



Defensie

PTSS

WIA - IP PROTOCOL

PTSS Protocol ©

WIA, Dienstverband en Invaliditeit beoordeling bij militairen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

Dit protocol is opgebouwd uit twee delen:

1. een beschrijvend deel, waarin de diagnostiek, de behandeling, het dienstverband, de causaliteit en de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van de PTSS wordt verwoord.
2. een bijlage met de beoordelingslijst voor het vastleggen van de psychische beperkingen.

Beide delen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Dit protocol is auteursrechtelijk beschermd. Het is niet toegestaan dit werk zonder toestemming van het Ministerie van Defensie openbaar te maken of te vermenigvuldigen.

Artsen die met dit protocol willen werken moeten hiervoor specifieke scholing hebben gevolgd. Deze scholing zal nog nader worden omschreven.
Validatie van de voorgestelde schattingsmethodiek wordt nagestreefd.

Dit protocol is opgesteld door:

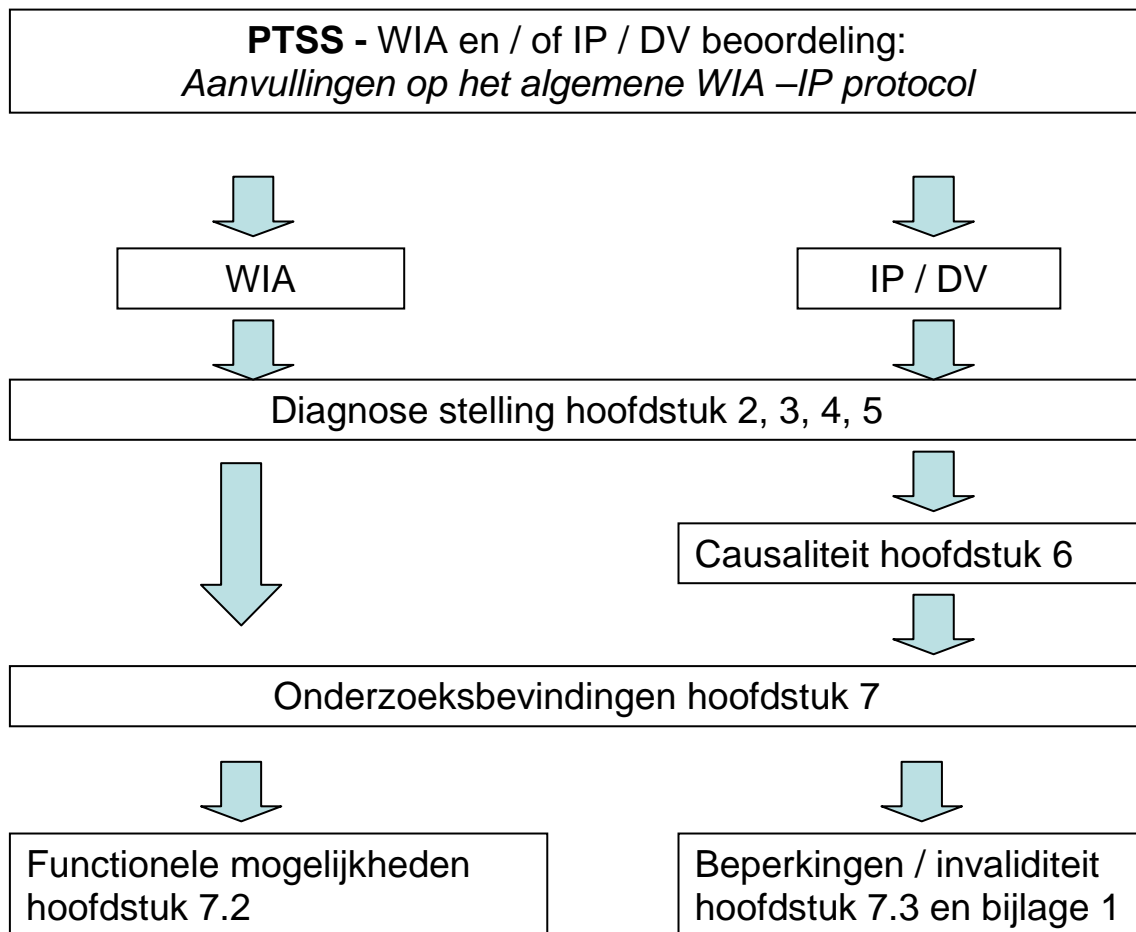
- JH. Paulusma – de Waal, arts beleid en advies, RGA®, Internist n.p. Medisch adviseur sociaal medisch beleid Ministerie van Defensie.
- F. Unck, Psychiater, Adjunct directeur Zorglijn Veteranen Militaire Geestelijke Gezondheidszorg. Voorheen: hoofd afdeling Militaire Psychiatrie Centraal militair Hospitaal.
- Jan Hein Wijers, Verzekeringsarts en bedrijfsarts, WOSM, Commissie Donner I, Stuurgroep Poortwachter.

Externe adviseurs:

- Prof. Dr. G.F. Koerselman, hoogleraar psychiatrie Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Utrecht.
- Prof. Dr. J.H.B.M. Willems, bedrijfsarts, bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam.

Aanvulling op WIA – IP protocol Defensie

Dit PTSS protocol dient te worden gezien als een aanvulling op het WIA –IP protocol 2007 van Defensie. De aanvullingen betreffen voornamelijk de diagnosestelling, de causaliteit en de verzekeringsgeneeskundige onderzoeksbevindingen. Het duiden van de beperkingen in het kader van de invaliditeitsbeoordeling krijgt hierbij de bijzondere aandacht. Onderstaand wordt de aanvullingen schematisch weergegeven.



Inhoudsopgave	blz
Voorwoord.....	4
1. Epidemiologische gegevens	5
2. Omschrijving PTSS aandoening.....	6
2.1. Criteria PTSS.....	6
2.1.1. Toelichting bij Criteria / Rubrieken.....	7
2.2. Nadere specificatie PTSS diagnose	8
2.3. Aanvullende diagnostische klinische omschrijvingen.....	8
2.3.1 Latente, later manifeste PTSS.....	9
2.3.2. PTSS na een enkelvoudige traumatische gebeurtenis (T1 PTSS).....	9
2.3.3. PTSS na complexe traumatische gebeurtenissen (T2 PTSS).....	10
2.3.4. DESNOS (disorder of extreme stress not otherwise specified)	10
2.3.5 “Partiële PTSS”	11
Schematische weergave beloop PTSS	12
3. Diagnostiek PTSS.....	13
3.1. Differentiaal diagnostiek en co - morbide diagnostiek bij de PTSS	14
4. Behandeling	15
4.1. Behandeling PTSS na T1 trauma.....	15
4.2. Behandeling PTSS na T2 trauma.....	16
4.3. Zorgsysteem civiel militair	16
5. Prognose en herstelbelemmerende factoren	18
6. Causaliteit /dienstverband en chronische PTSS.	19
6.1. Algemene uitgangspunten causaliteit bij PTSS.....	19
6.2. specifieke aandachtspunten bij PTSS en causaliteit	20
6.2.1. Oorzakelijk versus verergerend dienstverband bij PTSS.....	20
6.2.2. Co - morbiditeit bij PTSS en dienstverband	20
6.2.3. Latente, later manifeste PTSS, verzekeringsgeneeskundige weging	22
6.2.4. Weging beperkingen met en zonder dienstverband	23
7. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling en rapportage	24
7.1. Enkele Aspecten van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming bij PTSS	24
7.2. Aanvullende richtlijnen WIA beoordeling in relatie tot PTSS.....	26
7.3. Aanvullende richtlijnen IP beoordeling in relatie tot PTSS.	26
7.3.1. Vertrekpunten	26
7.3.2. Nieuwe schattingsmethodiek bij psychische invaliditeit	28
7.3.3. Onderscheid aandoeningen en beperkingen met en zonder DV	33
Bijlage 1: Beoordelingslijst vastleggen psychische beperkingen.....	35
Opmerkingen vooraf *.....	35
Activiteiten van het dagelijks leven (rubriek 1)	35
Sociaal functioneren (rubriek 2).....	37
Concentratie doorzettingsvermogen en tempo (rubriek 3).....	41
Adaptatie stressvolle gebeurtenissen (rubriek 4).....	43

PTSS Protocol

WIA, Dienstverband en Invaliditeit beoordeling bij militairen met een posttraumatische stressstoornis.

Voorwoord

Dit protocol is een eerste aanzet om de verzekeringsgeneeskundige, de dienstverband (DV) en de invaliditeit beoordeling (IP) te harmoniseren, bij militairen met een Posttraumatische Stressstoornis (PTSS).

Het is een aanvulling op het WIA – IP protocol van Defensie.

Het PTSS protocol gaat in op de officiële en op de momenteel in ontwikkeling zijnde diagnostische criteria. Aandacht wordt gegeven aan psychiatrische ziektebeelden die vaak tegelijk met de PTSS voorkomen (co - morbiditeit). Soms dient deze co - morbiditeit aan het trauma te worden toegeschreven, soms niet. Handvatten voor dit onderscheid en de causaliteitsvraag worden in dit protocol gegeven. Het protocol beschrijft tevens een nieuwe methode voor de vertaling van met PTSS samenhangende klachten naar hierdoor veroorzaakte psychische beperkingen en geeft richtlijnen voor het vaststellen van het invaliditeitspercentage.

De Gezondheidsraad heeft recent (maart 2007) het protocol “angststoornissen” gepubliceerd, waarin ook de PTSS wordt besproken. Het voorliggende PTSS protocol sluit hierbij aan maar brengt bovendien de beoordeling van de militaire invaliditeit in beeld met concrete richtlijnen voor het vastleggen van de beperkingen en het schatten van het invaliditeitspercentage. Het protocol “angststoornissen” bevat elementen die tevens kunnen worden gebruikt bij de verzekeringsgeneeskundige WIA - IP beoordeling. In dit PTSS protocol wordt hiernaar in voorkomende gevallen verwezen.

De wetenschappelijke kennis en bewijsvoering over PTSS is nog niet groot. Daarom zal in het protocol gebruik gemaakt worden van ‘good practise’ ervaringen. Tevens zal daarom bij de beschrijving van persoonlijkheidsproblematiek meer gebruik worden gemaakt van termen als “persoonlijkheidstrekken en rigide copingstijlen” dan van persoonlijkheidsstoornissen.

Dit protocol moet uitdrukkelijk worden gezien als een groeidocument. Voortschrijdend inzicht, mediprudentie (praktijk voorbeelden) en validatie van het beschreven beoordelingsinstrument dienen te zijner tijd in dit protocol te worden verwerkt.

Den Haag, Juni 2007
J.H. Paulusma - de Waal, projectleider

1. Epidemiologische gegevens

Het is bekend dat in de USA de life time prevalentie voor PTSS bij volwassenen 8 % is. Binnen de Nederlandse Krijgsmacht is het voorkomen van PTSS na uitzending 3-5 %, afhankelijk van de zwaarte van de uitzending. Bij de militairen die de val van Srebrenica meemaakten lag dit percentage op 8 %. Daarbij moet worden aangetekend dat deze percentages zijn gemeten binnen 2-3 jaar na de uitzending zodat de veteranen met PTSS die zich vele jaren later voor het eerst openbaart nog niet allemaal zijn meegenomen. Deze cijfers komen overeen met buitenlandse onderzoeken in onder andere Noorwegen, Spanje en Canada na vergelijkbare militaire missies.

Bij meer dan de helft van de mensen met een PTSS klaart het beeld binnen 3 maanden (meestal spontaan) op. Wel is bekend dat een zekere kwetsbaarheid blijft bestaan bij hernieuwde schokkende gebeurtenissen of gebeurtenissen die een associatie met het oorspronkelijke trauma hebben. Het overige deel van de mensen met PTSS kan klachten hebben die langer dan 1 jaar duren, klachten die chronisch worden, klachten die komen en gaan en klachten die eventueel na lange tijd (bijvoorbeeld na een life-event) weer de kop opsteken.

In grote Amerikaanse onderzoeken bij groepen met een hoog risico worden hoge percentages PTSS gevonden bij verkrachtingslachtoffers, bij militairen met oorlogservaring, bij overlevenden van genocide en bij overlevenden van marteling. Ernst duur en nabijheid van de traumatische gebeurtenis zijn van invloed op de ontwikkeling en ernst van PTSS.

Er is enig bewijs dat andere factoren van invloed zijn op ontstaan, duur en ernst van de PTSS: persoonlijkheidsvariabelen, reeds eerder aanwezige psychiatrische aandoeningen, ervaringen in de kindertijd, kracht van het sociale steunsysteem en de familiegeschiedenis worden in dit kader genoemd. Ook erfelijkheid en het voorkomen van depressieve stoornissen bij eerste graad familieleden geeft een verhoogde kans op PTSS. Als de stress factor extreem is kan PTSS zich ontwikkelen bij mensen zonder enige predisponerende factor.

2. Omschrijving PTSS aandoening

Voor de diagnostische omschrijving van psychiatrische ziektebeelden, waaronder PTSS dient gebruik te worden gemaakt van de officiële psychiatrie richtlijnen. Deze staan verwoord in het diagnostisch handboek, de “Diagnostic and Statistic Manuel of Mental Disorders (DSM)” van de American Psychiatric Association. Deze richtlijnen zijn overgenomen door de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie. Momenteel wordt gewerkt met de vierde herziene versie (DSM IV-TR). Volgens deze richtlijnen mag de diagnose PTSS worden gesteld als wordt voldaan aan onderstaande voorwaarden:

2.1. Criteria PTSS

- A. De betrokkene is *blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij aan beide onderstaande voorwaarden moet zijn voldaan*:
- betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met een of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen.
 - tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
- B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend *herbeleefd op een (of meer) van de volgende manieren*:
- recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen.
 - recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis.
 - handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties, en dissociatieve episodes met flashbacks, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie).
 - intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
 - fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
- C. Er is sprake van aanhoudend *vermijden van prikkels* die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) *zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende omschrijvingen*:
- pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma, te vermijden.
 - pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden.
 - onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
 - duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten.
 - gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen.
 - beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben).

- gevoel een beperkte toekomst te hebben (verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting).
- D. Er is sprake van aanhoudende symptomen van *verhoogde prikkelbaarheid* (niet aanwezig voor het trauma) *zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende voorbeelden*:
- moeite met inslapen en doorslapen.
 - prikkelbaarheid of woede uitbarstingen.
 - moeite met concentreren.
 - overmatige waakzaamheid.
 - overdreven schrikreacties.
- E. De duur van de stoornis (symptomen in B, C en D) is langer dan een maand.
- F. De stoornis veroorzaakt in belangrijke mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig of algemeen maatschappelijk functioneren.

2.1.1. Toelichting bij Criteria / Rubrieken

De rubrieken A, B en C zijn het meest onderscheidend van andere psychische stoornissen in de DSM IV TR classificatie voor PTSS.

Rubriek A

Deze rubriek is essentieel voor de diagnose: Met name de doodsangst en het levensbedreigende karakter moeten aanwezig zijn, naast het tweede criterium. Meervoudige ernstige traumatische ervaringen vergroten de kans op het ontstaan van een PTSS en kunnen bijdragen aan ernst en de duur hiervan. Met andere woorden het kwalitatieve en kwantitatieve aspect van het psychotrauma in en door de dienst moet onderzocht en meegewogen worden bij het vaststellen van de ernst van de PTSS. Als bij het meemaken van een traumatische gebeurtenis geen ervaring van intense (doods)angst of afschuw, schaamte of woede optreedt, is de kans op het ontwikkelen van een PTSS zeer klein.

Rubriek B

De herbeleving van het tijdens en door de dienst doorleefde psychotrauma is een van de meest kenmerkende verschijnselen van de PTSS. Deze herbelevingen dringen zich op, herhalen zich frequent en worden meestal als onaangenaam beleefd. Men heeft er geen controle over. Het zijn niet alleen herinneringen maar ook zintuiglijke belevingen (“alsof de film zich herhaalt”). Men hoort het geschreeuw van de mensen die omkwamen.

Bij de herinnering is er weer een intens psychisch lijden, doet het opnieuw veel pijn, is men in tranen en is er opnieuw machteloze woede. Dit kan ook bij deelervaringen die kennelijk geassocieerd worden met de traumatische gebeurtenis. Bijvoorbeeld een lachend kind zien. Dit herinnert dan aan een kind dat lachte, vlak voor het psychotrauma.

De herinnering kan gepaard gaan met lichamelijke reacties zoals hartkloppingen, transpireren en trillen. Ook nachtmerries komen voor. Soms is er geen herinnering maar badend in het zweet wordt men wakker.

Rubriek C

De eerste drie aspecten van vermijden die duidelijk gelieerd zijn aan het doorleefde trauma dragen meer bij aan de ernst van de posttraumatische stresstoornis dan de volgende vier aspecten. De laatste vier zijn niet typisch voor een PTSS en komen ook voor bij andere psychische stoornissen. Zij kunnen een teken zijn van co - morbiditeit. Als een van de eerste drie, direct aan het psychotrauma gelieerde symptomen van vermijding, gecombineerd voorkomen met een of meerdere vormen van vermijding die niet direct zijn gelieerd met het oorspronkelijke trauma, dan dienen deze laatste symptomen zwaarder te worden meegewogen bij de vaststelling van de ernst van de PTSS dan als wanneer de laatste vier zonder de eerste drie voorkomen.

Rubriek D

Voorals rubriek D is niet onderscheidend van andere psychische stoornissen. In samenhang met de rubrieken A, B en C geeft D natuurlijk wel een onderbouw voor de diagnose PTSS.

2.2. Nadere specificatie PTSS diagnose

De diagnose PTSS die volgens het classificatie systeem van de DSM – IV TR is gediagnosticeerd laat op zich weinig ruimte over voor de mogelijkheid dat bijvoorbeeld alleen amnesie, vermijding of herbeleving voldoende zijn om de diagnose posttraumatische stresstoornis te stellen. Soms wordt dan in de praktijk de, niet in de DSM IV TR beschreven, term “partiële PTSS” gebezigd (zie aanvullende diagnostische omschrijvingen).

Nadat de diagnose PTSS is gesteld dient deze, zoals onderstaand nog nader te worden omschreven/ gespecificeerd:

- **Acuut:**
Indien de duur van de symptomen korter is dan drie maanden
- **Chronisch:**
Indien de duur van de symptomen drie maanden of langer is
- **Met verlaat begin (late onset):**
Indien het begin van de symptomen ten minste zes maanden na het trauma ligt.
Vaak blijkt bij navraag dat de patiënten, achteraf gezien, 3 maanden na het trauma al een aantal symptomen hadden (partieel beeld).

Officieel geeft de DSM bovenstaande limieten aan. De praktijk van tegenwoordig kent een iets ander tijdpad, zie schema blz. 12. Volgens "good practise" wordt dit officieuze tijdpad verder aanhouden.

2.3. Aanvullende diagnostische klinische omschrijvingen

In de kliniek worden officieus nog diverse andere diagnostische omschrijvingen toegepast. De verwachting is dat deze omschrijvingen deels of volledig in de volgende DSM uitgave terug zullen komen. Ze schetsen een aanvullend beeld van de diverse bij PTSS voorkomende verschijningsvormen en geven daarnaast enkele aanknopingspunten bij het beantwoorden van de causaliteitsvraag (zie hoofdstuk 6). Onderstaand worden deze omschrijvingen verwoord en tevens schematisch weergegeven.

2.3.1 Latente, later manifeste PTSS

Een ‘latente later manifeste PTSS’ is waarschijnlijk altijd subklinisch aanwezig geweest, maar werd door betrokkene gecontroleerd/ gemaskeerd met al dan niet pathologische compensatie mechanismen, al dan niet intern/ extern aanwezig gedurende voorgaande jaren. Hierdoor waren de symptomen voor de buitenwereld onvoldoende herkenbaar. De partner kan bij de handhaving van deze compensatiemechanismen (onbewust) een belangrijke rol hebben gespeeld. Het succesvol en functioneel gebruik maken van vermijdingstechnieken, het inzetten van of het gebruik maken van gecontroleerde agressie/ energie kan worden teruggevonden in de volgende voorbeelden: de extreem hardwerkende man in een eenmansbedrijf, de internationaal opererende chauffeur, de sterk fysiek ingestelde sportschoolhouder, de huisman die bijna alle activiteiten buitenshuis vermijdt, het “korte lontje”, de excessief hardlopende marathon man etc. Men houdt zich verre van zaken die herinneren aan het doorgemaakte trauma en bemoeit zich nauwelijks met de wereld om zich heen. Echter, bij life events zoals ziekte, verlies van partner, verlies van werk, een stemmingsstoornis en zelfs in kleiner perspectief bij en na een narcose kan de controle tekort schieten. De ‘verborgen’ PTSS kan zich dan alsnog tot een volledige en herkenbare stoornis ontwikkelen. Naast bovengenoemde compensatie mechanismen kan men anamnestic op het spoor komen van een ‘latente later manifeste PTSS’. Bij doorvragen blijkt vaak sprake te zijn van slechts gedeeltelijke compensatie na terugkeer van de uitzending, wijzend op een knik in het gedrag. Zo kan de reïntegratie binnen gezin of familie moeizaam zijn verlopen. Soms worden emoties nadien anders geuit. Soms worden nadien periodiek (kortdurend) middelen gebruikt. Ook kan de terugkeer in de maatschappij onverwacht moeizaam geweest etc.

Differentiaal diagnostisch moet deze ‘latente later manifeste PTSS’ worden onderscheiden van een “aanpassingsstoornis met co - morbiditeit en existentie problematiek, ontstaan vele jaren na het trauma”. Bij deze aanpassingsstoornis treedt na een luxerend moment / life - event psychische en psychiatrische existentiële problematiek op van diverse aard, doorspekt met enkele PTSS symptomen uit met name de BCD rubrieken, maar onvoldoende om de diagnose PTSS te stellen. Hooguit treedt bij deze mensen de gebeurtenis wat meer op de voorgrond door het wegvallen van een aantal zekerheden. Bij deze mensen was geen latente PTSS symptomatologie aanwezig. Evenmin worden anamnestic evidente compensatiemechanismen gevonden. Bij deze casus is het voor de beoordelende arts belangrijk om terug te gaan naar het allereerste verhaal van betrokkene en uitgebreid de traumatische gebeurtenis na te gaan. Deze aanpassingsstoornis geeft namelijk geen IP recht. Een latente PTSS met verlaat begin wel (zie paragraaf 6.2.2 en 6.2.3).

Tevens wordt nog gewezen op het protocol angststoornissen van de Gezondheidsraad. Hierin staat dat diverse traumatische gebeurtenissen, waaronder: echtscheiding, arbeidsconflict, plotseling (dreigend) ontslag en overlijden van een dierbare, een PTSS kunnen veroorzaken. Als deze gebeurtenissen, gepaard gaande met een PTSS beeld, jaren na het diensttrauma optreden, ligt het niet in de rede de dan optredende PTSS toe te schrijven aan het diensttrauma.

2.3.2. PTSS na een enkelvoudige traumatische gebeurtenis (T1 PTSS)

De PTSS is dan meestal ontstaan na een “enkelvoudige” schokkende gebeurtenis. Een overval, een hinderlaag, een ernstig schietincident en een kortdurende gijzeling zijn hiervan voorbeelden. Het beloop van deze traumatische gebeurtenis kan variëren:

- a) een acute stress-stoornis: direct symptomen die korter dan 4 weken duren. Hierbij is nog geen sprake van PTSS.
- b) een acute PTSS waarbij de symptomen langer dan 4 weken duren. De acute PTSS kan gepaard gaan met co-morbiditeit. Met name moet hierbij dan gedacht worden aan: misbruik / afhankelijkheid van middelen, stemmingsstoornissen, andere angststoornissen en de somatisatiestoornis.
- c) de chronische posttraumatische stressstoornis: de symptomen duren langer dan een jaar en kunnen eveneens gepaard gaan met bovengenoemde co-morbiditeit
- d) latente later manifeste PTSS, zie 2.3.1.

De diverse uitingsvormen van PTSS kunnen, maar hoeven niet in elkaar over te gaan. Een chronische PTSS kan de eerste uitingsvorm zijn van een reactie op een trauma, waarbij de PTSS in eerste instantie is overschaduwd door co – morbiditeit.

2.3.3. PTSS na complexe traumatische gebeurtenissen (T2 PTSS)

De PTSS is dan meestal ontstaan na zeer ernstige en/of multiple en/of langdurige schokkende gebeurtenissen. Voorbeelden zijn: langdurige eenzame opsluiting met doodsb bedreiging, dagenlange beschietingen, martelingen, gijzeling met doosbedreiging (als levend schild dienen). Ook deelgenoot zijn van gevechtshandelingen, zeker wanneer aan beide zijden doden vallen, of getuige zijn van moordpartijen terwijl je machteloos gemaakt bent (actief en passief) zijn voorbeelden van dergelijke heftige traumatische gebeurtenissen. Bij dergelijk gecompliceerd (meervoudig, langdurig) trauma zijn vaak de complexere PTSS beelden te zien.

De T2 PTSS gaat vaak gepaard met een persoonlijkheidsverandering en tevens ook vaak, vanaf het begin, met co - morbiditeit. Deze co - morbiditeit moet dan eveneens worden gezien als een reactie op en het gevolg van het trauma. De T2 PTSS kan evenals de T1 PTSS acuut of chronisch verlopen. Naast persoonlijkheidsveranderingen worden na complexe traumata bij volwassenen ook vaker stemmingsstoornissen en mogelijk veranderingen in de hersenen gezien.

2.3.4. DESNOS (disorder of extreme stress not otherwise specified)

De DESNOS is een ernstige vorm van T2 PTSS en komt alleen voor na langdurige schokkende gebeurtenissen. Voorbeelden zijn: Loopgravenoorlog W.O I, Landing W.O II. Concentratiekamp trauma. DESNOS kent naast de aard van het trauma de volgende karakteristieken:

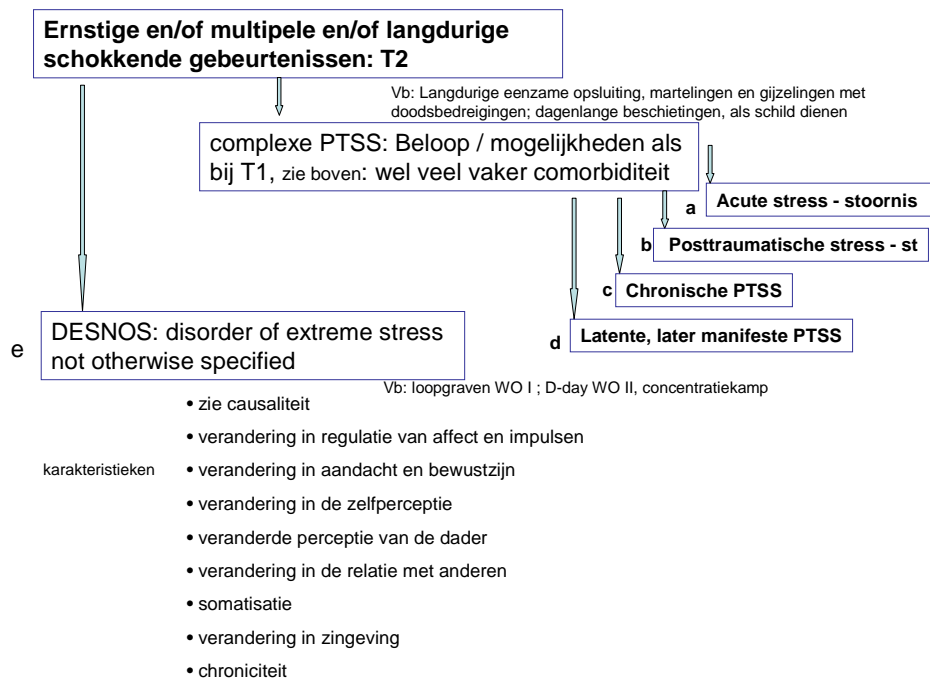
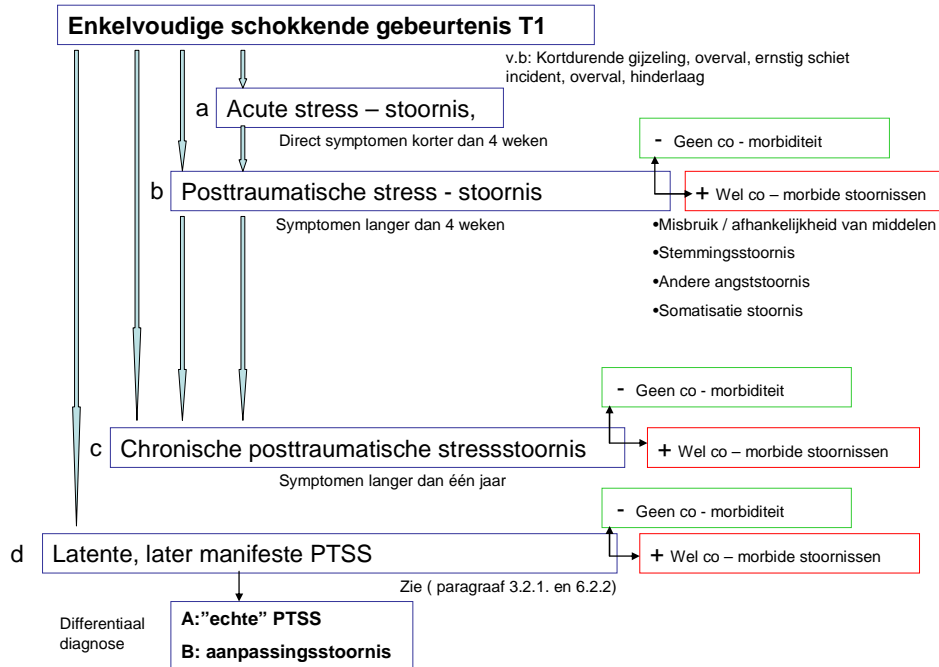
- verandering in de regulatie van affect en impulsen
- verandering in aandacht en bewustzijn
- verandering in de zelf perceptie
- veranderde perceptie van de dader
- verandering in de relatie met anderen
- somatisatie
- verandering in zingeving
- voornamelijk voorkomend bij jong volwassenen

De DESNOS verloopt meestal chronisch. Als een DESNOS zich ontwikkelt na een enkelvoudig traumatische gebeurtenis dan dienen vraagtekens bij de diagnose te worden gezet.

2.3.5 “Partiële PTSS”

Voor de volledigheid wordt het begrip “partiele PTSS” genoemd. Dit begrip wordt tegenwoordig veel in de praktijk gebezigd. Na een trauma, al dan niet recent, zijn enkele symptomen uit de D en C groep aanwezig. De diagnose PTSS kan niet worden gesteld. De symptomen leiden niet tot relevante beperkingen in het dagelijkse leven. Deze “partiële PTSS” wordt regelmatig gezien voorafgaande aan de late onset PTSS. Echter het begrip wordt soms ook ten onrechte gebruikt: aspecifieke symptomen worden dan toegeschreven aan een trauma, zonder dat daarvoor onderbouwing is. Dit kan een valkuil zijn zoals verwoord in paragraaf 6.1. en 6.2.4. De diagnose “Partiele PTSS” kan op zich niet leiden tot een invaliditeitspensioen, immers relevante beperkingen kunnen hierbij niet aanwezig zijn. Als deze beperkingen er wel zijn, is de “diagnose” niet correct.

Schematische weergave beloop PTSS



3. Diagnostiek PTSS

Dit protocol besteedt relatief veel aandacht aan de diagnostiek en de behandeling van PTSS, vanuit het oogpunt dat de verzekeringsarts een primaire taak heeft bij het toetsen hiervan. Zeker bij de PTSS, met al zijn diagnostische valkuilen, is dit toetsen een belangrijk en moeilijk onderdeel van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

Het is gebruikelijk een psychiatrisch ziektebeeld aan de hand van vijf assen te beschrijven. Het gebruik van dit (DSM) systeem maakt het makkelijker het ziektebeeld uitgebreider en systematischer te evalueren met aandacht voor (tevens aanwezige) andere psychische stoornissen, somatische aandoeningen, psychosociale en omgevingsfactoren. Tevens biedt het een handige manier om gegevens te ordenen en om de complexiteit van de omstandigheden vast te leggen.

- *As -1 (klinische stoornissen)*

Aanwijzingen voor PTSS zijn uiteraard voorhanden in het gepresenteerde klinische beeld met symptomen zoals beschreven in de DSM IV-TR. Deze zullen zorgvuldig uitgevraagd moeten worden. De CAPS (Clinical Administrated PTSS Scale), een PTSS vragenlijst gebaseerd op de DSM IV – TR criteria, is daar een goed hulpmiddel bij en het meest specifiek voor PTSS. Ook een gestructureerd interview, de SCID (Structural Composite International Diagnostic Interview) is in deze een goed meetinstrument voor het vaststellen van een As 1 stoornis. In principe is dit voldoende om een PTSS volgens de criteria te bevestigen, maar aangezien de stoornis vaak verweven is met co - morbiditeit is het van het grootste belang alle assen van de DSM IV – TR af te lopen.

Binnen de As I is er sterke correlatie met een depressieve stoornis, komt verslaving tot 25 % voor, zijn somatoforme symptomen niet zeldzaam en zijn er andere stoornissen met overlap mogelijk. Hierbij valt te denken aan andere angststoornissen, impulscontrole stoornissen, dissociatieve stoornissen en zelfs een psychotische stoornis.

Een uitgebreide psychiatrische anamnese en onderzoek, aangevuld met bredere vragenlijsten is vereist. Opvallend is dat slaapstoornis zeer frequent aanwezig is, waarbij de nadruk ligt op het niet *durven* slapen.

- *As - 2 (Persoonlijkheidsstoornissen)*

Op de As II correleert de ernstige PTSS bij militairen en veteranen met symptomen die soms sterk doen denken aan cluster B en C persoonlijkheidssymptomen. De voorgeschiedenis van betrokkene laat dan geen symptomen zien van de ontwikkeling in het B cluster. De `numbing` (het uitgedoofde, afgestompte, uitgebluste gevoel in relatie tot de omgeving), de impulsieve en agressieve symptomen en de neiging tot isolement met veel wantrouwen naar de omgeving kan sterk lijken op een cluster B persoonlijkheid.

Als het zich isoleren, de vermijding, numbing en de dissociatie voorop staan is ook een onderscheid met de cluster C persoonlijkheids trekken moeilijk te maken. Ook hier dient de levensgeschiedenis licht te werpen op de classificatie.

Het is voor de diagnostiek en het te geven behandeladvies van groot belang dat een persoonlijkheidsonderzoek wordt verricht om meer licht te werpen op de aard van

de co - morbiditeit op as I en II, bijvoorbeeld in de vorm van een Minnesota Multiphased Personality Inventory (MMPI II). Draaglast en draagkracht, kwetsbare en sterke persoonlijkheidsfactoren worden zichtbaarder en helpen bepalen hoe de betrokkene het beste een modulair opgebouwd traject kan doorlopen.

- *As - 3 (Somatische/ lichamelijke aandoeningen)*
Op de As III zijn veel voorkomend: functionele lichamelijke klachten, een ongezonde leefstijl met consequenties van dien, alcohol- , nicotine- en drugsgebruik, naast overgewicht.
- *As - 4 (Psychosociale omgevingsfactoren)*
Binnen de As IV zijn er vaak problemen in de relatie, familie, sociaal isolement, werkverlies of werkproblemen, autoriteitsproblemen, justitiële problemen en schulden.
- *As - 5 (Algehele beoordeling van het functioneren met behulp van de Global Assessment of Functioning Scale = GAF schaal))*
De werkprestaties en de sociale prestaties zijn vaak onder gemiddeld.
Het inschatten van het algeheel functioneren en de mate van beperkingen bepaalt ten eerste de mogelijkheid van het doen van een intake (is iemand hiertoe in staat) en kan tevens richting gevend zijn bij het vaststellen van de noodzaak tot acute versus semi –acute interventies.
De GAF score is overigens vooral geënt op het werk en geen geschikt instrument om het functioneren in het dagelijkse leven mee vast te stellen.

3.1. Differentiaal diagnostiek en co - morbide diagnostiek bij de PTSS

De volgende ziektebeelden komen regelmatig tegelijkertijd voor bij PTSS:

- Depressie/dysthyme stoornis
- Angststoornis
- Aan middelen gebonden stoornis
- Somatisatiestoornis
- Aanpassingsstoornis
- Dissociatieve stoornis
- Nagebootste stoornis en simulatie

Over het bestaan en/of het ontstaan van depressie naast of als kenmerk van PTSS bestaat onduidelijkheid in de wetenschappelijke literatuur.

De PTSS gaat vaak gepaard met co - morbiditeit. Dit percentage wordt geschat op meer dan 75%. Stemningsstoornissen coëxisteren vaak met PTSS, evenals verslaving. Ook angstklachten moeten een aparte diagnose moeten krijgen wanneer zij coëxisteren naast de PTSS. Het is vaak moeilijk om een onderscheid te maken tussen enerzijds het tegelijkertijd voorkomen van diverse aandoeningen, zonder relatie tot elkaar en anderzijds het voorkomen van diverse aandoeningen tegelijkertijd met wel een relatie tot elkaar. Bij de omschrijving van de latente, later manifeste PTSS en de complexe PTSS wordt hierop nader ingegaan.

4. Behandeling

Na een uitzending waarin zich traumatiserende gebeurtenissen hebben voorgedaan, kan PTSS zich bij een percentage van de uitgezonden militairen naderhand op verschillende manieren manifesteren. Opvallend is dat de eerste hulpvrager in deze vaak de partner of de familie is.

Controleverlies, extreme automedicatie (drugs, alcohol), impulsiviteit, het niet zoeken van adequate hulp met als gevolg verdere sociale en persoonlijke neergang zorgen voor de co - morbiditeit in deze. De tijd speelt hierin een negatieve rol.

Voor een optimale behandeling is het van belang onderscheid te maken tussen pre-existente, luxerende en bestendige factoren. Al naar gelang de zwaarte van deze factoren kunnen accenten van zorg en behandeling anders zijn. Duurt bijvoorbeeld een posttraumatische stressstoornis langer dan gemiddeld dan is extra aandacht noodzakelijk voor eventueel aanwezige ziektebestendige factoren. Bij de behandeling is het van groot belang dat alle facetten in kaart zijn gebracht en ook aandacht krijgen. Iemand zonder toekomstperspectief door huizenhoge schulden, geen werk, geen uitkering is in de therapeutische zin niet te behandelen als er niet aan oplossingen wordt gewerkt op de flankerende terreinen. Maatschappelijk werk zal dat deel voor de rekening moeten nemen. Verder moet uitgesloten zijn dat er geen lichamelijke adders onder het gras zitten. Wanneer dan aan As I en II kan worden gewerkt is een goed uitgangspunt te bezien wat zich bewezen heeft als therapeutisch bij PTSS en de co - morbide stoornissen.

4.1. Behandeling PTSS na T1 trauma

Bij een relatief ongecompliceerde PTSS, nog niet langer dan een jaar bestaand zijn er diverse mogelijkheden:

- 12 gespreksmodel, een model vanuit de cognitieve gedragstherapie, waarbij gaandeweg het exposureproces de controle over bijvoorbeeld nachtmerries en herbelevingen wordt terugveroverd. (AMC Amsterdam). Overigens wordt hieraan toegevoegd dat, bij aanwezigheid van ziektebestendige factoren, kortdurende cognitieve gedragstherapie wel effecten heeft op de korte termijn, maar dat het nog niet duidelijk is of dit ook effect heeft op de lange termijn. Dit model heeft momenteel de voorkeur. Het aantal benodigde sessies kan / mag variëren. Tevens: Binnen deze therapie is virtuele blootstelling aan de traumatische gebeurtenis met ICT in opkomst. Het UMC heeft hiervoor inmiddels een programma ontwikkeld. Ook Defensie heeft experimentele initiatieven ontwikkeld in die richting.
- EMDR (eye movement desensitisation and reprocessing), waarbij met lateralisatie technieken (oogbewegingen of aanrakingen) het geheugen positief wordt gestimuleerd de `zwevende ´ herinneringen van het trauma op een goede wijze op te slaan. (Shapiro 1986).
- Medicatie, veelal in de vorm van een SSRI (Selectieve Serotonine heropname remmers), waarbij vooral de angststoornis wordt bestreden en daarmee een afname van symptomen wordt bewerkstelligd.

Bij een gecompliceerd chronisch beloop, zoals kan voorkomen bij een zeer ingrijpende eenmalige traumatische gebeurtenis en / of bij veel co – morbiditeit, is de behandeling conform de T2 PTSS.

4.2. Behandeling PTSS na T2 trauma

Het zoeken van hulp wordt bij deze categorie vaak langere tijd uitgesteld. Door de tijd heen raakt het beeld meestal gecompliceerd met co - morbide stoornissen, waardoor een goed / helder beeld van de oorspronkelijke stoornis moeilijk zichtbaar is te maken.

Alvorens tot behandeling over te gaan dient een uitgebreid psychiatrisch diagnostisch profiel te worden gemaakt, waarop de behandeling wordt afgestemd.

Het behandeltraject dat na intake dient te worden gevolgd bij deze categorie patiënten, is in eerste instantie gebaseerd op stabilisatie, waarbij erkenning een grote en positieve invloed heeft. Zorg dat de patiënt in behandeling blijft en zich serieus genomen voelt en ook wordt en zet daarna een breder beleid uit. Zoals gezegd zijn er vaak grote problemen omheen, zoals relatie/gezinsproblemen, schulden, werkverlies en dergelijke. Dat is een belangrijk aspect in deze stabilisatiefase, die verder medicamenteus ondersteund kan worden, met inbegrip van een zelfhulp- of lotgenotengroep. Het gezin, indien aanwezig, dient bij de behandeling betrokken te zijn.

In de loop van de behandeling kan afhankelijk van de draagkracht van de betrokkenen al of niet gestart worden met trauma focussed behandeling, in de groep of individueel, al dan niet ondersteund door EMDR. Tevens is cognitieve gedragstherapie een optie.

Indien (nog) niet mogelijk, is symptoombehandeling van groot belang: agressietraining, relatietherapie, antidepressieve medicatie, soms is opname onontkoombaar waarbij het structurerende karakter ervan therapeutisch kan zijn.

In zo'n casus wordt gestreefd naar herstel van mogelijkheden vanuit het 'gehandicapten' model. Modules van behandeling worden ingezet aan de hand van de diagnostische overwegingen.

4.3. Zorgsysteem civiel militair

Momenteel wordt onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Defensie een landelijk civiel-militair zorgsysteem voor veteranen opgezet. Uitgangspunten voor dit zorgsysteem zijn: vroege signalering, getrapte intake en getrapte zorg voor uitzend gerelateerde stoornissen bij veteranen, met een ingang via één loket (Centraal Aanmeldpunt Veteraneninstituut), in nauwe afstemming met het "Zorgloket militaire oorlog en dienstslandoffers".

Belangrijk is te vermelden dat gestreefd moet worden naar behandeling zo dicht mogelijk bij huis. Daartoe is regionaal maatschappelijke dienstverlening, geestelijke verzorging, civiele en militaire GGZ capaciteit beschikbaar. Nederland is verdeeld in 3 regio's. Deze instanties komen maandelijks bijeen in een zogenaamd Regionaal Casuïstiek Overleg. Dit overleg dient de verwijzroute te bekorten en de patiënt zo spoedig mogelijk op een geëigende plek te doen behandelen. Daartoe kan ook beperkt gebruik worden gemaakt van gespecialiseerde hulp, in de gespecialiseerde lijn: Centrum 45, Sinai Centrum en de gespecialiseerde MGGZ Utrecht. Het is van belang ook gebruik te kunnen maken van andere gespecialiseerde instellingen als de verslavingszorg en de forensische instituten.

Het Centraal Aanmeld Punt (CAP) van het Veteraneninstituut is voor verwijzers en veteranen toegankelijk.

Bij (gewezen) militairen die een aanvraag indienen voor een invaliditeitspensioen wegens PTSS is per definitie sprake van een chronische PTSS (langer dan 1 jaar bestaand).

Bij een chronische PTSS (zowel na een T1 als na een T2 trauma) dient altijd een uitgebreid psychiatrisch diagnostisch profiel te worden gemaakt, gevolgd door een multidisciplinaire behandeling. De verzekeringsarts moet dit toetsen. Als diagnostiek alleen in de eerste lijn heeft plaatsgevonden dient een doorverwijzing te volgen naar het Zorgsysteem. Pas na optimale diagnostiek en behandeling kan een beoordeling van de invaliditeit worden gedaan: Zorg gaat voor.

5. Prognose en herstelbelemmerende factoren

Hoe eerder de betrokken militair of veteraan met PTSS wordt geïdentificeerd en behandeld, des te beter de prognose. Hoe minder co - morbiditeit hoe beter de prognose. Psycho-educatie voor, tijdens en na uitzending, ook aan de partners, cq de familie van betrokkene is van groot belang. In het verleden, denk daarbij aan bijvoorbeeld Libanon (1979-1985), was daar betrekkelijk weinig kennis van en aandacht voor.

In de hulpverlening, maar evengoed in andere instanties die omgang hebben met veteranen is bejegening een belangrijk thema. Het in zorg, dienstverlening houden van veteranen is een belangrijk element van de prognose.

Flankerend beleid, in de vorm van kansen op verbetering van de sociale omstandigheden, herstel van werk, behuizing, schuldenvrij worden en herstel van relatie is van grote invloed op de prognose.

Er is betrekkelijk veel nodig, buiten de geestelijke gezondheidszorg, te beginnen met erkenning, om de veteraan met een complexe vorm van PTSS een redelijke prognose te geven. Zonder deze voorwaardelijke maatregelen is de prognose in de zorg zelf betrekkelijk pover en zijn behaalde resultaten breekbaar.

Geldelijke vergoedingen zijn een belangrijk thema, maar spelen vooral in het bovenstaande een voorwaardelijke rol in de prognose.

Het lijkt meer de moeite waard te investeren in aangepaste langer durende projecten die richting bij- en nascholing voor de veteraan gaan dan in een geavanceerde pensioenregeling. Hoewel je daar in zeer treurige en chronische omstandigheden niet onderuit kan. De prognose zou positief beïnvloed kunnen worden indien zij “opnieuw ergens bijhoren”.

Uit de wetenschappelijke literatuur komt naar voren dat een verlate PTSS, ontstaan tussen het half jaar en drie tot maximaal vijf jaar na het trauma, geen slechtere prognose heeft dan de PTSS die meteen in de maanden na het psychotrauma een aanvang neemt.

6. Causaliteit /dienstverband en chronische PTSS.

Het PTSS protocol moet worden gezien als een aanvulling op het WIA – IP (invaliditeitspensioen) protocol. Begrippen als “oorzakelijk / verergerend dienstverband (DV)” en medische / juridische causaliteit” staan in het algemene WIA – IP protocol beschreven. Ter voorkoming van doublures wordt voor uitleg van deze begrippen primair naar dat protocol verwezen. Dit hoofdstuk beperkt zich tot een algemene aanvulling, gefocust op PTSS en op enkele aandachtspunten die specifiek zijn voor PTSS. Los hiervan wordt voor alle duidelijkheid nogmaals gewezen op het feit dat Defensie een zorgplicht heeft voor haar militairen en dat zij zich betrokken en verantwoordelijk voelt voor hen. De militair dient in voorkomende gevallen het voordeel van de twijfel te krijgen.

6.1. Algemene uitgangspunten causaliteit bij PTSS

In de eerste plaats ligt causaliteit besloten in de naam en de definitie: er moet een zeer schokkende gebeurtenis tijdens de uitoefening van de militaire dienst hebben plaats gevonden, die als traumatisch werd beleefd. Dit eerste criterium moet aanwezig zijn anders is überhaupt geen sprake van causaliteit.

Een valkuil bij de beoordeling van de causaliteit is te gemakkelijk (ongefundeerd) toeschrijven van klachten, door betrokkene, de omgeving en zelfs de professionals aan de op zich vaak ernstige gebeurtenis. De gebeurtenis neemt in het leven van betrokkene dan niet geleidelijk aan een minder dominante plek in. Dit terwijl het merendeel van de mensen met een ernstig psychotrauma na verloop van tijd hun normale leven weer oppakken zonder beperkende restverschijnselen.

Een belangrijke vraag om te beantwoorden is dan ook waarom herstelt iemand niet van zijn PTSS of anders gesteld: zijn de duurzame klachten wel grotendeels een gevolg van het doorgemaakte psychotrauma? Ter beantwoording van deze vraag moet duidelijkheid worden gekregen over de aanwezigheid van factoren die tegen causaliteit pleiten en factoren die het beloop beïnvloeden. Weging van deze factoren is belangrijk bij de beantwoording van de causaliteitsvraag.

Minimaal dienen, in aanvulling op de checklist causaliteit van het WIA – IP protocol, onderstaande factoren in beeld te worden gebracht:

- Zijn er co - morbide stoornissen zoals stemmingsstoornissen?
- Zijn er preëxistente factoren?
- Zijn er luxerende factoren geweest?
- Zijn er ziektebestendige factoren?
- Zijn er stressoren in de privé en/ of werkomgeving die van belang zijn?
- Zijn lichamelijke klachten en beperkingen aanwezig?
- Is er sprake geweest van adequate therapie (niet alleen inzichtgevende therapie)
- Waarop richtte zich het behandelplan vooral? Wat zijn, blijkens dat behandelplan, de belangrijkste belemmeringen voor herstel geweest?
- Wat is zijn/haar huidige niveau van functioneren?

Tevens is het bij de beoordeling (attributie) zeer belangrijk om terug te gaan naar het eerste verhaal. Wat heeft betrokkene de eerste keer in de (curatieve) spreekkamer / bij de begeleiding / in zijn omgeving verteld, wat was de traumatische gebeurtenis en heeft deze inderdaad ook plaatsgevonden?

6.2. specifieke aandachtspunten bij PTSS en causaliteit

Bij PTSS verdienen de volgende onderwerpen specifieke aandacht: Dit betreft de uitspraak oorzakelijk versus verergerend dienstverband en los daarvan in beide gevallen de uitspraak over co - morbiditeit in relatie tot de dienst en de weging van deze co - morbiditeit.

6.2.1. Oorzakelijk versus verergerend dienstverband bij PTSS

Bij PTSS en andere psychische aandoeningen zijn vaak predisponerende en / of luxerende factoren en /of herstelbelemmerende factoren aanwezig. De Gezondheidsraad stelt dat voor PTSS het multicausale verklaringsmodel geldt (zie protocol angststoornissen 2007). Als dat zo is en tevens is vastgesteld dat de PTSS in overwegende mate door de dienst is veroorzaakt, dan spreekt men van een *verergerend dienstverband*: alle op dat moment bestaande beperkingen, veroorzaakt door de PTSS en de predispositie worden verdisconteerd in een IP percentage. Echter verergering in de toekomst door andere oorzaken worden niet gehonoreerd in een hoger IP percentage, evenmin als een verergering van de beperkingen verband houdende met de predisponerende factoren.

Bij een *oorzakelijk dienstverband* (enkel en alleen het trauma heeft de PTSS en de daaruit voorkomende beperkingen veroorzaakt) zal elke verergering in de toekomst, door welke oorzaak ook, recht geven op een verhoging van het IP.

Regels causaliteit bij PTSS in relatie tot oorzakelijk en verergerend dienstverband

Het gaat te ver om conform het protocol van de Gezondheidsraad altijd uit te gaan van een verergerend dienstverband bij PTSS. Militairen kunnen worden geconfronteerd met ingrijpende gebeurtenissen waarbij praktisch iedereen een PTSS oploopt. Dit geldt dan met name voor de T2 traumatische gebeurtenissen.

De volgende causaliteit regels worden daarom gehanteerd: Bij T1 PTSS moet worden uitgegaan van een verergerend dienstverband. Alleen gemotiveerd kan hiervan worden afgeweken. Voor de T2 PTSS geldt het omgekeerde: oorzakelijk dienstverband wordt aangenomen, tenzij goede argumenten aanwezig zijn om uit te gaan van een verergerend dienstverband.

6.2.2. Co - morbiditeit bij PTSS en dienstverband

Onder co - morbiditeit wordt verstaan het tegelijkertijd voorkomen van diverse aandoeningen die soms wel, soms niet een relatie met elkaar hebben. Ook kan de oorzaak verschillen. PTSS gaat regelmatig gepaard met co - morbiditeit. Het is medisch vaak moeilijk, zeker bij psychische problematiek, een onderscheid te maken tussen co - morbiditeit welke wél en welke géén causaal verband heeft met de dienst. Partiële toerekening behoort(nog) niet tot de wettelijke mogelijkheden, daarom moet toch een “alles of niets” uitspraak worden gedaan. De co - morbiditeit mag alleen aan de traumatische gebeurtenis worden toegerekend als deze traumatische gebeurtenis wordt geacht in overwegende mate deze co - morbiditeit te hebben veroorzaakt (voor meer dan 50%).

Regels dienstverband en causaliteit bij PTSS met co - morbiditeit

Allereerst geldt bovenstaande voorwaarde: Alleen toerekening als de traumatische gebeurtenis wordt geacht in overwegende mate een rol te hebben gespeeld bij het ontstaan van de co - morbiditeit. De aanvullende diagnostische omschrijvingen en

schema (paragraaf 2.3, met een onderverdeling naar enkelvoudige T1 en complexe T2 traumatische gebeurtenissen) zijn daarnaast richting gevend. Bij een T1 PTSS wordt verergerend dienstverband toegekend aan die co - morbiditeit, welke min of meer gelijk met de PTSS manifest is geworden. Deze regel gaat uiteraard niet op als overtuigende argumenten aanwezig zijn om aan te nemen dat duidelijk andere factoren een overwegende rol hebben gespeeld bij het ontstaan van deze co - morbiditeit. Aan co - morbiditeit welke pas later in het beloop van de T1 PTSS ontstaat wordt in principe geen dienstverband toegekend. Bij T2 PTSS geldt dat voor co – morbiditeit, direct of later ontstaand, dienstverband wordt aangenomen. Ook hiervoor geldt uiteraard de uitzondering van bovenstaande voorwaarde.

Aan de hand van onderstaande voorbeelden wordt getracht enige verduidelijking te geven. Het betreft casus met een verzoek om een invaliditeitspensioen wegens persisterende langdurige klachten.

T1 traumatische gebeurtenis en PTSS

- **T1 PTSS welke volgens huidig inzicht destijds niet goed is begeleid (geen hulpvraag, hulpvraag is niet herkend, geen hulpaanbod gegeven of behandeling volgens huidig inzicht toe aan revisie). Tevens heeft co – morbiditeit zich ontwikkeld:** een slechte begeleiding kan resulteren in het ontstaan van (veel) co - morbiditeit. Deze co - morbiditeit dient dan in principe te worden toegeschreven aan het ongeval in en door de dienst, tenzij andere factoren duidelijk een overwegende rol hebben gespeeld. Een verergerend dienstverband wordt aangenomen.
- **T1 PTSS goed begeleid en herstellend, maar in de loop van de herstelperiode andere persisterende psychische pathologie / co – morbiditeit ontwikkeld:** deze co - morbiditeit dient medisch los te worden gezien van het trauma en niet te worden gehonoreerd met een IP, mits zwaarwegende medische argumenten worden aangedragen om toch tot een andere beslissing te komen.
- **T1 PTSS goed begeleid maar niet volledig hersteld. Jaren later toename klachten t.g.v. omgevingsfactoren, persoonsgebonden factoren, ziekte / leeftijd etc. Tevens dan ontstaan van veel co - morbiditeit in de vorm van een depressie en angststoornissen:** in deze casus dient voor de PTSS een verergerend dienstverband te worden aangenomen. Een verergering van de PTSS door de omgevingsfactoren leidt niet tot een hoger percentage. De co - morbiditeit dient causaal buiten beschouwing te blijven.
- **T1 PTSS ondanks gelijk goede behandeling chronisch beloop, met vanaf het begin co – morbiditeit:** Verergerend dienstverband voor het hele psychiatrische beeld, tenzij zwaarwegende medische argumenten worden aangedragen om toch tot een andere beslissing te komen.
- **T1 Latente, later (gedeeltelijk) manifest geworden PTSS met co - morbiditeit:** Hierbij dienen twee opties te worden onderscheiden (Zie opmerkingen paragraaf 2.3.1.):
A) de “echte” latente PTSS, later manifest geworden.
 Bij deze uiting dient voor de PTSS een verergerend dienstverband te worden aangenomen evenals voor de co – morbiditeit, tenzij zwaarwegende medische argumenten worden aangedragen om tot een andere beslissing te komen.
B) de aanpassingsstoornis al dan niet gepaard gaande met stemming-, angst- en/of gedragsstoornissen.
 Bij deze vorm wordt geen causaliteit aangenomen Een invaliditeitspercentage wordt niet toegekend.

T2 traumatische gebeurtenis en PTSS

- **T2 Chronische PTSS**

PTSS kan samengaan met, angst, middelen gebruik, depressie, somatoforme beelden en impulsgedrag. Soms wordt deze co - morbiditeit veroorzaakt door hetzelfde trauma, dat ook de PTSS heeft veroorzaakt. Dit komt vaak voor bij T2 chronische PTSS. Bij deze T2 PTSS beelden wordt in principe een oorzakelijk dienstverband toegekend. Zowel de beperkingen die toegeschreven worden aan de PTSS als aan de co - morbide stoornissen moeten worden verdisconteerd in het IP percentage. Dit geldt ook als deze co - morbide stoornissen pas later in het beloop van de PTSS optreden, tenzij zwaarwegende medische argumenten worden aangedragen om tot de conclusie te komen dat het trauma *niet* in overwegende mate de co – morbiditeit heeft veroorzaakt

- **DESNOS**

Een oorzakelijk dienstverband wordt aangenomen. Alle co - morbiditeit dient te worden meegewogen, met als aantekening dat deze diagnose absoluut gekoppeld is aan T2 traumatische gebeurtenissen. Indien slechts sprake is geweest van een enkelvoudige traumatische gebeurtenis, dan moet de diagnose ernstig worden heroverwogen.

6.2.3. Latente, later manifeste PTSS, verzekeringsgeneeskundige weging

Om de latente, later manifeste PTSS te kunnen classificeren als een dienstverband aandoening dient aan de volgende randvoorwaarden te zijn voldaan:

- Een causaal verband kan redelijkerwijs slechts worden vastgesteld, indien een deel van de (typische) symptomen zich reeds binnen enkele jaren na de inwerking van het (oorlogs)trauma heeft voorgedaan.
- Niet gesteld wordt dat er nooit sprake kan zijn van het ontstaan van een sterk verlate (> 5 jaar) posttraumatische stresstoornis. De kans op dienstverband is dan echter zeer gering. Daarom dient in de oordeelsvorming over causaliteit en dienstverband uitgegaan te worden van het principe **nee tenzij**. De voorwaarden hiervoor zijn:
 - Betrokkene voldoet aan de kenmerken van een PTSS.
 - Deze klachten nemen een prominente plaats in te midden van co - morbide klachten.
 - Lijdensdruk en verminderd functioneren zijn vanuit de klachten uit rubriek b en c passend bij de posttraumatische stresstoornis in beduidende mate te onderbouwen.
 - Vanuit de voorgeschiedenis tussen het moment van het psychotrauma en de doorbraak van de posttraumatische stresstoornis klachten meer dan vijf jaar later, komt een in de jaren consistent beeld naar voren van het ten koste van veel inspanningen verdringen van het psychotrauma.
 - Het in de afgelopen jaren veel inspanningen moeten getroost hebben om maatschappelijk te kunnen hebben functioneren.
 - Zie tevens de opmerkingen dit aangaande in paragraaf 2.3.1. en de opmerkingen van de Gezondheidsraad in het protocol angststoornissen 2007. “Tot de traumatische gebeurtenissen welke een PTSS kunnen veroorzaken behoren ook: arbeidsconflicten, (dreigend) ontslag, echtscheiding, verlies dierbare”. Deze gebeurtenissen, hoeven niets met het diensttrauma te maken te hebben.

6.2.4. Weging beperkingen met en zonder dienstverband

Het komt voor dat iemand tegelijkertijd diverse aandoeningen heeft met slechts voor één van deze aandoeningen een dienstverband. Deze aandoeningen kunnen soms dezelfde beperkingen geven. Soms is het dan moeilijk te bepalen waardoor de beperkingen veroorzaakt worden. Dit probleem wordt ook gezien bij PTSS met co – morbiditeit. De volgende vraag kan zich hierbij bijvoorbeeld voordoen. “Worden de concentratiestoornissen veroorzaakt door de PTSS, door de depressie of door een lichamelijke aandoening (bijvoorbeeld moeheid en concentratiestoornissen na bepaalde ingrepen, na hartinfarct, na hersenbloeding, na chemotherapie, bij vergevorderde leeftijd e.a.)”? In dit soort casus posities kan voor de volgende oplossing worden gekozen: de beperkingen kunnen “niet, enigszins, gedeeltelijk (voor meer dan 50%) of grotendeels” aan de dienstverband aandoening worden toegeschreven.

Met de huidige maatschappelijke brede aandacht voor posttraumatische stressstoornissen moet voorkomen worden dat men gaat speuren naar psychotraumatische voorvallen in de voorgeschiedenis en dat men bij het aantreffen daarvan alle stoornissen en beperkingen in die context gaat bezien.

7. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling en rapportage

Bij deze beoordeling kan een uitspraak worden gedaan over enerzijds de WIA aanspraak en anderzijds over het bestaan van DV met al dan niet een IP recht. Voor de basisprincipes van deze beide beoordelingen wordt allereerst verwezen naar het WIA – IP protocol. Enkele aspecten hieruit worden onderstaand nog eens benadrukt in relatie tot PTSS. Tevens worden aanvullende richtlijnen beschreven voor specifiek het beoordelen van de beperkingen bij PTSS / psychische aandoeningen in het kader van het IP recht.

7.1. Enkele Aspecten van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming bij PTSS

- *Toetsende rol:* Primair heeft de verzekeringsarts bij de diagnostiek en behandeling een toetsende rol: Hij toetst of de diagnose stelling op een professionele manier tot stand is gekomen en of de behandeling adequaat geweest. Ook toetst hij of het herstelgedrag van betrokkene adequaat was, zie paragraaf 4.3.
- *Maatwerk bij de psychische beoordelingen:* Het individuele gesprek is maatwerk. De wijze waarop anamnese en onderzoek verlopen is afhankelijk van zowel betrokkene als van de verzekeringsarts. Strakker gestructureerd of meer het verhaal van betrokkene volgend zal de noodzakelijke informatie zelf of via andere wegen verzameld moeten worden.
- *Informatie behoefte:* Alvorens de verzekeringsarts overgaat tot zijn conclusies over de beperkingen en mogelijkheden zal hij over informatie willen beschikken, afkomstig van:
 - een gestandaardiseerde vragenlijst zoals de genoemde 4 dimensionale klachtenlijst
 - de curatieve sector / GGZ
 - de bedrijfsarts inclusief poortwachterinformatie
 - op indicatie verricht psychotechnisch onderzoek en psychiatrische expertise
 - consult, intervisie of een tweede beoordeling bij een collega
- *Psychiatrische expertise:* Indien aan de hand van bovenstaande gegevens sprake blijkt te zijn is van een consistent, plausibele en inzichtelijke rapportage die duidelijk leidt naar de conclusies omtrent diagnose, aanpak en herstel gedrag dan is een psychiatrische expertise niet noodzakelijk. Een verzekeringarts zal dus lang niet altijd een expertise aanvragen bij een PTSS claim. Indicaties voor het aanvragen van een psychiatrische expertise kunnen zijn:
 - twijfel over de door de curatieve sector gestelde diagnose posttraumatische stresstoornis, als deze niet lijkt aan te sluiten bij die van de DSM IV - TR classificatie
 - een vermoeden op co - morbiditeit, welke onvoldoende blijkt te zijn onderzocht
 - het bestaan van onduidelijkheid over de invloed van ziektebestendige factoren, zoals dysfunctionele persoonlijkheidstrekken en rigide copingstijlen
 - meer in het algemeen: onzekerheid bij de verzekeringsarts over ziekte en gebrek in relatie tot dienstverband en beperkingen

De psychiatrische expertise moet met een geprotocolleerde vraagstelling verlopen. De richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aangaande rapportage en psychiatrisch onderzoek dienen hierin te zijn verwerkt. Tevens moet altijd aandacht worden gegeven aan:

- de aanwezigheid van preëxistente, luxerende en ziektebestendige factoren met tevens dan het duiden van deze factoren
- de aanwezigheid van co – morbiditeit
- de eventueel aanwezige gemotiveerde relatie tussen deze co - morbiditeit en de militaire dienstverrichting, naast de weging van deze relatie (niet, enigszins, gedeeltelijk doch meer of minder dan 50%, of grotendeels)
- de weging van co - morbiditeit bij het duiden van de beperkingen, als deze co - morbiditeit geen relatie heeft tot de dienstverrichting (beperkingen niet, in geringe mate, gedeeltelijk of grotendeels veroorzaakt door deze co - morbiditeit)
- het geprotocolleerd duiden van de beperkingen en de ernst hiervan

Van de geraadpleegde psychiater wordt niet gevraagd om een uitspraak te doen over het invaliditeitspercentage. Doet hij / dit toch dan hoeft aan dit oordeel geen beslissende betekenis te worden toegekend. De verzekeringsarts dient op basis van eigen argumenten en onderzoek tot een *vaststelling* van de beperkingen en een bepaling van het invaliditeitspercentage te komen.

- *Dubbele beoordelingen:* Onderzoek door twee verzekeringsartsen kan meerwaarde hebben bij problematische beoordelingen. Indicaties kunnen zijn:
 - claim dienstverband wegens psychische klachten, indien de eerste claim meer dan vijf jaar na het psychotrauma ligt.
 - bij twijfel voor wat betreft de conclusies door de verzekeringsarts zelf
 - bij een claim met co - morbide psychische stoornissen, die waarschijnlijk niet aan de dienst kunnen worden toegeschreven.
 - bij een claim met preëxistente en ziektebestendige factoren
- *Verzekeringsgeneeskundige Rapportage:* Uitgegaan wordt van de standaard onderzoeksmethodieken van de verzekeringsarts. Uit de rapportage moet duidelijk worden dat naar gegevens is gezocht in een aantal velden rondom de claim. Al deze gegevens zijn de basis voor de verzekeringsgeneeskundige oordeels-en besluitvorming aangaande het vastleggen van de psychische beperkingen in relatie tot de dienstverband aandoening. Deze velden worden onderstaand beknopt besproken:
 - Psychische klachten en stoornissen: Hiervoor geldt de informatie van de curatieve sector als uitgangspunt. Alleen gemotiveerd kan hiervan worden afgeweken. Naast het onderzoek naar PTSS dienen co – morbide ziekten apart te worden gediagnosticeerd. De behandelingen in verleden en heden moeten bekend zijn. Somatische klachten en stoornissen moeten worden nagevraagd / uitgesloten. Hierbij is behalve eigen onderzoek op indicatie ook informatie van de curatieve sector van belang.
 - Werk: Aanwezigheid van chronische stressoren zoals ervaren door betrokkene of loopbaanproblematiek.
 - Privé: Aanwezigheid van chronische stressoren zoals ervaren door betrokkene. Inzicht in de balans werk/privé.

- **Persoonlijkheidsfactoren:** Deze zijn van essentieel belang om in kaart te brengen vanwege zowel het preëxistente aspect als het ziektebestendige aspect. Dit zelfde geldt voor persoonlijkheidstrekken zoals afhankelijke, dwangmatige of in het algemeen trekken die wijzen op persoonlijkheidsproblematiek in de clusters a, b en/ of c. Ook rigide copingstijlen kunnen van belang zijn (altijd alles onder controle willen hebben, geen grenzen kunnen aangeven, steeds over eigen grenzen heengaan). Tevens dient te worden nagegaan of er sprake van levensfase problematiek De verzekeringsarts zal dit (deels) zelf kunnen uitzoeken en op indicatie hiernaar een persoonlijkheidsonderzoek kunnen laten verrichten. Dit kan eventueel in het kader van een expertise.
- **Dagverhaal/ functioneringsniveau:** Het dagverhaal c.q. het functioneringsniveau dient zicht te geven op het gemiddelde functioneren van de laatste twee weken vooraf gaand aan het desbetreffende onderzoek. Men dient vooral een globaal beeld te krijgen van waaruit de consistentie kan worden afgeleid over een bepaalde tijdspanne en niet alleen specifiek onderzoek naar een dag van bijvoorbeeld de dag vóór het onderzoek.
- **Voorgeschiedenis:** bijzondere aandacht dient er te zijn voor de aard en de ernst van het trauma (enkelvoudig, complex), het functioneren van betrokkene de jaren voor en na het trauma voorafgaand aan de claim (aanpassingsstoornis of latente, later manifeste PTSS)
- **Onderzoek:** eigen onderzoek met observaties van de algemene indruk, affect, gedrag, stemming, coherentie van het verhaal, realiteitszin en gegevens van het eigen psychisch onderzoek eventueel aangevuld met bijv. de 4 dkl vragenlijst. Tevens dient de visie van betrokkene op te worden verwoord met betrekking de ernst van zijn beperkingen en mogelijkheden en zijn mening over de causaliteit.
- **Beschouwing:** Hierbij dient een weging te volgen van de voorgaande informatie zodat er een multifactorieel inzicht ontstaat waaruit a) de huidige medische eindtoestand onderbouwd kan worden, b) de beperkingen en mogelijkheden op hoofdlijnen kunnen worden geduid met verwijzing naar de FML en de IP beoordelingslijst psychische beperkingen (zie hoofdstuk onderstaand) en c) een uitspraak over de medische causaliteit/ het dienstverband kan worden gedaan.
- **Conclusie:** na een eventuele bijstelling van de overwegende argumenten op basis van visie en informatie van betrokkene volgt de conclusie over de beperkingen, de functionele mogelijkheden en de causaliteit.

7.2. Aanvullende richtlijnen WIA beoordeling in relatie tot PTSS.

De gezondheidsraad heeft recent een verzekeringsgeneeskundig protocol angststoornissen ontwikkeld (maart 2007). PTSS valt ook onder het begrip angststoornis. Deze richtlijnen van de Gezondheidsraad, zoals verwoord in dit nieuwe protocol dienen te worden toegepast bij de WIA beoordeling.

7.3. Aanvullende richtlijnen IP beoordeling in relatie tot PTSS.

7.3.1. Vertrekpunten

Voor het vaststellen van een militair invaliditeitspensioen dient, zoals beschreven in het WIA – IP protocol, van de volgende vertrekpunten te worden uitgegaan:

- *De militaire pensioenvoorschriften*
Er moet sprake zijn van een “dienstverband aandoening”. De invaliditeit moet zijn opgelopen tijdens en door de uitoefening van de militaire dienst in bijzondere omstandigheden (uitzending, oefeningen e.a) en hebben geleid tot blijvende invaliditeit. De mate van invaliditeit dient te worden vastgesteld aan de hand van een barèma, tot heden de WPC-schaal.
- *Het ziektebegrip*
Bij een pensioenaanvraag op psychische gronden moet in principe sprake zijn van een ziekte welke herleidbaar is naar de DSM – IV TR en naar de in dit protocol genoemde aanvullende diagnostische klinische omschrijvingen.
- *De causaliteit*
De juridische causaliteitscriteria van de militaire pensioenwetgeving zijn bepalend: voldaan moet worden aan het begrip oorzakelijk of verergerend dienstverband.
- *De invaliditeitsdefinitie*
“de in een percentage uit te drukken mate van lichamelijke en geestelijke tekortkomingen en beperkingen, welke de belanghebbende in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in het dagelijks leven in het algemeen ondervindt”: bij vaststelling van het invaliditeitspercentage dient derhalve uit te worden gegaan van beperkingen en niet van de ernst van symptomen. Arbeid dient buiten beschouwing te blijven. Klachten, lijdensdruk en gederfde levensvreugde mogen niet worden meegewogen.
- *De invaliditeitsschatting*
Deze dient te gebeuren aan de hand van ADL en BDL (Activiteiten en Bijzondere activiteiten Dagelijks Leven)-beperkingen. De ernst van de beperkingen dient hierbij te worden weergegeven.

Uitgaande van deze vertrekpunten staan bij de IP beoordeling van psychische aandoeningen diverse onderwerpen ter discussie, welke extra aandacht verdienen. Dit betreffen:

- de dienstverbandbeoordeling en de causaliteitsvraag. Op deze beide onderwerpen is in hoofdstuk 6 ingegaan.
- de schatting van het invaliditeitspercentage volgens de WPC - schaal (War Pension Committee): De schattingsmethodiek volgens de WPC - schaal voldoet niet bij psychische aandoeningen. In het rapport “Schade in Schalen” staat dit beargumenteerd verwoord. Onderstaand (paragraaf 7.3.2.) wordt, aanvullend op de WPC - schaal een methodiek beschreven waarmee het invaliditeitspercentage op een meer transparante reproduceerbare wijze kan worden geduid.
- het maken van een onderscheid tussen beperkingen gerelateerd aan de dienstverband aandoening en de beperkingen die hiervan los staan.

7.3.2. Nieuwe schattingsmethodiek bij psychische invaliditeit

Voor de nieuwe schattingsmethode is uitgegaan van bovenstaande criteria. De wijze waarop de door ziekte veroorzaakte beperkingen worden geoperationaliseerd en geconverteerd naar een invaliditeitspercentage, wordt onderstaand besproken en toegelicht.

De nieuwe beoordelingssystematiek dient nog te worden gevalideerd. Dit geldt overigens voor alle momenteel gebruikte systemen. Richtlijnen voor validatie zijn in ontwikkeling.

Operationalisering van de beperkingen:

De beperkingen worden onderverdeeld in rubrieken en subrubrieken. Tevens moeten ze per subrubriek worden omschreven. Daarnaast moet de ernst van de beperkingen worden geclassificeerd en eveneens worden omschreven. Tot slot dienen de aldus gerubriceerde en geclassificeerde beperkingen te worden geconverteerd naar een invaliditeitspercentage. Onderstaand wordt deze operationalisering nader uitgewerkt.

Rubricering in 4 rubrieken en daarna in 10 subrubrieken (tabel 3 en bijlage 1)

- Rubriek 1: *Activiteiten van het dagelijkse leven*, met als 4 subrubrieken: persoonlijke hygiëne en zelfzorg, mobiliteit, slapen, seksuele functie
- Rubriek 2: *Sociaal functioneren*, met als 3 subrubrieken: *basale communicatie, communicatief sociaal functioneren en communicatieve emotionele vaardigheden*.
- Rubriek 3: *Concentratie doorzettingsvermogen en tempo*, met als 2 subrubrieken *structuur aanbrengen en huishoudelijke activiteiten*.
- Rubriek 4: *Adaptatie aan stressvolle omstandigheden* met als enige subrubriek *het omgaan met stressvolle gebeurtenissen*.

Omschrijving van het normale functioneren op subrubriek niveau:

Voordat men beperkingen kan duiden, dient men eerst bekend te zijn met het normale functioneren op subrubriek niveau. De omschrijving van het normale functioneren is als volgt tot stand gekomen: in eerste instantie zijn alle subrubrieken opgesplitst in totaal 33 clusteractiviteiten. Ieder persoon zonder beperkingen wordt geacht deze activiteiten normaliter te kunnen verrichten. Deze clusteractiviteiten zijn omschreven in tabel 1. Deze activiteiten zijn vervolgens met elkaar gecombineerd. Zo kon het normale functioneren op subrubriek niveau worden beschreven (zie bijlage 1 en tabel 2).

Classificatie ernst van de beperkingen

De ernst van de beperkingen wordt onderverdeeld in: klasse 0 normaal; klasse 1 geringe beperkingen; klasse 2 milde beperkingen; klasse 3 matige beperkingen; klasse 4 ernstige beperkingen; klasse 5 extreme beperkingen. Zie tabel 2

Omschrijving ernst van de beperkingen op subrubriek niveau

Van elke subrubriek is, zoals bovenstaand weergegeven een omschrijving gemaakt van het normale functioneren. Met deze omschrijving als (normaal) uitgangspunt zijn

vervolgens de tot deze subrubriek behorende beperkingen naar ernst beschreven. In tabel 2 staat als voorbeeld het normale functioneren en de uitgewerkte classificatie van subrubriek 1. In bijlage 1 staan alle subrubrieken per klasse verwoord.

Het duiden van een percentage invaliditeit.

Per subrubriek wordt de ernst van de beperkingen geduid. De score van alle subrubrieken, behorend tot dezelfde rubriek worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal subrubrieken. Voor rubriek 1 moet dus worden gedeeld door 4. Op deze wijze wordt de rubriekscore verkregen. Alle rubriekscores (4) worden vervolgens bij elkaar opgeteld en daarna gedeeld door 4. Zo ontstaat de gemiddelde rubriekscore. Deze score is een getal tussen de 0 en 5. Dit getal wordt lineair vertaald naar een percentage: zo komt een score van 1 uit op 20%, een score van 2,7 op 54% blijvende invaliditeit, zie tabel 3 en onderstaande nadere uitleg.

Activiteiten van het dagelijkse leven (rubriek 1)	
<i>(subrubriek 1)</i> Persoonlijke Hygiëne, Zelfzorg (in staat tot):	1. Zelfstandig bord kunnen vullen en met bestek kunnen eten. 2. Zelfstandig zich kunnen wassen, douche of bad kunnen gebruiken. 3. Zelfstandig zonder bevuiling, gebruik maken van toilet en zelfredzaam zijn bij het verrichten van de persoonlijke hygiëne daarna. 4. Zich zelfstandig kunnen aan en uitkleden. 5. Zelfstandig scheren, haren kammen, gezicht opmaken.
<i>(subrubriek 2)</i> Mobiliteit (in staat tot):	6. Zelfstandig met het openbaar vervoer kunnen reizen naar (on)bekende bestemmingen onder wisselende omstandigheden, plannen en vinden route, vervoersbewijs verzorgen en kunnen overstappen. 7. Zelfstandig met auto of fiets deelnemen aan het verkeer in de omgeving van betrokkene.
<i>(subrubriek 3)</i> Slapen (in staat tot):	8. Binnen 1 uur inslapen, minimaal 5 maal per week, bij een gemiddelde (nacht)rust van 6 uur. 9. Minimaal 5 maal per week, al dan niet met slaapmedicatie, minstens 6 uur doorslapen en uitgerust opstaan.
<i>(subrubriek 4)</i> Seksuele functie (in staat tot):	10. Seksueel getinte handelingen waaronder aanraken, strelen, kussen van/ door anderen, zelf uitvoeren of ondergaan. 11. Het ondervinden van bijzondere lustgevoelens tijdens de ejaculatie/ het hoogtepunt van seksuele activiteiten. 12. Het hebben van seksuele gedachten/ voorstellingen en het hierbij optreden van erecties of afscheiden van lichaamssappen.
Sociaal functioneren (rubriek 2)	
<i>(subrubriek 5)</i> Basale Communicatie (in staat tot):	13. Zich verstaanbaar maken met mondelinge taaluitingen. Voor anderen begrijpelijke zinnen uitspreken. Geen wartaal. 14. Waarnemen met de oren. De realiteit horen, geen hallucinaties. 15. Waarnemen met de ogen. De realiteit zien, geen drogbeelden. 16. Zich verstaanbaar maken met schriftelijke taaluitingen. In staat gedachten op papier te zetten. 17. Zelfstandig kunnen werken met een toetsenbord.
<i>(subrubriek 6)</i> Sociale activiteiten (Communicatief sociaal functioneren) (in staat tot):	18. Deelname aan een sport-hobby/ club, vereniging of andere groepen waarin gemeenschappelijke activiteiten worden ontplooid en hierin ook actief participeren. 19. Met normale taal en gebaren gedachten en ideeën begrijpelijk voor een ander kunnen verwoorden en toelichten. Gedoeld wordt op contacten met instanties, middenstand, buurt, etc. 20. Kan zich meestal inleven in de problemen van anderen, maar daarvan ook afstand nemen in gedrag en beleving. 21. Kan in onderlinge afstemming met anderen een taak gemeenschappelijk uitvoeren. 22. Kan een conflict met agressieve of onredelijke mensen in rechtstreeks contact hanteren. 23. Kan meestal persoonlijke gevoelens op een voor een ander duidelijke acceptabele manier verwoorden of tot uiting brengen.
<i>(subrubriek 7)</i> Communicatieve emotionele vaardigheden (in staat tot):	24. Respectvol, liefdevol en zorgzaam met partner en kinderen omgaan. 25. Interesse tonen in het wel en wee van het gezin en hiervoor verantwoordelijkheid nemen. 26. Een band durven aangaan met mensen uit de leefomgeving en deze band onderhouden door interesse aandacht, respect en zorg voor de ander te tonen. 27. Intermenselijke contacten: zich vrijwillig onder vreemden begeven middels recreatieve bezigheden, in de vorm van theater, film, evenementen, café etc- bezoek en hierbij contacten met onbekende mensen durven aangaan.
Concentratie doorzettingsvermogen en tempo (rubriek 3)	
<i>(subrubriek 8)</i> Structuur aanbrengen (in staat tot):	28. Het vermogen om concentratie en aandacht lang genoeg vol te houden en te verdelen om, met inzicht in eigen handelen, zelfstandig complexe taken in het algemeen dagelijks leven, in de daarvoor gestelde termijn doelmatig te voltooien. Schat eigen mogelijkheden redelijk in. Handelt doelmatig: start op tijd, in juiste volgorde, controleert zichzelf en eindigt als doel bereikt is, of niet bereikt kan worden.
<i>(subrubriek 9)</i> Huiselijke activiteiten (in staat tot):	29. Het vermogen om huishoudelijke taken als verzorgen maaltijd, op peil houden voorraden, schoonhouden woning, activiteiten in en rond het huis, tuinonderhoud, kluswerkzaamheden, etc. op een zelfstandige doelmatige manier, in de juiste volgorde in een gebruikelijk tempo te verrichten. 30. Minstens ½ uur concentratie mogelijk op boek, documentaire, krant etc. Kan minstens ½ uur aandacht verdelen over meerdere informatiebronnen. Herinnert zich meestal tijdig relevante zaken.
Adaptatie stressvolle gebeurtenissen (rubriek 4)	
<i>(subrubriek 10)</i> Omgaan met stressvolle gebeurtenissen (in staat tot):	31. Het vermogen om, onder spanning de normale levensactiviteiten vol te houden, sociale contacten voort te zetten en gestelde taken (beslissingen nemen, verplichtingen aangaan, opdrachten uitvoeren etc) tot een goed einde te brengen. 32. Zichzelf na een bepaalde periode hervinden/ herpakken na een life-event en doorgaan met de normale levensactiviteiten als vóór de gebeurtenis. 33. Het zodanig hebben verwerkt van een traumatische gebeurtenis, dat een confrontatie met deze gebeurtenis niet leidt tot psychische beperkingen bij de dagelijkse levensactiviteiten.

Tabel 1

Persoonlijke Hygiëne, Zelfzorg (subrubriek 1)*	
Klasse 0 (Definitie)	In staat tot zelfstandig eten, wassen, gebruik maken van toilet, kleden en toilet maken.
Klasse 1	Morst soms, echter niet elke dag met het eten en / of wast zich niet of onvoldoende en/ of trekt kledingstukken niet of verkeerd aan etc. Onderkent dit en kan dit zelf corrigeren. Behoeft geen hulp.
Klasse 2	Morst vrijwel dagelijks met het eten en/ of wast zich niet of onvoldoende en/ of trekt kledingstukken niet of verkeerd aan etc. Onderkent dit maar kan dit niet steeds zelf corrigeren. Behoeft bij sommige activiteiten wat ondersteuning. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Wel paar maal per week begeleiding gewenst. Kan verder zelfstandig functioneren.
Klasse 3	Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog zelfstandig functioneren.
Klasse 4	Is voor vrijwel alle bovengenoemde activiteiten afhankelijk van hulp. Kan slechts enkele uren achter elkaar zonder hulp.
Klasse 5	Volledig 24 uur per dag afhankelijk van hulp.

Tabel 2

Beperkingen		Klasse 0	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Klasse 4	Klasse 5	Toelichting**
		Geen	Gering	mild	matig	ernstig	extreem	
<i>Score Rubrieken</i>	<i>Score Subrubrieken</i>							
Activiteiten dagelijkse leven (1)	1. Hygiëne en zelfzorg	x						
	2. Mobiliteit					x		
	3. Slapen				x			
	4. Seksuele functie					x		
<i>Rubrieksubscore (1): 11: 4 = 2,75</i>	<i>Subrubriek subscore: 11 (0+4+3+4 = 11)</i>							
Sociaal functioneren (2)	5. Basale Communicatie	x						
	6. Sociale activiteiten				x			
	7. Communicatieve (emotionele)vaardigheid					x		
<i>Rubrieksubscore (2): 7:3 = 2,5</i>	<i>Subrubriek subscore: 7 (0+3+4=7)</i>							
Concentratie, volharding en tempo (3)	8. Structuur aanbrengen				x			
	9. Huiselijke activiteiten			x				
<i>Rubrieksubscore (3): 5: 2 = 2,5</i>	<i>Subrubriek subscore: 5 (3+2=5)</i>							
Adaptatie aan stressvolle gebeurtenissen (4)	10. Omgaan met stressvolle omstandigheden				x			
<i>Rubrieksubscore (4): 3: 1 = 3</i>	<i>Subrubriek subscore: 3</i>							
(Gemiddelde) Rubriekscore: 10,75: 4 = 2,7	(Gemiddelde) Subrubriekscore: 26: 10 = 2,6							
Invaliditeitspercentage berekend via rubrieken: Rubriekscore = 2,7 . Op de schaal van 0-5 geeft dit 54%, dus klasse 50- 55. Dit geeft 50% voor het Militair Invaliditeit Pensioen ** gemotiveerd mag hiervan van worden afgeweken								

Tabel 3

7.3.3. Onderscheid aandoeningen en beperkingen met en zonder DV

Als meerdere aandoeningen tegelijkertijd aanwezig zijn en niet voor alle aandoeningen bestaat een dienstverband doemen twee problemen op. Allereerst is het met name bij psychische aandoeningen lastig om vast te stellen welke aandoening wel en welke geen verband houdt met de dienst (zie tevens paragraaf 6.2.2 co - morbiditeit). Partiele toerekening behoort hierbij (nog) niet tot de mogelijkheden. Ten tweede kan het problematisch zijn vast te stellen in hoeverre de beperkingen moeten worden toegerekend aan de DV aandoening of aan de aandoening die niets met de dienst te maken heeft. Beperkingen zijn soms niet per aandoening/ fysiologische veroudering/ persoonlijkheidsproblematiek/ sociale omstandigheden te onderscheiden. Tot een oplossing kan worden gekomen door op basis van weging van eerder genoemde uitgevraagde (paragraaf 6.1) en onderzochte gegevens tot een toerekening van de beperkingen te komen op 3(4) niveaus:

1. Grotendeels wel causaal verband met de dienst aannemelijk/aanwezig; c.q. grotendeels verband tussen de beperkingen en de dienstverbandaandoening aannemelijk
2. in gelijke mate causaal verband en niet causaal verband aannemelijk/ aanwezig; c.q. in gelijke mate wel en geen verband tussen de beperkingen en de dienstverbandaandoening aannemelijk. Als deze uitspraak wordt gedaan dient voor de juristen nog een nadere specificatie plaats te vinden: Men dient aan te geven of de beperkingen voor meer of minder dan 50% door de dienstverbandaandoening worden veroorzaakt.
3. Grotendeels geen causaal verband aannemelijk/ aanwezig; c.q. grotendeels geen verband tussen de beperkingen en de dienstverbandaandoening aannemelijk
4. (geen causaal verband aannemelijk/ aanwezig; c.q. geen verband tussen de beperkingen en de dienstverbandaandoening aannemelijk).

Ernst van het trauma / tijdsduur tussen blootstelling en claim / knik in de levensloop / aanwezigheid van (andere) life – events, duidelijke pre - existentie / predispositie / ziektebestendige factoren / co – morbiditeit / plausibiliteit etc. zijn hierbij vooral richtinggevend. Dit moet de beoordelaar bij de toerekening expliciet benoemen en motiveren.

Uiteindelijk leidt deze wijze van toerekening momenteel nog steeds tot een alles of niets uitspraak. Immers alles wordt weer herleid naar meer of minder dan 50%. Echter door op deze wijze de causaliteitsvraag te benaderen wordt wat meer richting gegeven aan het denkproces. Dit is mede nuttig met het oog op de toekomst: De roep om proportionele toerekening wordt steeds luider. Als deze wijze van toerekenen in de toekomst wordt ingevoerd mag wel een onderverdeling naar 75%, 50%, 25% en geen verband worden gemaakt. Bij groep 2 hoeft dan geen uitspraak meer te worden gedaan over meer of minder dan 50%.

Overigens moet men zich wel realiseren dat groep 2 in de toekomst, bij proportionele toerekening, oververtegenwoordigd raken of te gemakkelijk wordt gebruikt. Want deze

groep vereist immers het minst een duidelijke stelling name van de beoordelaar. De motivatie voor deze groep moet tegen die tijd extra kritisch worden getoetst.

Het is een utopie te veronderstellen dat de beantwoording van de toerekening en de causaliteitsvraag altijd kan worden beantwoord op basis van een protocol. Zeker bij deze onderwerpen, maar feitelijk altijd dient een protocol te worden gezien als richtlijn en hulpmiddel. De professionaliteit van de arts is altijd bepalend, aangevuld met mediprudentie: van een protocol mag altijd worden afgeweken, mits dit gemotiveerd gebeurt. Tevens dient de arts, in voorkomende gevallen, bij twijfel ruimhartig met het toekennen van de causaliteit en de toerekening om te gaan, gezien de bijzondere zorgplicht van Defensie.

Bijlage 1: Beoordelingslijst vastleggen psychische beperkingen

Opmerkingen vooraf *

Deze lijst is ontwikkeld voor het vastleggen van de psychische beperkingen in het kader van de invaliditeitsbeoordeling. De lijst dient alleen te worden gebruikt door een terzake deskundig arts. Het invullen van de scoringslijst is telkens het resultaat van een daaraan voorafgaande, in een rapportage vastgelegde verzekeringsgeneeskundige beoordeling, waarin de bevindingen en overwegingen duidelijk zijn verwoord. De activiteiten en de hierbij behorende functionele mogelijkheden/ beperkingen zijn ingedeeld op subrubriek niveau. De ernst van de beperkingen is onderverdeeld in zes klassen, lopend van 0 (geen beperking) tot 5 (extreem beperkt). De ernst van de beperking is per klasse nader gedefinieerd. De beoordeling en het gebruik van de lijst dienen geprotocolleerd te gebeuren. De beperkingen worden per subrubriek weergegeven in een klasse lopend van 0 tot en met 5. Vervolgens wordt per rubriek de subscore bepaald door de scores van de tot die rubriek behorende subrubrieken bij elkaar op te tellen en de som te delen door het desbetreffende aantal subrubrieken. Daarna worden de subscores van de 4 rubrieken bij elkaar opgeteld en gedeeld door vier. Dit quotiënt, zijnde een getal tussen de 0-5, geeft de gemiddelde rubriekscore aan. De waarden 0-5 vertegenwoordigen een percentage tussen de 0-100%. De vertaalslag van rubriekscore naar invaliditeitspercentage geschiedt vervolgens lineair en wordt weergegeven in stappen van 5%. Zo komt een gemiddelde rubriekscore van 2,4 uit op een percentage van 48%, zijnde een schatting tussen 45-50%. Zie voor een schematische weergave van de beperkingenscore het voorbeeld in hoofdstuk 7, tabel 3.

Voor de subrubrieken geldt naast de specifieke definiëring tevens het volgende:

- Beperkingen mogen alleen worden geduid als een causaal verband aanwezig is tussen de aandoening en de bijzondere dienst verrichtingen.
- Beperkingen mogen alleen worden gescoord als deze op psychische gronden verklaard kunnen worden.
- Beperkingen mogen alleen worden gescoord na doelmatige therapie en adequate inzet. Onderscheid dient te worden gemaakt tussen motivatiegebrek/ feitelijk vertoond gedrag en werkelijke beperkingen.
- Beperkingen dienen concreetiseerbaar en consistent te zijn.
- Alle klassen: het gaat om verlies aan functioneren. Beperkingen mogen alleen worden gescoord indien de mogelijkheid eerder wel aanwezig is geweest.
- Leeftijd en de hiermee gepaard gaande vermindering van het functioneren dienen als matigende factor te worden meegewogen.
- Klasse 3: voor de onderzoeker en de directe persoonlijke omgeving zijn een afwijkend gedrag en/ of emotionele problemen van betrokkene duidelijk merkbaar/ waarneembaar. Tevens vindt psychiatrische behandeling plaats of heeft plaatsgevonden. Vanaf klasse 3 zijn reguliere beroepsactiviteiten onaannemelijk. “ Bij het verrichten van reguliere beroepsactiviteiten (zonder regelmatig uitval) dienen wel heel bijzondere evidenties en argumenten aanwezig te zijn om in dat geval beperkingen aan te kunnen nemen in de ADL/ BDL”.
- Klasse 4: voor iedereen zijn duidelijk continue symptomen bij betrokkene waarneembaar. Tevens continue behoefte aan psychiatrische zorg en medicatie. Verrichten reguliere beroepsactiviteiten onaannemelijk.
- Klasse 5: onmiskenbaar voor iedereen waarneembare uitingen van psychiatrisch toestandsbeeld. Langdurige periodes van psychiatrische hospitalisatie.

Activiteiten van het dagelijks leven (rubriek 1)

Persoonlijke Hygiëne, Zelfzorg (subrubriek 1)*

score	Klasse 0 (Definitie)	In staat tot zelfstandig eten, wassen, gebruik maken van toilet, kleden en toilet maken.
-------	-------------------------	--

	Klasse 1	Morst soms, echter niet elke dag, met het eten en/ of wast zich niet of onvoldoende en/ of trekt kledingstukken niet of verkeerd aan etc. Onderkent dit en kan dit zelf corrigeren. Behoeft geen hulp.
	Klasse 2	Morst vrijwel dagelijks met het eten en/ of wast zich niet of onvoldoende en/ of trekt kledingstukken niet of verkeerd aan etc. Onderkent dit maar kan dit niet steeds zelf corrigeren. Behoeft bij sommige activiteiten wat ondersteuning. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Wel paar maal per week begeleiding gewenst. Kan verder zelfstandig functioneren.
	Klasse 3	Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog zelfstandig functioneren.
	Klasse 4	Is voor vrijwel alle bovengenoemde activiteiten afhankelijk van hulp. Kan slechts enkele uren achter elkaar zonder hulp.
	Klasse 5	Volledig 24 uur per dag afhankelijk van hulp.

Opmerkingen

* zie opmerkingen vooraf.

Mobiliteit**(subrubriek 2)***

score	Klasse 0 (Definitie)	Zelfstandig met het openbaar vervoer kunnen reizen naar (on)bekende bestemmingen onder wisselende omstandigheden en in wisselende tijdsduur, plannen en vinden route, vervoersbewijs verzorgen en kunnen overstappen. Zelfstandig met auto of fiets deelnemen aan het verkeer in de omgeving van betrokkene.
	Klasse 1	Heeft soms (niet elke dag) moeite met het vinden van de juiste routes. Mist door persoonlijk verminderd functioneren soms aansluitingen openbaar vervoer. Onderkent dit en kan dit zelf corrigeren. Komt zelfstandig op de bestemming aan. Behoeft geen hulp.
	Klasse 2	Heeft soms moeite met het vinden van de juiste routes. Vermijdt druk (stads)verkeer. Vermijdt verblijf langer dan gemiddeld één uur in openbaar vervoer. Mist soms, niet elke dag, aansluitingen in het openbaar vervoer. Komt wel zelfstandig op bestemming aan. Mijdt onbekende bestemmingen. Wijkt met auto en/ of fiets zo weinig mogelijk af van de vaste routes, maar kan dit wel.
	Klasse 3	Mobiliteit is beperkt tot vaste, bekende routes. Niet in staat in druk(stads) verkeer zichzelf te vervoeren. Niet in staat tot verblijf in openbaar vervoer langer dan gemiddeld één uur. Moet in openbaar vervoer om hulp vragen bij het overstappen. Niet in staat tot vervoer per auto/ fiets naar onbekende bestemmingen of naar locaties waar betrokkene maar enkele malen per jaar kwam. Beroepsmatig gebruik van eigen vervoer, inclusief woon-werkverkeer niet mogelijk.
	Klasse 4	Zelfstandig vervoer per fiets en auto niet meer mogelijk. Openbaar vervoer alleen mogelijk op vaste rustige stukken zonder overstappen. Anders begeleiding nodig.
	Klasse 5	Volstrekt onmogelijk zelfstandig met openbaar vervoer te reizen. Niet in staat tot vervoer met auto of fiets.

Opmerkingen:

* zie opmerkingen vooraf.

*Tevens: hoe is betrokkene op het spreekuur gekomen?***Slapen****(subrubriek 3)***

score	Klasse 0 (Definitie)	Binnen ongeveer 1 uur inslapen, gemiddeld 5 maal per week. Minimaal 5 maal per week, zonder slaapmedicatie, minstens 6 uur doorslapen en uitgerust ontwaken.
	Klasse 1	Paar maal per week later inslapen en/ of korter doorslapen. Minder dan een maal per week nachtmerrie(s), zich uitend in doorslaapstoornissen.
	Klasse 2	3 dagen of vaker per week later inslapen en/ of korter doorslapen en/ of soms, echter niet elke dag nachtmerrie(s), zich uitend in doorslaapstoornissen.
	Klasse 3	Min of meer permanent slaapmedicatie en gemiddeld 3 dagen of vaker per week later inslapen en/ of korter doorslapen en/ of bijna dagelijks nachtmerrie(s) zich uitend in doorslaapstoornissen. Tevens tegelijkertijd niet fit ontstaan.

	Klasse 4	Gebruik slaapmedicatie en meeste nachten later inslapen en/ of korter doorslapen en/ of elke nacht nachtmerries zich uitend in doorslaapstoornissen. Tevens tegelijkertijd niet fit opstaan en soms, niet elke dag, op ongelegen momenten in slaap vallen.
	Klasse 5	Volledig verstoord slaappatroon, dagelijks overdag op ongelegen momenten in slaap vallen.
Opmerkingen * zie opmerkingen vooraf..		
Seksuele functie (subrubriek 4)*		
score	Klasse 0 (Definitie)	Het hebben van seksuele gedachten/ voorstellingen en het hierbij optreden van erecties of bijpassende fysiologische reacties. Seksueel getinte handelingen waaronder aanraken, strelen, kussen van/ door anderen, zelf uitvoeren of ondergaan. Het kunnen bereiken van een seksueel hoogtepunt.
	Klasse 1	Normale lustbeleving. Masturbatie normaal. Komt incidenteel, ongeveer 1maal per 3 maanden tot seksuele handelingen met een partner.
	Klasse 2	Wel lustbeleving, incidenteel masturbatie en/ of paar maal per jaar seksuele handelingen met een partner.
	Klasse 3	Wel lustbeleving, geen/ sporadisch masturbatie, geen seksuele handelingen met een partner.
	Klasse 4	Geen lustbeleving, geen masturbatie, geen seksuele handelingen met een partner.
	Klasse 5	Verdraagt nauwelijks enige aanraking.
Opmerkingen * zie opmerkingen vooraf. * <i>Tevens:</i> het gaat om verlies aan functioneren. Indien nooit/ niet seksueel actief (geweest) dan ook niet scoren. Ook rekening houden met activiteiten niveau per leeftijdsgroep. Gegevens nauwelijks objectiveerbaar. Alleen scoren indien duidelijk uit eerdere verslaglegging blijkt dat voor dit probleem specifieke behandeling/ hulp is gezocht bij een professioneel deskundige.		
Rubriek 1 subscore: (subrubriek 1 ... + subrubriek 2 ... + subrubriek 3 ... + subrubriek 4 ...) : 4 = ...		
Sociaal functioneren (rubriek 2)		
Basale Communicatie (cognitieve aspecten) (subrubriek 5)*		
score	Klasse 0 (Definitie)	Zich verstaanbaar maken met mondelinge taaluitingen. Geen wartaal spreken. De realiteit horen en zien, geen hallucinaties, wanen of andere psychotische belevingen. Zich verstaanbaar maken met schriftelijke taaluitingen. In staat gedachten op papier te zetten. Zelfstandig kunnen werken met een toetsenbord.
	Klasse 1	Heeft soms, niet elke dag, (wat) moeite zich duidelijk begrijpelijk verstaanbaar te maken in woord, gebaar of geschrift. Heeft soms moeite de gedachten te verwoorden of op papier te zetten. Interpreteert waarnemingen soms verkeerd door een magisch/ chaotisch of door angst verstoord denkproces. Onderkent dit en kan dit compenseren. Geen hulp nodig.
	Klasse 2	Heeft vrijwel dagelijks wat moeite zich duidelijk begrijpelijk verstaanbaar te maken in woord, gebaar of geschrift. Heeft moeite de gedachten te verwoorden of op papier te zetten. Interpreteert waarnemingen verkeerd. Onderkent dit maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning. Heeft paar maal per week begeleiding nodig. Kan verder zelfstandig functioneren.
	Klasse 3	Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog zelfstandig functioneren.
	Klasse 4	Is voor vrijwel alle bovengenoemde activiteiten afhankelijk van hulp. Soms, niet elke dag, gestoorde percepties zintuiglijke waarnemingen (hallucinaties, drogbeelden). Kan het grootste deel van de dag niet zonder hulp.

	Klasse 5	Bijna dagelijks gestoorde percepties zintuiglijke waarnemingen. Volledig hulpbehoevend.
<p>Opmerkingen * zie opmerkingen vooraf. * Voor communicatief sociale vaardigheden zie subrubriek 6</p>		
<p>Sociale activiteiten (communicatief sociaal functioneren, sociale en recreatieve activiteiten) (subrubriek 6)*</p>		
score	Klasse 0 (Definitie)	<p>Kan normaal met instanties communiceren: in staat om met normale taal en gebaren gedachten en ideeën begrijpelijk voor een ander te verwoorden en toe te lichten (contacten met autoriteiten, gezag instanties, middenstand, dienstverlening, etc.). Geen gezagsproblemen of autoriteitsconflicten hierbij in de vorm van vocaal/ fysiek geweld of misbruik.</p> <p>Kan zonder ruzie en conflicten omgaan met buurt, kennissen en vrienden. Heeft een stabiele vrienden/ kennissenkring, zonder (voortdurende) irritaties of conflicten. Kan meestal persoonlijke gevoelens op een voor een ander duidelijke acceptabele manier verwoorden of tot uiting brengen. Kan een conflict met agressieve of onredelijke mensen in rechtstreeks contact hanteren. Kan zich inleven in de problemen van anderen, maar daarvan ook afstand nemen in gedrag en beleving.</p> <p>Kan in groepsverband functioneren. Kan in onderlinge afstemming met anderen een taak gemeenschappelijk uitvoeren. Staat open voor ideeën en suggesties en houdt rekening met anderen.</p> <p>Heeft voldoende variatie in recreatieve activiteiten. Komt regelmatig tot deze activiteiten en participeert hierin actief.</p>
	Klasse 1	<p>Met instanties communiceren: met enige moeite in staat om met normale taal en gebaren gedachten en ideeën begrijpelijk voor een ander te verwoorden en toe te lichten. Heeft enige moeite om gezagsproblemen of autoriteitsconflicten te vermijden. Provoceert soms.</p> <p>Omgaan met buurt, kennissen en vrienden: heeft enige moeite persoonlijke gevoelens op een voor een ander duidelijke acceptabele manier te verwoorden of tot uiting brengen. Heeft kleine vrienden/ kennissenkring. Heeft moeite een conflict met agressieve of onredelijke mensen in rechtstreeks contact hanteren. Laat conflict soms escaleren. Kan zich inleven in de problemen van anderen, maar daarvan soms wat moeilijk afstand nemen.</p> <p>In groepsverband functioneren: heeft enige moeite te functioneren in teamverband als taken niet duidelijk staan omschreven. Houdt niet veel rekening met anderen.</p> <p>Recreatieve activiteiten: doet weinig in clubverband of als vrijwilliger. Heeft diverse wijzen van tijdverdrijf. Komt hier wel minder aan toe.</p> <p>Onderkent de tekortkomingen en weet deze te compenseren. Geen hulp nodig.</p>

Klasse 2	<p>Met instanties communiceren: moeite om gedachten begrijpelijk uit te leggen. Vaak veel woorden en gebaren nodig die niet allemaal in de juiste context worden gebruikt. Soms gezagsproblemen en autoriteitsconflicten en/ of misbruik.</p> <p>Omgaan met buurt, kennissen en vrienden: voelt zich betrokken bij de problemen van anderen. Heeft soms moeite voldoende afstand te nemen in beleving. Blijft er in gedachten nog vaak lang mee bezig. Kleine, wisselende vrienden/ kennissenkring. Veel moeite met rechtstreeks hanteren van conflicten, zich uitend in fysieke symptomen en regelmatig escaleren van het conflict. Wekt soms verbazing en/ of irritatie door gevoelens te uiten op een onvoorspelbare, onconventionele, nog wel acceptabele begrijpelijke wijze.</p> <p>In groepsverband functioneren: participeert weinig in gemeenschappelijke (neven) activiteiten. Kan alleen werken in teamverband als de taken van alle leden van het team globaal duidelijk zijn. Soms conflicten over de taak invulling. Kan zich weinig in gedachten van anderen verplaatsen. Houdt weinig rekening met anderen.</p> <p>Recreatieve activiteiten: doet alleen in eigen belang soms nog iets in club/ verenigingsverband. Beperkt aantal wijzen van tijdverdrijf en/ of komt hier onregelmatig en minder aan toe.</p> <p>Onderkent de tekortkomingen, kan deze niet altijd corrigeren/ compenseren.</p> <p>Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/ begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren.</p>
Klasse 3	<p>Met instanties communiceren: regelmatig niet in staat gedachten begrijpelijk uit te leggen of een zinvolle toelichting te geven. Woorden en gebaren worden vaak niet in juiste context gebruikt. Regelmatig gezag en autoriteitsconflicten en/ of misbruik. Bij herhaling contacten met politie/ justitie.</p> <p>Omgaan met buurt, kennissen en vrienden: trekt zich meestal problemen van anderen erg aan. Kan desondanks wel voldoende afstand nemen in gedrag, echter niet in beleving.</p> <p>Weinig (wisselende) vrienden/ kennissen. Kan een conflict met agressieve of onredelijke mensen uitsluitend in telefonisch of schriftelijk contact hanteren. Brengt anderen in verwarring door onduidelijke onvoorspelbare of onconventionele wijze van gevoelsuitingen, welke niet altijd acceptabel zijn, leidend tot irritaties en conflicten.</p> <p>In groepsverband functioneren: kan met anderen werken, maar alleen met een eigen van te voren afgebakende deeltaak. Kan zich niet in anderen verplaatsen. Houdt nauwelijks nog rekening met anderen.</p> <p>Recreatieve activiteiten: heeft alleen “solistische hobby’s” en/ of een zeer beperkt aantal wijzen van tijdverdrijf. Ziet op tegen deelname/ participatie aan sport of gezelligheidsvereniging, komt hier nauwelijks toe, maar zou hiertoe nog wel in staat zijn. Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog wel zelfstandig functioneren.</p>
Klasse 4	<p>Met instanties communiceren: in zeer geringe mate in staat om met normale taal of gebaren iets van gedachten begrijpelijk te verwoorden of toe te lichten. Heeft voortdurend problemen/ conflicten met instanties en/ of contacten met politie/ justitie.</p> <p>Omgaan met buurt, kennissen en vrienden: identificeert zich meestal met problemen van anderen en kan daarvan, noch in gedrag noch in beleving afstand nemen. Kan geen conflict hanteren in direct contact. Meestal niet in staat gevoelens te uiten of deze ongecontroleerd uiten (ongeremd), ongeacht de reacties van anderen. Nagenoeg geen kennissen of vrienden. Zo deze er al zijn dan hiermee recidiverend problemen, irritaties, verbale en fysieke conflicten.</p> <p>In groepsverband functioneren: kan in de regel niet met anderen werken. Functioneert alleen als hij met rust gelaten wordt.</p> <p>Recreatieve activiteiten: in geringe mate in staat tot participatie in gemeenschappelijke (neven) activiteiten. Komt zelden tot enige of tot welke vorm van recreatieve activiteit dan ook.</p> <p>Is afhankelijk van hulp/ ondersteuning. Kan het grootste deel van de dag niet zonder hulp.</p>
Klasse 5	<p>Niet in staat om met normale taal of gebaren ook maar iets van gedachten of gevoelens begrijpelijk te verwoorden of toe te lichten op een voor een ander acceptabele manier.</p> <p>Niet in staat tot enig betekenisvolle wijze van inleven in de problemen van anderen. Niet in staat zijn ook maar enig conflict met agressieve of onredelijke mensen in een rechtstreeks contact te hanteren. Volledig, 24 uur per dag afhankelijk van hulp.</p>

<i>Opmerkingen</i>		
* zie opmerkingen vooraf.		
* Tevens: pas op voor verwarren persoonlijkheidstrekken en/ of anti-sociaal gedrag met ziekte		
Communicatieve (emotionele) vaardigheden/ activiteiten (subrubriek 7)*		
score	Klasse 0 (Definitie)	Intieme relaties (ouders, partner, kinderen, persoonlijke leefomgeving): het kunnen onderhouden van intieme relaties. Hiermee respectvol en zorgzaam omgaan. Interesse tonen in het wel en wee van het gezin/ de relatie en hiervoor verantwoordelijkheid nemen. Leefomgeving: een band kunnen aangaan met mensen uit de leefomgeving en deze band onderhouden door aandacht, respect en zorg voor de ander te tonen. Intermenselijke contacten: zich vrijwillig onder vreemden kunnen begeven (theater, film, sport, evenementen, café etc. bezoek) <u>en</u> hierbij contacten met onbekende mensen kunnen aangaan.
	Klasse 1	Intieme relaties: heeft moeite met zijn/ haar rol binnen de intieme relaties. Moet zich hiertoe soms dwingen. Minder respectvol en zorgzaam: minder dan éénmaal per maand verbale woede uitbarstingen. Loopt weg bij conflicten. Leefomgeving: durft/ kan banden aangaan met mensen, echter onderhoudt deze contacten weinig frequent en oppervlakkig. Intermenselijke contacten: beperkt zich bewust tot die activiteiten waarbij contact met onbekende mensen weinig voorkomt. Onderkent zijn tekortkomingen en weet deze te corrigeren of te compenseren. Geen hulp nodig.
	Klasse 2	Intieme relaties: stelt zich vaak passief op in het gezinsleven/ persoonlijke leefomgeving. Voelt zich weinig betrokken, toont weinig interesse voor school sport, werk activiteiten van intieme relaties. Onvoldoende bindings- en inlevingsvermogen. Neemt wel verantwoordelijkheid. Beperkt initiatieven voor relaties/ gezin tot verplichte nummers. En/ of terugkerende verbale woede uitbarstingen, gepaard gaande met terugkerende spanningen in de relatie. Leefomgeving: alleen banden met de directe leefomgeving (buren etc). Trekt er meestal alleen op uit. Intermenselijke contacten: moeite om contacten met onbekende mensen aan te gaan. Onderkent zijn tekortkomingen, kan dit niet steeds zelf corrigeren of compenseren. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Wel bij sommige activiteiten begeleiding/ ondersteuning gewenst. Kan verder zelfstandig functioneren.
	Klasse 3	Intieme Relaties: gevoelens van vervreemding t.o.v. intieme relaties/ gezin. Neemt passief deel aan activiteiten in de persoonlijke levenssfeer. Initieert/ regelt zelf weinig tot niets. Neemt hierbij weinig verantwoordelijkheid. Weinig bindings- en inlevingsvermogen. Kan persoonlijke gevoelens nauwelijks uiten. Moeite met intimiteit, overspel. En/ of bijna maandelijks huiselijk fysiek/ verbaal geweld. Leefomgeving: weinig tot geen band met de directe leefomgeving. En/ of trekt er uitsluitend alleen op uit. Intermenselijke contacten: gaat contacten met onbekenden uit de weg. Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog wel zelfstandig functioneren.
	Klasse 4	Intieme relaties: meestal niet in staat tot betekenisvol contact met partner of kinderen. Bemoeit zich nauwelijks tot niet met de opvoeding. Nauwelijks tot geen intimiteit. Neemt geen enkele verantwoordelijkheid. Isoleert zich vaak t.o.v. gezin/ partner of familie. En/ of wekelijks verbale/ fysieke woede uitbarstingen. Verhouding met partner/ kinderen/ familie ernstig verstoord. Leefomgeving: verlaat nauwelijks het huis. Gaat anderen uit de weg. Of vertoont juist zwerfneiging. Intermenselijke contacten: in enige mate nog in staat tot betekenisvol contact met enkelen uit de omgeving. Is voor al deze activiteiten afhankelijk van hulp/ ondersteuning. Kan slechts enkele uren zonder hulp.

	Klasse 5	Niet in staat tot enig betekenisvol sociaal contact of relatie met partner of kinderen, katatone toestand. Totale afzondering/ isolatie. Niet in staat tot ook maar enige vorm van deelname aan welke gemeenschappelijke activiteit of recreatieve bezigheid dan ook. Volledig, 24 uur per dag afhankelijk van hulp.
Opmerkingen		
* zie opmerkingen vooraf.		
* Deze rubriek scoort met name het onderhouden van duurzame relaties. Cave malingering		
- Afwijkend gedrag in de spreekkamer uit zich in agressie, emotionele labiliteit, affectvervlakking, onverschilligheid, vermijdend gedrag, moeizame interactie met beoordelaar en geen contactgroei hierbij.		
Rubriek 2 subscore: (subrubriek 5 ... + subrubriek 6 ... + subrubriek 7 ...) :3 = ...		
Concentratie doorzettingsvermogen en tempo (rubriek 3)		
Structuur aanbrengen (subrubriek 8)*		
score	Klasse 0 (Definitie)	Het vermogen om concentratie en aandacht lang genoeg vol te houden en te verdelen om, met inzicht in eigen handelen, zelfstandig complexe taken in het algemeen dagelijks leven, in de daarvoor gestelde termijn doelmatig te voltooien. Schat eigen mogelijkheden redelijk in. Handelt doelmatig: start op tijd, in juiste volgorde, controleert zichzelf en eindigt als doel bereikt is, of niet bereikt kan worden. In staat om eigen rekening en betalingsverkeer te beheren. Regelt op tijd, in een normale tijdspanne en gestructureerd, op een logische wijze, taken in en rond het huis en de leefgemeenschap, waaronder vakantieplanning, periodiek onderhoud, voorraadplanning, gezinsactiviteiten, veranderingen, etc. In staat op gestructureerde logische wijze in het vereiste tempo cursussen/ opleidingen/ werkopdrachten uit te voeren en succesvol af te ronden. Kent zijn grenzen.
	Klasse 1	Heeft soms moeite met het doelmatig, gestructureerd verrichten van bovenstaande activiteiten. Kan chaotisch bezig zijn waardoor enkele malen per maand taken kunnen worden vergeten of niet op tijd/ niet adequaat worden voltooid. Onderkent dit probleem en kan het zelf corrigeren/ compenseren.
	Klasse 2	Heeft moeite met het doelmatig, gestructureerd verrichten van bovenstaande activiteiten. Kan chaotisch bezig zijn waardoor wekelijks taken kunnen worden vergeten of niet op tijd/ niet adequaat worden voltooid. Onderkent dit probleem maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/ begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren.
	Klasse 3	Pakt complexe taken vaak, bijna dagelijks, onlogisch, chaotisch en in een inadequaat tempo aan. Deze taken worden bijna dagelijks vergeten of worden niet op tijd/ niet adequaat voltooid. Kan slechts enkelvoudige en eenvoudige taken zelfstandig uitvoeren. Is voor complexe taken aangewezen op hulp van anderen. Kan dankzij deze hulp nog wel zelfstandig functioneren.
	Klasse 4	Is voor zowel de complexe als ook de meer eenvoudige taken afhankelijk van hulp/ ondersteuning. Kan het grootste deel van de dag niet zonder hulp.
	Klasse 5	Het doelmatig, zelfstandig, tijdig, gestructureerd verrichten van taken is volstrekt onmogelijk. Volledig afhankelijk van hulp.
Opmerkingen		
* zie opmerkingen vooraf. Het gaat hierbij met name over doelmatig, zelfstandig met inzicht in eigen kunnen plannen, structureren en uitvoeren van samengestelde taken en opdrachten		

Huiselijke activiteiten (subrubriek 9*)		
score	Klasse 0 (Definitie)	Het vermogen om de dagelijkse (huishoudelijke) taken als het verzorgen van de maaltijden, het doen van boodschappen, het opruimen en schoonhouden van de woning/ tuin/ auto/ schuur (woonomgeving), het verrichten van kleine reparaties en klein onderhoud etc. op een zelfstandige doelmatige manier, in de juiste volgorde in een gebruikelijk tempo te verrichten. Minstens ½ uur concentratie mogelijk op boek, documentaire, krant etc. Kan minstens ½ uur aandacht verdelen over meerdere informatiebronnen. Herinnert zich meestal tijdig relevante zaken.
	Klasse 1	Alleen met gebruikmaking van hulpmiddelen als taaklijsten en boodschappenlijsten etc. in staat bovengenoemde taken uit te voeren. Moeite om taken te overzien zich uitend in verminderde planning over een periode van een of meer dagen en het verrichten van taken na elkaar in plaats van tegelijkertijd. Onderkent dit probleem en kan het zelf corrigeren/ compenseren. Volledig zelfstandig.
	Klasse 2	Ondanks gebruikmaking bovenstaande hulpmiddelen, wekelijks problemen om bovengenoemde taken adequaat te verrichten: vergeet taken, voert ze slordig uit. Boodschappen worden soms te laat of niet gedaan. Verzorging maaltijden geeft in het algemeen geen problemen. Huishoudelijke taken lukken wel aangaande de dagelijkse routine bezigheden. Noodzakelijke wekelijkse opruim en schoonmaak werkzaamheden of weinig voorkomende taken worden uitgesteld of niet verricht zonder aansporing van derden. Inzicht en structuur om dit aan te pakken ontbreekt. Hierdoor woon en leefomgeving regelmatig rommelig/ niet opgeruimd en niet schoon. Concentreren op één onderwerp lukt ± ½ uur. Onderkent dit probleem maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/ begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren. Nog wel zelfstandig.
	Klasse 3	Heeft voor bovengenoemde taken dagelijks begeleiding en aansporing nodig. Kan niet zonder een paar uur dagelijkse hulp zelfstandig leven. Eenvoudige warme maaltijden bereiden of opwarmen is mogelijk. Woonomgeving dreigt zonder begeleiding te vervuilen en maakt een rommelige indruk door gebrek aan overzicht en problemen met opruimen. Kan zich ± ¼ uur concentreren op één informatiebron.
	Klasse 4	Niet in staat de eigen woonomgeving te verzorgen of eigen (warme)maaltijden te bereiden. Woonomgeving vervuult en toont chaos. Kan alleen nog wat simpele huishoudelijke werkzaamheden onder aansporing zelfstandig verrichten. Aangewezen op hulp een groot aantal uren per dag. Kan zich niet langer dan 5 minuten concentreren op één informatiebron. Kan alleen korte berichten reproduceren.
	Klasse 5	Niet in staat om ook maar één van bovengenoemde taken zelfstandig te verrichten. 24 uur per dag hulp nodig. Niet in staat iets uit de media te reproduceren.
Opmerkingen		
* zie opmerkingen vooraf. Hierbij gaat het meer om de gebruikelijke alledaagse huiselijke handelingen in en rond de woning.		
Rubriek 3 subscore: (subrubriek 8 ... + subrubriek 9 ...) : 2 = ...		

Adaptatie stressvolle gebeurtenissen (rubriek 4)		
Omgaan met stressvolle gebeurtenissen (subrubriek 10)*		
score	Klasse 0 (Definitie)	Het vermogen de normale levensactiviteiten vol te houden, sociale contacten voort te zetten en gestelde taken (beslissingen nemen, verplichtingen aangaan, opdrachten uitvoeren etc) tot een goed einde te brengen, onder de spanning van alledaagse meer of minder stressvolle omstandigheden en kleine tegenslagen (file, afspraak/ aansluiting missen, iets beschadigen/ kleine ongelukjes, belasting aanslag etc.). Zichzelf na een bepaalde periode hervinden/ herpakken na een life-event (b.v. overlijden naaste, ziekte, ontslag, huwelijk, geboorte verhuizing etc) en doorgaan met de normale levensactiviteiten als vóór de gebeurtenis. Het zodanig hebben verwerkt van een traumatische gebeurtenis (gebeurtenis die een feitelijke of dreigende dood of en ernstige verwonding met zich meebracht of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen), dat een confrontatie met deze gebeurtenis niet leidt tot psychische beperkingen bij de dagelijkse levensactiviteiten.
	Klasse 1	Heeft soms, niet elke dag, moeite om onder de spanning van alledaagse stress bovengenoemde activiteiten vol te houden. Raakt makkelijk geïrriteerd bij kleine frequent voorkomende tegenslagen En/ of is meer en langer dan normaal van slag bij life-events. Mijdt confrontaties, maar kan deze wel aan Onderkent het probleem en kan het zelf corrigeren/ compenseren. Geen hulp nodig.
	Klasse 2	Heeft vrijwel dagelijks moeite om onder de spanning van alledaagse stress bovengenoemde activiteiten vol te houden. Is soms kortdurend van slag bij kleine tegenslagen. Stelt taken en beslissingen uit. Hierdoor vrijwel wekelijks problemen met het goed afronden van taken. Onderkent dit probleem maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/ begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren. En/ of heeft voor life-events naast een langere recuperatietijd soms kortdurend begeleiding nodig. Dit geldt ook voor confrontaties aan een traumatische gebeurtenis
	Klasse 3	Dagelijks door de spanning van alledaagse stress niet in staat verplichtingen tot een goed einde te brengen. Schuift voortdurend beslissingen en verantwoordelijkheden voor zich. Heeft voor sommige van deze activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp zelfstandig functioneren. Is recidiverend van slag door betrekkelijk frequente kleine tegenslagen en heeft hiervoor dan begeleiding nodig. Heeft bij life-events en/ of confrontatie aan een traumatische gebeurtenis een lange recuperatietijd nodig en vaak ook kortdurende begeleiding
	Klasse 4	Kan gestelde taken, verantwoordelijkheden en verplichtingen zonder hulp niet meer aan. Niet meer in staat zelfstandig beslissingen te nemen. Groot deel van de dag hulp nodig. En/ of is frequent van slag door alledaagse tegenslagen. Heeft dan hiervoor recidiverend, terugkerend begeleiding nodig. Life-events en confrontaties vereisen langdurige begeleiding.
	Klasse 5	Op geen enkele wijze in staat taken op zich te nemen of beslissingen te nemen. 24 uur per dag hulp nodig. Is door het minste of geringste volledig van slag.
Opmerkingen		
*zie opmerkingen vooraf.		
Rubriek 4 subscore ...		
<p><u>(gemiddelde) Rubriekscore:</u> (rubriek subscore 1.... + subscore 2.... + subscore 3.... + subscore 4): 4 = ...</p>		