

Defensie



MUPS / LOK

WIA - IP PROTOCOL

MUPS / LOK Protocol ©

WIA, Dienstverband en Invaliditeit beoordeling bij militairen met ‘medical unexplained physical symptoms’ (MUPS) of lichamelijk onverklaarde chronische klachten (LOK) na uitzending.

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 MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen wordt verwoord.
2. drie bijlagen met een beschrijving van de LOK – poli, de beoordelingslijst voor het vastleggen van de beperkingen bij militairen met MUPS / LOK na uitzending en een bureaulegger voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling .

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.

Dit protocol is opgesteld door:

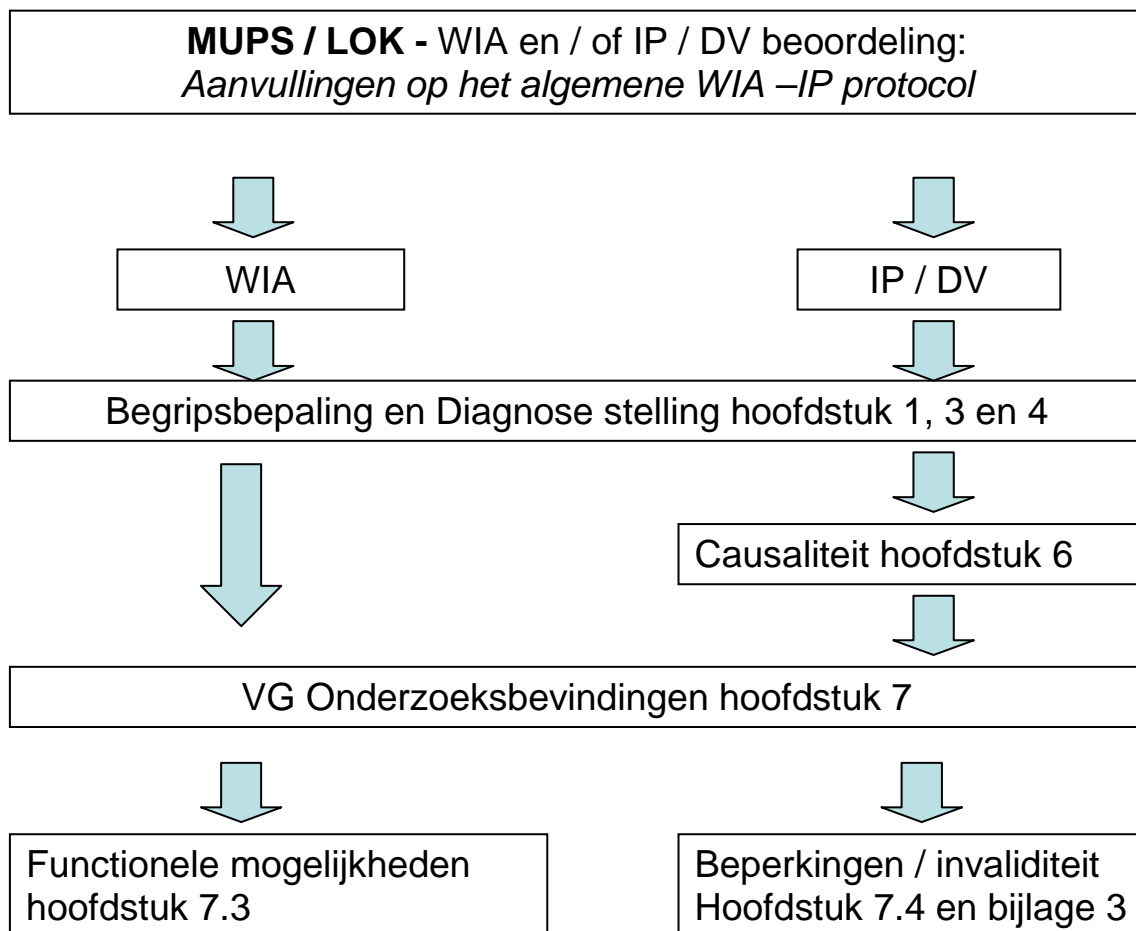
- J.H. Paulusma – de Waal, arts beleid en advies, RGA, Internist n.p. Medisch adviseur sociaal medisch beleid Ministerie van Defensie.
- Kolonel – arts dr. E. Vermetten, psychiater, hoofd wetenschappelijk onderzoek MGGZ Defensie. Voorzitter NATO HFM (Human Factors in medicine) MUPS
- S. Knepper, Centraal stafverzekeringsarts kwaliteitsborging UWV, RGA, Medisch adviseur UWV, Lid commissies Donner I en II, Lid Raad van Advies Medisch Contact.

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 MUPS / LOK 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

Voorwoord	5
1. MUPS / LOK Protocol	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Begripsbepaling	7
1.3 LOK na uitzendingen.....	8
1.4 Operationele definitie	8
2. Enige epidemiologische gegevens.....	11
2.1 Algemeen.....	11
2.2 Nederlands onderzoek	11
3. Korte omschrijving aandoening.....	13
3.1 Samenvatting Tijdschriften conferentie LOK	14
4. Diagnose en behandeling	15
4.1 Diagnostiek.....	15
4.2 Behandeling	15
4.3 Aanbeveling commissie Tiesenga	16
5. Beloop en herstelbelemmerende factoren	17
6. Causaliteit MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen	18
6.1 Inleiding causaliteit.....	18
6.2 Het stappenplan: nadere causaliteit regels MUPS / LOK.....	19
6.3 Medische causaliteit bij MUPS / LOK.....	19
6.4 Verergerend of oorzakelijk dienstverband bij MUPS / LOK.....	21
6.5 Onderscheid aandoeningen en beperkingen met en zonder Dienstverband ...	21
6.6 Toerekenen van co - morbiditeit en beperkingen aan de uitzending.....	22
7. Verzekeringsgeneeskundige (vg) beoordeling en rapportage	23
7.1 Medisch arbeidsongeschiktheids criterium in de sociale vg beoordeling.	23
7.2 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.	25
7.3. Aanvullende richtlijnen WIA beoordeling in relatie tot MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen	31
7.4. Aanvullende richtlijnen IP beoordeling in relatie tot MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen.	32
8. Geraadpleegde literatuur	37
Bijlage 1: LOK POLI.....	42
Algemeen.....	42
Voorstel Uitvoering LOK Poli	42
Wetenschappelijk onderzoek.....	47
Bijlage 2: Bureaulegger *	49
Bijlage 3: Beoordelingslijst beperkingen bij MUPS / LOK	51

MUPS / LOK Protocol

WIA, Dienstverband en Invaliditeit beoordeling bij militairen met ‘medical unexplained physical symptoms’ (MUPS) / lichamelijk onverklaarde chronische klachten (LOK) na uitzending.

Voorwoord

Dit protocol is een eerste aanzet om de verzekeringsgeneeskundige, de dienstverband- (DV) en de invaliditeitbeoordeling (IP) te harmoniseren. Het is ontwikkeld voor de beoordeling van militairen met lichamelijk onverklaarde chronische klachten (LOK) na uitzendingen en te beschouwen als een aanvulling op het WIA – IP protocol van Defensie.

Het MUPS / LOK protocol gaat in op de relevante diagnostische criteria en behandelingen. Ook worden handvatten voor de causaliteitsvraag (wel of niet door de uitzending ontstaan?) gegeven. Het protocol beschrijft vooral een methode voor de vertaling van de klachten naar hierdoor veroorzaakte beperkingen en geeft richtlijnen voor het vaststellen van het invaliditeitspercentage.

De Gezondheidsraad heeft recent (2007) het WIA protocol “CVS” (chronisch vermoeidheidsyndroom) gepubliceerd, waarin ook de MUPS / LOK bij militairen na uitzending wordt genoemd. Het voorliggende MUPS / LOK protocol sluit hierbij aan maar brengt bovendien de beoordeling van de militaire invaliditeit in beeld met concrete richtlijnen voor het vastleggen van de causaliteit, de beperkingen en het schatten van het invaliditeitspercentage. Het protocol “CVS” bevat elementen die tevens kunnen worden gebruikt bij de verzekeringsgeneeskundige WIA - IP beoordeling. In dit MUPS / LOK protocol wordt hiernaar in voorkomende gevallen verwezen.

De wetenschappelijke kennis en bewijsvoering over MUPS / LOK bij militairen na uitzending is nog niet groot. Daarom zal in het protocol gebruik gemaakt worden van ‘good practise’ ervaringen.

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

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

1. MUPS / LOK Protocol

(Medical unexplained physical symptoms (MUPS) / Lichamelijk Onverklaarde Chronische Klachten bij militairen (LOK) na uitzendingen)

1.1 Inleiding

Onverklaarde lichamelijke klachten komen veel voor. Op een willekeurig moment heeft ongeveer 20 – 35% van alle mensen die daarnaar wordt gevraagd de afgelopen twee weken last gehad van moeheid, hoofdpijn, slecht slapen, pijn in de nek, rugpijn of nervositeit (Ned. Inst. v. onderzoek van de gezondheidszorg). Deze klachten kunnen meestal niet aan een lichamelijke aandoening worden toegeschreven en verdwijnen doorgaans vanzelf. Soms is dat ook na langere tijd niet het geval. Mensen met dergelijke klachten zullen dan vaak een arts raadplegen uit ongerustheid. Een enkele keer leidt nader onderzoek tot een diagnose die moeilijk te stellen was vanwege de lage prevalentie van een betrokken aandoening. Maar een deel van de klachten blijft ook na uitgebreid onderzoek onverklaarbaar. De klachten worden dan geduid als ‘e causa ignota’, dat wil zeggen zonder bekende of aanwijsbare oorzaak.

In psychologische of sociale context zijn echter frequent factoren aanwijsbaar, die begrijpelijk maken waarom deze klachten een chronisch karakter hebben gekregen. Onderzoek naar die context blijft in de gezondheidszorg (Gezondheidsraad 3-B richtlijnen juli 2005) meestal achterwege. De medische vakliteratuur spreekt dan over een patiënt met onbegrepen koorts, mondbranden, globus gevoel, chronische vermoeidheid en/ of andere niet te duiden klachten. Deze klachten leiden vaak nog wel tot symptoomdiagnoses / syndromale beelden. De medische terminologie is echter weinig eenduidig. Er wordt gesproken over ‘lichamelijk onverklaarde klachten’. Deze kwalificatie suggereert andere niet lichamelijke oorzaken, waarvan echter geen sprake hoeft te zijn. Artsen kwalificeren dergelijke klachten vaak als subjectief, functioneel, somatoform, onderdeel van alexithymie of reëel. Meestal voegen ook die kwalificaties niet veel toe.

Zo heeft het begrip ‘subjectieve klachten’ geen toegevoegde waarde omdat klachten per definitie tot het domein van de patiënt behoren en dus subjectief zijn. Van ‘functionele klachten’ zou eigenlijk alleen gesproken mogen worden wanneer de onderzoeker die functionaliteit concreet benoemt. Bijvoorbeeld buikpijn bij een kind dat niet naar school wil. Dat gebeurt echter zelden. Vaak worden onverklaarde klachten geduid als ‘somatisatie’, wanneer een relatie gelegd kan worden met stress. Daar is op zichzelf niets tegen, maar wel wanneer dat gebeurt zonder dat een dergelijke relatie aannemelijk gemaakt wordt. Een verwante term in dit verband is ook alexithymie of wel: ‘gevoelens niet onder woorden kunnen brengen’. Deze gevoelens worden vervolgens dan vertaald in lichamelijke sensaties. De term ‘reële klachten’ impliceert een moreel oordeel terwijl de onderzoeker om een vakkundig oordeel is gevraagd.

1.2 Begripsbepaling

Meestal benoemt de geneeskunde lichamelijke onverklaarde klachten zonder ze in hun psychologische, sociale of medisch causale context te interpreteren. Doorgaans wordt dan een beschrijvende symptoomdiagnose / syndromaal beeld toegekend om de klachten in elk geval te classificeren. Daarmee brengt de arts tot uitdrukking klachten te (h)erkennen als een vaker voorkomend of bekend fenomeen. Dat wekt de suggestie dat er sprake is van een circumscripte aandoening, maar het is de vraag of daarvan daadwerkelijk sprake is (Van der Gulden JW 2006). De benoeming van symptoomdiagnoses / syndromale beelden is vaak sterk afhankelijk van de context, waaronder het specialisme van de betrokken arts en de zelfdiagnostiek van de patiënt. Mede daardoor bestaat een aanzienlijke overlap tussen deze verschillende, lichamenlijk onverklaarde symptoomdiagnoses / syndromale beelden. Deze overlap betreft vooral klachten als vermoeidheid, verminderde inspanningstolerantie, gestoorde slaap, prikkelbaarheid, afgenomen geheugen en concentratie.

In onze definitie wordt gesproken van ‘lichamelijk onverklaarde klachten’ (LOK) wanneer, na een langere periode (zes maanden), geen afdoende medische verklaring is gevonden, ook niet in psychiatrische classificatie. Daarbij ligt het accent op chronische belemmeringen bij maatschappelijke participatie (Maassen H. 2006). Doorgaans zal dat ook de aanleiding zijn geweest om in het kader van een invaliditeitsuitkering een claim in te dienen.

Hierbij wordt een belangrijke kanttekening geplaatst: Lichamenlijk onverklaarde klachten kennen raakvlakken met somatoforme stoornissen. Het onderscheid tussen de aandoeningen is in strikt psychiatrische zin soms niet te maken. Bij LOK – beelden kunnen theoretisch alle DSM –IV criteria van de somatoforme stoornis aanwezig zijn zonder dat deze diagnose wordt overwogen / gesteld. In het algemeen spreekt men niet van een somatoform beeld, ondanks aanwezigheid van de desbetreffende DSM –IV criteria, als de symptomen kenmerkend zijn voor een LOK – beeld. Uiteraard mogen psychische klachten bij dit LOK beeld niet op de voorgrond staan, maar min of meer op de achtergrond. Een psychiatrische diagnose is dan niet nodig, temeer daar de behandeling en begeleiding van LOK - beelden en de somatoforme stoornissen in grote lijnen hetzelfde zijn.

Deze kanttekening is overal in de tekst, waar vrij vertaald, gesproken wordt over “uitsluiten van psychiatrische diagnoses”, van toepassing.

Feitelijk moet de aanduiding lichamenlijk onbegrepen klachten (LOK) worden gezien als een zogenaamd “container begrip”. Onder dit LOK- begrip vallen onder andere vele syndromale en /of circumscripte symptoom diagnoses (zie nadere begripsomschrijving). Al deze symptoomdiagnoses omvatten klachten die volgens de vakliteratuur weliswaar onbegrepen zijn, maar in elk geval niet toegeschreven worden aan een militaire uitzending. Onder het begrip LOK valt ook het specifieke complex van onverklaarde specifieke klachten voorkomend bij militairen na uitzendingen. Slechts dit specifieke complex kan eventueel – na grondige beoordeling - als een uitzend gerelateerde aandoening gezien worden. Onderstaand, en in de operationele definitie, wordt hierop uitgebreid ingegaan.

Ter verduidelijking van dit container begrip kan een parallel worden getrokken met bijvoorbeeld hartaandoeningen: onder dit begrip vallen vele diagnoses (hartinfarct, lekkende klep, verdikte hartspier, ontsteking binnenwand hart, ontsteking hartzakje etc. etc). Een verhoogd cholesterolgehalte kan een hartinfarct en dus een hartaandoening veroorzaken. Dit wil niet zeggen dat elke hartaandoening door een verhoogd cholesterol wordt veroorzaakt. Zo dient ook de LOK problematiek bij militairen na uitzendingen te worden gezien: de uitzending kan een specifiek complex aan klachten geven, benoemd als een beeld vallend onder het LOK- begrip. Dit wil niet zeggen dat *elk* beeld vallend onder het LOK- begrip wordt veroorzaakt door een uitzending.

Ter voorkoming van misverstanden worden in dit protocol de LOK klachten bij militairen na uitzendingen aangeduid als MUPS (Medical Unexplained Physical Symptoms). Dit om duidelijk aan te geven dat deze klachten na uitzendingen weliswaar een LOK relatie hebben, maar anderzijds toch een eigen specificiteit kennen.

Overigens geldt voor alle LOK beelden dat de klachten chronisch aanwezig moeten zijn. Daarom zou eigenlijk voor het acroniem LOCK moeten worden gekozen. Om begripsverwarring te voorkomen wordt in dit protocol het acroniem LOK gehandhaafd.

1.3 LOK na uitzendingen

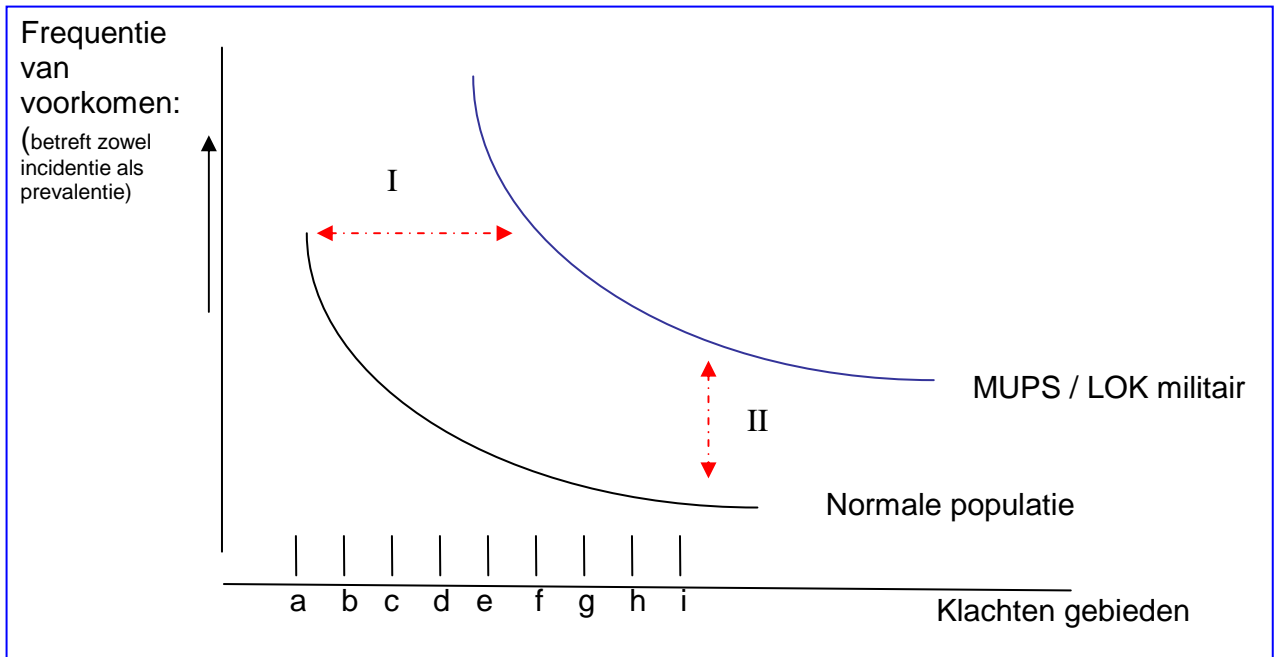
Terwijl de aandacht voor de posttraumatische stress stoornis (PTSS) binnen de diverse GGZ onderdelen van Defensie de laatste jaren in wetenschappelijk onderzoek en (na)zorg is omgezet, is tegelijkertijd bezorgdheid ontstaan over een toenemend aantal militairen met andere klachten. Het betreft klachten die vallen in de categorie ‘onverklaarde lichamelijke klachten – toegeschreven aan de uitzending’. Eerder gingen deze klachten ook rond onder de term ‘post-deployment syndroom’ (PDS) (De Loos, 2000; de Vries et al., 2001). Deze naamgeving veronderstelde een relatie met operationele uitzendingen. De ‘stoornis’ kreeg in de internationale literatuur bekendheid als Gulf War Syndrome (GWS). Dit is een descriptieve diagnose. Voor een Nederlandse populatie militairen is deze stoornis beschreven als ‘post-Cambodja klachtencomplex’ of ‘junglesyndroom’. De naam LOK na uitzendingen is een betere omschrijving dan de voorgaande beschrijvingen. Immers, een oorzakelijke/verklarende factor voor de klachten is nooit aangetoond en tevens ontbreekt het syndromale karakter van de klachten. Hiermee komt ook de naam ‘Medical Unexplained Physical Symptoms’ (MUPS) overeen, die meer recent nog door onderzoekers van Walter Reed Army Medical Center is geopperd en aansluit bij de internationale literatuur. Recent is een NATO panel gestart waarin verschillende NATO landen participeren om gezamenlijk een strategie te bedenken om de klachten aan te pakken. De laatste tien jaar zijn vele tientallen artikelen gepubliceerd over dit onderwerp.

1.4 Operationele definitie

MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen zijn een restcategorie van klachten, toegeschreven aan de uitzending, waarvoor ondanks algemene medische diagnostiek geen verklaring bestaat. Het zijn derhalve ‘per exclusionem’ gediagnosticeerde klachten. In de beschreven literatuur wordt MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen gekenmerkt door een *wisselend patroon* van specifieke klachten als chronische vermoeidheid, pijnlijke spieren en gewrichten, rug-, hoofd- en nekpijn, duizeligheid,

buikklasten, geheugen- en concentratieklachten, slaapklachten, globusgevoel, overgevoeligheid voor licht en geluid, of niet aantoonbare allergieën. Het kenmerkende aan dit patroon is dat tegelijkertijd klachten van meerdere tot vele orgaansystemen voorkomen in wisselende combinaties (zie illustratie). Dit klachtencomplex bij MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen is niet te vangen in een circumsript symptoom of specifiek (vast omschreven) syndroomaal beeld. Lichamelijk onverklaarde klachten met een circumsript organisch karakter voldoen niet aan de eis dat er sprake moet zijn van een wisselend patroon en worden daarom niet als MUPS/ LOK bij militairen na uitzendingen beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn aspecifieke lage rugpijn en bekkeninstabiliteit. Dit zelfde geldt voor klachten waarvoor geen medische oorzaak aanwijsbaar is, maar waarvoor wel een medische verklaring wordt gegeven in de vorm van een specifieke, karakteristieke syndroomdiagnose, waarbij de symptomen een vast patroon kennen. Voorbeelden hiervan zijn het pijnsyndroom, het Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), de fibromyalgie en het postwhiplash syndroom. Deze beelden / syndromen vallen niet onder de noemer ‘MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen’. Immers, bij deze syndromen is er een logische samenhang waarbinnen de klachten herkenbaar zijn. Het uitzend gerelateerde bij militairen met MUPS/LOK na uitzendingen is overigens een attributioneel probleem. Immers de toevoeging na uitzending is retrospectief gemaakt door de patient en is niet goed te valideren.

Definitie: *er is sprake van MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen wanneer voor dergelijke klachten een somatische noch psychiatrische afdoende verklaring is gevonden, deze klachten gedurende ten minste zes maanden het normale dagelijkse functioneren aanzienlijk hebben belemmerd en die niet zijn te vangen in een specifiek syndroom met een vast patroon of circumsript beeld. De patiënt attributeert ontstaan of verergering van de klachten aan de uitzending, wat niet noodzakelijkerwijs inhoudt dat er een oorzakelijk verband bestaat.*



a: vermoeid na opstaan
 b: prikkelgevoeligheid
 c: hoofdpijn
 d: insomnia

e: vergeetachtigheid
 f: gewrichtspijnen
 g: concentratiestoornissen
 h: flatulentie

i: pijn zonder roodheid/zwelling

Vrij naar bron: Ungar et al., 1999.

Toelichting bij illustratie:

- I: Deze grafiek moet worden gezien als een illustratie, ter ondersteuning van de beeldvorming
- II: MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen wordt gekenmerkt door het feit dat tegelijkertijd in veel meer verschillende klachtengebieden symptomen voorkomen.
- III: MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen wordt gekenmerkt door het feit dat de klachten in een veel hogere frequentie voorkomen dan in de normale populatie.

2. Enige epidemiologische gegevens

2.1 Algemeen

Epidemiologische studies bij militairen beschrijven een heterogene populatie, maar met overeenkomstige symptomen (Kroenke 2003; Fukuda et al. 1998; Nisenbaum et al. 2000; Chalder et al. 2001; Reid et al. 2001; Voelker et al. 2002; Hoge et al., 2006). De stoornis is niet gerelateerd aan specifieke uitzendingen maar komt na diverse soorten uitzendingen voor. Het voorkomen ervan is bekend na uitzendingen naar verschillende geografische gebieden en bij verschillende NAVO missies. Bij diverse krijgsmachten van landen als de VS, Groot-Brittannië, Canada, Frankrijk en Nederland is MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen beschreven. Hoewel eenduidige etiologie ontbreekt, is er wel een sterke overeenkomst tussen de uitgebreidheid van de gerapporteerde klachten na diverse missies. De prevalentiecijfers, variërend tussen 5 en 20%, zijn mede afhankelijk van de vraagstelling, het moment van afname, en de mate van anonimiteit (zie Tiesinga, 2000; De Vries, Soetekouw, et al. 2001).

Van de Amerikaanse OIF (operation Iraque Freedom) en OEF (Operation Enduring Freedom) militairen hebben 250.000 een beroep gedaan op gezondheidsvoorzieningen. Van hen hadden 34.8% zogenaamde “ill defined conditions” .

2.2 Nederlands onderzoek

Ook Nederland ziet zich geconfronteerd met militairen en veteranen die na uitzending melding maken van onverklaarde lichamelijke klachten met hoge medische consumptie en werkverzuim. In de Nederlandse situatie zijn symptoomcomplexen bekend na missies als Desert Shield/Desert Storm, UNTAC (Cambodja), en UNPROFOR (Lukavac, Bosnië), en DUTCHBAT (Srebrenica). Een pathofysiologisch substraat is ook na zorgvuldige diagnostiek niet gevonden (zie o.a. Mulder & Reijneveld, 1999; Soetekouw, De Vries, et al. 1999). De klachten worden in de regel aan de bedoelde operationele uitzending(en) toegeschreven omdat zij kortere of langere tijd erna zijn ontstaan. Ze reageren niet op geruststelling of vormen van klassieke symptoombestrijding en kunnen zich tot een chronische kwaal ontwikkelen met ernstige functionele beperkingen, o.a. resulterend in arbeidsongeschiktheid. Een schatting van de incidentie is moeilijk te maken. Bij een groep van 27 Cambodja veteranen is aan de VU Amsterdam en de KU Nijmegen uitgebreid onderzoek gedaan naar mogelijke oorzakelijke factoren van de onverklaarde gezondheidsklachten (Soetekouw, De Vries, et al. 1999, de Vries, Soetekouw, et al. 2002). Microbiologisch, immunologisch, toxicologisch en vaccinatieonderzoek leverden geen aanwijzingen op voor oorzaken die de klachten konden verklaren. Wel werd een relatie gevonden met het activiteiten niveau, de inspanningstolerantie en het psychologisch functioneren. Met name tekortkomingen in deze domeinen kwamen hierbij aan het licht.

Recent is ook een studie gedaan naar de gezondheid bij Libanon veteranen door middel van een schriftelijke enquête. 1835 veteranen hebben gereageerd. Deze groep bleek, 25 jaar na dato, nog boven een normgemiddelde te liggen met betrekking tot klachten in het MUPS / LOK / PTSS-spectrum (Mouthaan, 2005). Ook de gezondheidsbeleving in

het algemeen was lager dan het normgemiddelde voor een vergelijkbare groep. Dit kan deels verklaard worden door een respons-bias. Tegelijkertijd kan het aangeven dat als er gezondheidsklachten zijn, deze vaker langdurig zijn.

3. Korte omschrijving aandoening

MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen is in de voorliggende begripsbepaling op te vatten als een klachtencomplex zonder te duiden organische basis. De klachten bestaan, niet limitatief, uit chronische vermoeidheid, gewrichtspijnen, pijnklachten (m.n. het hoofd en de rug), pijnlijke spieren en gewrichten, vertigo, huidirritatie, keelpijn, klachten aan de luchtwegen of het maag-darmkanaal, hyperarousal (waakzaamheid, maar ook toegenomen transpiratie), seksuele problemen, slaapstoornissen en geheugen/concentratiestoornissen. Deze klachten resulteren in functionele beperkingen, arbeidsongeschiktheid en in verminderde kwaliteit van leven. In de fenomenologie is een sterke overeenkomst te zien met het chronische-vermoeidheidssyndroom (Aaron & Buchwald 2001; Henningsen et al. 2003). De klachten hebben een overwegend fysieke presentatie. Psychiatrisch gezien vertonen ze overeenkomsten met klachtcomplexen welke gevonden worden bij patiënten met een Posttraumatische stressstoornis, een atypische depressie, hypochondrie, een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, een somatoforme stoornis met autonome dysfunctie en met een pijnstoornis. Differentiaal diagnostisch dienen deze aandoeningen dan ook uitgesloten te worden. Er komen ook beschrijvingen voor in de literatuur met karakteristieken zoals migraineuze hoofdpijnen, onbegrepen buikklasten en multipele chemische overgevoeligheid (Nisenbaum et al. 2000; Reid et al. 2001). Frequent wordt gewag gemaakt van cognitieve stoornissen (aandacht en geheugen) en van gemengde angst en stemmingsstoornissen (David et al. 2002).

Zowel bij LOK beelden in het algemeen als bij MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen in het bijzonder is vaak sprake van functieverlies dat disproportioneel is met de bevindingen bij fysisch-diagnostisch onderzoek en inconsistent met laboratoriumbevindingen. Hierdoor wordt vaak gedacht dat deze mensen zich aanstellen of uit zijn op secundaire winst. Een associatie met stress en psychosociale factoren wordt verondersteld (Aaron & Buchwald 2001), maar is niet systematisch onderzocht. Vele patiënten hebben een langdurige en gecompliceerde geschiedenis met diverse consulten aan eerste- als tweede lijn specialisten. Diverse onderzoeken of ingrepen hebben hierbij plaatsvonden zonder afdoend resultaat. Langere tijd deed in Nederland de term opgeld van 'somatische fixatie' (zie Grol, 1970). De patiënt is ervan overtuigd dat er iets met hem/haar aan de hand is en heeft vaak een specifieke attributie voor de klachten. De symptomen verwijzen vaak naar uiteenlopende orgaansystemen. Het verloop van de stoornis is chronisch en gaat gepaard met, of leidt tot stoornissen in sociale, interpersoonlijke en systeeminteracties. Gezien de fysieke presentatie wordt niet primair gedacht aan een psychologische of psychiatrische attributie voor de klachten, welke regelmatig achteraf gezien toch het geval blijkt te zijn.

Belangrijk is op te merken dat deze lichamelijke klachten en rapportages meestal typisch buiten het gezichtsveld van de psychiatrie hun opgeld doen. Ze manifesteren zich in de eerste lijn, bij onderdeelartsen, en verder bij medische specialisten als neurologie, interne geneeskunde, en orthopedie, maar ook bij cardiologie, longziekten

en KNO. Soms is er bij de klager juist ook weerstand tegen een psychiatrische (descriptieve) verklaring voor de klachten.

3.1 Samenvatting Tijdschriften conferentie LOK

Recent (Van der Mast R. 2006) vond een Tijdschriftconferentie plaats die gewijd was aan LOK – beelden in het algemeen. Een samenvatting van de bevindingen luidde:

1. patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten accepteren de diagnose ‘onverklaarde lichamelijke klachten’ niet, omdat artsen naar hun mening onvoldoende kennis, ervaring en vaardigheden hebben om bij hen een geaccepteerde diagnose te stellen en hen adequaat te behandelen;
2. patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten behoren niet per definitie bij de psychiater, behalve als er sprake is van een chronische, ernstige somatoforme stoornis. Zij hebben dikwijls multipele complexe problemen en zouden het best behandeld kunnen worden door een team van samenwerkende medisch specialisten en paramedici;
3. patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten kunnen effectief worden behandeld met cognitieve gedragstherapie. Hiervoor zijn verschillende cognitieve modellen beschikbaar. Het ‘reattribuatiemodel’ richt de aandacht vooral op het herstel van een leefbaar leven, terwijl het ‘gevolgenmodel’ als doel heeft de gevolgen van de onverklaarde lichamelijke klachten te reduceren. Een aanpak volgens het reattribuatiemodel kan worden gevolgd door die van gevolgenmodel;
4. de ontwikkeling van een richtlijn voor de diagnostiek en de behandeling van onverklaarde lichamelijke klachten zou ten goede komen aan de kwaliteit van patiëntenzorg, zou invaliditeit door de klachten verminderen, zou mogelijkheden voor reïntegratie bevorderen en zou wetenschappelijk onderzoek stimuleren;
5. zowel in het medisch onderwijs als in de medisch-specialistische vervolgopleidingen is de theoretische en praktische training op het gebied van onverklaarde lichamelijke klachten momenteel onvoldoende. Wetenschappelijk onderzoek is hard nodig om te komen tot een evidence-based richtlijn.

Naar wordt aangenomen gelden deze aanbevelingen ook voor MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen. Daarom leeft bij Defensie de gedachte een specifieke LOK polikliniek op te zetten voor de diagnostiek en behandeling van LOK beelden bij militairen in het algemeen en voor MUPS /LOK bij militairen na uitzendingen in het bijzonder (zie bijlage 1).

4. Diagnose en behandeling

4.1 Diagnostiek

Er is voor MUPS / LOK bij militairen en veteranen na uitzendingen in de literatuur geen standaarddiagnostiek noch behandeling bekend. Het ligt in de lijn der verwachting dat binnen afzienbare tijd de LOK - poli van het Centraal Militair Hospitaal (CMH) operationeel wordt en in deze lacune gaat voorzien. De diagnostiek en behandeling gaan dan verlopen zoals omschreven in bijlage 1. Kort samengevat gaat de gang van zaken als volgt:

1. De diagnostiek vindt plaats op basis van exclusie. Indien de klachten verklaard kunnen worden vallen zij buiten dit kader. De rekbaarheid en uitgebreidheid van de diagnostiek is een kritische factor alvorens tot onverklaarbaarheid wordt geconcludeerd. De beoordeling van het medische voortraject is hierbij van belang. De somatische status van iedere patiënt moet in detail beoordeeld worden.
2. Zoveel mogelijk informatie over de patiënt moet worden opgevraagd bij eerdere behandelaars en gedetailleerd worden beoordeeld op consistentie, systematiek en compleetheid van dossier. Bij deze beoordeling dient te worden gezocht naar een somatische basis/verklaring voor de aanmeldingsklachten. Immers, alleen als die basis ontbreekt, kan een patiënt worden toegelaten tot de LOK- poli. Er wordt beoordeeld of in de voorgeschiedenis al het nodige is gedaan om lichamelijke oorzaken van het ziek zijn te kunnen verwerpen
3. Op basis van voorgaande twee punten wordt overwogen of aanvullend onderzoek geïndiceerd is. Procesmatig worden hierbij de volgende lijnen gevolgd: Op dossier niveau vindt allereerst overleg plaats met de desbetreffende orgaanspecialist. Bij positief advies aan de LOK- indicatiecommissie wordt dit aanvullend onderzoek door specialisten van het CMH verricht, op vooraf afgesproken condities en met terugverwijzing naar de LOK- polikliniek.
4. Indien sprake is van een LOK beeld zal een uitsplitsing worden gemaakt naar MUPS/ LOK bij militairen na uitzendingen en naar andere onverklaarde symptoomcomplexen / algemene LOK- beelden.

4.2 Behandeling

Voor MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen bestaat noch bij actieve of postactieve militairen een algemeen aanvaarde vorm van behandeling. Echter, de literatuur vermeldt ontwikkelingen waarbij kan worden aangeknoopt. De civiele gezondheidszorg kent voor diverse lichamelijk onverklaarde klachtensyndromen wel benaderingen, maar is er geen eenduidig protocol waarbij kan worden aangesloten (King et al. 2002; Fordyce 2000). De meeste civiele studies maken hierbij gebruik van een groepsgewijze revalidatiegeneeskundige benadering, met cognitieve gedragstherapie en operante gedragsbeïnvloeding, sociale steun en voorlichting (Stulemeijer, de Jong, et al. 2005 ; Fals-Stewart & Kelley 2005; Keller et al. 2005). Met betrekking tot het chronische-vermoeidheidsyndroom (CVS), dat zoals in het voorgaande omschreven, sterke overeenkomsten vertoont met de MUPS / LOK bij

militairen na uitzendingen en er behoudens de oorzakelijke attributie niet van is te onderscheiden, is dit echter wel goed onderzocht. Het is gebleken dat cognitieve gedragstherapie en klachten-discongruente oefentherapie in groepsverband effectieve behandelingen zijn (Bazelmans et al. 2005; Prins et al. 2001). Het zelfde kan gesteld worden voor de behandeling van chronische benigne pijnklachten. Cognitieve gedragstherapie viel, in vergelijking met de patiënten op de wachtlijst, ten gunste uit van de therapiegroep. Ook in vergelijking met ondersteunende therapie is gedragstherapie beter. Een kostenanalyse viel eveneens gunstiger uit (Severens et al. 2004).

De enige behandelingsvorm (bij militairen) waarover voorzover bekend in de literatuur is gerapporteerd, wordt in het Walter Reed Army Medical Center te Washington DC (USA) toegepast op basis van de aannemelijkheid van haar werkzaamheid en naar analogie van de behandeling van – (onbegrepen/ onverklaarde) – pijnsyndromen (Engel, Roy, et al. 1998; Engel, Adkins, et al. 2002; Richardson & Engel 2004). Deze behandeling bestaat uit deeltijd behandeling in multidisciplinaire setting met de nadruk op operante revalidatie kenmerken. Dit sluit aan bij de visie uit de revalidatiegeneeskunde. Immers deze discipline is een medisch georiënteerd specialisme dat proces georiënteerd opereert en zich niet primair richt op een pathogenetisch model bij ziekte. Het WHO- model van stoornis-beperking-handicap zoals jarenlang in gebruik is geweest geeft de gradaties aan waarbinnen op functioneel (stoornis) niveau de klachten belemmerend werken (beperking), en zij in sociale context een handicap zijn. Het SCAMP model geeft de operationele domeinen aan waarop de patiënt moet worden beoordeeld: Sociaal, Communicatief, ADL, Maatschappelijk, en Psychisch. Het vertrekpunt is steeds de functionele analyse met betrekking tot de patiënt. Er is weinig ervaring, behoudens een gunstig verlopen pilot (2002, CMH) waarbij met deze methodologie werd gewerkt (zie bijlage1).

4.3 Aanbeveling commissie Tiesinga

In het rapport van de commissie Tiesinga (2000), n.a.v. het Post Cambodja Klachten Onderzoek, worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot hulpverlening. Militairen met klachten na uitzending dienen een nader op de persoon afgestemd begeleidingsplan/ behandelplan(zorg op maat) te doorlopen. Niet in alle gevallen kunnen de klachten direct herleid worden naar een medische en/of psychische component. Desondanks dienen deze klachten serieus te worden onderzocht. Indien (nog) geen duidelijke oorzaak gevonden kan worden, moet een (ook voor betrokkene) duidelijk traject gevolgd worden. De door de onderzoekers beschreven cognitieve gedragstherapeutische behandeling kan hiervan naar de mening van de Begeleidingscommissie deel uitmaken. Dit begeleiding- of behandelplan zou in de optiek van de Begeleidingscommissie (Rapport Commissie Tiesinga, 2000, p 6) een ‘totaalplan’ moeten zijn waarbij de geneeskundige en psychologische hulp gesynchroniseerd worden met de hulp van het thuisfront, de fysieke rehabilitatie (conditieverbetering) en de terugkomst in het arbeidsproces (reïntegratie).

5. Beloop en herstelbelemmerende factoren

Het natuurlijk beloop van de MUPS / LOK klachten bij militairen na uitzendingen is voor een Nederlandse groep Cambodja veteranen (n=354) beschreven. Na 18 maanden rapporteerde 19% volledig herstel, 20% voelde zich al een stuk beter, 57 % had dezelfde klachten en 4% gaf aan te zijn verslechterd in vergelijking met initiële fase (De Vries, Soetekouw, et al. 2001) Het zelfgerapporteerde herstel werd aldus in een grote groep gezien, terwijl er tegelijkertijd ook een grote groep is die blijft lijden aan vermoeidheid en andere gerelateerde symptomen.

Het toekennen van een diagnose aan een onverklaarbaar complex van klachten geeft erkenning voor de patiënt, dat een praktische reden kan zijn voor het hanteren van een dergelijke diagnose (De Loos, 2000). Ze kan bijvoorbeeld toegang geven tot zorg, een vorm van rechtvaardiging dus, en het is daarmee een sociaal aspect van het medisch diagnostische proces (Bell, Amoroso, et al. 2001) . Dit ‘medicaliseren’ heeft echter ook nadelige kanten. Het kan patiënten bevestigen in hun ziektebeleving en hun herstel belemmeren. Ook zou het kunnen leiden tot claims in de zin van letselschade en inkomensvergoedingen, waarmee er een belang zou ontstaan om patiënt te moeten blijven. Een verschijnsel dat wel als secundaire ziekte winst of renteneurose wordt betiteld. Hierover bestaat in de literatuur nogal wat discussie (Mayou, Kirmayer, et al. 2005) en het is beslist niet zeker dat dit altijd de uitkomst moet zijn; die is ook van andere factoren afhankelijk. Naar eigen klinische ervaring en in overeenstemming met prospectieve studies in de literatuur is het omgekeerd zeker niet aan de orde dat patiënten plotseling ‘genezen’ nadat zij een vergoeding hebben ontvangen (Mayou & Farmer 2002; Bairstow, Mendelson, et al. 2005; Mendelson 1995; Blanchard, Hickling, et al. 1998). Wel hebben deze overwegingen ertoe geleid dat nog lopende aanspraakprocedures een reden zijn om een patiënt nog niet in behandeling te nemen (Frueh, Gold, et al. 1997).

6. Causaliteit MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen

6.1 Inleiding causaliteit

Voor situaties van MUPS / LOK bij militairen na uitzending waarin begeleiding en behandeling niet leiden tot een volledig herstel, moet een beroep kunnen worden gedaan op een militair invaliditeitspensioen (IP). Om normaliter in aanmerking te komen voor een IP moet juridisch worden aangetoond dat de uitoefening van de dienst onder buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden de oorzaak is van de invaliditeit. Medisch dient sprake te zijn van invaliditeit door ziekte, verwonding of gebrek. Bij MUPS / LOK geldt daarbij de extra voorwaarde dat er altijd een relatie moet zijn met de uitzending.

In deze context zijn de begrippen “juridische en medische causaliteit”, “oorzakelijk en verergerend dienstverband” en “preëxistente en predispositie” van toepassing. In het WIA – IP protocol staan deze begrippen beschreven en toegelicht. Het MUPS / LOK protocol moet worden gezien als een aanvulling op het WIA – IP protocol. Ter voorkoming van doublures wordt daarom voor uitleg van deze begrippen verwezen naar dit protocol.

Bij MUPS / LOK is het niet goed mogelijk de causaliteit in de gebruikelijke termen te definiëren vanwege het ontbreken van een medisch pathofysiologisch substraat waarmee de klachten kunnen worden verklaard (bekende oorzaak leidt tot een aantoonbare stoornis binnen het organisme. Deze stoornis leidt tot ziekte met functievermindering en handicap als mogelijk gevolg). Als voorbeelden worden hierbij genoemd een doorbloedingsstoornis van een kransvat dat leidt tot een hartinfarct, of een slecht werkende alveesklier welke suikerziekte veroorzaakt.

Naar huidig medisch inzicht kunnen de MUPS / LOK klachten bij militairen na uitzendingen niet onder een éénduidige diagnostische benaming worden gebracht, noch kan er een wetenschappelijke verklaring voor worden gegeven. Een wetenschappelijke medische verklaring wordt doorgaans in biologische termen gedefinieerd. Daarom geeft MUPS / LOK bij militairen na uitzending aanleiding tot discussie over het al dan niet aanwezig zijn van ‘ziekte’, en over het al dan niet aanwezig zijn van objectieveerbare stoornissen en / of beperkingen. Juist deze elementen staan centraal bij de toekenning van een invaliditeitspensioen. Strikt genomen zou MUPS /LOK bij militairen na uitzendingen niet kunnen worden benoemd als een dienstverband aandoening. Echter, ondanks ontbreken van kennis over de oorzaak kan toch een verband met uitzendingen aannemelijk gemaakt worden vanuit een gemeenschappelijk voorkomen bij diverse uitzendingen, bij verschillende eenheden, en in verschillende landen (zie epidemiologische gegevens). Daarom zijn voor MUPS /LOK bij militairen na uitzendingen aanvullende causaliteitsregels opgesteld voor het vaststellen van dienstverband. Deze aanvullende regels betreffen de juridische causaliteit, de medische causaliteit, het verergerend dienstverband als enige uiting van dienstverband, de co-morbiditeit en de weging van co - morbiditeit. Onderstaand wordt dit nader uitgewerkt.

6.2 Het stappenplan: nadere causaliteit regels MUPS / LOK

Het Ministerie van Defensie heeft, overeenkomstig de wens van de Kamer, nadere causaliteit regels opgesteld voor MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen. Deze regels staan bekend als het “stappenplan” (brief Tweede Kamer 7 juni 2006) en zijn vergelijkbaar met de drie criteria welke ook zijn toegepast bij het Cambodja Klachten Complex.

Bij MUPS / LOK wordt causaliteit aangenomen, indien aan onderstaande drie criteria is voldaan:

- De MUPS / LOK klachten mogen vóór de uitzending niet aanwezig zijn geweest.
- De MUPS / LOK klachten moeten zich tijdens of tot binnen 2 jaar na de uitzending hebben voorgedaan met daaraan gekoppeld een noodzaak tot medische behandeling, c.q. een medisch professionele hulpvraag moet in die periode zijn gesteld.
- Een medische diagnose of medische verklaring, ook in de algemene psychiatrische classificatie ontbreekt.

De eerste twee stappen kunnen worden gezien als voorwaarden voor de juridische causaliteit. De medische causaliteit wordt onderstaand nader toegelicht en uitgewerkt.

6.3 Medische causaliteit bij MUPS / LOK

Het vaststellen van medische causaliteit kent bij MUPS / LOK twee problemen. Ten eerste betreft dit de vraag of de klachten wel kunnen worden toegeschreven aan de uitzending. Een valkuil bij de beoordeling van de medische causaliteit is het (automatisch/ kritiekloos) toeschrijven van klachten door betrokkene, de omgeving en zelfs de professionals aan de uitzending. De uitzending neemt in het leven van betrokkene niet geleidelijk aan een minder dominante plek in. Dit in tegenstelling tot het merendeel van de mensen dat na verloop van tijd het normale leven weer oppakt zonder beperkende restverschijnselen.

Een belangrijke vraag om te beantwoorden is dan ook waarom herstelt iemand niet van zijn MUPS / LOK. Hieraan gekoppeld is de vraag of de duurzame klachten wel grotendeels het gevolg zijn van de doorgemaakte uitzending. Het derde criterium van het stappenplan komt hierbij in beeld.

Duidelijkheid moet 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:

- Spelen (co - morbide) stoornissen zoals stemmingsstoornissen / angststoornissen, PTSS / depressies een rol?
- Zijn er somatisch objectieveerbare stoornissen
- Zijn er preëxistente aandoeningen?
- Zijn er luxerende factoren geweest / sprake van predispositie?
- 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 / begeleiding (niet alleen inzichtgevende therapie)
- Waarop richtte zich het behandelplan vooral? Wat zijn, volgens dat behandelplan, de belangrijkste belemmeringen voor herstel geweest?
- Zou betrokkene, vroeger of later, deze klachten mogelijk ook hebben gekregen als hij/ zij niet uitgezonden was geweest?

Deze vragen klemmen des te meer omdat algemeen bekend is dat MUPS / LOK klachten bij militairen na uitzendingen moeilijk zijn te onderscheiden van vele lichamelijke en psychische aandoeningen / omstandigheden, welke geen verband houden met de dienst. Naarmate de tijdsduur tussen de uitzending en het ontstaan van de klachten groter is, wordt dit onderscheid moeilijker tot onmogelijk.

Daarom dient medisch tevens te worden gekeken naar dezelfde criteria als bij de juridische causaliteit: vóór de uitzending niet bekend met deze klachten, klachten binnen 2 jaar ontstaan en hiervoor in die periode medische hulp gezocht, c.q. onder reguliere geneeskundige behandeling geweest. Aanvullend hierop dient bij de medische hulpvraag de “LOK poli”(zodra deze operationeel en algemeen bekend is) van het CMH een centrale rol te hebben gespeeld. Deze eis kan worden gesteld omdat de klachten binnen 2 jaar moeten zijn ontstaan en betrokkene dan meestal nog werkzaam is bij Defensie. Deze eis moet worden gesteld om in het kader van de zorgplicht optimale gespecialiseerde multidisciplinaire beoordeling / behandeling en begeleiding af te kunnen dwingen.

Het tweede probleem betreft het objectiveren van subjectieve klachten en beperkingen, welke een causale relatie moeten hebben met de uitzending. Een professioneel verzekeringsgeneeskundig onderzoek met de nadruk op het beoordelingsgesprek en in het bijzonder op de plausibiliteit en de interne / externe consistentie is hierbij het gereedschap wat de beoordelaar heeft. Dit professionele onderzoek staat uitvoerig beschreven in het eerder genoemde WIA – IP protocol.

Resumerend dient voor het toekennen van medische causaliteit bij MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- Een afdoende medische diagnose of medische verklaring, ook in de psychiatrische classificatie ontbreekt.
- Beoordeling / behandeling heeft plaatsgevonden door of via de LOK poli (zodra deze operationeel is en bekend binnen Defensie).
- De klachten mogen vóór de uitzending niet aanwezig zijn geweest.
- De MUPS / LOK klachten moeten zich tijdens tot binnen 2 jaar na de uitzending hebben voorgedaan met daaraan gekoppeld een noodzaak tot medische behandeling.
- De MUPS / LOK klachten moeten langer dan 6 maanden aanwezig zijn.
- De MUPS / LOK klachten/ beperkingen moeten bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling worden vastgesteld door toetsing op plausibiliteit en consistentie.

6.4 Verergerend of oorzakelijk dienstverband bij MUPS / LOK.

MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen kent altijd predisponerende en / of luxerende factoren. De Gezondheidsraad (GR) stelt dat voor het Chronisch vermoeidheid Syndroom (CVS) alsook voor de LOK beelden in het algemeen en de MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen in het bijzonder, het multicausale verklaringsmodel geldt (Gezondheidsraad 2007). Bij MUPS / LOK na uitzendingen dient daarom altijd, als causaliteit is vastgesteld, te worden uitgegaan van een “verergerend dienstverband”: alle op dat moment bestaande beperkingen veroorzaakt door de MUPS /LOK 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.

6.5 Onderscheid aandoeningen en beperkingen met en zonder Dienstverband

Als meerdere aandoeningen tegelijkertijd aanwezig zijn en niet voor alle aandoeningen bestaat een dienstverband doemen twee problemen op. Allereerst is het bij psychische en MUPS / LOK klachten lastig om vast te stellen welke aandoening wel en welke geen oorzakelijk verband houdt met de dienst. Ten tweede kan het problematisch zijn vast te stellen in hoeverre de beperkingen moeten worden toegerekend aan de dienstverband aandoening of aan een aandoening die niets met de uitzending te maken heeft. Beperkingen zijn soms niet per aandoening/ fysiologische veroudering/ persoonlijkheidsproblematiek/ sociale omstandigheden te onderscheiden.

6.5.1 Co - morbiditeit bij MUPS / LOK 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. MUPS / LOK gaat regelmatig gepaard met co - morbiditeit. Het is medisch vaak moeilijk, zeker bij onbegrepen of moeilijk te objectiveren beelden, om een onderscheid te maken tussen co - morbiditeit welke wél en welke géén causaal verband heeft met de uitzending. 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 uitzending worden toegerekend als deze uitzending wordt geacht in overwegende mate deze co - morbiditeit te hebben veroorzaakt (voor meer dan 50%). In paragraaf 6.6. wordt hierop nader ingegaan.

6.5.2 Beperkingen al dan niet in relatie tot MUPS / LOK

Een zelfde toerekening wordt gevraagd bij aanwezigheid van beperkingen welke zowel door de dienstverband aandoening als door andere, niet uitzending gerelateerde aandoeningen kunnen zijn veroorzaakt: Worden bijvoorbeeld de vermoeidheidsklachten veroorzaakt door de aan de uitzending gerelateerde MUPS / LOK klachten of door een

hartinfarct, welke geen relatie heeft met de uitzending? Ook hier geldt het alles of niets principe.

6.6 Toerekenen van co - morbiditeit en beperkingen aan de uitzending

Partiele toerekening behoort zoals eerder is aangegeven nog niet tot de mogelijkheden. Een alles of niets uitspraak is nodig bij de toerekening van de co – morbiditeit en de beperkingen. Dit is een moeilijke opgave. Tot een oplossing kan worden gekomen door, op basis van weging van de uitgevraagde en onderzochte gegevens, eerst tot een classificatie te komen. Deze classificatie dient als hulpmiddel bij de toerekening van de causaliteit. Deze classificatie kent 3(4) niveaus:

1. Grotendeels wel causaal verband tussen de beperkingen en de dienstverband aandoening aannemelijk/aanwezig
2. In gelijke mate causaal verband en niet causaal verband aannemelijk/ aanwezig: en zo ja, betreft deze gelijke mate dan meer of minder dan 50 % causaal verband
3. Grotendeels geen causaal verband aannemelijk/ aanwezig
4. (Geen causaal verband aannemelijk/ aanwezig)

Ernst van de uitzending / tijdsduur tussen uitzending 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 sterker. Als deze wijze van toerekenen in de toekomst wordt ingevoerd mag wel een onderverdeling naar 75%, 50%, 25% 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 kan 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 vragen over toerekening en causaliteit altijd kunnen worden beantwoord op basis van een protocol. Een protocol dient te worden gezien als hulpmiddel. De professionaliteit van de arts is altijd bepalend, aangevuld met mediprudentie. Van een protocol mag altijd worden afgeweken, mits dit gemotiveerd gebeurt.

7. Verzekeringsgeneeskundige (vg) beoordeling en rapportage

Bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling kan een uitspraak worden gedaan over enerzijds de WIA aanspraak en anderzijds over het bestaan van dienstverband 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 MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen. Tevens worden aanvullende richtlijnen beschreven voor specifiek het beoordelen van de beperkingen bij MUPS /LOK bij militairen na uitzendingen in het kader van het IP recht. Een samenvatting, als bureaulegger wordt gegeven in bijlage 2.

Nogmaals wordt gewezen op het verschil tussen de WIA en de IP beoordeling. Dit betreft vooral de finale versus de causale benadering. Het kan zijn dat de militair met een LOK- beeld, door derden toegeschreven aan de uitzending, wel in aanmerking komt voor een WIA recht, maar niet voor een invaliditeitspensioen. Het toepassen van de operationele definitie en de causaliteitsregels speelt hierbij een belangrijke rol. Los hiervan kent de basis verzekeringsgeneeskundige beoordeling van alle andere LOK beelden veel overeenkomsten met de MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen. Daarom wordt bij de beschrijving van de basis beoordeling geen onderscheid gemaakt tussen deze verschillende beelden. Wel komt dit onderscheid ter sprake in de aanvullende verzekeringsgeneeskundige IP beoordeling.

7.1 Medisch arbeidsongeschiktheids criterium in de sociale verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

De geneeskunde kan lang niet alle klachten verklaren. Klachten en beperkingen zijn meestal multicausaal, resultante van een wisselwerking tussen genetische, psychologische en sociale factoren. De literatuur (Gezondheidsraad 2007) maakt daarbij wat betreft het verloop van de klachten nog onderscheid tussen:

- *predisponerende factoren*: familie, constitutie, ‘basic trust’, persoonlijkheid, levensstijl, lichamelijke activiteit
- *uitlokkende factoren*: acute stress, lichamelijke ziekte
- *onderhoudende factoren*: inactiviteit, somatische attributie, verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties, gedrag van hulpverleners, aandacht, gewenning, verlies van motivatie.

In de sociale *verzekeringsgeneeskunde* draait het daarbij niet zozeer om de verklaarbaarheid van klachten (causaliteit) maar om de gevolgen voor het functioneren (finaliteit). Voor die beoordeling maakt het overigens wel uit of er een evidente lichamelijke of psychiatrische ziekte is vastgesteld. Klachten en beperkingen zullen dan eerder overtuigen. Maar ook dan kan het fenomeen zich voordoen dat het maatschappelijk functioneren veel meer of juist veel minder belemmerd wordt, dan redelijkerwijs te verwachten zou zijn. Er wordt dan wel gesproken over ‘discrepantie’. De genoemde factoren spelen ook daar een rol. In zoverre verschilt de claimbeoordeling

bij evidente ziekten niet wezenlijk van die bij lichamelijk onverklaarde chronische klachten.

In elk geval doet de reductie van het ziektebegrip tot een fysiek of psychische verklaarbare klacht zowel de betrokkene, als de geneeskunde tekort. Daarom is in het ‘medisch arbeidsongeschiktheids criterium’ vastgelegd dat het ontbreken van die verklaring alléén geen norm kan zijn om een claim van beperkingen af te wijzen (Tijdelijk instituut sociale verzekeringen 1995). Dit impliceert dat de verzekeringsarts voor de WIA beperkingen kan vaststellen als uiting van ziekte, ook wanneer er geen biomedische of psychische oorzaak of substraat van de klachten is vastgesteld. Daarvoor gelden wel strikte voorwaarden.

Volgens het medisch arbeidsongeschiktheids criterium moeten eventuele beperkingen een rechtstreeks en medisch objectief vaststelbaar gevolg van ziekte zijn. Dat impliceert dat:

- manifestaties van bepaalde eigenschappen of (gebrek) aan opleiding of vaardigheid geen aanleiding voor beperkingen kunnen zijn
- beperkingen vaststelbaar zijn, derhalve geverifieerd door observatie, onderzoek of informatie van derden
- die vaststelling (sociaal)-medisch is, dus met gebruik van reguliere (sociaal)geneeskundige onderzoeksmethoden
- er sprake is van (streven naar) objectiviteit, wat impliceert dat de beoordeling toetsbaar is, dus met niet-falsifieerbare controleerbare feiten en argumenten wordt onderbouwd en zo nodig wordt weerlegd
- de beoordeling reproduceerbaar is, dus schriftelijk vastgelegd waarbij het aannemelijk is dat gekwalificeerde beroepsgeenoten tot een soortgelijke conclusie gekomen zouden zijn
- de beperkingen consistent zijn, de feiten waarop de beoordeling is gebaseerd vertonen logische samenhang
- fysiologische manifestaties van ongebruikelijke of overbelasting – sociaal of fysiek – niet als beperkingen opgevat worden

Zoals bij ieder medisch onderzoek is de beleving van de betrokken cliënt een belangrijk uitgangspunt. Maar diens perceptie is niet doorslaggevend, aangezien het aan de onderzoeker is - los van persoonlijke belevingen en verwachtingen - tot een zo een feitelijk mogelijk oordeel te komen. Omdat sprake is van multicausaliteit heeft het daarbij passende verzekeringsgeneeskundig onderzoek betrekking op zowel somatische, psychische als sociale aspecten in brede zin.

Bij het ontbreken van een evidente fysieke of psychische verklaring van de klachten zal het vaststellen van beperkingen bij lichamelijk onverklaarde chronische klachten een grotere nadruk leggen op de betekenis van ‘circumstantial evidence’. Daardoor zal het onderzoek veelal diepgaander zijn en meer tijd en inspanning vereisen.

7.2 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.

Redelijkerwijs mag van een cliënt verwacht worden dat hij al het mogelijke heeft gedaan om te herstellen. Dit zowel in medische als in functionele zin. De medische aspecten zijn door opvallend ‘shopping’- gedrag meestal zo overdadig ingevuld, dat de verzekeringsarts zich mag afvragen of er niet eerder sprake is van legitimatiegedrag, dan van het streven naar herstel. In aanvulling op het WIA/IP protocol wordt over dit *herstelgedrag* nog het volgende opgemerkt. In het bijzonder bij lichamenlijk onverklaarde chronische klachten mag verwacht worden dat de betrokkene:

- met compensatie- en herstelgedrag heeft geprobeerd oplossingen te vinden voor zijn verminderd functioneren
- aan zijn fysieke en mentale (bijhouden kennis en vaardigheid) conditie heeft gewerkt
- cognitieve gedragstherapie heeft gevolgd, aangezien dat de tot op heden de enig aangetoonde werkzame behandeling is

Wanneer dat niet het geval is vormt dat een aanleiding de claim af te wijzen en de cliënt te adviseren het een en ander alsnog te realiseren.

7.2.1 Uitgangspunten.

Net als bij alle andere beoordelingen wordt het verzekeringsgeneeskundig onderzoek bij lichamenlijk onverklaarde chronische klachten doorgaans vis-a-vis uitgevoerd. Zeker wanneer het medische beeld niet duidelijk is, is het van belang dat de cliënt persoonlijk kan vertellen wat zijn problemen zijn. Daarbij komt het de kwaliteit en de overtuigingskracht van de beoordeling ten goede wanneer de verzekeringsarts de cliënt ook dan serieus neemt, nieuwsgierig is en zich inleeft in diens probleem. Anders komt er geen goed contact - en ook geen goede beoordeling - tot stand.

Daarbij is de verzekeringsarts gehouden te oordelen ‘naar objectieve maatstaven gemeten’, zo onbevooroordeeld en feitelijk mogelijk. Dit is een essentieel verschil met een onderzoek door een hulpverlener. Daarom is het vooral bij de beoordeling van lichamenlijk onverklaarde klachten van belang dat de onderzoeker van meet af aan duidelijk maakt wat zijn rol is, namelijk die van beoordelaar. Die positie vereist - méér nog dan in andere situaties - een sceptische houding waaruit de verzekeringsarts feiten verifieert, kritisch doorvraagt, observaties spiegelt en de cliënt zo nodig met zijn gedrag confronteert. Dat kost vaak veel emotionele energie, vereist bewaren van distantie, geen tutoyeren of bondgenootschappen in een ‘vertrouwensrelatie’, maar een professionele taakopvatting.

De verzekeringsgeneeskundige standaard ‘onderzoeksmethoden’ (Landelijk instituut sociale verzekeringen 2000) beschrijft het verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Het kent in hoofdlijnen vijf instrumenten:

- analyse sociaal-medische informatie
- het beoordelingsgesprek
- observatie
- lichamenlijk of psychiatrisch onderzoek

- overleg met derden.

Analyse sociaal-medische informatie.

Doorgaans heeft een claim bij lichamelijk onverklaarde chronische klachten een lange voorgeschiedenis, minstens een half jaar maar vaak veel langer. De verzekeringsarts bestudeert de informatie die daarover verzameld is. Hij gaat na of die informatie volledig is en of er sprake is van plausibiliteit en consistentie en of het herstelgedrag adequaat is. Wanneer dat niet het geval is formuleert hij op basis daarvan nadere vragen voor het beoordelingsgesprek. Biografie, familieanamnese, sociale anamnese en eventuele vroegere klachten kunnen de lichamelijk onverklaarde klachten zo niet verklaarbaar, dan toch wel begrijpelijk maken. Voorzover daar voorinformatie over aanwezig is bestudeert de verzekeringsarts deze en formuleert aanvullende vragen.

Beoordelingsgesprek.

Het belangrijkste onderzoeksinstrument is het beoordelingsgesprek. Dat is een specifieke verzekeringsgeneeskundige anamnese. De essentie draait om het inventariseren van de door de betrokkene ervaren belemmeringen in zijn maatschappelijk functioneren. Een claim kan alleen beoordeeld worden wanneer helder is wat die claim precies is - derhalve welke belemmeringen de cliënt in zijn of haar functioneren zegt te ervaren. Als dit niet duidelijk is kan het niet tot een goede claimbeoordeling komen. Zie het WIA – IP protocol. In het bijzonder bij lichamelijk onverklaarde chronische klachten en daaraan toegekende medische kwalificaties let de verzekeringsarts erop dat klachten, ziekten of diagnoses zelf geen voorwerp van de claim zijn. Vaak legt de betrokkene daar zelf namelijk een sterk accent op, als gevolg van attributie en externalisatie die zo vaak bij lichamelijk onbegrepen chronische klachten vóórkomen.

Vooral bij lichamelijk onverklaarde chronische klachten is het meestal verstandig het beoordelingsgesprek *niet* met de klachten en behandeling te beginnen. De betrokken cliënten zijn niet zelden zó vaak bij verschillende artsen en andere hulpverleners geweest, dat hun antwoorden bijna stereotiep zijn geworden. Terwijl de sociale context juist niet of onvoldoende aan bod is gekomen (Landelijk instituut sociale verzekeringen 2000).

De inventarisatie van belemmeringen vindt plaats vanuit het zogenaamde ‘biopsychosociale model’ (Tijdelijk instituut sociale verzekeringen 1995). Zie het WIA - IP protocol. Er ligt een sterker accent op kenmerken van de persoonlijkheid, cognities en emoties en de sociale context van het (dis)functioneren. Naast de al genoemde biografie, voorgeschiedenis en familieanamnese is van belang welke theorie de cliënt zelf heeft over de oorzaak van de klachten en het uitblijven van herstel. Daaruit kunnen cognities en attributies naar voren komen. Het verdient aanbeveling de anamnese van het algemeen dagelijks functioneren te completeren met een dagverhaal om een goede indruk van de ernst van de klachten en de consistentie van de ervaren belemmeringen te krijgen. Een aanvullende tractusanamnese kan nodig zijn, wanneer de onderzoekend arts toch een bepaalde aandoening vermoedt.

De verzekeringsarts noteert het verhaal van de cliënt in diens eigen bewoordingen, dus bijvoorbeeld niet ‘*zou* niet kunnen lezen’ etc.

Observatie.

Door de vlucht van de medische technologie is de observatie als onderzoeksinstrument de laatste decennia verwaarloosd. Juist als die technologie geen verklaring biedt voor de chronische klachten, is observatie van groot belang. In essentie gaat het minimaal om:

- de algemene indruk met name verzorging en uiterlijke gezondheid
- presentatie en wijze van contactleggen
- opvallende bijzonderheden
- aan- of juist afwezige specifieke geclaimde belemmeringen

Bij lichamelijk onverklaarde chronische klachten domineren de klachten nogal eens elk gespreksonderwerp. Overdrachtsmechanismen kunnen zich manifesteren doordat de onderzoeker bij zichzelf gevoelens van boosheid, onmacht of vervreemding ontdekt. De verzekeringsarts spiegelt belangrijke observaties met de cliënt. Deze zal soms reageren dat een éénmalige observatie weinig zegt of dat hij of zij toevallig ‘een goede dag’ heeft. Dat neemt niet weg dat observaties voor de beoordeling gebruikt kunnen worden, vooral wanneer het dossier op verschillende tijdstippen soortgelijke observaties vermeldt door derden - artsen, arbeidsdeskundigen of anderen (consistentie).

Verder wordt verwezen naar het WIA - IP protocol (Medische Werkgroep project WIA - Zorg).

Lichamelijk of psychiatrisch onderzoek.

In principe zijn er bij lichamelijk onverklaarde chronische klachten geen afwijkingen en is lichamelijk onderzoek dus weinig zinvol. De medisch specialist is meestal beter toegerust om afwijkingen vast te stellen. Wanneer die bij dergelijk onderzoek niet zijn vastgesteld, zal de verzekeringsarts daar weinig meer aan kunnen toevoegen. Vaak zal de verzekeringsarts de zoveelste arts zijn die het verricht, wat eventuele somatische attributie kan versterken. Lichamelijk onderzoek moet daarom geen rituele handeling zijn, maar op indicatie plaatsvinden wanneer:

- er toch duidelijk sprake kan zijn van een lichamelijke aandoening, meestal bij een relatief korte duur van de klachten
- dat bijdraagt aan het vertrouwen in het onderzoek door de cliënt
- dat bijdraagt aan (verdere) observaties of verdieping van het beoordelingsgesprek

De verzekeringsarts moet in het bijzonder bedacht zijn op de mogelijkheid van psychische stoornissen, die regelmatig – post aut propter – bij chronische klachten vóórkomen en dan met name depressie. Daarom zal als regel een oriënterend psychiatrisch onderzoek aangewezen zijn. Hiervoor wordt verwezen naar de richtlijn oriënterend psychiatrisch onderzoek van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie. Tenminste moet aandacht worden besteed aan:

- aandacht, concentratie, geheugen

- stemming en affect
- opvallend pijn- en vermijdingsgedrag
- preoccupatie van het denken
- psychomotoriek

In de anamnese informeert de verzekeringsarts daarnaast naar initiatief, (eet)lust, gewicht, dagschommelingen, toekomstperspectief, prikkelbaarheid, slapen en in het bijzonder naar eerdere psychische klachten en de behandeling daarvan en naar de psychiatrische familieanamnese.

Informatie van derden.

In de meeste gevallen zal de medische informatie op het moment van het onderzoek compleet zijn. Er kan aanleiding zijn alsnog meer informatie in te winnen wanneer een cliënt:

- vertelt dat er alsnog afwijkingen gevonden zijn
- vertelt dat hij van zijn (reguliere) behandelend arts niet zou mogen werken

Dergelijke mededelingen worden - met machtiging van de cliënt - geverifieerd. Wanneer de verzekeringsarts twijfelt over de door de behandelaars gestelde diagnose en behandeling kan er aanleiding zijn een expertise te verrichten. Het verdient aanbeveling daar zeer terughoudend mee te zijn aangezien cliënten met lichamelijk onverklaarde chronische klachten vaak al vele artsen geconsulteerd hebben. Nog meer medisch onderzoek voegt meestal niets toe. Het kan processen van externalisatie en attributie verder versterken.

Het verdient aanbeveling het vermoeden van een psychiatrische stoornis te laten bevestigen door een terzake deskundige inclusief behandeladvies. De vraagstelling beperkt zich daartoe, het is aan de verzekeringsarts om te bepalen of sprake is van eventuele causaliteit en om beperkingen vast te stellen. Een neuropsychologisch onderzoek heeft zelden toegevoegde waarde.

Hetero-anamnese.

Het kan zeker bij lichamelijk onverklaarde chronische klachten bijdragen familie of vrienden het onderzoek te laten bijwonen. Bij observatie kan dit informatie opleveren over de manier waarop de cliënt met zijn omgeving omgaat. Een belangrijke maar weinig toegepaste vorm van verificatie is de arbeidsdeskundige op de werkplek te laten informeren naar het functioneren van de cliënt of eventuele achterliggende problemen op de werkplek. Hetero-anamnestic informatie is niet altijd betrouwbaar, omdat de betrokkenen vaak medebelanghebbend zijn. Wanneer de verzekeringsarts zich dat maar realiseert is dat geen reden dit na te laten of derden zelfs nadrukkelijk te weren.

7.2.2 Claimbeoordeling.

Algemeen.

De claimbeoordeling begint met een kort resumé van de claim. Daarbij geeft de verzekeringsarts een kernachtige schets wat er met de cliënt aan de hand is. De verzekeringsarts rapporteert zijn daarop volgende argumentatie over die claim in eigen bewoordingen. Een ‘belemmering’ is daarbij de kwalificatie van de perceptie door de cliënt en een ‘beperking’ de beoordeling daarvan door de verzekeringsarts. De cliënt ‘moet’ niet rusten, maar de verzekeringsarts constateert of het aannemelijk is dat hij of zij rust en gaat in op de vraag of dat medisch gezien nodig is. Of er sprake is van ‘concentratiestoornissen’ stelt de verzekeringsarts vast, evenals in hoeverre door de cliënt als feiten gepresenteerde omstandigheden daadwerkelijk aannemelijk zijn. Een modieuze en zelfgepercipieerde diagnose wordt niet zomaar overgenomen maar besproken en al of niet verworpen dan wel gemodificeerd.

In het onderzoeksverslag komt de cliënt aan het woord. De beoordeling is daar in taalkundige en redactionele zin duidelijk van gescheiden, hier is de verzekeringsarts aan het woord.

Uitgangspunten claimbeoordeling.

Bij de beoordeling van beperkingen wegens lichamelijke onverklaarde chronische klachten komen enkele algemene en telkens terugkerende uitgangspunten aan de orde:

- plausibiliteit en consistentie van de klachten en belemmeringen
- mogelijkheden prefereren zolang beperkingen niet overtuigend zijn gebleken
- inactiviteit is vanuit revalidatie gezichtspunt over het algemeen nadelig
- welke gezondheidsschade is te verwachten wanneer de klachten niet vermeden zouden worden.
- validiteit van argumenten die cliënt of behandelaars hebben aangereikt
- adequaatheid van het herstelgedrag
- autonomie en lijdensdruk van de cliënt

De argumentatie is het moeilijkste deel van de claimbeoordeling. Het kan behulpzaam zijn daarbij deze bovengenoemde aspecten langs te lopen.

Probleemanalyse.

Beperkingen van functioneren als uiting van ziekte hebben vaak een multifactoriële achtergrond. De verzekeringsarts bespreekt daarom kritische de medische, sociale en persoonlijke aspecten van de claim. Aan de hand van bovengenoemde uitgangspunten formuleert hij vervolgens conclusies ten aanzien van de mogelijkheden om te functioneren.

Medische aspecten

De verzekeringsarts bespreekt de eventuele door andere artsen gestelde diagnoses aan de hand van de literatuur en daarvoor geldende criteria. Menige ‘fibromyalgie’ is

vastgesteld zonder onderzoek naar de bekende drukpunten, menig ‘chronisch vermoeidheidsyndroom’ voldoet niet aan de criteria die de Gezondheidsraad daarvoor heeft gesteld en bij menige ‘burnout’ ontbreekt een duidelijke relatie met het werk. Als de verzekeringsarts geen diagnose kan stellen benoemt hij de klachten bij voorkeur naar hun aard (‘aspecifiek en chronisch’). Dit liever dan modieuze diagnoses te stellen die catastroferende attributies versterken.

Ongeveer 20-30% van alle mensen met lichamelijk onverklaarde chronische klachten heeft een evidente psychische stoornis. De verzekeringsarts moet differentiaal diagnostisch onderstaande stoornissen overwegen en zonodig een psychiater vragen voor nadere diagnostiek.

- een *depressieve stoornis*: gekenmerkt door depressieve stemming en vermindering van interesse en plezier in bijna alle activiteiten
- een *angststoornis*: gekenmerkt door gespannenheid, prikkelbaarheid, slaapstoornissen
- een *aanpassingsstoornis of overspanning*: gekenmerkt door spanningsklachten en onmacht in duidelijke relatie met voorafgaande stressvolle omstandigheden
- een *somatoforme stoornis* waaronder ook de somatisatie stoornis en de hypochondrie vallen
- een *somatisatiestoornis*: gekenmerkt door een bont scala van telkens andere chronische klachten vanaf de adolescentie, met een grote medische consumptie
- *middelenafhankelijkheid*: gekenmerkt door overmatig gebruik van alcohol, slaapmiddelen of tranquillizers (vaak benzodiazepinen) en pijnstillers
- *hypochondrie*: gekenmerkt door irrationele angst voor ziekte
- *nagebootste stoornis*: gekenmerkt door een ziekelijke behoefte om aandacht te krijgen met een pathologisch doel
- *simulatie*: gekenmerkt door opzettelijke misleiding met een materieel doel

Een psychische stoornis moet op grond van positieve indicaties vastgesteld worden. Het gaat niet aan lichamelijk onverklaarde chronische klachten in het psychiatrische spectrum (vaak als somatoforme of aanpassingstoornis) te plaatsen.

Contextuele aspecten.

Bij het bespreken van de sociale of persoonlijke context zal regelmatig blijken dat veel klachten weliswaar onverklaarbaar, maar niet onbegrijpelijk zijn. In de omstandigheden of persoon gelegen factoren blijken misschien niet de oorzaak van de klachten, maar in elk geval wel te verhinderen dat de klachten overgaan en betrokkene zijn of haar normale rol weer oppakt. Met dat inzicht is meestal een aangrijpingspunt voor de beoordeling van beperkingen gevonden. Waarbij de vraag aan de orde komt in hoeverre de cliënt zijn activiteiten of ziektegedrag redelijkerwijs zou kunnen wijzigen of aanpassen waardoor hij minder of geen belemmeringen meer zou hoeven te ervaren. De verzekeringsarts overweegt dat tegenslag (zieke partner, moeilijk kind, mislukt huwelijk, schulden, verdriet, tegenvallende carrière, ontslag) bij het leven hoort. Dergelijke onderhoudende omstandigheden hebben een sociaal situatief karakter en zijn geen gevolg van ziekte. Daarbij is het van belang dat de verzekeringsarts zich een beeld heeft gevormd van de mate van autonomie van de cliënt. Daarvoor bieden biografie,

herstelgedrag, medische consumptie en medicijngebruik, dagelijks functioneren en observaties op het spreekuur belangrijke aanknopingspunten. Het ligt daarbij niet voor de hand een beperkte autonomie te veronderstellen bij cliënten die uitstekend voor hun rechten blijken te kunnen opkomen.

7.2.3. Conclusie.

Mogelijkheden

In het algemeen zullen lichamelijk chronisch onverklaarde klachten geen aanleiding vormen voor het vaststellen van aanmerkelijke beperkingen. Bij een kritische beoordeling volgens bovengenoemde uitgangspunten zal de verzekeringsarts veelal lichte beperkingen vaststellen volgens de functionele mogelijkhedenlijst (Uitvoeringsorganisatie Werknemers Verzekeringen 2004).

Wanneer klachten een overtuigend irreversibel karakter hebben gekregen kan het wijsheid zijn vermijdingsgedrag enigermate te faciliteren met het vaststellen van lichte fysieke beperkingen. Ernstige chronische klachten kunnen vitaliteit en stressbestendigheid zodanig verminderen, dat de cliënt alleen onder specifieke voorwaarden voor sociaal en persoonlijk functioneren in arbeid actief kan zijn. Of buiten staat geacht kan worden 's nachts of meer dan een reguliere fulltime werkweek beroepsmatig actief te zijn.

In zeldzame gevallen kunnen ernstiger beperkingen aan de orde zijn, bijvoorbeeld bij een sterk verminderde autonomie met aanmerkelijk verstoord slaap-waakritme en forse medische consumptie. Zo'n situatie zou echter direct de vraag moeten oproepen of nog wel sprake is van lichamelijk onverklaarde chronische klachten, dan wel van andere pathologie. Het gaat dan immers om situaties waarin mensen zich maatschappelijk nauwelijks meer zelfstandig kunnen handhaven. Wanneer dat aan de orde is doet de verzekeringsarts er verstandig aan een collega om een tweede mening te vragen, alvorens beperkingen vast te stellen. Dat kan dan alsnog resulteren in een indicatiestelling voor onderzoek door een psychiater.

Tenslotte

Ook na een zorgvuldig onderzoek naar alle feiten en omstandigheden, ingegeven door empathie enerzijds en scepsis anderzijds zullen elementen van subjectiviteit de claimbeoordeling parten blijven spelen. Een objectieve vaststelling bestaat niet.

7.3. Aanvullende richtlijnen WIA beoordeling in relatie tot MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen

De Gezondheidsraad (GR) heeft in april 2007 het verzekeringsgeneeskundig WIA protocol Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS) gepresenteerd. De GR geeft in dit protocol aan dat de MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen gelijkenis vertonen met klachten die voorkomen bij CVS. Diverse studies tonen in de fenomenologie een sterke overeenkomst met CVS. Ook wordt gesteld dat CVS en MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen, behoudens de oorzakelijke attributie, niet van elkaar zijn te

onderscheiden. De GR meent dat bij dergelijke aan CVS verwante beelden, dus ook bij MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen van haar protocol gebruik kan worden gemaakt bij de WIA beoordeling, ook al voldoen deze beelden niet volledig aan de definitie van CVS. De richtlijnen van de Gezondheidsraad, zoals verwoord in het nieuwe CVS – WIA protocol en voorzover bovenstaand nog niet beschreven, dienen te worden toegepast bij de MUPS / LOK - WIA beoordeling.

7.4. Aanvullende richtlijnen IP beoordeling in relatie tot MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen.

7.4.1 Vertrekpunten

Voor het vaststellen van een militair invaliditeitspensioen bij MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen dient 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 uitzendingen 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*
De operationele definitie zoals verwoord in dit protocol moet van toepassing zijn.
- *De causaliteit*
De causaliteit dient te worden aangetoond volgens het zogenaamde “stappenplan MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen” en de hieruit ontwikkelde medische causaliteitsregels.
- *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 de vaststelling van het invaliditeitspercentage dient derhalve uit te worden gegaan van beperkingen en niet van de ernst van symptomen. Eventuele beperkingen in verband met arbeid dienen buiten beschouwing te blijven. Klachten, lijdensdruk en gederfde levensvreugde mogen niet worden meegewogen.
- *De invaliditeitschatting*
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 MUPS / LOK bij militairen na uitzending diverse onderwerpen ter discussie, welke extra aandacht verdienen. Dit betreffen:

- Het ziektebegrip: In hoofdstuk 1 is hierop ingegaan en is de operationele definitie verwoord.
- De dienstverbandbeoordeling en de causaliteitsvraag. Op deze beide onderwerpen is in hoofdstuk 6 (causaliteit) ingegaan.
- De schatting van het invaliditeitspercentage volgens de WPC - schaal (War Pension Committee): De schattingsmethodiek volgens de WPC - schaal voldoet niet bij MUPS / LOK bij militairen na uitzending. De WPC schaal kent de aandoening niet eens, laat staan dat de schaal richtlijnen voor de schatting geeft. Onderstaand wordt, aanvullend op de WPC - schaal een methodiek beschreven waarmee het invaliditeitspercentage op een transparante reproduceerbare wijze kan worden gededd.
- Het maken van een onderscheid tussen beperkingen gerelateerd aan de dienstverband aandoening en de beperkingen die hiervan los staan. Ook dit onderwerp is in het hoofdstuk causaliteit ter sprake gekomen.

7.4.2. Schattingsmethodiek invaliditeit bij MUPS / LOK bij militairen na uitzending

Voor de schatting van de invaliditeit wordt gebruik gemaakt van onderdelen uit het rapport “schade in schalen de psyche in beeld”. Dit rapport beschrijft een methode om de beperkingen bij psychische en moeilijk te objectiveren klachten te duiden. Tevens geeft het rapport een handvat voor de schatting van de mate van invaliditeit. Bij MUPS / LOK bij militairen na uitzending bevinden de beperkingen zich vooral op het terrein van het algemeen dagelijks leven en op het terrein van concentratie / doorzettingsvermogen en tempo. Het rapport verdeelt deze beperkingen onder in 2 rubrieken en vervolgens in 6 subrubrieken.

Per subrubriek worden de beperkingen 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 2 rubrieken en daarna in 6 subrubrieken

- **Rubriek 1: Activiteiten van het dagelijkse leven**, met als 4 subrubrieken: persoonlijke hygiëne en zelfzorg, mobiliteit, slapen, seksuele functie
- **Rubriek 2: Concentratie doorzettingsvermogen en tempo**, met als 2 subrubrieken *structuur aanbrengen en huishoudelijke activiteiten.*

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 de subrubrieken opgesplitst in totaal 15 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 (klasse 0) op subrubriek niveau worden beschreven (zie tabel 2 voor subrubriek 1 en bijlage 3).

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.

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 3 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. De beide rubriekscores worden vervolgens bij elkaar opgeteld en daarna gedeeld door 2. 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 2,6 op 52% blijvende invaliditeit (zie tabel 3).

Zoals eerder al gesteld bij het duiden van de mogelijkheden bij de WIA beoordeling, zullen lichamelijk chronisch onverklaarde klachten in het algemeen geen aanleiding vormen voor het vaststellen van aanmerkelijke beperkingen. Bij het zorgvuldig systematisch doornemen van de subrubrieken scores zal blijken dat de meeste cliënten belemmeringen ervaren in de klassen 0, 1 of hooguit 2. Bij een hogere classificatie dient een second opinion van een tweede arts te volgen.

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.
Concentratie doorzettingsvermogen en tempo (rubriek 2)	
<i>(subrubriek 8)</i> Structuur aanbrengen (in staat tot):	13. 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):	14. 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. 15. 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.

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>							
Concentratie, volharding en tempo (2)	5. Structuur aanbrengen				x			
	6. Huiselijke activiteiten			x				
<i>Rubrieksubscore (2): 5: 2 = 2,5</i>	<i>Subrubriek subscore:5 (3+2=5)</i>							
(Gemiddelde) Rubriekscore: 5,25:2 = 2,65	(Gemiddelde) Subrubriekscore: 16: 6 = 2,6							
Invaliditeitspercentage berekend via rubrieken: Rubriekscore = 2,6. Op de schaal van 0-5 geeft dit 52%, dus klasse 50- 55. Dit geeft 50% voor het Militair Invaliditeit Pensioen ** gemotiveerd mag hiervan van worden afgeweken								

Tabel 3

8. Geraadpleegde literatuur

Adviescommissie WPC-PIM Schade in schalen – de psyche in beeld. Ministerie van Defensie, Den Haag juni 2005

Bass C, May S. 2002. Chronic multiple functional somatic symptoms. [ABC of psychological medicine.] *BMJ* 325: 323-326.

Bale, A. J. and Lee, H. A. An observational study on diagnoses of 3,233 Gulf Veterans (Op Granby 1990-91) who attended the Ministry of Defence's Medical Assessment Programme 1993-2004. *J R Nav Med Serv.* 2005; 91(2):99-111.

Bazelmans, E.; Prins, J. B.; Lulofs, R.; van der Meer, J. W., and Bleijenberg, G. Cognitive behaviour group therapy for chronic fatigue syndrome: a non-randomised waiting list controlled study. *Psychother Psychosom.* 2005; 74(4):218-24.

Bazelmans, E.; Vercoulen, J. H.; Swanink, C. M.; Fennis, J. F.; Galama, J. M.; van Weel, C.; van der Meer, J. W., and Bleijenberg, G. Chronic Fatigue Syndrome and Primary Fibromyalgia Syndrome as recognized by GPs. *Fam Pract.* 1999 Dec; 16(6):602-4.

Bazelmans, E.; Vercoulen, J. H.; Galama, J. M.; van Weel, C.; van der Meer, J. W., and Bleijenberg, G. [Prevalence of chronic fatigue syndrome and primary fibromyalgia syndrome in The Netherlands]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1997 Aug 2; 141(31):1520-3.

Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Buckley TC, Loos WR, Walsh J. 1998. Effects of litigation settlement on posttraumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *J Traum Stress* 11: 337-54.

Chalder T, Hotopf M, Unwin C, Ismail K, David A, Wessely S. 2001. Prevalence of Gulf war veterans who believe they have Gulf war Syndrome: questionnaire study. *BMJ* 323: 473-476.

Cherry N, Creed F, Silman A, Dunn G, Baxter D, Smedley J, Taylor S, Macfarlane GJ. 2001. Health and exposures of United Kingdom Gulf war Veterans. *Occup Environ Med*; 58: 291-298.

De Loos WS. 1999. Post-Deployment Syndromen – Research en Behandeling in het Centraal Militair Hospitaal. Extern Advies uitgebracht aan de Medische Staf CMH.

De Loos WS. 2000. Somatic war syndromes: no man's land between the trenches? *Eur J Clin Invest* 30: 566 – 569.

De Vries, M.; Soetekouw, P. M.; van der Meer, J. W., and Bleijenberg, G. The role of post-traumatic stress disorder symptoms in fatigued Cambodia veterans. *Mil Med.* 2002 Sep; 167(9):790-4.

De Vries M, Soetekouw PMMB, Van der Meer JWM, Bleijenberg G. 2000. Fatigue in Cambodia veterans. *Quart J Med* 93: 283-289.

De Vries M, Soetekouw PMMB, Van der Meer JWM, Bleijenberg G. 2001. Natural course of symptoms in Cambodia veterans: a follow-up study. *Psychol Med* 31: 331-333.

Engel CC, Roy M, Kayanan D, Ursano R. 1998. Multidisciplinary Treatment of Persistent Symptoms after Gulf War Service. *Mil Med* 163: 202-208

- Engel, C. C. Jr; Ursano, R.; Magruder, C.; Tartaglione, R.; Jing, Z.; Labbate, L. A., and Debakey, S. Psychological conditions diagnosed among veterans seeking Department of Defense Care for Gulf War-related health concerns. *J Occup Environ Med.* 1999 May; 41(5):384-92.
- Engel, C. C. Jr; Adkins, J. A., and Cowan, D. N. Caring for medically unexplained physical symptoms after toxic environmental exposures: effects of contested causation. *Environ Health Perspect.* 2002 Aug; 110 Suppl 4:641-7.
- Engel, C. C.; Hyams, K. C., and Scott, K. Managing future Gulf War Syndromes: international lessons and new models of care. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2006 Apr 29; 361(1468):707-20.
- Frueh BC, Gold PB, Arellano MA de. 1997. Symptom overreporting in combat veterans evaluated for PTSD: differentiation on the basis of compensation seeking status. *J Person Assess* 68: 369-384.
- Fukuda K, Nisenbaum R, Stewart G, Thompson WW, Robin L, Washko RM, Noah DL, Barrett DH, Randall b,
- Ford, J. D.; Campbell, K. A.; Storzbach, D.; Binder, L. M.; Anger, W. K., and Rohlman, D. S. Posttraumatic stress symptomatology is associated with unexplained illness attributed to Persian Gulf War military service. *Psychosom Med.* 2001 Sep-2001 Oct 31; 63(5):842-9.
- Fordyce, W. E. A behavioural perspective on chronic pain. *Br J Clin Psychol.* 1982 Nov; 21 (Pt 4):313-20.
- Gronseth, G. S. Gulf war syndrome: a toxic exposure? A systematic review. *Neurol Clin.* 2005 May; 23(2):523-40.
- Herwaldt BL, Mawle AC, Reeves WC. 1998. Chronic multisymptom illness affecting Air Force veterans of the Gulf War *JAMA* 280: 981-8.
- Higgins, E. M.; Ismail, K.; Kant, K.; Harman, K.; Mellerio, J.; Du Vivier, A. W., and Wessely, S. Skin disease in Gulf war veterans. *QJM.* 2002 Oct; 95(10):671-6.
- Gray GC, Coate BD, Anderson CM, Kang HK, Berg SW, Wignall FS, Knoke JD, Barrett-Connor E. 1996. The postwar hospitalization experience of U.S. veterans of the Persian Gulf War. *NEJM* 335: 1505-1513.
- Haley RW, 1997. Is there a Gulf War syndrome? Searching for syndromes by factor analysis of symptoms. *JAMA*; 277: 215-22.
- Huibers, M. J.; Beurskens, A. J.; Van Schayck, C. P.; Bazelmans, E.; Metsemakers, J. F.; Knottnerus, J. A., and Bleijenberg, G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2004 Mar; 184:240-6.
- Gezondheidsraad verzekeringsgeneeskundig protocol chronisch vermoeidheidssyndroom, GR, Den Haag 2007
- Gezondheidsraad 3B richtlijnen juli 2005
- Hyams KC, Riddle J, Trump DH, Wallace MR. 2002. Protecting the Health of United States Military Forces in Afghanistan: Applying Lessons Learned since the Gulf War. *Clin Infect Dis* 34 (Suppl 5): S208-14.
- Ismail K, Everitt B, Blatchley N, Hull L, Unwin C, David A, Wessely S. 1999. Is there a Gulf War syndrome? *Lancet*; 353: 179-82.

Jones, E. Historical approaches to post-combat disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2006 Apr 29; 361(1468):533-42.

Jones, E.; Hodgins-Vermaas, R.; McCartney, H.; Everitt, B.; Beech, C.; Poynter, D.; Palmer, I.; Hyams, K., and Wessely, S. Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution. *BMJ.* 2002 Feb 9; 324(7333):321-4.

Kang HK, Bullman TA. 1996. Mortality among U.S. veterans of the Persian Gulf War. *NEJM* 335: 1498-1504.

Kroenke K. 1998. Symptoms in 18,495 Persian Gulf War veterans. Latency of onset and lack of association with self-reported exposures. *J Occup Environ Med*; 40: 520-8.

Kelsall, H.; Sim, M.; McKenzie, D.; Forbes, A.; Leder, K.; Glass, D.; Ikin, J., and McFarlane, A. Medically evaluated psychological and physical health of Australian Gulf War veterans with chronic fatigue. *J Psychosom Res.* 2006 Jun; 60(6):575-84.

Landelijk instituut sociale verzekeringen standaard onderzoeksmethoden Lisv, Amsterdam 2000.

Lincoln, A. E.; Helmer, D. A.; Schneiderman, A. I.; Li, M.; Copeland, H. L.; Prisco, M. K.; Wallin, M. T.; Kang, H. K., and Natelson, B. H. The war-related illness and injury study centers: a resource for deployment-related health concerns. *Mil Med.* 2006 Jul; 171(7):577-85.

Liu, X.; Engel, C. C. Jr; Cowan, D., and McCarroll, J. E. Using general population data to project idiopathic physical symptoms in the U.S. Army. *Mil Med.* 2002 Jul; 167(7):576-80.

Maassen, H. Fysiek is altijd psychisch. *Medisch Contact* 61 (2006) 40:1568-70

Mayou R. 1995. Medico-legal aspects of road traffic accidents. *J Psychosom Res* 39: 789-798.

Mayou R. 1996. Accident neurosis revisited. [Editorial]. *Brit J Psychiatry* 168: 399-403.

Medische Werkgroep project WIA Zorg. WIA en IP Protocol Ministerie van Defensie

Mendelson G. 1995. 'Compensation neurosis' revisited: outcome studies of the effects of litigation. *J Psychosom Res* 39: 695-706.

Mouthaan J, Libanon, 25 jaar later: Het laat ons nooit meer los. *Veternaneinstituut, Interne Publicatie, 2005*

Mulder YM, Reijneveld SA. 1999. Gezondheidsonderzoek UNPROFOR. Een onderzoek onder militairen die uitgezonde zijn geweest naar Lukavac, Santici en Busovaca (Bosnië-Herzegovina) in de periode 1994-1995. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Ned .Inst.v. Onderzoek van de Gezondheidszorg. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Nivel, Utrecht 2004

Nisenbaum R, Barrett DH, Reyes M, Reeves WC. 2000. Deployment stressors and a chronic multisymptom illness among Gulf War veterans. *J Nerv Ment Dis* 188: 259-266.

Plan van Aanpak Zorg- en Onderzoekslijn Post Deployment Syndromen. 1999. Voorbereidingscommissie PDS. Reid S, Hotopf M, Hull L, Ismail K, Unwin C, Wessely S. 2001. Multiple chemical sensitivity and chronic fatigue syndrome in British Gulf War veterans. *Am J Epidem* 153: 604-609.

Richards SCM, Scott DL. 2002. Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial. *BMJ* 325: 185-188.

Soetekouw PMMB, de Vries M, van Bergen LFJM, Galama JMD, Keyser A, Bleijenberg G, van der Meer JWM. 2000a. Somatic Hypotheses of War Syndromes. *Eur J Clin Invest*, 30: 630-641.

Soetekouw PMMB, de Vries, PMMM, Bleijenberg G, van der Meer JWM. 2000b. Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek Fase II. Universitair Medisch Centrum St. Radboud.

Soetekouw, P. M.; de Vries, M.; van Bergen, L.; Galama, J. M.; Keyser, A.; Bleijenberg, G., and van der Meer, J. W. Somatic hypotheses of war syndromes. *Eur J Clin Invest*. 2000 Jul; 30(7):630-41.

Spiegel, D. and Vermetten, E. Post-traumatic stress disorder: medicine or politics (not both). *Lancet*. 2007 Mar 24; 369(9566):992.

Straus SE. 2002. Caring for patients with chronic fatigue syndrome. Conclusions in CMO's report are shaped by anecdote not evidence. *BMJ* 324: 124-125.

Stulemeijer, M.; de Jong, L. W.; Fiselier, T. J.; Hoogveld, S. W., and Bleijenberg, G. Cognitive behaviour therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial. *BMJ*. 2005 Jan 1; 330(7481):14.

Tiesinga, Commissie. 2000. Rapportage Begeleidings Commissie Post Cambodja Klachten Fase II, 12 december 2000.

Tiesinga III, Commissie. 1999. Rapportage Begeleidingscommissie Onderzoek Lukavacs Klachten – Gezondheidsonderzoek UNPROFOR. Op 24 februari 1999 uitgebracht aan de Bevelhebber Land-Strijdkrachten.

Tijdelijk instituut sociale verzekeringen medisch arbeidsongeschiktheids criterium Tica, Amsterdam 1995

Trump DH, Mazzuchi JF, Riddle J, Hyams KC, Balough B. 2002. Force health protection: 10 years of lessons learned by the Department of Defense. *Mil Med* 167: 179-185.

Uitvoeringsorganisatie Werknemers Verzekeringen (UWV). Functionele Mogelijkhedenlijst (FML), versie oktober 2004, UWV, Amsterdam

Unck FAW. Intern Memorandum. CMH. 17 maart 1999

Unexplained illness among Persian Gulf War veterans in an Air National Guard Unit: preliminary report-- August 1990-March 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1995 Jun 16; 44(23):443-7.

Van der Gulden JW. Onverklaarde chronische klachten Bohn, Stafleu van Loghum, Houten, 2006

Van der Mast R: Onverklaarde lichamelijke klachten: een omvangrijk probleem, maar nog weinig zichtbaar in opleiding en richtlijnen. *Ned Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2006, 150, 686-692

Vermetten E , de Loos W: Medisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten bij Veteranen; het Post-Deploymentsyndroom, diagnose en zorg in ontwikkeling. Hulpverlening aan Nederlandse veteranen; over preventie, signalering en nazorg, W Visser (red), ICODO/Veteraneninstituut, 2003, pp 51-72

Vermetten E: Posttraumatische Stress Stoornis. Belang van een zorgvuldige diagnose. De rol van het aansprakelijkheidsrecht bij de verwerking van persoonlijk leed. Van Maanen (red), Boom Juridische Uitgevers, Den Haag, 2003, pp 61-84

Vermetten E , de Loos W: Medisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten bij Veteranen; het Post-Deploymentsyndroom, diagnose en zorg in ontwikkeling. Veteranenbundel, Veteraneninstituut, 2004, pp 51-63

Vermetten E, Meulman E, Francati V, de Kloet C, Unck F. Psychiatrische aandoeningen bij UNIFIL veteranen op de Afdeling Militaire Psychiatrie; een retrospectief dossier onderzoek over de periode 1992-2005, Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift, 2007

Voelker MD; Saag KG; Schwartz DA; Chrischilles E, Clarke WR; Woolson RF, Doebbeling BN. 2002. Health-related quality of life in Gulf War era military personnel. Am J Epidem 155: 899-907.

Wegman DH, Woods NF, Bailar JC. 1997. Invited commentary: How would we know a Gulf war syndrome if we saw one? Am J Epid 1997; 146: 704-711.

Whiting P, Bagnall A-M, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramírez G. 2001. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome – A systematic review. JAMA 286: 1360-1368.

Bijlage 1: LOK POLI

Algemeen

In 2002 is een pilot studie verricht bij militairen met lichamelijk onbegrepen chronische klachten. Naar aanleiding van deze studie is de aanbeveling gedaan om binnen het CMH een LOK-poli met een multidisciplinaire invalshoek in te richten met twee doelstellingen:

1. het valideren van de aanname van oorzakelijkheid van de LOK-klachten; het is belangrijk dat naar de klachten goede diagnostiek geschiedt en additioneel wetenschappelijk onderzoek wordt verricht
2. het bieden van een therapeutisch programma, analoog aan state-of-the-art hulpverlening voor deze klachten;

Deze LOK-poli zou analoog aan de pijnteams in academische centra, moeten bestaan uit een multidisciplinair team.

De pilot studie werkte met een zorgprogramma. Dit programma was gericht op vermindering dan wel opheffing van de klachten, en indien niet realiseerbaar, op acceptatie en minder invaliderend leren omgaan met de klachten. Hoewel de opzet primair op hulpverlening was gericht, boden de gebruikte meetinstrumenten tegelijkertijd een aanknopingspunt voor nog te ontwikkelen wetenschappelijk onderzoek op dit gebied. Er werd tijdens deze pilot een multidisciplinaire zorglijn/ behandeling samengesteld met de afdelingen/diensten psychiatrie, interne geneeskunde, neurologie en fysiotherapie. De behandeling bestond uit 4 therapeutische onderdelen welke in deeltijdverband in een gesloten groep voor de duur van 16 weken werden aangeboden aan een groep van 6-8 patiënten per deeltijdgroep:

1. een cognitieve, gedragstherapeutische interventie gericht op zelfwaardering, de eigen gezondheidsbeleving en hoe hierin verandering te bereiken
2. lichamelijke oefentherapie gericht op het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid, interactie in sport en spel en het verkennen van de persoonlijke grenzen, onder meer in relatie tot het eigen lichaam, met aerobe oefenvormen
3. gezondheidseducatie in brede zin met onder meer aandacht voor de geschiedenis van veteranenziekten, stress en diverse lichamelijke onbegrepen chronische klachten
4. gevat in en omlijst door het principe van casemanagement als algemene ondersteuning van de deelnemende patiënten

Voorstel Uitvoering LOK Poli

Uitgangspunten

1. Een generalist (huisarts of onderdeelarts) doet de intakes in het CMH (loketfunctie, "1e termijn poli").
2. Er komt een standaardprotocol voor de intake van nieuwe LOK- patiënten met anamnese, lichamelijk onderzoek en een minimaal pakket aan laboratoriumtesten.
3. Het is aan het oordeel van de generalist om bij twijfel aanvullend onderzoek aan te vragen, in overleg met relevante specialisten.
4. Psychiatrische en verzekeringstechnische exclusiecriteria worden zodanig geformaliseerd en gespecificeerd dat de onderzoekspopulatie niet te heterogeen is. De omschrijving: "er

- mag geen medische verklaring zijn" is te vaag. Er mag geen duidelijk (somatisch) pathofysiologisch substraat zijn (b.v. ontsteking). Er moet in ieder geval een vermoeden bestaan op en relatie met de uitzending (klachten waren voordien niet aanwezig).
5. Drugsgebruik: een totale exclusie is niet realistisch (te veel uitval). Er wordt nader gespecificeerd welke middelen wel of niet toegelaten zijn. Het gebruik mag niet compulsief zijn, het dagelijks leven ontwrichten, of ingrijpende effecten op de fysiologische onderzoeksdomeinen hebben.
 6. Er wordt voldoende aandacht besteed aan communicatieontwikkeling tussen behandelaars onderling. Er vindt een grondige voorbereiding plaats in teambesprekingen. Alle behandelaars moeten dezelfde taal spreken en dezelfde strategie volgen naar de patiënt.
 7. Het hele diagnose- en behandeltraject moet in het CMH plaatsvinden, en niet onder het "bordje" Militaire Psychiatrie. Een psychiater kan later wel bij het onderzoek en de behandeling betrokken zijn, maar het psychiatrisch element moet niet domineren omdat dit de werving van patiënten bemoeilijkt.
 8. Patiënten kunnen vóór begin en na afloop van de behandeling eventueel worden gekoppeld aan een specialist van het belangrijkste klachtendomein. Dit kan ook de primaire verwijzer zijn. Deze mag niet bij het behandeltraject betrokken worden.
 9. Er wordt voor aanvang geformuleerd in welke omstandigheden de patiënt tijdens de behandeling uit onderzoek geexcludeerd wordt (b.v. full-blown PTSS).
 10. Fysiotherapie: patiënten worden ook bij exclusie uit het onderzoek niet te snel uit de behandelingsgroep gehaald, maar men laat ze het traject afmaken, eventueel met aanvullende behandeling. Alleen als de problematiek zeer ernstig/disruptief is wordt de patiënt uit de groep verwijderd.
 11. Het toevoegen van additionele parameters, bijvoorbeeld experimentele maagdistensie met lucht in het onderzoeksprotocol wordt overwogen als dit niet te belastend voor de patiënt wordt, eventueel alleen als follow-up voor een subgroep patiënten met functionele maagdarml klachten.
 12. Neem een oorzakelijke rol van uitzending wel op in het onderzoeksprotocol, maar benadruk het niet naar de patiënt toe ("*U heeft klachten; oorzaak is complex, we gaan proberen het beter te begrijpen en er wat aan te doen*").
 13. Het besef van een relatie met de uitzending kan bij de patiënt wel steeds meer groeien tijdens behandeling. Bedenk van tevoren hoe je daar mee omgaat.
 14. De benodigde ruimten voor behandeling en onderzoek worden opgenomen in de planning en begroting. Dit wordt grondig voorbereid en bijtijds doorgegeven aan de staf van het CMH.
 15. Bij follow-up (6 en 12 mnd) wordt expliciet gevraagd of er inmiddels een ziekte is ontstaan die retrospectief een verklaring voor de lichamelijke onbegrepen chronische klachten vormt.

Organisatie

De LOK-poli kent drie functionele patiënt gebonden disciplines:

- intake team, een groep onderzoekers, belast met planning en uitvoering en evaluatie van diagnostische assessment
- onderzoekers in het kader van wetenschappelijk onderzoek
- behandelaars belast met uitvoer en evaluatie van het zorgaanbod

Ad a. Intaketeam

Diagnostiek wordt verricht door een huisarts welke in overleg kan treden met een team van medisch specialisten, waaronder, neuroloog, internist, psychiater, revalidatiearts, cardioloog, KNO-arts, klinisch psycholoog met betrekking tot diagnostiek en noodzaak voor aanvullende bepalingen/verrichtingen.

Ad b. Onderzoeksteam

Bij iedere patiënt wordt in principe een onderzoeksprotocol afgenomen voor wetenschappelijk onderzoek en worden ingangstesten met betrekking tot stress-activiteit verricht volgens protocol. De coördinatie wordt verricht door een medisch-biologisch expert.

Ad c. Behandelteam

Naast het diagnostische team is er een team behandelaars. Belangrijk is dat alle behandelaars inhoudelijk op de hoogte zijn van de casus en op één lijn zitten met betrekking tot doel en werkwijze. Mede ter bewaking hiervan zijn binnen het team op gezette tijden voortgangsbesprekingen,. Afhankelijk van het patiënten aanbod is dit eenmaal per week als voltallig behandelteam en eenmaal per vier weken uitgebreid. Voor overdracht wordt verzorgd bij afwezigheid en ziekte. Alle behandelaars faciliteren uitvoer van metingen bij deelnemers, overeenkomstig het protocol.

Eindverantwoordelijkheid wordt gedragen door de projectcoördinatie. Databeheer en analyse gebeurt door de LOK-projectcoördinator die in samenwerking met een onderzoeksassistent en in overleg met de behandelaars het specifieke onderzoeksgedeelte begeleidt en uitvoert.

LOK Zorgcoördinatoren	
Huisarts	- intake - intake team- partnergroepsgesprek
Neuroloog	- neurologische screening (op indicatie)
Revalidatiearts	- revalidatiegeneeskundige screening (op indicatie)
Cardioloog	- cardiologische screening (op indicatie)
Longarts	- op indicatie
KNO-arts	- KNO-screening (op indicatie)
GZ/klin-psycholoog	- intake team - supervisie testassistent - cognitieve gedragstherapie
Fysiotherapeut	- intake team - circuit/haptonomie/sport en spel
Case-manager/SPV	- intake team - dagopening en afsluiting - ondersteunende werkzaamheden
<u><i>LOK Onderzoekscoördinator</i></u>	
Deze is belast met het contact met de behandelaars, databeheer en analyse. Er is een onderzoeksassistent belast is met de uitvoering van de assessments.	

Intake

In aanmerking komen patiënten met chronische klachten welke geduid zijn als lichamelijk onverklaarde lichamelijke klachten. Meer specifiek gelden de volgende toelatingscriteria voor deelname aan dit zorgprogramma (sommige absoluut, andere relatief):

- a. Zowel militairen in werkelijke dienst als postactieve militairen die veteraan zijn komen in aanmerking, mits dus vaststaat dat zij uitgezonden zijn geweest.
- b. De uitzending waarin is deelgenomen heeft na 1978 plaatsgevonden.
- c. De gezondheidsklachten hebben als zodanig minimaal 6 maanden bestaan. Er is geen sprake van een medische verklaring voor de klachten.
- d. De betrokkene heeft de oorzaak van zijn gezondheidsklachten aan een uitzending toegekend.
- e. Patiënt wordt in staat geacht eigen verantwoordelijkheid te nemen om de betekenis van zijn klachten te onderzoeken en wegen te vinden ter vermindering dan wel acceptatie van zijn klachten.
- f. Patiënt moet inzien en aanvaarden dat er geen instrumentele oplossing van buitenaf is die hem tot dusverre steeds zou zijn onthouden.

Een patiënt wordt uitgesloten van deelname indien voldaan wordt aan een der criteria:

- Er vindt nog onderzoek plaats naar een medische verklaring voor de klachten, dat wil zeggen naar een aannemelijk pathofysiologisch substraat.
- Er loopt een medische behandeling voor deze klachten.
- Er loopt een verzekeringsprocedure in relatie tot de onderhavige klachten zodat die voortgang van de behandeling kunnen beïnvloeden.

- Aanwezigheid van psychiatrische problematiek zoals depressie, psychosen/wanen, verslaving, obsessief-compulsieve stoornissen en angststoornissen die beter op een andere manier kunnen worden behandeld.
- Aanwezigheid van chronische invaliderende ziekten die het kunnen doorlopen van het behandel - programma in de weg staan.
- Aanwezigheid van een dusdanig ontregeld (ziekte-onderhoudend) thuissysteem dat van behandeling geen (blijvend) effect verwacht kan worden. een gesprek met het thuissysteem (partner, ouder ed.) zal dan ook onderdeel zijn van de intakeprocedure.
- Op beoordeling aanwezigheid van: persoonlijkheidsstoornissen, gedragsstoornissen.
- Patiënt weet vooraf dat hij in verband met zijn arbeidsomstandigheden niet aan de behandelvoorwaarden kan voldoen.

twee fasen intake:

1. In de eerste fase wordt de patiënt gezien op de LOK-poli door de LOK-huisarts en eventueel op diens verzoek, na overleg op dossierniveau, door een andere medische specialist (eenmalig) voor aanvullend onderzoek. Hierbij wordt de indicatie gesteld en getoetst op de inclusie en exclusiecriteria. Tijdens de intakefase zal anamnestic informatie verzameld worden. Tevens zal tijdens de intake in kaart worden gebracht welke medische consumptie door betrokkene is genoten, zowel voor, tijdens als na uitzending. Beschikbare medische gegevens opgevraagd. Bij de patiënt zal er een zekere bereidheid gesignaleerd moeten worden om op een constructieve wijze mee te denken over de plaats die de klacht in het leven van betrokkene tot dat moment heeft, maar ook zou kunnen gaan krijgen. Daarbij zal het accent liggen op belevings sfeer, copingsmechanismen, lichaamsbeleving, egosterkte en vermogen tot zelfreflectie. Tevens zal er een beeld moeten ontstaan over de betekenis hiervan in de gezinssituatie. De partner zal worden uitgenodigd te participeren bij de intake en op diverse momenten tijdens de behandeling.
2. Bij een positief oordeel in de LOK intake/patiëntenbespreking wordt de patiënt uitgenodigd op een separate dag deel te nemen aan een intakefase waarin hij of zij gezien wordt voor een gesprek met de behandelaren van het programma, de klinisch psycholoog, de fysiotherapeuten, en casemanagers. Tevens vindt aanvullend testonderzoek ('nulmeting') plaats in kader van wetenschappelijk onderzoek. De casemanager geeft tevens een rondleiding op de diverse locaties.

Een negatief advies in de eerste fase is bindend. Negatief advies in de tweede fase zal besproken worden met de centrale intakers. Na het positief doorlopen van de testdag kan de behandeling starten.

Behandeling

De behandelinterventie moet worden gepresenteerd in een halfopen groep, in wekelijkse deeltijdbehandeling, voor een periode van 6 maanden (24 sessies). Het behandelprogramma wordt gevormd in een poliklinische multidisciplinaire groepsgewijze setting en bevat de onderdelen:

1. cognitieve gedragstherapie
2. fysiotherapie en haptotherapie
3. casemanagement en
4. psycho - educatieve seminars

Als afsluiting vindt er een slotbespreking plaats per deelnemer met de partner en de behandelaren. Analooq aan het Amerikaanse model worden in een 'graduation ceremony' certificaten uitgereikt als bewijs van deelname. Tevens dient dit als betekenisvol ceremonieel

en wordt er een afspraak gemaakt voor na - metingen om de behandel-effecten te meten. Effectmetingen direct bij afsluiting en na zes maanden maken onderdeel uit van de follow-up.

Interdisciplinaire samenwerking

Veel belang wordt gehecht aan de communicatie - ontwikkeling tussen de deelnemende disciplines. Men moet elkaars taal verstaan en de geïntegreerde methode van aanpak verder ontwikkelen. Dit impliceert tijdsinvestering en werkbesprekingen zoals patiënten - overleg, tussen de behandelelementen door, algemeen tijdens de loop van een programma en bij de intake en afsluiting.

Wetenschappelijk onderzoek

Met betrekking tot het LOK project is het van belang om het gekozen behandelmodel wetenschappelijk te valideren. Zonder dat de behandeling van de patiënt in gevaar komt, wordt voorafgaand aan participatie in de zorg een deelnemer uitgenodigd te participeren in een assessment. Van belang is daarbij zelfrapportage lijsten af te nemen als wel testen in te zetten die verschillende functionele domeinen onderzoeken. Met nadruk wordt erop gewezen dat in het onderzoeksdeel moet worden gekozen voor functionele testen. Immers vaak is de variabiliteit in de basale waarden tussen patiënten veel groter dan die in de relatieve responsiviteit in functiegerichte/provocatieve testen. In een behandelstudie kan zodoende een verandering op een functionele test informatie geven zonder dat de basale functie verandert. Daarnaast kan met deze testen mogelijk meer inzicht worden verkregen in de fysiologische mechanismen die aan de klachten ten grondslag liggen. De keuze voor de verschillende meetdomeinen en parameters is deels gebaseerd op probleem - specifieke parameters en deels op onderzoek bij patiënten met PTSS. Overigens worden lichamelijk onbegrepen chronische klachten ook vaak waargenomen bij veteranen die niet aan alle psychiatrische criteria voor PTSS voldoen (de Loos, 2000). De oorzakelijke relatie tussen veel fysiologische afwijkingen in PTSS patiënten en de ervaren stressbelasting is inmiddels ook bevestigd in diermodellen (Stam et al., 2000). Naast enkele basale veranderingen wordt hierin een beeld van gegeneraliseerde hyperresponsiviteit van fysiologische systemen gezien dat mogelijk kan bijdragen aan lichamelijke klachten. Hierbij speelt echter niet alleen de externe (stress)belasting, maar ook individuele kwetsbaarheid een rol (b.v. ten gevolge van karaktereigenschappen of ervaringen eerder in het leven). Parameters van functiegericht onderzoek zijn: algemene fysieke gezondheid, algemene anamnese en medische voorgeschiedenis inclusief persoonlijkheid en temperament, neuroendocriene, cardiovasculaire, gastrointestinale en immuun-functies, naast een test op pijngevoeligheid. Wetenschappelijk onderzoek zal in de toekomst het inzicht moeten vergroten in de aard van de gehanteerde diagnostische categorie. Vanuit wetenschappelijke economie dient men zo weinig mogelijk aannamen te introduceren en zoveel mogelijk te zoeken naar aanknopingspunten bij bestaande, aan toetsing onderworpen theorieën. De homogeniteit van de onderhavige symptomencomplexen is het eerste punt van aandacht. Niet zelden bleek een post-deployment syndroom zich gaandeweg te ontwikkelen tot een herkenbare posttraumatische stress-stoornis of een andere psychiatrisch diagnostische classificatie. Voorts dient men te zoeken naar gemeenschappelijke elementen zoals problemen in de impulsregulatie en psychofysiologische overprikkelbaarheid {de Loos 1997}. Zulke eigenschappen kunnen verworven zijn maar ook al in de vroege jeugd ontstaan of zelfs aangeboren zijn en door de dienstervaringen versterkt. Zulke inzichten zullen op hun beurt de therapeutische mogelijkheden preciseren en hopelijk vergroten. Een en ander betekent dat koppeling aan wetenschappelijk onderzoek, zoals reeds aanbevolen door de Commissie Tiesinga III in 1999, een *conditio sine qua non* is.

Het CMH kan op deze wijze bij de behandeling van LOK patiënten een belangrijke rol spelen. Het probleem doet zich immers voor bij militairen in werkelijke dienst die zijn aangewezen op het CMH, de zorginstelling voor militairen. LOK kan echter ook optreden na een latentietijd bij militairen die Defensie inmiddels hebben verlaten (een relatie met de uitzending kan worden aangenomen als binnen maximaal twee jaar na uitzending de medische hulpvraag is gesteld). Het is belangrijk dat het zorgprogramma zich ook uitstrekt over deze categorie post-actieve militairen.

Bijlage 2: Bureaulegger *

Verzekeringsgeneeskundig WIA – IP onderzoek MUPS / LOK bij militairen na uitzending.

* Deze bijlage is geen zelfdragend document, maar onlosmakelijk verbonden met het MUPS / LOK WIA – IP protocol.

MUPS / LOK bij militairen na uitzending:

Er is sprake van MUPS (Medical Unexplained Physical Symptoms) bij militairen /LOK (lichamelijk onverklaarde chronische klachten) bij militairen na uitzendingen / wanneer voor dergelijke klachten een somatische noch psychiatrische afdoende verklaring is gevonden, deze klachten gedurende ten minste zes maanden het normale dagelijkse functioneren aanzienlijk hebben belemmerd en die niet zijn te vangen in een specifiek syndroom met een vast patroon of circumscript beeld. De patiënt attribueert ontstaan of verergering van de klachten aan de uitzending, wat niet inhoudt dat er een oorzakelijk verband bestaat.

Kenmerkend is een niet limitatief complex van:

- abnormale vermoeidheid
- rug-, hoofd en/of nekpijn
- verminderde concentratie en/of geheugen
- duizeligheid
- spier - en/of gewrichtspijn
- buikklachten
- overgevoeligheid voor licht of geluid
- perceptie van allergie
- slaapklachten

Sluit uit:

- specifieke gelokaliseerde onverklaarde klachten (bv. lumbago)
- als (ander) syndroom benoemde onverklaarde chronische klachten (bv. CVS)
- geen aanzienlijke belemmeringen > 6 maanden
- niet door de LOK-poli CMH uitbehandelde klachten

Verzekeringsgeneeskundige onderzoek

Het onderzoek gaat ervan uit dat lichamelijk onverklaarde klachten *multifactorieel* zijn, waarbij precipiterende factoren, onderhoudende factoren en herstel belemmerende factoren een rol spelen. Het is de taak van de verzekeringsarts zich hier een goed beeld van te vormen. Daarom heeft het onderzoek een breed karakter en is gericht op zowel de medische, psychologische als sociale omstandigheden. Elementen van onderzoek zijn:

- analyse aanwezig gegevens
- beoordelingsgesprek face-to-face

- geclaimde belemmeringen
- biografie en voorgeschiedenis
- opvatting causaliteit
- medische, psychische en sociale situatie
- observatie en onderzoek
- verificatie: minimaal aan de bevindingen en conclusies van de LOK-poli

Algemene beoordeling:

- o probleemstelling en claim
- o probleemanalyse medisch, psychisch en sociaal
- o aanzienlijk disfunctioneren > 6 maanden
- o plausibiliteit en consistentie
- o herstelgedrag
- o precipiterende, onderhoudende en herstelbelemmerende factoren
- o bespreking opvattingen van derden
- o autonomie en lijdensdruk

Beoordeling causaliteit

- o premorbide klachten
- o ontstaan en noodzaak behandeling binnen twee jaar na uitzending
- o mate van causaliteit bij comorbiditeit
- o checklist causaliteit WIA – IP protocol

Beoordeling invaliditeit

- o professionele weging perceptie
- o Rapport “schade in schalen de psyche in beeld” rubriek ADL + vier subrubrieken
- o Rapport “schade in schalen de psyche in beeld” rubriek concentratie /doorzettingsvermogen + twee subrubrieken
- o Indeling ernst van de beperkingen in vijf graderingen

Beoordeling beperkingen

- o geclaimde belemmeringen
- o professionele beoordeling
- o mogelijkheden, tenzij
- o beperkingen conform FML

Rapportage

- vraagstelling
- voorgeschiedenis
- anamnestiche gegevens
- relevante bevindingen
- argumentatie
- conclusie

Bijlage 3: Beoordelingslijst beperkingen bij MUPS / LOK

Opmerkingen vooraf *

Deze lijst is bedoeld voor het vastleggen van beperkingen bij MUPS / LOK bij militairen na uitzendingen in het kader van de invaliditeitsbeoordeling. De lijst dient alleen te worden gebruikt door een terzake deskundige arts. Het invullen van de scoringslijst is telkens het resultaat van een daaraan voorafgaande, in een rapportage vastgelegde 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 2 rubrieken bij elkaar opgeteld en gedeeld door 2. 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 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 uitzending.
- Beperkingen mogen alleen worden gescoord als deze verklaard kunnen worden vanuit de MUPS / LOK problematiek.
- Beperkingen mogen alleen worden gescoord na doelmatige therapie (LOK poli) 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 van betrokkene duidelijk merkbaar/ waarneembaar. 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 continu symptomen bij betrokkene waarneembaar. Tevens continu behoefte aan zorg en medicatie. Verrichten reguliere beroepsactiviteiten onaannemelijk.
- Klasse 5: onmiskenbaar voor iedereen waarneembare uitingen van zeer ernstig, volledig afhankelijk toestandsbeeld. Langdurige periodes van 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 opstaan.

	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.

Tevens: het gaat om verlies aan functioneren. Indien nooit/ niet seksueel actief (geweest) dan ook niet scoren. Tevens 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 = ...

Concentratie doorzettingsvermogen en tempo (rubriek 2)**Structuur aanbrengen
(subrubriek 5)***

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 6*)

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 (woon omgeving), 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 2 subscore: (subrubriek 5 + subrubriek 6) : 2 = ...

(gemiddelde) Rubriekscore:

(rubriek subscore 1 + subscore 2): 2 = ...