor een deel al ontwikkeling zijn. Zetten we de potentiële (bestaande, in ontwikkeling zijnde en nog te ontwikkelen) databronnen op een rij, dan gaat het om:

- CAP-registratie (bestaand)
- LZV registratiesysteem (in ontwikkeling)
- CQ Index meting (in ontwikkeling)
- LZV-Visitaties (in verkenningsfase)
- Begroting Ministerie van Defensie (bestaand)
- Breed veteranenonderzoek (nieuw te ontwikkelen)

We lichten de verschillende potentiële bronnen kort toe.

Van het CAP-registratiesysteem is hierboven al melding gemaakt. Ook over het LZV-registratiesysteem is in paragraaf 2.3 al gesproken. Daarbij werd gesignaleerd dat deze registratie volgens een eigen rapportage van het LZV voor verbetering vatbaar is. Op dit moment worden de mogelijkheden verkend van een meer compleet, betrouwbaar, uniform en praktisch uitvoerbaar LZV-registratiesysteem. Een dergelijk systeem zou in een belangrijk deel van informatiebehoefte kunnen voorzien, in het bijzonder met betrekking tot de kernindicatoren 2 en 3 (feitelijke en gewenste capaciteit, gebruik en gebruikspatronen). Het registratiesysteem zou daarnaast gegevens kunnen genereren met betrekking tot de indicatoren 4a (aard van de behandeling) en 5b (uitgaven aan immateriële veteranenzorg). Onder andere door een optimale aansluiting van het registratiesysteem bij de DIS-registratie in het kader van de Zorgverzekeringswet zou mogelijk veel gewonnen kunnen worden op het gebied van efficiency, uitvoerbaarheid en uniformiteit. We wijzen er tegelijk op dat een dergelijk systeem, wil het op een adequate wijze aan de bestaande informatiebehoefte tegemoet kunnen komen, ontwikkelkosten en onderhoudskosten met zich meebrengt en niet realiseerbaar is zonder bijbehorende investeringen.

Vorbereidingen worden ook reeds getroffen voor een periodieke kwaliteitsmeting onder cliënten van de veteranenzorg, door middel van de zogeheten Consumer Quality index (CQ Index). Het Trimbos-instituut ontwikkelt daartoe momenteel, in nauwe samenwerking met veteranen, een specifiek op de veteranenzorg gerichte vragenlijst. Cliënten van de veteranenzorg kunnen aan de hand van deze vragenlijst de kwaliteit de zorg en van de keten beoordelen op elementen als bejegening, ervaren deskundigheid van de behandelaar, de wijze waarop deze zich kan inleven in de ervaringen die veteranen op missie hebben gehad, de samenwerking tussen meerdere behandelaars en de eventuele nazorg. Invoering van de CQ Index in de veteranenzorg zal zo met name gegevens kunnen opleveren ten behoeve van de indicatoren 4b (oordeel van gebruikers over de kwaliteit van de zorg en de zorgketen).

Vanuit de gespreksronde is tevens de suggestie naar voren gekomen om, in aanvulling op de kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief, een periodieke kwaliteits-toetsing en -rapportage uit te doen voeren door onafhankelijke visitatieteams van

deskundigen. Daartoe zou door een deskundigenpanel een standaardmethodiek kunnen worden ontwikkeld, waarin onder andere beoordelingscriteria, visitatiemethoden en rapportagestandaarden zijn vastgesteld. Een en ander zou waardevolle gegevens kunnen genereren ten behoeve van de indicator ad 4c (oordeel experts over de kwaliteit van de zorg en de zorgketen). De gegevens zouden ook een onderlinge vergelijking van de aan het LZV deelnemende instellingen mogelijk maken. De mogelijkheden van het opzetten van visitatieteams en de ontwikkeling van een visitatiemethodiek worden momenteel vanuit het LZV verkend.

Meer gedetailleerde kwaliteitsmeting, bijvoorbeeld in de vorm van effectmetingen met behulp van Routine Outcome Monitoring, zijn op dit moment nog niet opportuun. Daarvoor is eerst een verdere harmoniseringslag nodig in de logistiek van de aan het LZV deelnemende instellingen, maar ook in een verdere ontwikkeling van de ROM-systematiek binnen de geestelijke gezondheidszorg als zodanig.

In bovenstaand rijtje van potentiële databronnen wordt ook de begroting van het Ministerie van Defensie vermeld. Hiermee doelen we met name op de gegevens die uit de begroting te genereren zijn met betrekking tot de indicator 5a (uitgaven Ministerie van Defensie aan het LZV).

Gezamenlijk bieden genoemde bronnen de mogelijkheid om gegevens te genereren ten behoeve van de indicatoren bij de domeinen 2 tot en met 5. In de informatiebehoefte rond één domein is dan echter nog niet voorzien, namelijk het eerste, over omvang en achtergronden van de potentiële doelgroep van de veteranenzorg.

We geven in overweging, mede op geleide van suggesties vanuit de gespreksronde, om ten behoeve van het betreffende domein een breed representatief onderzoek onder het veteranenbestand te entameren. De primaire insteek zou daarbij niet per se de (psycho)pathologie hoeven zijn. Vragen over de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand en zorgbehoefte kunnen ingebed worden in een bredere focus op de actuele sociale en maatschappelijke omstandigheden van de veteranenpopulatie. Een dergelijk onderzoek zou ook licht kunnen werpen op de vraag op welke punten veteranen met een zorgbehoefte zich onderscheiden van diegenen die geen zorgbehoefte ontwikkelen. Daarbij kan gekeken worden naar verschillende missies of onderdelen, maar ook naar persoonlijke en maatschappelijke omstandigheden.

We merken direct ook op dat een dergelijk onderzoek een grondige methodologische voorbereiding en aanpak vergt. Speciale aandacht zal bijvoorbeeld geschonken moeten worden aan de steekproeftrekking en - gezien eerdere ervaringen rond de respons van veteranen met psychische klachten op epidemiologisch onderzoek - aan de non-respons analyse. Daarbij zou onder andere geanalyseerd moeten worden of bepaalde missies of divisies ondervertegenwoordigd zijn in de responsgroep, zodat deze groepen door middel van een follow-up kunnen worden benaderd.

In aanvulling op een dergelijk onderzoek kunnen de mogelijkheden verkend worden van een toekomstige koppeling aan het NEMESIS bevolkingsonderzoek van het Trimbos-instituut. In dit onderzoek wordt periodiek de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking onderzocht. In het bijzonder kan de mogelijkheid ver-

kend worden om in een toekomstige meting een specifieke vraag over een eventuele veteranenstatus van de respondent op te nemen.

Samengevat stellen we voor om de informatiebehoeften die vanuit de politiek en de praktijk leven rond ontwikkelingen in (de beleidsresultaten met betrekking tot) de immateriële veteranenzorg, vast te leggen in een aantal kernindicatoren. We hebben daarvoor in het voorgaande suggesties gedaan. Voor de gegevens ten behoeve van deze indicatoren zijn verschillende potentiële bronnen aangewezen. Een klein aantal daarvan bestaat al, een deel is in ontwikkeling (LZV-registratiesysteem, periodieke CQ Index metingen), en voor een aantal dienen nieuwe initiatieven ontwikkeld te worden (breed onderzoek onder veteranenpopulatie). We signaleren dat de bestaande behoeften met betrekking tot de informatievoorziening daarmee ook vragen om investeringen in termen van menskracht en middelen.

3. Materiële veteranenzorg

3.1. Beleid - maatregelen en voorzieningen

De materiële veteranenzorg betreft de rechten, regelingen en procedures met betrekking tot de re-integratie van c.q. invaliditeitsuitkeringen aan veteranen die langdurige of blijvende fysieke of psychische schade ondervinden van ervaringen en gebeurtenissen tijdens het dienstverband c.q. tijdens uitzending. De intensivering die in de afgelopen periode in het veteranenbeleid heeft plaatsgevonden betreft ook deze materiële veteranenzorg. Ankerpunt is wederom de Veteranennota 2005.

In de Veteranennota 2005 werden twee beleidsdoelen aangaande de materiële zorg geformuleerd. Het eerste beleidsdoel betrof een verbetering van de procedures met betrekking tot de vaststelling van individuele uitkeringsrechten. Het tweede beleidsdoel betrof het stroomlijnen en effectiever maken van de re-integratie aanpak.

Met betrekking tot de procedures rond uitkeringsrechten bestond er behoefte aan specifieke richtlijnen op het gebied invaliditeitsbeoordelingen in het algemeen en van het vaststellen van PTSS en LOK in het bijzonder. Daartoe diende onder andere de WPC-schaal vervangen te worden, het meetinstrument voor de vaststelling van de mate van invaliditeit uit 1953. Sinds 2005 werden zowel de algemene invaliditeitsbeoordeling als de psychische en LOK beoordelingen geprotocolleerd, uitmondend in een WIA – IP protocol, een PTSS protocol en een LOK protocol. Deze drie protocollen kwamen in 2007 gereed en kregen in juli 2008 een formele status. Zij werden vanaf dat moment toegepast bij de keuring van veteranen voor een Militair Invaliditeitspensioen (MIP) of een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WIA). Met deze protocollen werd beoogd de kwaliteit, transparantie en toetsbaarheid van beoordelingen te verhogen.

In 2007 werd tevens het Zorgloket voor Militaire Oorlog- en Dienstslachtoffers (MOD) bij het ABP geopend. Het Zorgloket verzorgt de medische keuring voor de vaststelling van het recht op pensioen en de hoogte daarvan. Cliënten met een reguliere vraag krijgen een zorgcoördinator toegewezen om hen bij hun aanvraag te begeleiden. Als er sprake is van gecompliceerde problematiek wordt een casemanager aangewezen die de cliënt helpt bij het vinden van een deskundige hulpverlener, en die helpt bij het aanvragen van een pensioen, het vinden van werk, huisvesting, schuldsanering of verslavingsproblematiek. Als er sprake is van psychische problemen wordt contact gelegd met het CAP van het LZV. De casemanager van het ABP en de maatschappelijk werker maken afspraken over de samenwerking. Beiden hebben hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de eigen organisatie.

Het tweede beleidsdoel dat in de veteranennota 2005 met betrekking tot de materiële veteranenzorg werd geformuleerd betrof het stroomlijnen en effectiever maken van de re-integratie. Deze doelstelling maakte onderdeel uit van een defensiebreed beleid met betrekking tot a) re-integratie bij arbeidsverzuim van dienende militairen, b) re-integratie van uit dienst tredende militairen en c) re-integratie van uit dienst getreden militairen die zonder werk zitten als gevolg van een aandoening waarvoor verband met de dienst wordt verondersteld. Doelstellingen met betrekking tot dit brede re-integratiebeleid zijn in 2007 bekrachtigd in de nota 'Herzien

Re-integratiebeleid Defensiepersoneel'. Tevens is in dat jaar het Dienstencentrum Re-integratie (DCR) opgericht voor de uitvoering van het re-integratiebeleid. Het DCR is verantwoordelijk voor de re-integratie van militairen in werkelijke dienst en postactieve militairen. De verantwoordelijk voor de (sociale) re-integratie van uit dienst getreden militairen die op een later moment uitvallen tengevolge van een aandoening waarvoor een verband met de dienst wordt aangenomen, is neergelegd bij het Zorgloket ABP/BRD. Voor de daadwerkelijke re-integratieactiviteiten is een externe organisatie ingehuurd. Belangrijke toevoeging is dat veteranen die tengevolge van een aandoening waarvoor verband is aangenomen met de uitoefening van de militaire dienst een beroep kunnen doen op deze regelingen en diensten als er geen andere, reguliere middelen meer voorhanden zijn.

3.2. Aandachtspunten - signalen vanuit politiek en praktijk

Ook de stappen die in de afgelopen periode in het beleid met betrekking tot de materiële veteranenzorg zijn gezet, oogsten waardering. Dat blijkt onder andere uit de gesprekken die ten behoeve van deze evaluatie met betrokkenen zijn gevoerd. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit de jaarverslagen van de onafhankelijke pensioen- en verzekeringsautoriteit, die sinds 2008, aan de hand van daartoe ontwikkeld protocol, de kwaliteit toetst van de invaliditeitsbeoordelingen. Volgens deze jaarverslagen is de kwaliteit en eenduidigheid van de beoordelingen toegenomen. In de gespreksronde wordt gesignaleerd dat de ervaringen van de pensioen- en verzekeringsautoriteit ook worden gebruikt voor de verdere professionalisering van de beoordelingen en procedures, onder andere door middel van aanpassing en uitbreiding van de toetselementen en begeleiding en coaching van de keuringsartsen.

Ook andere signaleren duiden erop dat na invoering van de in de vorige paragraaf genoemde maatregelen, aan mogelijke verbeteringen gewerkt blijft worden. Zo leidde de invoering van het PTSS en LOK protocol in aanvang tot een aantal interpretatieproblemen bij het inschatten van de invaliditeit bij psychisch getraumatiseerde (ex)militairen. Op geleide van de aanbevelingen van een intercollegiale medische werkgroep zijn oplossingen voor deze problemen doorgevoerd. Daarnaast wordt momenteel door de afdeling Gezondheidswetenschappen van het UMC Groningen een studie uitgevoerd om de betrouwbaarheid van de in het PTSS protocol gebruikte schattingsmethodiek vast te stellen. Daarbij worden casussen door verschillende artsen beoordeeld en worden deze oordelen met elkaar vergeleken. Deze studie wordt in het najaar van 2011 afgerond. Een vervolgonderzoek ligt in de planning waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen de protocollair vastgestelde percentages invaliditeit en percentages vastgesteld volgens een civiel veel gebruikte schattingsmethodiek. Een revisie van de protocollen, mede op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken, wordt verwacht in 2013.

Een ander aspect dat in de afgelopen periode extra beleidsaandacht heeft gekregen, is de overgangsregeling bij de overstap van de oude naar de nieuwe beoordelingssystematiek. Die overgangsregeling hield in dat militairen met een Militair Invaliditeits Pensioen (MIP) bij wie vóór 1 juli een zogeheten 'medische eindtoestand' was vastgesteld (herstel wordt niet mogelijk geacht), minimaal het 'percentage invaliditeit' (en de daaraan verbonden pensioenrechten) zouden behouden dat hen vóór die datum was toegekend, ook als bij herkeuring volgens de nieuwe protocollen een lager percentage zouden worden vastgesteld. Veteranen met een MIP bij

wie vóór 1 juli 2008 nog geen medische eindtoestand was vastgesteld (herstel wordt nog mogelijk geacht) vallen buiten deze regeling. Voor deze groep geldt een 'voorlopig MIP' op basis van het 'percentage invaliditeit' dat is vastgesteld volgens de nieuw protocollen (en dat onder andere afhankelijk is van het effect van een eventuele behandeling). Laatstgenoemde groep bleek na invoering van de overgangsregeling aanzienlijk groter dan aanvankelijk was voorzien. Met name bleek een aanzienlijk aantal veteranen al jaren een 'voorlopig MIP' te ontvangen, omdat men al die tijd behandeling of begeleiding ontving en op grond daarvan geacht werd nog over herstel mogelijkheden te beschikken, ook als beperkingen gedurende deze periode onveranderd bleven. Deze bevinding heeft inmiddels geleid tot een nieuwe richtlijn. Hierin wordt bij psychische aandoeningen een medisch stabiele toestand aangenomen als na adequate behandeling de beperkingen gedurende een periode van twee jaar ongewijzigd zijn gebleven. Voor deze veteranen met een langdurig en stabiel voorlopig MIP op psychische gronden, is een aanvullende overgangsregeling getroffen. Deze aanvullende overgangsmaatregel wordt op dit moment in uitvoering genomen. De inhoud van deze maatregel komt tegemoet aan veel van de klachten en bezwaar- en beroepszaken.

Het beleid met betrekking tot de materiële veteranenzorg blijft, kortom, in ontwikkeling. Vooralsnog blijven er echter ook, zowel vanuit de politiek als vanuit de praktijk, signalen afgegeven worden over knelpunten in de materiële veteranenzorg. Dat blijkt uit de documentenanalyse en de gesprekken met sleutelfiguren, maar bijvoorbeeld ook uit klachten die binnenkomen bij de vakbonden en de BNMO. De signalen c.q. klachten betreffen in het bijzonder de begeleiding bij MIP-aanvragen, de gang van zaken rond herkeuringen en de toepassing van de protocollen door de verzekeringsartsen.

Met betrekking tot de begeleiding rond MIP-aanvragen worden signalen afgegeven van veteranen met psychische problemen, die van oordeel zijn dat men hen in de kou heeft laten staan. Deze geluiden komen naar verluid met name van die veteranen die zich niet in staat voelen om zelf de kar te trekken en de regie over het proces te voeren. Overigens wordt vanuit andere bronnen verzekerd dat het ABP weliswaar het principe hanteert dat de veteraan een deel van de verantwoordelijkheden neemt, maar wel degelijk ook afweegt of de mentale conditie van de veteraan dit toelaat.

Signalen en klachten over de gang van zaken bij de herkeuringen gaan, overgangsregelingen ten spijt, veelal over verlagingen van het MIP. Klachten over de toepassing van de protocollen door verzekeringsartsen houden met name verband met het criterium dat voor toekenning van een pensioen sprake moet zijn van een causaal verband tussen de uitoefening van de dienst in buitengewone omstandigheden en de aandoening. De regelgeving schrijft daarbij voor dat de aandoening voor meer dan 50% moet kunnen worden toegeschreven aan de dienst. Als voorwaarde voor een causaal verband bij PTSS geldt, dat er sprake moet zijn geweest van een traumatische ervaring tijdens de uitzending. Het onderscheid tussen als traumatisch geduide ervaringen en niet als traumatische geduide ervaringen wordt door veteranen soms echter als onhelder ervaren. Datzelfde geldt voor de beoordeling van de oorzakelijkheid tussen deze ervaringen en de aandoening. Daarbij bestaat soms het gevoel dat de bewijslast voor die oorzakelijkheid bij de veteraan zelf wordt gelegd. Dat werkt gevoelens van miskennis in de hand. Andere signalen duiden er overigens op dat veteranen die zich pas na jaren aanmelden, een kleinere

kans maken op toekenning van een pensioen dan degenen die zich eerder hebben aangemeld.

Zo zijn er verschillende signalen over minder positieve ervaringen van veteranen met de materiële veteranenzorg. Opnieuw dient zich de vraag aan hoe deze signalen moeten worden geduid en in hoeverre ze voortkomen uit afzonderlijke incidenten of wijzen op algemenere tendensen en tekortkomingen. Van verschillende kanten wordt geconstateerd dat informatie om die vraag op een bevredigende manier te beantwoorden, vooralsnog ontbreekt. Daarmee bestaat het risico dat ook op dit vlak casuïstiek het debat gaat beheersen. De indruk is dat goede informatieverstrekking over de processen en uitkomsten van de materiële veteranenzorg dit risico kan ondervangen en het debat over het beleid en de beleidresultaten naar een hoger plan kan tillen.

In de volgende paragraaf gaan we nader in op informatiebehoeften rond de materiële veteranenzorg. Twee laatste aandachtspunten willen we echter nog noemen. De eerste is dat in afgelopen periode veel aandacht in het politieke en publieke debat over de materiële veteranenzorg is uitgegaan naar de procedures en gang van zaken rond de invaliditeitsbeoordelingen. Veel minder aandacht is er geweest voor de resultaten van het beleid op het gebied van de re-integratie van veteranen die met blijvende problemen te kampen hebben. Dat gemis wordt overigens ook in het politieke debat zelf gesignaleerd. In het vervolg van dit rapport komen we hierop terug.

Een ander aspect van het veteranenbeleid dat in dit verband aparte aandacht verdient – en dat betrekking heeft op zowel de materiële zorg als de immateriële zorg – is het klachtenbeleid. LZV, ABP, het Ministerie van Defensie en het Veteraneninstituut beschikken over eigen klachtencommissies. Gesignaleerd wordt echter dat voor klachten die door deze commissies niet naar tevredenheid zijn afgehandeld en voor klachten over de ketenzorg en de samenwerking tussen meerdere instanties bij de hulp- of dienstverlening, behoefte bestaat aan een overkoepelende klachtencommissie. In de Veteranennota 2010 wordt een de instelling aangekondigd van een dergelijke overkoepelende commissie, met een Centrale Klachtenfunctionaris als eerste aanspreekpunt. De commissie is tot op dit moment nog niet ingesteld; wel is inmiddels een klachtenfunctionaris aangesteld, die tijdelijk is ondergebracht bij de Hoofddirectie Personeel van Defensie.

3.3. Informatiebehoeften - wensen met betrekking tot transparantie

Uit de documentenanalyse en uit de gesprekken met sleutelfiguren komt een aantal informatiebehoeften met betrekking tot de materiële veteranenzorg naar voren. Die informatiebehoeften zijn in drie categorieën te verdelen.

1. Invaliditeitsbeoordelingen

In de voorgaande paragraaf werd al gesignaleerd dat veel aandacht in het debat over de veteranenzorg uitgaat naar de invaliditeitsbeoordelingen. Voor alle partijen zijn aan dit thema grote belangen verbonden. Niet alleen bij vertegenwoordigers van de veteranen en bij de politiek, maar ook bij het Ministerie van Defensie zelf bestaat daarom een grote behoefte goede informatie over de invaliditeitsbeoorde-

lingen. Deze informatiebehoefte betreffen onder andere de keuringsuitslagen en de achtergrond van de desbetreffende veteraan. Er is behoefte aan inzicht in het aantal getraumatiseerde veteranen dat een beroep doet op de materiële zorg c.q. materiële zorg ontvangt, in de ernst en aard van de klachten van deze veteranen en in trends en risicogroepen. Daarnaast is er behoefte aan een beter inzicht in de klachten over de procedures en in de omvang en achtergronden van deze klachten.

2. Ketenzorg

In paragraaf 3.2 werden ervaringen genoemd van veteranen die menen dat de begeleiding rond de MIP-aanvragen tekort schiet. In het algemeen bestaan er zowel in de politiek als in de praktijk vragen over het zorggedeelte van de materiële zorg en over samenwerking tussen materiële zorg en immateriële zorg, c.q. ABP en CAP. Een optimale samenwerking vanuit een eensluidende aanpak wordt van groot belang geacht. Voorsnog ontbreekt het aan betrouwbare indicaties voor de kwaliteit van die samenwerking.

3. Re-integratie

Re-integratie van veteranen die te kampen hebben met blijvende problemen, heeft relatief weinig aandacht gekregen in de discussies over de materiële veteranzorg, zo constateerden we in de vorige paragraaf. Verschillende signalen lijken erop te duiden dat er behoefte bestaat aan een herwaardering van dit thema. Daaraan gepaard gaat een informatiebehoefte naar re-integratietrajecten voor veteranen en de resultaten van deze trajecten.

3.4. Suggesties voor kernindicatoren en potentiële databronnen

In het voorgaande zijn kort de informatiebehoefte met betrekking tot de materiële veteranzorg benoemd. Een volgende vraag is in welke mate en op welke termijn in de verschillende informatiebehoefte kan en moet worden voorzien. Voor een deel lijken de daarvoor benodigde bronnen in ruimere mate beschikbaar dan rond de immateriële zorg. Dat neemt niet weg dat het ook met betrekking tot de materiële zorg aanbeveling verdient om de verbetering van de informatieverstrekking in eerste instantie toe te spitsen op een aantal kernindicatoren.

In tabel 2 doen we, op geleide van de bevindingen in de raadplegingsronde van deze evaluatie, een suggestie voor een set kernindicatoren, geordend naar drie in de vorige paragraaf onderscheiden domeinen.

Tabel 2. Kernindicatoren ontwikkelingen materiële veteranenzorg

1. Invaliditeitsbeoordelingen

- a. Aantallen keuringen en herkeuringen.
- b. Uitkomsten van de keuringen en de herkeuringen.
- c. Relaties tussen diagnoses, uitzendingen, keuringen en keuringsuitkomsten.
- d. Aantallen bezwaar- en beroepsprocedures en uitkomsten van die procedures.

2. Ketenzorg

- a. Oordeel gebruikers over de kwaliteit van de zorg en de zorgketen.
- b. Klachtenmeldingen over de samenhang en samenwerking tussen materiële en immateriële zorg.

3. Re-integratie

- a. Aantal werkzoekende veteranen.
 - b. Aantal aanmeldingen van veteranen voor een re-integratietraject.
 - c. Resultaten van re-integratietrajecten voor veteranen.
-

Met bovenstaande kernindicatoren zou naar ons oordeel een belangrijk deel van de huidige informatiebehoeften met betrekking tot (ontwikkelingen in de) de materiële veteranenzorg, en met betrekking tot de beleidsresultaten op dit terrein, kunnen worden ondervangen. Een van de belangrijkste potentiële databronnen, in het bijzonder met betrekking tot de indicatoren bij de domeinen 1 en 3 – de invaliditeitsbeoordelingen en re-integratie –, is daarbij het registratiesysteem van het ABP.

Het registratiesysteem van het ABP is in 2010 vernieuwd en wordt op dit moment verder uitgebreid en zal onder andere gegevens bevatten over (her)keuringen en uitkeringen, diagnostiek, de staat van dienst, het onderdeel waarin de veteraan heeft gediend en de missies waaraan deze heeft deelgenomen. Op grond van deze gegevens kunnen overzichten worden gegenereerd van het aantal (her)keuringen per jaar, de uitkomsten daarvan, de toegekende uitkeringen en eventuele verschillen tussen keuring en herkeuring (de in tabel 2 genoemde indicatoren 1a en 1b). Ook kan een koppeling worden gemaakt tussen de uitzendingen en psychiatrische diagnoses. Daarmee kan een overzicht worden verkregen van aanmeldingen en diagnoses van veteranen vanuit specifieke missies en van trends daarin (de indicator 1c); een en ander met het oog op de mogelijkheid van het identificeren van categorieën veteranen met een verhoogd risico. Het ABP registreert voorts of (her)keuringen door veteranen zijn aangevochten. Het kan op grond daarvan de gegevens leveren ten behoeve van de indicator 1d (aantallen bezwaar- en beroepsprocedures en uitkomsten van die procedures). Het ABP beschikt ten slotte over gegevens met betrekking tot re-integratie trajecten voor veteranen. Aan de hand van deze gegevens kan informatie worden verzameld ten behoeve van de indicatoren 2b en 2c (aantal aanmeldingen van veteranen voor een re-integratietraject en resultaten van deze re-integratietrajecten). Overigens heeft het ABP zelf in 2009 al een beperkte pilotstudie naar re-integratie uitgevoerd.

Een potentiële aanvullende bron met betrekking tot de indicator 1c (in het bijzonder

de relaties tussen uitzendingen en het ontstaan van psychische problematiek), is het eigen bestand van het Ministerie van Defensie over de dienende militairen. Dit bestand bevat onder andere gegevens over de resultaten van geneeskundig onderzoek bij dienstverlaten en over, indien van toepassing, nadere beoordelingen van het psychisch functioneren. Voorwaarde voor de bruikbaarheid van deze gegevens is, dat standaard geneeskundig onderzoek bij dienstverlaten plaatsvindt.

Databronnen die uitgebreide en betrouwbare informatie kunnen verschaffen over de ontwikkelingen op domein 2 - de ketenzorg en de samenhang en samenwerking tussen de materiële en de immateriële zorg - zijn niet voorhanden. We hebben daarom vooralsnog gekozen voor een beperkt aantal kernindicatoren. Voor wat betreft de indicator 2a - oordeel van gebruikers over de kwaliteit van de ketenzorg - zal in de nabije de CQ Index meting mogelijk bruikbare informatie kunnen genereren (zie ook hoofdstuk 2). Daarnaast kan de klachtenregistratie van de Centrale Klachtenfunctionaris zicht bieden op aantal en aard van de klachten die worden ingediend over de samenwerking tussen het CAP/de Basis en het Zorgloket van het ABP (de indicator 2b). Kanttekening daarbij is dat vermoedelijk slechts een klein deel van de eventuele tekortkomingen in deze samenwerking zullen resulteren in een formele klacht. Om deze reden verdient het overweging om te bezien of ook de klachtenregistratie bij de juridische dienst van de BNMO en bij de vakbonden als potentiële databron gebruikt kan worden, niet alleen als aanvullende databron ten behoeve van de indicator 2b, rond de ketenzorg, maar mogelijk ook met betrekking tot de bezwaar- en beroepsprocedures bij het ABP (indicator 1d).

In het algemeen stellen echter we vast dat, wanneer de behoefte ontstaat aan scherper inzicht in de samenhang en samenwerking binnen de veteranenzorg en tussen de verschillende onderdelen van de veteranenzorg, niet met de bestaande bronnen kan worden volstaan, maar een gedegen, aanvullend veldonderzoek vereist zou zijn.

Nog niet aan orde geweest is de indicator 2a, het aantal werkzoekende veteranen. Gegevens ten behoeve van deze indicator zouden gegenereerd kunnen worden uit het in het hoofdstuk 2 bepleitte, brede onderzoek naar de actuele sociale en maatschappelijke omstandigheden van de veteranenpopulatie. Een dergelijk onderzoek zou, behalve op de in hoofdstuk 2 genoemde thema's, ook licht kunnen werpen op de sociale en maatschappelijke loopbaan die veteranen, met en zonder gezondheidsproblemen, na hun dienst doorlopen en op eventuele overeenkomsten en verschillen op dit vlak met de algemene bevolking.

Samengevat stellen we voor om de informatiebehoeften die vanuit de politiek en de praktijk leven rond ontwikkelingen in (de beleidsresultaten met betrekking tot) de materiële veteranenzorg, vast te leggen in een aantal kernindicatoren. We hebben daarvoor in het voorgaande suggesties gedaan. Voor de gegevens ten behoeve van deze indicatoren zijn verschillende potentiële bronnen aangewezen. De belangrijkste daarvan bestaat al en wordt op dit moment verder ontwikkeld: het registratiesysteem van het ABP. Aanvullende, bestaande databronnen zijn het eigen bestand van het Ministerie van Defensie met de gegevens van dienende militairen en de klachtenregistraties van de Centrale Klachtenfunctionaris, de vakbonden en de BNMO. Eén potentiële databron - de CQ Index meting - is nog in ontwikkeling. Voor een laatste potentiële databron - een breed onderzoek onder de veteranenpopula-

tie – dienen nieuwe initiatieven ontplooid te worden.

4 Conclusies

4.1 Bevindingen op hoofdlijnen

Het beleid met betrekking tot de veteranenzorg heeft in de afgelopen twee decennia een ontwikkeling doorgemaakt van een eerste proeve van een beleidskader in de beginjaren '90 tot een breed pallet aan concrete maatregelen en voorzieningen anno 2011. Daarbij heeft sinds 2005 een beleidsintensivering plaatsgevonden. Die heeft er onder andere in geresulteerd dat al tijdens de dienstdtijd en tijdens de uitzending van de Nederlandse militairen meer aandacht wordt besteed aan mogelijke (psychische) gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen. Daarnaast zijn met name voor de uit dienst getreden militairen verschillende voorzieningen getroffen. Het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen is opgericht, dat er voor moet zorgen die elke veteraan die behoefte heeft aan geestelijke of sociale ondersteuning, zo snel mogelijk adequate hulp zo dicht mogelijk bij huis krijgt. Een Centraal Aanmeldpunt is ingericht, dat veteranen assisteert en de weg wijst binnen het zorgnetwerk. Procedures zijn ontwikkeld en aangescherpt voor een heldere en eenduidige toekenning van materiële ondersteuning. Een zorgloket is ingesteld om veteranen bij te staan die een beroep wensen te doen op deze procedures.

Uit de documentenanalyses en de raadplegingsronde die voor dit evaluatieonderzoek zijn verricht, komt eenduidig naar voren dat er veel waardering bestaat voor hetgeen inmiddels op het gebied van de veteranenzorg is gerealiseerd. Ook is duidelijk dat de veteranenzorg een beleidsveld in ontwikkeling is, waarbinnen volgens betrokkenen nog een aantal stappen te zetten is. Daarvan getuigen de signalen vanuit politiek en praktijk over een aantal specifieke aandachtspunten en mogelijke verbeterpunten. Daarvan getuigen ook de beleidsactiviteiten van het Ministerie van Defensie zelf, dat voortdurend werkt aan verbetering of aanpassing van specifieke onderdelen van het beleid.

Aangrijpingspunten voor toekomstig beleid

Het evaluatieonderzoek laat zien dat de actuele vragen met betrekking tot het veteranenbeleid deels voortkomen uit de actuele wensen en (informatie-)behoeften vanuit het veld en de politiek, maar deels ook onderdeel vormen van de beleidscyclus zelf. Het laat ook zien dat die vragen goede aangrijpingspunten bieden voor een verdere uitbouw van het beleid in de nabije toekomst. In hoofdlijnen zijn die aangrijpingspunten in twee categorieën te verdelen zijn. De eerste categorie heeft betrekking op het beleidsproces. De tweede op de inhoud en doelstellingen van het veteranenbeleid.

Het accent in dit rapport lag op de eerstgenoemde categorie en op de kenmerken van de het beleidsproces als zodanig. In het bijzonder is gerapporteerd over de (gewenste) transparantie van dat proces en van de resultaten ervan. De belangrijkste conclusie luidt, dat in de afgelopen periode vanuit het Ministerie van Defensie veel transparantie is betracht met betrekking tot de genomen maatregelen en voorzieningen zelf, maar nog relatief weinig met betrekking tot de resultaten die daarmee zijn geboekt. Dat is wellicht ook inherent aan de ontwikkelingsfase waarin het veteranenbeleid verkeert. Het opbouwen van de benodigde structuren heeft in de

afgelopen periode prioriteit gehad. In de komende periode kan de aandacht verschuiven naar hetgeen de opgebouwde structuren bewerkstelligen.

Daarvoor is wel een doorontwikkeling van de beleidscyclus gewenst. Waar het accent tot dusverre vooral heeft gelegen op procesindicatoren, verdient het aanbeveling om te bezien hoe in de komende periode de beleidscyclus nadrukkelijker gestuurd kan gaan worden op basis van uitkomstindicatoren. In de volgende paragraaf vatten we de aanbevelingen samen die met betrekking tot een dergelijke doorontwikkeling van het beleid uit het evaluatieonderzoek naar voren zijn gekomen.

In het evaluatieonderzoek zijn ook enkele vragen c.q. aandachtspunten voor toekomstig beleid de revue gepasseerd die niet zozeer betrekking hebben op het proces en de transparantie van het veteranenbeleid, maar voor op de inhoud en de doelstellingen daarvan. In de inleiding gaven we al aan dat de beleidsinhoud niet het primaire onderwerp van het evaluatieonderzoek vormde. We zullen daar ook geen expliciete aanbevelingen over doen. Wel willen we kort een aantal aandachtspunten voor de toekomst aanstippen, zoals die zich hebben aangediend in de documentenanalyse en de gesprekken. Die aandachtspunten hebben betrekking op, ten eerste, de eenduidigheid en verankering van het beleid en van de maatregelen en voorzieningen die er deel van uitmaken en, ten tweede, op de reikwijdte van het beleid.

Veteranen die aangewezen zijn op materiële of immateriële ondersteuning hebben over het algemeen een sterke behoefte aan duidelijkheid, zekerheid en helderheid over rechten en procedures. Ondanks alle inzet die daartoe in het kader van het veteranenbeleid wordt gepleegd, duiden verschillende signalen vanuit de schriftelijke bronnen en de raadplegingsronde er op dat op dit vlak mogelijk nog ruimte voor verbetering ligt. Signalen hebben onder andere betrekking op de aard en kwaliteit van de zorg die vanuit het LZV geboden wordt (nu veelal sterk gebonden aan de concrete instelling die de zorg biedt), op procedures rond de keuringen (ondanks de nieuwe protocollen) en op de klachtenprocedures (nu belegd bij het Ministerie, waar volgens velen een onafhankelijke positionering te verkiezen zou zijn). De verwachting is dat de nieuwe Kaderwet Veteranen voor een deel in de gewenste verankering van het beleid en van de rechten van veteranen zal kunnen voorzien. Nog niet geheel duidelijk is of en welke aanvullende stappen gewenst zijn.

Met betrekking tot de reikwijdte van het beleid dienen zich twee aandachtspunten voor de toekomst aan. De eerste is dat verreweg het grootste deel van de immateriële veteranenzorg niet zozeer voor rekening komt van het Ministerie van Defensie, maar wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Dat betekent dat, behalve het Ministerie van Defensie, ook het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de zorgverzekeraars cruciale actoren zijn bij de totstandkoming van goede veteranenzorg². Het verdient overweging om te bezien hoe deze actoren nadrukkelijker bij het toekomstige veteranenbeleid betrokken kunnen worden.

² Het betekent ook dat veteranen zelf niet alleen potentiële afnemers van veteranenzorg zijn, maar als premiebetalers die zorg ook mede financieren.

Het tweede aandachtspunt, als het gaat om de reikwijdte van het beleid, is dat een deel van de veteranen die psychische of sociale ondersteuning nodig hebben, langdurige of blijvende mentale schade hebben opgelopen. Perspectief op volledige 'genezing' is er dan niet meer. Dat mag er echter niet toe leiden, zo wordt gesignaleerd, dat daarmee ook het perspectief op een zinvol, sociaal en maatschappelijk leven verloren gaat. Re-integratie en rehabilitatie van veteranen met langdurige of blijvende lichamelijke of psychische problemen zouden vanuit deze optiek ook een nadrukkelijker onderdeel van het veteranenbeleid moeten zijn³. Dat vergt gerichte aandacht voor de thema's van re-integratie en rehabilitatie binnen het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (in afstemming met het ABP). Het vraagt ook om het betrekken van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en uitvoeringsorganisaties als het UWV bij de ontwikkeling van een re-integratie- en revalidatiebeleid voor veteranen met langdurige lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen.

4.2. Aanbevelingen met betrekking tot kernindicatoren en databronnen

Het evaluatieonderzoek laat zien dat er verschillende aangrijpingspunten zijn om in de volgende fase van de ontwikkeling van het veteranenbeleid tevens een slag te maken in de transparantie van het beleid en de beleidsresultaten. Het onderzoek laat ook zien dat daarbij een prioritering in de informatiebehoeften gewenst is. Tegen die achtergrond is in het rapport beschreven op welke domeinen de actuele signalen en informatiebehoeften vanuit politiek en praktijk met name betrekking hebben. Die domeinen zijn:

- A. De potentiële doelgroep van de veteranenzorg
- B. De feitelijke en gewenste capaciteit van de veteranenzorg
- C. Zorggebruik en patiëntenstromen in de veteranenzorg
- D. Aard en kwaliteit van de zorg en de zorgketen
- E. Invaliditeitsbeoordelingen in het kader van de materiële zorg
- F. Re-integratie van veteranen met langdurige of blijvende gezondheidsproblemen
- E. Financiering van en uitgaven aan de veteranenzorg

We bevelen aan om de inspanningen ten behoeve van het vergroten van de transparantie van het toekomstige veteranenbeleid, toe te spitsen op bovenstaande domeinen. Ook bevelen we aan om daarin een nadere prioritering aan te brengen in de vorm van een beperkt aantal kernindicatoren per domein. In de voorgaande hoofdstukken worden per domein suggesties voor een dergelijke set van kernindicatoren gedaan.

Niet voor elk van de domeinen en voor elk van de kernindicatoren zijn op dit moment echter al bruikbare en betrouwbare databronnen voorhanden. Gegevens rond

³ Bij re-integratie gaat het om herintrede in het maatschappelijke leven en in het arbeidsproces. Het begrip rehabilitatie duidt in de letterlijke betekenis op eerherstel, maar wordt in de geestelijke gezondheidszorg met name gehanteerd als aanduiding van een (persoonlijk en sociaal) proces van herwaardering en herbenutting van capaciteiten en (ervarings)kennis (inclusief een waardering en benutting van die ervaringen en kennis die voortkomen uit de gebeurtenissen die tot de geleden schade hebben geleid).

bijvoorbeeld de omvang en achtergronden van de potentiële doelgroep van de veteranenzorg zijn er vooralsnog weinig. Betrouwbare gegevens over aantallen invaliditeitsbeoordelingen en de uitkomsten daarvan zijn wel beschikbaar. In het algemeen is een aantal potentiële databronnen al voorhanden, zijn andere momenteel in ontwikkeling en dienen voor de ontwikkeling van weer andere potentiële bronnen de eerste initiatieven nog ontplooid te worden. We zetten deze potentiële bronnen hieronder op een rij.

Bestaande bronnen

1. Het ABP-registratiesysteem

Het registratiesysteem van het ABP is in 2010 vernieuwd en wordt verder uitgebreid en zal onder andere gegevens over (her)keuringen en uitkeringen, diagnostiek, beroepsprocedures en re-integratietrajecten bevatten. Het registratiesysteem is een belangrijke bron van gegevens ten behoeve van de informatievoorziening rond de domeinen E en F: invaliditeitsuitkeringen en re-integratie.

2. Het gegevensbestand van het Ministerie van Defensie over dienende militairen

Dit gegevensbestand bevat onder andere gegevens over de resultaten van geneeskundig onderzoek bij dienstverlaten en over, indien van toepassing, nadere beoordelingen van het psychisch functioneren. Het is in dit opzicht een potentiële secundaire bron ten behoeve van het inzicht in de relaties tussen uitzendingen en het ontstaan van psychische problematiek.

3. Klachtenregistraties van de Centrale Klachtenfunctionaris, vakbonden en BNMO en instellingen aangesloten bij LZV.

Eveneens als secundaire bron kunnen bovengenoemde klachtenregistraties fungeren, met name als het gaat om indicaties met betrekking tot de domeinen D en E: de kwaliteit van de zorg en de zorgketen en de invaliditeitsbeoordelingen in het kader van de materiële zorg.

4. De begroting van het Ministerie van Defensie

De begroting van het Ministerie is met name een potentiële gegevensbron als het gaat om domein F: de financiering van en uitgaven aan de veteranenzorg.

5. Het CAP-registratiesysteem

Dit systeem registreert aanmeldingen bij het CAP, achtergronden van de aangemelde veteranen en doorverwijzingen binnen het LZV. Het is daarmee potentiële bron van de informatievoorziening rond domein C: het zorggebruik en de patiëntenstromen binnen de veteranenzorg.

Bronnen in ontwikkeling

1. Het LZV-registratiesysteem

Op dit moment worden de mogelijkheden verkend van een compleet, betrouwbaar, uniform en praktisch uitvoerbaar LZV-breed registratiesysteem. Een dergelijk systeem zou een belangrijke aanvulling zijn op de CAP-registratie en een belangrijke verbetering van de huidige cliëntenregistratie binnen het LZV. Het zou een potentiële databron zijn voor een aantal belangrijke indicatoren binnen de domeinen B, C en F: capaciteit, patiëntenstromen, financiering en uitgaven.

2. CQ Index meting

Vorbereidingen worden ook eveneens getroffen voor een periodieke kwaliteitsmeting onder cliënten van de veteranenzorg, door middel van de zogeheten Consumer Quality Index (CQ Index). Invoering van de CQ Index in de veteranenzorg zal met name gegevens kunnen opleveren ten behoeve van een aantal indicatoren binnen domein D: aard en kwaliteit van de zorg en de zorgketen.

3. Visitatiecommissie

In aanvulling op de aanstaande metingen van de cliëntenoordelen over de kwaliteit van de veteranenzorg, worden momenteel de mogelijkheden verkend van een periodieke kwaliteitstoetsing door onafhankelijke visitatieteams van deskundigen. Ook dit kan een belangrijke toekomstige bron worden voor gegevens ten behoeve van de informatievoorzieningen rond de kwaliteit van de zorg en de zorgketen (domein D).

Te ontwikkelen bronnen

1. Breed onderzoek naar maatschappelijke en gezondheidssituatie veteranen

Van verschillende kanten wordt gepleit voor een breed representatief onderzoek naar de maatschappelijke en gezondheidssituatie van veteranen. Een dergelijk onderzoek wordt van cruciaal belang geacht voor het genereren van betrouwbare gegevens rond wat wel wordt beschouwd als de belangrijkste blinde vlek in het beleid tot dusver: de omvang en achtergronden van de potentiële doelgroep van de veteranenzorg (domein A). Van groot belang is een dergelijk onderzoek ook voor het inzicht in de re-integratie, rehabilitatie en maatschappelijke participatie van veteranen die met blijvende lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen te kampen hebben (domein F).

2. Veldonderzoek naar de organisatie van de ketenzorg

In de afgelopen periode zijn verschillende procedures ontwikkeld voor een optimale samenhang en samenwerking in de zorg voor veteranen. Indicaties over de effecten daarvan op de kwaliteit van de ketenzorg (domein D) zijn mogelijk te generen uit de verschillende klachtenregistraties en in de toekomst uit de CQ Index meting. Voor een scherper inzicht verdient een gedegen, aanvullend veldonderzoek overweging.

We concluderen dat veel potentiële databronnen voor een transparanter veteranenbeleid al bestaan of in ontwikkeling zijn. We bevelen aan om deze bronnen nadrukkelijker te gaan benutten in het kader van het toekomstige veteranenbeleid, zo mogelijk op geleide van de in dit rapport voorgestelde kernindicatoren. We bevelen daarnaast aan nadrukkelijk de ontwikkeling te stimuleren en faciliteren van de bronnen die op dit moment in ontwikkeling zijn. Ook adviseren we om al in een vroeg stadium te voorzien in een goede coördinatie en afstemming van de informatie die vanuit deze bronnen wordt gehaald, zodat een samenhangend, geïntegreerd en toekomstbestendig monitorsysteem kan ontstaan, waarmee de ontwikkelingen in de veteranenzorg en het veteranenbeleid over een langere periode gevolgd kunnen gaan worden.

We bevelen ten slotte aan om een nadere verkenning uit te voeren naar de 'te ontwikkelen bronnen' c.q. naar de mogelijkheden van een veldonderzoek naar de organisatie van de ketenzorg, en de mogelijkheden van een breed onderzoek naar de maatschappelijke en gezondheidssituatie van de veteranenpopulatie. Een kortcyclische, herhaalde meting is voor dergelijke, relatief omvangrijke, onderzoeken geen optie. Het zullen in dit opzicht ook geen permanente databronnen kunnen worden binnen een meerjarig monitorsysteem. De onderzoeken kunnen echter, ook bij een vooralsnog eenmalige entamering, wel een schat aan relevante informatie opleveren voor de verdere ontwikkeling van het veteranenbeleid, en de verbetering van de veteranenzorg in de komende jaren. De onderzoeken zullen er ook toe bijdragen dat de veteranen en de veteranenzorg in de komende jaren nadrukkelijker op de kaart komen te staan.

4.3. Overige voorwaarden voor een transparant veteranenbeleid

Goede informatievoorziening zal een belangrijke bijdrage leveren aan de uitbouw van een breed gedragen en transparant veteranenbeleid. Het opzetten van een goed geïntegreerd beleidsinformatie- c.q. monitorsysteem vraagt ook om investeringen. De beschikbaarheid van de benodigde tijd en middelen valt buiten het bestek van dit rapport. Wel willen we de overweging meegeven om te bezien of die beschikbaarheid gebaat is bij een verlaging van de verschijningsfrequentie van de veteranennota's in de toekomst. Een tweejarige cyclus lijkt een realistische en zinvolle optie. Dat zou wellicht - zonder afbreuk te doen aan de verantwoordingsverplichtingen van het Ministerie - een deel van de tijd en middelen kunnen vrijmaken om de benodigde kwaliteitsslag op het gebied van de transparantie en op andere, inhoudelijke deelterreinen van het beleid, goed voor te bereiden en de benodigde maatregelen zorgvuldig te implementeren.

Uit het evaluatieonderzoek komt naar voren dat een betere informatievoorziening op zich niet voldoende is voor een transparant en breed gedragen veteranenbeleid in de toekomst. De signalen vanuit de politiek en de praktijk duiden erop dat daarvoor met name ook aandacht nodig is voor een randvoorwaarde die wellicht het best te omschrijven is als 'een cultuur van communicatie, openheid en vertrouwen'. Daarbij gaat het om communicatie rondom zowel de beleidsontwikkeling als de beleidsevaluatie. In de raadplegingsronde wordt van verschillende zijden gepleit voor een meer interactieve beleidsvorming met alle betrokken partijen, zodat tijdig de relevante signalen kunnen worden meegenomen in de beleidsontwikkeling, zodat in gezamenlijkheid kan worden bekeken hoe met specifieke aandachtspunten en knelpunten om te gaan. Een meer interactieve beleidsvorming kan naar het oordeel van de betrokkenen in belangrijke mate bijdragen aan het wederzijde en onderlinge vertrouwen, en aan de legitimiteit en het draagvlak van het beleid. Een gezamenlijke beleidsevaluatie en inventarisatie van de geleerde lessen en nog te zetten stappen kan dat vertrouwen en dat draagvlak verder versterken. Een en ander vraagt primair, zo wordt geopperd, om een houding van onderling respect en van openheid tegenover signalen over de zaken die goed gaan én over de zaken die nog niet goed gaan.

Deze pleidooien kunnen verbreed worden naar de inbedding van het beleid en van de veteranenzorg in de samenleving als geheel. Gesignaleerd wordt dat de beeld-

vorming niet per se geschaad hoeft te worden maar juist baat kan hebben bij een zo groot mogelijk openheid, enerzijds over militaire, humanitaire en politieke afwijkingen en doeleinden van het Nederlandse defensiebeleid en van afzonderlijke missies, en anderzijds over de risico's waar Nederlandse burgers, in hun hoedanigheid van militair, voor het realiseren van deze doeleinden aan worden blootgesteld. Daarbij gaat het om een zo groot mogelijke openheid tegenover de samenleving als geheel, maar ook tegenover de individuele aspirant-militairen die daarvan deel uitmaken. Gesignaleerd wordt dat een dergelijke open dialoog kan leiden tot grotere helderheid over wederzijdse standpunten, maar ook tot een groter onderling respect voor genomen besluiten. Dat laatste is een voorwaarde voor de waardering en erkenning die individuele veteranen in het dagelijkse sociale verkeer ervaren. Het is ook een cruciale voorwaarde voor de individuele, maatschappelijke re-integratie en de individuele rehabilitatie van diegenen die bereid waren de risico's te nemen en daar blijvende schade bij hebben opgelopen.

Bijlage 1. Bronnen

- ACOM (2011). Proactieve zorgstrategie in verband met vredesmissies. www.acom.nl.
- Beleidsdocument LZV (2010). Registratie binnen de keten van het LZV 'De zorg in beeld'. Kalenderjaar 2009.
- Bramsen, I, Dirkzwager, JE, Ploeg, HM van der (1997). Deelname aan vredesmissie: gevolgen opvang en nazorg. Een onderzoek onder veteranen gezinsleden en zorginstellingen. Amsterdam: Stichting Medische Psychologie VU.
- Brief van de Staatssecretaris van Defensie (2009) aangaande adviezen van de Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek (RZO), naar aanleiding van de Veteranennota 2008-2009. T.K. 30 139, nr. 63.
- Convenant Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen 2010.
- Commando DienstenCentra (2010). Monitor Belasting en Zorg. Eerste rapportage 2010. Ministerie van Defensie.
- Engelhard, IM, Hout, MA van den, Weerts, J (2007). Stress en trauma na een militaire uitzending in Irak. De Psycholoog, 42, (12), 649-653.
- Gersons, BPR (2005). Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Advies. Den Haag: Ministerie van Defensie.
- Inspecteur-Generaal der Krijgsmacht (2010). Jaarverslag 2009.
- Kaderwet Veteranen (2010). Bevordering van de erkenning van en de waardering voor veteranen en het waarborgen van de zorg voor veteranen. Voorstel van wet, T.K. 32 538, nr. 2.
- Kaderwet Veteranen (2010). Bevordering van de erkenning van en de waardering voor veteranen en het waarborgen van de zorg voor veteranen. Voorstel van wet. T.K. 32 538, nr. 2.
- Kaderwet Veteranen (2010). Bevordering van de erkenning van en de waardering voor veteranen en het waarborgen van de zorg voor veteranen. Advies Raad van State en nader rapport. T.K. 32 538, nr. 4.
- Koopmans, L (2010). Zorgloket is uiting van erkenning. Heerlen: ABP Wereld.
- Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (2010). Projectrapportage Projectgroep Partner en gezinsbehandeling.
- Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (2010). Diagnostiek, begeleiding & behandeling van veteranen in Nederland. Aanbevelingen/richtlijnen voor instellingen binnen het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen.
- Nota Herzien re-integratiebeleid defensiepersoneel (2007).
- Nota Veteranenzorg 2005. T.K. 30 139, nr 2.
- Nota Veteranenzorg 2006.
- Overeenkomst ABP-Defensie inzake de uitvoering van diverse uitkeringsregelingen, 2003.
- PTSS, LOK en WIA-IP protocol (2007).
- Rietveld, N (2009). De gewetensvolle veteraan. Schuld- en schaamtebeleving bij veteranen van vredesmissies. Proefschrift. Oisterwijk: Boxpress.
- Rondetafelconferentie Veteranenbeleid. Powerpoint presentatie: 13 januari 2010.
- Rondetafelconferentie Veteranenbeleid. Verslag: 13 januari 2010.
- Salomons, A (2007). 'Niet iedereen krijgt klachten.' Checkpoint.
- Schok, M (2009) Meaning as a mission: making sense of war and peacekeeping. Proefschrift. Delft:Eburon.

- Schok, M. Veteranenpanel: erkenning en zorg. 1^e Peiling december 2010. Powerpoint presentatie: 15 februari 2011.
- Stichting 'het Veteraneninstituut'. Activiteitenplan 2005,.
- Stichting 'het Veteraneninstituut'. Activiteitenplan 2006.
- Stichting 'het Veteraneninstituut'. Activiteitenplan 2007.
- Stichting 'het Veteraneninstituut'. Activiteitenplan 2008.
- Stichting 'het Veteraneninstituut'. Activiteitenplan 2009.
- Tanielian, T, Jaycox, LH (eds.) (2008). Invisible wounds of war. Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery. Santa Monica/Arlington/Pittsburgh: RAND Corporation.
- Verslag van een Notaoverleg Veteranenzorg (2004-2005). T.K. 30 139, nr. 9.
- Verslag van een Notaoverleg Veteranenzorg (2006-2007). T.K. 30 139, nr. 33.
- Verslag van een Notaoverleg Veteranenzorg (2007-2008). T.K. 30 139, nr. 48.
- Verslag van een Notaoverleg Veteranenzorg (2008-2009). T.K. 30 139, nr. 57.
- Verslag van een Notaoverleg Veteranenzorg (2009-2010). T.K. 30 139, nr. 77.
- Veteraneninstituut (2006). Factsheet 7: Veteranen en hun gezinsleden.
- Veteraneninstituut (2006). Factsheet 11: Onverklaarde Lichamelijke Klachten (OLK).
- Veteraneninstituut (2007). Factsheet 1: Veteraneninstituut.
- Veteraneninstituut (2007). Factsheet 2: Veteranenbeleid.
- Veteraneninstituut (2007). Factsheet 3: Veteranenzorg.
- Veteraneninstituut (2007). Factsheet 5: Veteranen en hun missie.
- Veteraneninstituut (2007). Factsheet 6: Posttraumatische Stress-Stoornis.
- Veteraneninstituut (2008). Factsheet 16: Wensen en behoeften van veteranen.
- Veteraneninstituut (2009). Factsheet 19: Terugblik op uitzendervaringen.
- Veteraneninstituut. Jaarverslag 2005.
- Veteraneninstituut. Jaarverslag 2006.
- Veteraneninstituut. Jaarverslag 2007.
- Veteraneninstituut. Jaarverslag 2008.
- Veteraneninstituut. Jaarverslag 2009.
- Veteraneninstituut (2009). Onderzoekswijzer: Inventarisatie onderzoek naar gezondheid & welzijn onder veteranen.
- Veteranennota 2006-2007.
- Veteranennota 2007-2008. T.K. 30 139, nr. 45.
- Veteranennota 2008-2009. T.K. 30 139, nr. 55.
- Veteranennota 2009-2010. T.K. 30 139, nr. 75.
- Veteranenplatform (2011). Beleidsplan 2011 – 2015.
- Voorstel van wet van de leden Eijsink, Poppe, Pechtold en Peters tot vaststelling van regels omtrent de bijzondere zorgplicht voor veteranen (Veteranenwet) (2009-2010). T.K. 32 414, nr. 2.
- Voorstel van wet van de leden Eijsink, Poppe, Pechtold en Peters tot vaststelling van regels omtrent de bijzondere zorgplicht voor veteranen (Veteranenwet) . Memorie van toelichting (2009-2010). T.K. 32 414, nr. 3.
- Websites Veteranenplatform, Veteraneninstituut, Vakbewegingen, BNMO, LZV, Jonge Veteranen, etc.

Bijlage 2. Geraadpleegde personen

- De heer L. Noordzij – Voorzitter Stichting Veteranenplatform
- De heer J. Kleian – Voorzitter ACOM (Algemeen Christelijke Organisatie van Militairen)
- De heer J. Trippenree – Voorzitter Vereniging Jonge Veteranen
- Mevrouw F. Lourens – Vereniging Jonge Veteranen
- Mevrouw M. Smit – Jurist de Basis
- De heer S. Verhagen – Vice-voorzitter BNMO (Bond van Nederlandse Militaire Oorlogs- en Dienstsachtoffers)
- De heer J. Kuipers – Hoofdbestuurslid BNMO
- De heer B. Berendsen – Voorzitter Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen
- De heer J. Rutten – Directeur Zorgloket ABP
- De heer J. Weerts – Hoofd kennis- en onderzoekscentrum Veteraneninstituut
- De heer F. Marcus – Directeur Veteraneninstituut
- De heer M. van der Giessen – Hoofd Bureau Veteranenbeleid, Hoofddirectie Personeel van Defensie, en diverse dossierhouders bij de HDP door zijn tussenkomst