



Ministeriële regeling van 27 juni 2008, Afdeling Pensioenen, Sociale Zekerheid en Zorg, nr. P/2008011730

De Staatssecretaris van Defensie,

Gelet op artikel 2, zesde lid, van de Kaderwet militaire pensioenen en op artikel 13, tweede lid van het Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen;

Besluit:

Artikel 1

Bij de vaststelling van de mate van invaliditeit met dienstverband als bedoeld in de bij of krachtens de Kaderwet militaire pensioenen vastgestelde bepalingen worden ter nadere invulling van de War Pensions Committee-schaal (WPC-schaal) de volgende protocollen gehanteerd:

- a. het protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen (WIA/IP Protocol) gevoegd als bijlage 1;
- b. het protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen met een posttraumatische stress stoornis (PTSS Protocol), gevoegd als bijlage 2;
- c. het protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen met medical unexplained physical symptoms/lichamelijk onverklaarde chronische klachten na uitzending (MUPS/LOK Protocol), gevoegd als bijlage 3.

Artikel 2

1. De vaststelling van de mate van invaliditeit bij verzoeken ingediend voor de inwerkingtreding van deze regeling geschiedt aan de hand van de WPC-schaal.
2. Indien de toepassing van de in artikel 1 genoemde protocollen bij een herkeuring na de datum van inwerkingtreding van deze regeling leidt tot een lager invaliditeitspercentage blijft het oorspronkelijk vastgestelde invaliditeitspercentage van kracht.
3. Het gestelde in het tweede lid blijft buiten toepassing indien het een herkeuring betreft van een voorlopig vastgesteld invaliditeitspercentage.

Artikel 3

Deze regeling treedt op 1 juli 2008 in werking.

Deze regeling wordt gepubliceerd in de serie Ministeriele Publicaties (MP 32-500).

Deze regeling wordt met toelichting gepubliceerd in de Staatscourant.

*De Staatssecretaris van Defensie,
J.G. de Vries.*



TOELICHTING

In het kader van een verbetering van de zorg voor militairen die zijn geïnvallideerd ten gevolge van de uitoefening van de militaire dienst onder buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden, b.v. tijdens uitzendingen, is de afspraak gemaakt dat zij voortaan op één moment aan een verzekeringsgeneeskundig onderzoek zullen worden onderworpen om de aanspraken vast te kunnen stellen in het kader van de Wet inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Kaderwet militaire pensioenen voor de vaststelling van het invaliditeitspercentage voor het militair invaliditeitspensioen. Met de uitvoerder van de WIA, het UWV, is overeengekomen dat de WIA/IP keuring door een verzekeringsarts van het UWV en een verzekeringsarts van de uitvoerder van de bijzondere defensieregelingen van het ABP, onder behoud van ieders eigen verantwoordelijkheid, op één moment op één locatie zal plaatsvinden. Om deze gecombineerde keuring te stroomlijnen is het protocol voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen (WIA/IP Protocol) ontwikkeld.

Ingevolge artikel 13, eerste lid, van het Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen dient bij de vaststelling van de mate van invaliditeit te worden uitgegaan van de War Pensions Committee-schaal (WPC-schaal). De WPC-schaal kent geen bruikbare tabel aan de hand waarvan een percentage invaliditeit kan worden vastgesteld voor psychische aandoeningen met name wanneer sprake is van een posttraumatische stress stoornis (PTSS). Daartoe is het onderhavige PTSS-protocol ontwikkeld. Dit protocol vervangt hoofdstuk VII van de WPC-schaal. De WPC-schaal kent ook geen bruikbare tabel om de mate van invaliditeit vast te stellen indien sprake van medical unexplained physical symptoms/lichamelijk onverklaarde chronische klachten (MUPS/LOK). Daartoe is bijgaand MUPS/LOK Protocol ontwikkeld. Voor beide protocollen geldt het WIA/IP protocol als uitgangspunt.

De protocollen zijn tot stand gekomen met behulp van externe deskundigen. Zij zijn ook ter kennisname gepresenteerd aan de centrales van overheidspersoneel. De Raad voor civiel-militaire Zorg en Onderzoek heeft de protocollen positief beoordeeld en is van mening dat Defensie met deze protocollen op het gebied van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychische invaliditeit en lichamelijk onverklaarbare chronische klachten vooroploopt.

Voor de vaststelling van de mate van invaliditeit bij verzoeken om een invaliditeitspensioen ingediend voor de inwerkingtreding van deze regeling blijft de WPC-schaal van toepassing. Verzoeken ingediend na die datum worden beoordeeld aan de hand van de nieuwe protocollen. Daarnaast kan zich in de praktijk de situatie voordoen dat een herkeuring na ingangsdatum van deze regeling met toepassing van een van de genoemde protocollen leidt tot een lager invaliditeitspercentage. In die situatie blijft het oorspronkelijk vastgestelde percentage van kracht. Deze uitzondering geldt niet indien sprake is van een herkeuring in de situatie dat sprake is van een voorlopig vastgesteld invaliditeitspercentage. Een voorlopig invaliditeitspercentage wordt veelal vastgesteld in de situatie dat betrokkene nog onder behandeling is, dan wel er nog geen sprake is van een medische stabiele situatie. In genoemde situaties wordt ook geen bijzondere invaliditeitsverhoging toegekend. Na afronding van die behandeling, dan wel het bereiken van een medische stabiele situatie, kan het invaliditeitspercentage nog wijzigen en in voorkomend geval een bijzondere invaliditeitsverhoging worden toegekend.

De onderhavige protocollen worden middels deze ministeriele regeling geformaliseerd. Artikel 13, tweede lid van het Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen biedt daartoe de mogelijkheid. Ingevolge genoemd artikellid kan de Minister van Defensie in bepaalde gevallen afwijken van de WPC-schaal, dan wel aanwijzingen geven ter nadere invulling van de WPC-schaal. Onderhavige protocollen vormen die aanwijzingen.

De formele ingangsdatum van deze regeling wordt gesteld op 1 juli 2008. Een eerdere ingangsdatum is niet mogelijk aangezien de betrokken verzekeringsartsen eerst geschoold moeten worden in het toepassen van de onderhavige protocollen. Deze scholing wordt begeleid door externe deskundigen. Na verloop van tijd zal de toepassing van de protocollen worden geëvalueerd.

*De Staatssecretaris van Defensie,
J.G. de Vries.*



BIJLAGE 1.

WIA en IP protocol©

Dit protocol is opgebouwd uit twee delen:

1. de globale omschrijving van de basiselementen van het protocol
2. de bijlagen met specifieke toelichtingen op deze basis elementen.

Beide delen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden

Dit protocol beschrijft de beoordelingssystematiek bij de gecombineerde WIA-IP beoordeling en bij de WIA, de IP (militair invaliditeitspensioen) en/of Dienstverband (DV) beoordeling sec.

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

Dit protocol vormt de basis voor de in ontwikkeling zijnde PTSS en LOK protocollen van Defensie. Tevens kent dit protocol een samenhang met het protocol 'dossiervorming en gegevens overdracht' van Defensie.

Den Haag, April 2007

Voorwoord, opdracht en aanpak

De Staatssecretaris heeft de Kamer toegezegd de zorg aan de veteraan met een dienstverband aandoening verbeteren. De projectgroep WIA ZORGWET heeft de opdracht gekregen deze toezeggingen te concretiseren en verder uit te werken.

Een van de verbeterpunten hierbij is het samenvoegen van de verschillende beoordelingstrajecten voor de WIA en het Militaire Invaliditeitspensioen (IP) tot één geheel: de WIA-IP beoordeling. Tijdens deze keuring vindt claimbeoordeling plaats: een uitspraak moet worden gedaan over het recht op en de hoogte van een WIA uitkering, respectievelijk een invaliditeitspensioen. Bij de beoordeling dient tevens de toegepaste behandeling en begeleiding te worden getoetst.

Opdracht

De Medische Werkgroep binnen de projectgroep WIAZORGWET heeft de opdracht gekregen deze medische beoordeling te protocolleren.

Doel

Uniforme, transparante toetsbare beoordelingswijze van twee beoordelingen tijdens één spreekuurcontact door één verzekeringsarts.

Samenstelling medische werkgroep:

1. Voorzitter en Secretaris: J.H. Paulusma-de Waal, internist n.p. RGA®, Medisch Adviseur Sociaal medisch beleid Ministerie van Defensie
2. Lid: Kolonel Dr. J. de Raad, verzekeringsarts, hoofd Defensie organisatie voor bijzondere medische beoordelingen (BMB)
3. Lid: Kapitein ter Zee M.J.W. Neuteboom, arts, Hoofd afdeling Algemeen Gezondheidszorgbeleid Directie Militaire gezondheidszorg Ministerie van Defensie
4. Lid: M.E. van Liere, Regionaal Stafverzekeringsarts UWV
5. Lid: H.M. de Boer, verzekeringsarts BMB
6. Lid: C.J. van Burik, verzekeringsarts UWV

Externe adviseurs:

- Prof dr. JHBM Willems, bijzonder hoogleraar Sociale Verzekeringsgeneeskunde AMC
- B.J. Starink, Regionaal Stafverzekeringsarts UWV
- S. Knepper, verzekeringsarts, RGA®, medisch adviseur UWV

Aanpak

De WIA en IP beoordeling kennen veel raakvlakken. Beide zijn gebaseerd op de standaard verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Deze standaard en de hierbij behorende reeds ontwikkelde protocollen zijn als basis gebruikt voor zowel de WIA, de IP als de WIA-IP beoordeling. Zo kon aangaande dit basisdeel worden volstaan met een toelichting op het verzekeringsgeneeskundig beoordelingsproces.



Bij de IP beoordeling en dus ook bij de WIA-IP beoordeling dient naast het verzekeringsgeneeskundig basisdeel het Dienstverband, de Medische causaliteit en de Invaliditeit te worden beoordeeld. Protocollen dit aangaande zijn niet voorhanden. Op basis van literatuur, ervaring, wet en regelgeving en gezond verstand heeft de werkgroep een eerste poging gewaagd deze moeilijke aanvullende begrippen te omschrijven en te protocolleren.

Het huidig protocol moet worden gezien als een eerste aanzet van een groeidocument.

Dit protocol is afgestemd met de verzekeringsartsen van het ABP.

Doorontwikkeling van het protocol dient plaats te vinden aan de hand van intercollegiale toetsing, intervisie en voorbeeld casuïstiek.

Voorzien van deze kanttekening biedt de werkgroep dit protocol met genoegen aan.

J.H. Paulusma-de Waal, voorzitter werkgroep.

Protocol WIA en IP beoordeling

Inleiding

Om de zorg aan de veteraan met een dienstverband aandoening te verbeteren worden de verschillende beoordelingstrajecten voor de WIA, het dienstverband en het Militaire Invaliditeitspensioen (IP) samengevoegd tot één geheel: de WIA-IP beoordeling. Tijdens deze medische beoordeling vindt beoordeling van de claim plaats: een uitspraak moet worden gedaan over het recht op een WIA uitkering, respectievelijk een invaliditeitspensioen en de aanwezigheid van een dienstverband (DV). Bij de beoordeling dient tevens aandacht te worden gegeven aan de toegepaste behandeling en begeleiding. Zonodig moeten deze alsnog worden geïnitieerd of verbeterd. Voorafgaand aan de WIA-IP beoordeling vindt eerst een toetsing plaats van het Reïntegratieverslag. De WIA -Arbeidsdeskundige verricht deze toets in samenspraak met de WIA-verzekeringsarts. Deze toets is wettelijk verplicht in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP).

Ervaring met de gecombineerde beoordeling is nog niet aanwezig. Met nadruk wordt gewezen op het feit dat dit protocol moet worden gezien als een start/groei document. Vanuit de praktijk zal nadere invulling moeten worden gegeven. Voorbeeld-casuïstiek, praktijkervaringen en consensus voorkomend uit intercollegiale toetsing (ICT) en uit diverse professionele werkgroepen zullen bij de doorontwikkeling een belangrijke rol moeten spelen. Deze elementen worden in dit protocol vooralsnog slechts summier aangegeven.

De WIA-IP (DV) beoordeling

De WIA-IP keuring bestaat uit diverse componenten:

- 1 Toetsing van het reïntegratie verslag
- 2 De WIA beoordeling
- 3 De Invaliditeitsbeoordeling/de dienstverbandbeoordeling
- 4 De toets op behandeling en begeleiding (deze wordt op termijn ingevoerd)

De WIA en de IP beoordeling hebben zowel verschillen als overeenkomsten. De verschillen zitten enerzijds in een finale versus causale benadering en anderzijds in het eindadvies. Bij de WIA gaat het om een finale benadering en 'beperkt' de arts zich in de rapportage tot een onderbouwd advies over het al dan niet bestaan van functionele mogelijkheden, inclusief een omschrijving daarvan. Bij de IP beoordeling dient de arts in zijn rapport tevens een uitspraak te doen over een causaal verband met de dienstverrichtingen onder buitengewone omstandigheden. Tevens dient hij bij bevestiging daarvan de beperkingen/functionele mogelijkheden te converteren naar een invaliditeitspercentage volgens een barema.

Bij de dienstverbandbeoordelingen in het kader van bedrijfsongevallen en 'arbeid gerelateerde aandoeningen' onder reguliere omstandigheden ('arbeidsongeschiktheid met dienstverband') wordt volstaan met een beoordeling van het dienstverband/causaal verband. Een schatting van het invaliditeitspercentage is hierbij niet aan de orde. Feitelijk moet dan gesproken worden over een WIA/DV beoordeling. De karakteristieken van deze beoordeling worden meegenomen in het WIA-IP protocol in bijlage 3.

De overeenkomst tussen de WIA en IP beoordeling zit onder andere in het verzamelen van de medische gegevens, die voor beide noodzakelijk zijn. Verder wordt bij beide beoordelingen het functioneren in het dagelijks leven uitgevraagd (het zgn. dagverhaal) en wordt een vertaalslag gemaakt van eventuele medische beperkingen naar nog aanwezige functionele mogelijkheden in het dagelijks leven. Door deze overeenkomsten tussen beide beoordelingen is het mogelijk de standaard verzekeringsgeneeskundige beoordeling als basis voor beide te nemen (zie stroomdiagram). De in dit vakgebied al ontwikkelde en in ontwikkeling zijnde standaarden zullen/kunnen hierbij merendeels worden gebruikt. Hierbij wordt de aantekening gemaakt dat de verzekeringsgeneeskundige standaard



den, die enkel en alleen betrekking hebben op de WIA (bijvoorbeeld de toets op duurzaamheid in het kader van de IVA) alleen voor de WIA beoordeling van toepassing zijn en niet bij de IP beoordeling sec worden gebruikt.

Voor de IP/DV beoordeling wordt deze basis beoordeling uitgebreid met een aanvullend (IP) protocol voor het vaststellen van de causaliteit/het dienstverband en de vaststelling van het invaliditeitspercentage. Tevens moeten voor de IP beoordeling de functionele mogelijkheden op ADL/BDL (zie paragraaf 3.4: definitie invaliditeit) niveau worden geconverteerd naar beperkingen op dit niveau. Voor alle duidelijkheid wordt gesteld dat het IP protocol geldt voor alle IP/DV beoordelingen. Dit ongeacht het feit of er nu wel of niet sprake is van een samenloop met de WIA beoordeling.

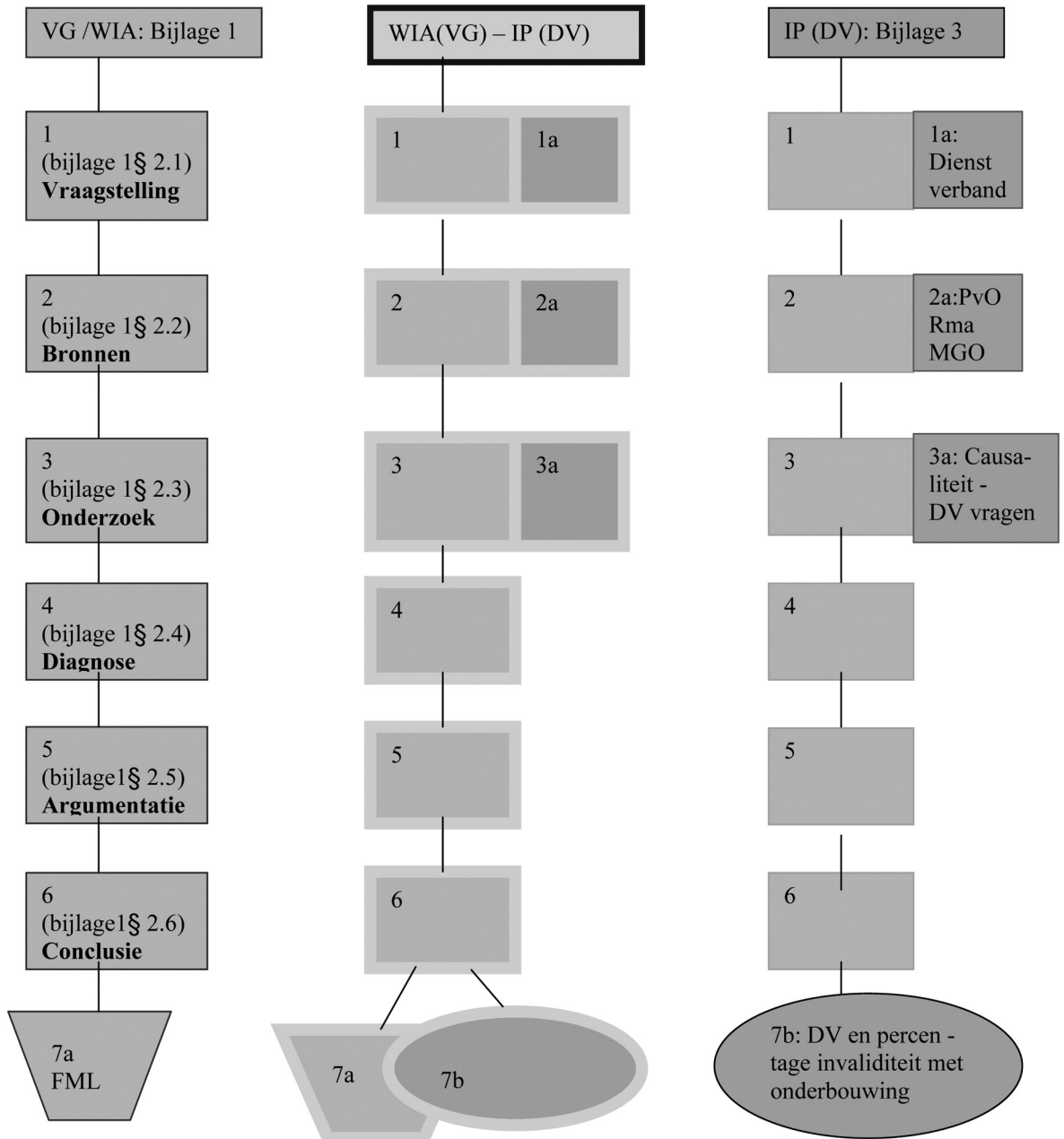
Voor de vierde component (de toets op behandeling en begeleiding) zal aansluiting worden gezocht bij de zogenaamde '3b richtlijnen', zodra deze beschikbaar zijn. Deze zijn (2007) onder auspiciën van de Gezondheidsraad in ontwikkeling. Onderstaand worden de componenten nader toegelicht en in bijbehorende bijlagen verder uitgewerkt.

In aanvulling op bovenstaande wordt gewezen op de in ontwikkeling zijnde PTSS (Posttraumatische stressstoornis) en LOK (Lichamelijk onbegrepen klachten)-protocollen. Deze protocollen zullen voor PTSS en LOK richtinggevend worden bij de WIA-IP (DV) beoordeling.

Stroomdiagram WIA, IP en WIA-IP(DV) beoordeling

In onderstaand stroomdiagram is weergegeven in hoeverre de beoordelingen overlap en verschillen vertonen. De WIA beoordeling dient hier te worden gelezen als de standaard verzekeringsgeneeskundige (VG) beoordeling: De marginale verschillen tussen WIA en VG beoordeling worden in bijlage 1 benoemd.

- de stappen 1 t/m 6 worden bij elke beoordeling doorlopen
- stap 7a bij de WIA-IP beoordeling en de WIA beoordeling
- stap 7b bij de WIA-IP beoordeling en bij de IP beoordeling (bij DV sec geen %)
- stap 1a t/m 3a bij de WIA-IP/DV beoordeling en de IP/DV beoordeling



Ad 2: Basis Verzekeringsgeneeskundige (en WIA) beoordeling

De verzekeringsarts doet een claimbeoordeling en stelt de functionele mogelijkheden van cliënt vast binnen het daarvoor geldend wettelijk kader. Voorafgaande aan de claim beoordeling worden bij de WIA beoordeling de reïntegratie inspanningen van de werkgever en werknemer getoetst. Van belang hierbij zijn de Wet Verbetering Poortwachter; het aangepaste Schattingsbesluit en de WIA.

De algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige standaarden dienen bij de algemene verzekeringsgeneeskundige beoordeling als basis richtlijnen te worden gebruikt. De volgende standaarden worden hierbij in het bijzonder genoemd:



- Het Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium
- Het rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde
- De standaard 'onderzoeksmethoden'
- De standaard 'psychische beoordeling'
- De standaard urenbeperking
- Verzekeringsgeneeskundige protocollen
- Richtlijnen NVVG; NVAB; STECR
- Beleidskader toets op de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen in het kader van IVA (Alleen bij de WIA beoordeling, niet bij de IP beoordeling).

Naast het gebruik van de standaarden dienen rapportage, de beoordeling van de functionele mogelijkheden, het herstelgedrag, de toetsen op consistentie/plausibiliteit en de probleemanalyse aan bepaalde kwaliteitseisen te voldoen.

Voor een nadere uitwerking van deze begrippen en eisen wordt verwezen naar bijlage 1 'Toelichting Verzekeringsgeneeskundige beoordeling algemeen' en naar bijlage 2 'Format medisch onderzoek verslag'.

Ad 3: Basis Invaliditeitsbeoordeling

Aanvullend op het bovengenoemde standaard Verzekeringsgeneeskundig onderzoek, met extra gegevens over medische causaliteit, beoordeelt de verzekeringsarts of er sprake is van een dienstverbandaandoening. Hij inventariseert daarbij vervolgens tevens de aanwezigheid van beperkingen en bepaalt het invaliditeitspercentage binnen het daarvoor geldend wettelijk kader. De militaire Pensioenvoorschriften zijn hierbij richtinggevend.

De volgende aspecten komen bij de invaliditeitsbeoordeling aan de orde:

- 1 De Dienstverband beoordeling in het kader van een IP recht: er moet sprake zijn van 'invaliditeit met dienstverband'. Deze aandoening moet zijn ontstaan tijdens en door de uitoefening van de militaire dienst onder buitengewone omstandigheden (uitzending, oefeningen e.a) en bij actieve militairen hebben geleid tot blijvende dienstongeschiktheid op medische gronden.
PM: De Dienstverband beoordeling in het kader van bedrijfsongevallen en 'arbeid gerelateerde aandoeningen' onder reguliere omstandigheden (arbeidsongeschiktheid met dienstverband) wordt nu niet separaat benoemd, want hierbij bestaat geen IP recht. In bijlage 3 wordt deze vorm van dienstverband wel nader toegelicht.
- 2 De Juridische causaliteit beoordeling: de juridische causaliteitscriteria van de militaire pensioenwetgeving zijn bepalend en richtinggevend. Juridisch moet allereerst worden voldaan aan het begrip dienstverband. Vervolgens moet dit dienstverband nader worden ingevuld met de begrippen 'oorzakelijk' of 'verergerend'. Deze begrippen worden wettelijk als volgt omschreven:
Oorzakelijk:
 - aanwezigheid van een invaliditeit van tenminste 10% tengevolge van verwonding, ziekten of gebreken, welke zijn veroorzaakt door de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden.
 - aanwezigheid van een invaliditeit van tenminste 10%, tengevolge van ziekten of gebreken welke het gevolg zijn van verrichtingen of vermoeienissen aan de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden verbonden, dan wel welke tot uiting zijn gekomen onder overwegende invloed van die verrichtingen of vermoeienissen.Verergerend:
 - aanwezigheid van een invaliditeit van tenminste 10%, tengevolge van ziekten of gebreken, welke zijn ontstaan, tot uiting gekomen of verergerd mede door inwerking van bijzondere, zeer nadelige invloeden, waaraan de beroepsmilitair in verband met de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden is blootgesteld geweest.
- 3 De medische causaliteit beoordeling: In dit kader dienen de volgende vragen te worden beantwoord:
 - is er sprake van een verwonding, ziekte of gebrek
 - is er sprake van een verband tussen deze verwonding, ziekte of gebrek en de buitengewone omstandigheden?
 - Is er sprake van een verband tussen de geconstateerde beperkingen en de door de bijzondere omstandigheden ontstane verwonding, ziekte of gebrek? Of te wel: is er medisch een causaal verband tussen het letsel en het geclaimde onvermogen?De beantwoording van de medische causaliteitsvragen is primair een professionele verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts.
Het is van belang dat de medische causaliteit kan worden getoetst aan nog op te bouwen mediprudentie. Ook Intervisie en intercollegiale toetsing onderling en met derden spelen hierbij een belangrijke rol.
- 4 De definitie van invaliditeit: In de Militaire pensioenwetgeving is deze als volgt weergegeven: 'de in een percentage uit te drukken mate van lichamelijke en geestelijke tekortkomingen en beperkin-



gen, welke belanghebbende in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in het dagelijkse leven in het algemeen ondervindt': Onder 'tekortkomingen' wordt méér verstaan dan alleen beperkingen in de ADL (activiteiten dagelijks leven, c.q. het kunnen verrichten van de basale levensbehoeften). Beperkingen in de BDL (bijzondere activiteiten dagelijks leven, zoals communiceren, reizen, verrichten basale huishoudelijke activiteiten) worden ook meegewogen. Arbeid dient buiten beschouwing te blijven. Klachten, lijdensdruk en gederfde levensvreugde mogen niet worden meegewogen

- 5 De invaliditeitsschatting dient (theoretisch) te gebeuren aan de hand van ADL en BDL-eperkingen. De ernst van de beperkingen dient hierbij te worden weergegeven en vervolgens naar een percentage te worden geconverteerd. De mate van invaliditeit dient te worden vastgesteld aan de hand van een barèma, tot heden de WPC-schaal. Het duiden van de beperkingen en een percentage behoren tot de professionaliteit van de verzekeringsarts. Zonodig kan, met argumenten gemotiveerd, advies aan een extern deskundige worden gevraagd. Deze deskundige moet voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen en werken volgens de door Defensie nog op te stellen richtlijnen, aan de hand van gestandaardiseerde vraagstellingen en standaard rapportages.

In Bijlage 3 wordt nader ingegaan op alle bovengenoemde aspecten van de IP beoordeling, inclusief de schattingsmethodiek en de WPC schaal. Tevens komen de dienstverbandbegrippen daar aan de orde.

Ad 4: De toets op behandeling en begeleiding

De (in ontwikkeling zijnde) 3B protocollen (Gezondheidsraad en Ministerie van SZW) worden hierbij richting gevend. De komende jaren zullen deze echter nog niet ter beschikking komen. In afwachting hiervan zullen de toetsen op behandeling en begeleiding globaal worden verwoord in de desbetreffende protocollen voor Lichamelijk Onbegrepen Klachten (LOK) en voor de Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS). Bij signalering van inadequate behandeling/begeleiding/reïntegratie dient de beoordelende arts dit te signaleren en actie te ondernemen. Deze aanvullende acties betreffen voor de dienstslachtoffers concrete doorverwijzingen naar de Maatschappelijke Dienst Defensie (DC -BMW), de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ), de Diensten Centrum Reïntegratie Defensie (DCR) of een case manager. Met deze instanties zijn/worden hierover vaste afspraken gemaakt. Ook kan via actieve terugverwijzing naar de huisarts of bedrijfsarts aanvullende reguliere specialistische behandeling worden geïnitieerd. De dienstslachtoffers dienen hierbij actief te worden gemonitord door de zorgcoördinator van het loket.



Bijlage 1: Deze bijlage is onlosmakelijk verbonden met het protocol WIA en IP beoordeling

Toelichting Verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Inleiding

Deze bijlage maakt deel uit van het protocol WIA en IP beoordeling. In deze toelichting wordt beschreven aan welke karakteristieken een zorgvuldige verzekeringsgeneeskundige beoordeling moet voldoen. Begrippen als Rapportage, Functionele Mogelijkhedenlijst, consistentie, plausibiliteit, herstelgedrag en probleemanalyse komen aan de orde. Tevens wordt aandacht gegeven aan het wetgevende kader en de vigerende standaarden/richtlijnen.

Verzekeringsgeneeskundige (en WIA) beoordeling Algemeen

De verzekeringsarts doet een claimbeoordeling en stelt daarbij de functionele mogelijkheden vast van de cliënt binnen het wettelijk kader, onder toepassing van de vigerende standaarden. Na onderzoek komt de verzekeringsarts tot een beargumenteerde uitspraak over de mogelijkheden tot functioneren van een cliënt, de duurzaamheid daarvan, de adequaatheid van het herstelgedrag en maatregelen ter behoud en herstel van dit functioneren. Specifiek voor de WIA beoordeling geldt daarnaast het volgende: voorafgaand aan de claim beoordeling dienen de reïntegratie inspanningen van de werkgever en de werknemer te worden getoetst. Tijdens of na de periode van VLZ (verlengde loondoorbetaling bij ziekte) kan de verzekeringsarts (UWV) op verzoek van de werkgever of werknemer een Deskundigen Oordeel verrichten.

1. Wetgevend kader, standaarden en richtlijnen

De professionele verzekeringsgeneeskundige standaarden dienen bij de algemene verzekeringsgeneeskundige beoordeling als basis richtlijn te worden gebruikt. De volgende standaarden worden hierbij in het bijzonder genoemd:

- Het Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium
- Het rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde
- De standaard 'onderzoeksmethoden'
- De standaard 'psychische beoordeling'.
- De Standaard urenbeperking
- De verzekeringsgeneeskundige protocollen
- De richtlijnen NIVG; NVAB; STECR.
- Alleen voor de WIA: beleidskader beoordeling duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen in het kader van de IVA

Bovenstaande opsomming is niet limitatief. Diverse ontwikkelingen, leidend tot aanvullende protocoltering zijn gaande. Toekomstige officiële nieuwe standaarden dienen aan deze lijst te worden toegevoegd.

Voor de WIA beoordeling geldt daarnaast dat de beoordeling plaats moet vinden binnen onderstaande wettelijke kaders:

- De Wet inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)
- De Wet Verbetering Poortwachter (WVP)
- Het Aangepast Schattingsbesluit

2. Rapportage

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling is opgebouwd uit diverse onderdelen. De beoordeling wordt weergegeven in een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) en een Rapportage. De FML bevat een schematische conclusie met zonodig een toelichting van de verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling. (Hierbij toetst de verzekeringsgeneeskundige de arbeidsongeschiktheidsclaim van de cliënt en de daarbij behorende geclaimde beperkingen voor arbeid) In het Rapport behoort de verzekeringsarts de onderliggende motivering en argumentatie (reproduceerbaarheid, transparantie) van de conclusies vast te leggen. Dit Rapport is van veel groter belang dan de FML. Ook dienen bij elke beoordeling herstelgedrag, consistentie en plausibiliteit te worden meegenomen. Deze onderwerpen moeten in het Rapport duidelijk zijn weergegeven in combinatie met een probleemanalyse. Een volledig Rapport beschrijft – naast de relevante klachten en aandoeningen – minimaal de relevante arbeid en daarbij ervaren belemmeringen (claimklacht) en de beoordeling van die belemmeringen door de onderzoeker. Daarbij behoort een probleemanalyse, resulterend in overwegingen en argumenten. Zeker in langlopende complexe gevallen zal de onderzoeker vrijwel steeds dieper moeten ingaan op de arbeidssituatie, het herstelgedrag, de levensomstandigheden, het dagelijks functioneren en het arbeidsperspectief van de cliënt. De verzekeringsarts beoordeelt de functionele mogelijkheden en legt deze beargumenteerd vast in de



beschouwing en conclusie in termen van de beperkingen lijst, vooral wanneer die minder voor de hand liggen en/of afwijken van wat de cliënt claimt. De beperkingen kunnen in een Rapportage veel genuanceerder vastgelegd worden dan ooit in een schematische beperkingenlijst mogelijk is en bovendien ook veel beter in hun onderlinge samenhang. Om die redenen is een beschrijving van voornamelijk alléén het medische beeld en de therapie gevolgd door een verwijzing naar de FML ('het verhaal van de cliënt is "plausibel & consistent"') volstrekt onvoldoende.

Bij de claimbeoordeling spelen vaak aanzienlijke (im)materiële belangen; de cliënt heeft recht op een transparante argumentatie en het professionele belang is gediend met controleerbaarheid en reproduceerbaarheid. Daarom verplicht de onderzoeker zich zijn boordeling vast te leggen in een Rapport. Dat Rapport omvat steeds alle onderstaande onderwerpen. Een aantal hiervan wordt in deze paragraaf zonedig nader toegelicht. De overige worden apart, in de volgende paragrafen verwoord. Voor een stroomdiagram wordt verwezen naar het WIA-IP protocol.

- 2.1 Een vraagstelling geformuleerd in termen van (beperkingen) van mogelijkheden om te functioneren.
- 2.2 Een volledige bronvermelding en eigen onderzoeksactiviteiten (inclusief Reïntegratie verslag en medische bijlagen).
- 2.3 Onderzoeksbevindingen:
 - 2.3.1 beoordelingsgesprek gericht op het functioneren van betrokkene
 - medische en functionele voorgeschiedenis
 - activiteiten in werk (aard, zwaarte, omvang) en dagelijks leven (zie voorbeeld vragen bij toelichting 2.3.1)
 - huidige klachten, behandeling en functioneren
 - arbeidssituatie en ervaren belemmeringen
 - thuissituatie en ervaren belemmeringen
 - dagverhaal
 - 2.3.2 visie en toekomstverwachting cliënt ten aanzien van gezondheid; belastbaarheid en werken.
 - 2.3.3 eigen onderzoek en observaties.
 - 2.3.4 informatie van derden.
- 2.4 Diagnose en oorzaak (met alleen voor de WIA: CAS-code).
- 2.5 Argumentatie:
 - 2.5.1 eerdere beoordelingen
 - 2.5.2 samenvatting van de claim
 - 2.5.3 probleemanalyse
 - 2.5.4 motivering beperkingen
 - 2.5.5 prognose en duurzaamheid
 - 2.5.6 reactie cliënt op de directe terugkoppeling van de arts.
- 2.6 Conclusie waarin beantwoording vraagstelling.

Toelichtingen bij rapportage onderwerpen

In deze toelichting worden een aantal rapportage onderdelen nader omschreven en uitgelegd

Ad 2.3.1: Beoordelingsgesprek gericht op het functioneren van betrokkene

De verzekeringsarts richt zich in het gesprek op de beoordeling conform het biopsychosociaal model (naast medische aspecten ook meewegen van de sociale context en relevante omgevingsfactoren). Het is onvoldoende om vrijwel alleen naar klachten en behandeling te vragen. Met de meeste klachten kunnen de mensen nog werken. Daarom moeten de specifieke eisen van het werk (of de in het geding zijnde andere sociale rol) en de aspecten daarvan die de cliënt als belemmering beleeft concreet aan bod komen. Een in de alledaagse geneeskunde gebruikelijke 'anamnese' volstaat niet. Met de cliënt moet een meer op de beoordeling van het functioneren gericht gesprek gevoerd worden. Het (weer) beginnen met klachten en aandoeningen versterkt ook het misverstand dat men een uitkering krijgt vanwege ziekten, diagnoses of klachten. Het is in verband daarmee in veel gevallen aan te raden het beoordelingsgesprek juist met het werk of met de activiteiten van het dagelijkse leven te beginnen. Laat de cliënt eerst vertellen wat zijn activiteiten/werk inhoudt, wat hem motiveert het te doen, wat de plezierige en wat de minder plezierige aspecten zijn, welke aspecten hij denkt niet meer te kunnen doen, wat hij denkt dat daarvan de oorzaak is en wat hij eraan heeft gedaan dat probleem op te lossen. Dat laatste vooral in sociale zin.

Belangrijke vragen die in de klassieke medische anamnese niet vóórkomen maar die hier van groot belang worden geacht, zijn bijvoorbeeld:

- wat verstaat een cliënt die op het spreekuur kan komen onder de mededeling dat hij zich 'arbeidsongeschikt' vindt?
- waarom kan een cliënt bijvoorbeeld wel op maandag werken maar niet op dinsdag als het menselijke bioritme zich elke 24 uur herhaalt?
- zijn het dagverhaal en het functioneren in alle sociale rollen consistent met een aanmerkelijke claim?



- welke prioriteiten stelt de cliënt in zijn dagelijks leven?
- hoe wordt de cliënt op zijn werk vervangen?
- wat ziet de cliënt als oplossing van zijn probleem en wat heeft hij er concreet aan gedaan anders dan medische hulp zoeken?
- wat zijn de plezierige en wat de minder plezierige aspecten van het werk en welk (arbeid) perspectief ziet de cliënt voor zichzelf?
- wat er zou gebeuren wanneer de cliënt morgen zijn werk/activiteiten helemaal zou hervatten?
- wat ziet de cliënt als de oorzaak van het voortduren van zijn klachten en eventueel de (gedeeltelijke) werkloosheid?
- is er sprake van rolverwisseling met of voorbeeldgedrag van de partner?

Wanneer een cliënt geen referentie in 'zijn arbeid' heeft (bijvoorbeeld claims bij al langdurig werkloze arbeidsongeschikten,) verplaatst het zwaartepunt zich naar het dagelijks functioneren. Of naar het functioneren op school, in stages en naar wat de cliënt denkt dat hem in arbeid zou beperken. Het een en ander impliceert dat een claimbeoordeling in principe steeds plaatsvindt op grond van een persoonlijke confrontatie met de cliënt. De standaard 'onderzoeksmethoden' geeft daarbij aan dat de onderzoeker zich baseert op binnen de beroepsgroep algemeen aanvaarde reguliere (sociaal-)medische onderzoeksmethoden.

Ad 2.3.2: Visie en toekomstverwachting cliënt ten aanzien van gezondheid, belastbaarheid en werken

De verzekeringsarts geeft hier een beschrijving van de claim en de claimklachten ten aanzien van cliënt's eigen of van ander werk.

Welke perceptie heeft de cliënt van zijn gezondheid en herstel? Welke activiteiten onderneemt cliënt om het herstel te bevorderen? Welk effect hebben de klachten op het functioneren in het dagelijks leven? Waarin wordt cliënt gehinderd? Wat betekent dit voor werk? (eigen werk en ander werk?). Hoe ziet de cliënt de toekomst?

Ad 2.3.3: Eigen onderzoek en observaties

Het onderzoek bestaat uit observatie en onderzoek van de fysieke en psychische gesteldheid.

Bij onderzoek in het kader van de claimbeoordeling is observatie een essentieel onderdeel.

Lichamelijk onderzoek dient in principe te worden verricht indien de claim fysieke klachten betreft en op basis daarvan beperkingen worden aangenomen door de verzekeringsarts. Hetzelfde geldt voor onderzoek van de psychische gesteldheid. Indien wordt afgezien van onderzoek van de fysieke of psychische gesteldheid dient de reden daarvan te worden vermeld in de rapportage.

Mogelijke observaties zijn vastgelegd in de standaard 'onderzoeksmethoden': Heeft de vermoeide cliënt kringen onder zijn ogen en reageert hij traag of oogt hij kerngezond en reageert hij alert. Bezorgt de cliënt de onderzoeker wellicht een gevoel van moeheid door de energiek gebrachte klachten? Is de depressieve cliënte onverzorgd en mat of juist gebruind, piekfijn gekleed en opgemaakt en bovendien levendig? Beweegt de cliënte met de whiplash de nek nauwelijks of juist onbelemmerd als de onderzoeker de aandacht even afleidt? Klimt de cliënt met rugklachten zonder enige moeite op de onderzoeksbank? Loopt de cliënt met ernstige knieklachten vlot door de gang? Blijkt er iets van de zo veelvuldig geclaimde 'concentratiestoornissen' of 'geheugenstoornissen' tijdens het intensieve gesprek? Overspoelt de 'perfectionistische' cliënte haar gesprekspartner met gedetailleerde wijdlopiegheid of komt zij eerder over als pragmatisch, slagvaardig en behoorlijk autonoom? Is het huilen bij psychische klachten een uiting van depressie of juist van boosheid en behoefte aan wraak wegens een ervaren krenking? Bestaat er een discrepantie tussen inhoud en presentatie doordat een cliënt de ernstigste zaken lachend vertelt?

Het is van belang dat een onderzoeker zijn waarnemingen zoveel mogelijk spiegelt. De cliënt is daardoor in staat eventuele misverstanden te corrigeren. Bovendien kan de cliënt door het spiegelen aan het denken gezet worden. Veel cliënten externaliseren en zijn ambivalent over hun mogelijkheden. De cliënt behoort duidelijk uitgelegd te krijgen dat het enkele feit van een klacht, aandoening, verwijzing of het onder behandeling zijn, niet rechtvaardigt dat hij na een jaar nog afwacht of hij zal genezen. Dit is geen legitimatie om weinig tot niets ondernemen om de (arbeid/sociale) rol weer op te pakken.

Ad 2.3.4: Informatie van derden

De verzekeringsarts kan besluiten informatie op te vragen bij de behandelende sector. Van belang is dat de verzekeringsarts eigen onderzoek heeft gedaan en zich een eigen beeld heeft gevormd van de medische situatie. Er is altijd een gerichte schriftelijke machtiging nodig van cliënt, waarbij de vraagstelling helder is.

Indicaties voor het opvragen van gegevens bij de curatieve sector staan beschreven in de 'standaard gegevensuitwisseling met de behandelende sector'. De meest voorkomende zijn:



- indien de verzekeringsarts op basis van eigen onderzoek twijfelt aan de consistentie van de klachten en beperkingen van cliënt.
- indien er na eigen onderzoek onduidelijkheid bestaat over de medische aandoening.
- indien de behandelaar een afwijkende visie heeft op de ernst van de aandoening.
- indien cliënt erop staat dat informatie bij de behandelaar wordt opgevraagd.
- Indien de huidige behandeling van cliënt het vermoeden doet ontstaan dat op korte termijn een verandering in de belastbaarheid is te verwachten.

Ad 2.5.3: Probleemanalyse

Zie paragraaf 4 (Herstel gedrag), 5 (toets op consistentie en plausibiliteit) en 6 (Hervatting sociale rol) voor een nadere omschrijving en toelichting.

Ad 2.5.4: Motivering beperkingen

Claimbeoordeling heeft betrekking op ziektegedrag. Naast de stoornis zijn vele, per individu verschillende en onderling sterk verweven factoren betrokken: constitutie, aanpassingsvermogen, psychologische achtergronden en omgevingsfactoren. De claimbeoordeling heeft daarom een ambachtelijk en onvermijdelijk subjectief karakter. Juist daarom is het van belang dat de argumentatie transparant en feitelijk controleerbaar is. De professionele aard van een dergelijke beoordeling vereist dat deze zoveel mogelijk gebaseerd is op interpretatie van toetsbare feiten. Plausibiliteit is hierbij een sleutelwoord. De verzekeringsarts toetst de claim binnen het vigerend wettelijk kader en toetst zijn eigen hypothese. Hij onderzoekt de functionele mogelijkheden en de herstelactiviteiten. Hij toetst de aangeleverde gegevens door derden (bv de bedrijfsarts) kritisch en weegt deze. Hij indiceert wanneer aanvullend onderzoek door derden noodzakelijk is om zelf tot een zorgvuldige beoordeling te komen, en voert dit uit. Hij komt tot een multifactoriële probleemanalyse. Het betreft daarin biopsychosociale aspecten, arbeidsbelasting en risico's en context- en systeemaspecten.

Het accent van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek ligt zoals eerder gesteld, niet op de klassieke medische anamnese, maar op het beoordelingsgesprek waarin het functioneren in arbeid (of de relevante sociale rol) centraal staat. Daarbij brengt de verzekeringsarts zorgvuldig in kaart welke belemmeringen in functioneren de cliënt ervaart – ook wel claimklacht genoemd. Deze inventarisatie betreft zowel de belemmeringen die de cliënt spontaan naar voren brengt als die waarnaar de verzekeringsarts vraagt, gelet op het medische beeld. De rubrieken en items van de FML kunnen daarbij als leidraad dienen.

Aan de hand van medische of gedragskundige gegevens, observaties en eventueel ook arbeidskundig onderzoek beoordeelt de onderzoeker vervolgens in hoeverre de belemmeringen ook aanleiding geven beperkingen vast te stellen. In veel gevallen zullen beperkingen betrekking hebben op gedragsmogelijkheden in verband met een vorm van ervaren pijn of moeheid. Voorzover de onderzoeker de ervaren belemmeringen als beperkingen wil beoordelen, zullen deze daarom een per definitie globaal karakter hebben.

Ad 2.5.5: Prognose en duurzaamheid

De verzekeringsarts vermeldt de prognose ten aanzien van de kans op herstel van de klachten en de kans op herstel van de functionele mogelijkheden.

In het kader van een IVA (Inkomensregeling Volledig Arbeidsongeschikten) beoordeling beargumenteert de verzekeringsarts de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen. (zie beoordelingskader 'duurzaamheid')

Ad 2.5.6: Reactie cliënt: spreekt voor zich. Bij voorkeur geen standaard zin.

3. De functionele mogelijkheden lijst (FML).

De FML is ontworpen om de mogelijkheden tot functioneren in kaart te brengen, met het normaal dagelijks functioneren als maatstaf voor 'beperking'.

Als illustratie van het begrip 'normaal' is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij voorbeelden uit het dagelijkse leven buiten de werksfeer. 'Normaal' is wat de meeste werknemers tussen 18-65 jaar kunnen. Voor de communicatie met cliënt is dit specifieke gebruik van het begrip normaal ook van belang. Het maakt de beoordeling voor hem herkenbaar. Als het 'normale functioneren' in het contact met cliënt ter sprake komt moet verduidelijkt worden dat dit niet altijd hetzelfde is als wat voor cliënt persoonlijk als normaal geldt. Daarmee kan de cliënt ook duidelijk worden, dat zijn excessieve inspanning – bijvoorbeeld – helemaal niet 'normaal' was. In de praktijk blijkt dat dit kan leiden tot lastige – maar ook verhelderende – discussies omdat cliënten vaak geneigd zijn hun vroegere functioneren als 'normaal' te zien.

Het FML bestaat uit 6 rubrieken nl: I: persoonlijk functioneren; II: Sociaal functioneren; III: Aanpassing



aan fysieke omgevingseisen; IV: dynamische handelingen; V: Statische houdingen; VI: werktijden. Bij iedere beoordeling worden alle rubrieken ingevuld.

4. Herstelgedrag

Dit komt in essentie neer op de vraag of betrokkene al het mogelijke doet, niet alleen om van zijn klachten af te komen, maar vooral om met zijn klachten te (blijven) functioneren. Welke aanpassingen van zijn taken heeft betrokkene gevonden of proberen te vinden om zijn sociale rol of andere rollen te behouden? De beoordeling van herstelgedrag omvat vragen naar de sociale situatie, arbeidssituatie, een eventuele beroepskeus, arbeidsperspectief en plezier in het werk. Vaak wordt herstelgedrag voornamelijk 'medisch' opgevat, namelijk als het zoeken van (para)medische diagnostiek en behandeling. Dat is onjuist omdat het meestal goed mogelijk is onder behandeling – of op een wachtlijst voor behandeling – te blijven functioneren, al dan niet volledig, al dan niet met werkaanpassingen of met hulpmiddelen. Anderzijds mag inderdaad van een cliënt die zo ernstige gezondheidsproblemen ervaart dat hij meent niet naar behoren te kunnen werken, verwacht worden dat hij of zij (para)medische hulp zoekt. Als dat niet is gebeurd, maakt dat de claim van belemmeringen minder aannemelijk. Langdurige behandeling of 'shoppen' wijst regelmatig juist op het ontbreken van herstelgedrag. Berucht zijn de eindeloze (fysio/psycho)therapeutische 'behandelingen en controles'. In die gevallen heeft de behandeling een legitimerende en vaak een afhankelijk makende betekenis gekregen. Talloze werkenden hebben ernstige aandoeningen en zijn jaren onder behandeling. De verzekeringsarts houdt cliënten voor wat er kan gebeuren als zij passief blijven. Hun reacties geven vaak een aardig beeld van hun gedragspatroon en aanpassingsstrategie.

Wanneer er vrijwel geen functioneel herstelgedrag bestaat, roept dat vragen op over de ernst van de belemmeringen en dus of er wel beperkingen (in die mate) bestaan.

Indien het herstelgedrag niet adequaat is toetst de verzekeringsarts in hoeverre dit verwijtbaar, c.q. aan te rekenen is aan de cliënt. Bij bepaalde ziektebeelden (denk bijvoorbeeld aan psychoses, ernstige verslaving) kan het zijn dat dit niet verwijtbaar is aan cliënt. Daarnaast hangt een en ander ook samen met de aard van de behandeling en eventuele risico's die daaruit voortkomen. Een cliënt kan bijvoorbeeld niet gedwongen worden om zich te laten opereren in het kader van het herstelproces.

5. Toets op consistentie/plausibiliteit

De inventarisatie van de claimklacht behoort altijd gepaard te gaan met de volgende toetsing:

5.1 een toets op de consistentie tussen stoornis, ervaren belemmering en handicap

5.2 een toets op de interne en externe consistentie van die belemmeringen zelf

5.3 een toets op plausibiliteit

Ad 5.1: Consistentie tussen stoornis, ervaren belemmering en handicap

In de praktijk blijkt dit een zeer lastig uitvoerbaar criterium. Dit omdat het begrip 'stoornis' zo rekbaar is geworden. Veel 'stoornissen' zijn in wezen niet meer dan een beschrijving van de klacht. Dat geldt met name menige 'stoornis' uit de psychiatrie maar ook bij LOK en menig syndroom in de neurologie, orthopedie of interne geneeskunde. Bij oppervlakkig onderzoek bestaat er snel 'consistentie' zonder dat kritisch is nagegaan of de cliënt met de betreffende stoornis zou kunnen functioneren. Bijvoorbeeld omdat het vermijden van klachten meer te maken heeft met excuusgedrag, ambivalentie en verlies van motivatie dan met reële beperkingen. Of omdat inactiviteit vanuit medisch perspectief hoe dan ook schadelijk is vanwege 'operante conditionering'.

Het bestaan van een stoornis impliceert allerminst dat ervaren belemmeringen en handicap daarmee vanzelfsprekend consistent zijn. Naarmate een stoornis minder duidelijk valt te benoemen in de betekenis van de oorspronkelijke definitie – een aanwijsbare gestoorde lichamelijke of geestelijke functie – zal de onderzoeker een dergelijke consistentie moeilijker kunnen vaststellen en in elk geval pas na een volledig onderzoek op alle levensterreinen en met de nodige nieuwsgierigheid en soms zelfs met scepsis.

Zogenaamd 'moeilijk te objectiveren aandoeningen' nodigen derhalve uit tot een grondig, volledig en kritisch onderzoek met terughoudendheid ten aanzien van het vaststellen van beperkingen. Dit geldt eens te meer waar nogal eens blijkt dat uitgesproken sociale problematiek door een reducerende benadering in de klinische geneeskunde geëtiketteerd wordt als een 'stoornis' die uiteraard therapieresistent blijkt omdat de achterliggende problematiek in wezen niet medisch van aard is.

Datzelfde geldt voor de situatie waarbij de stoornis onmiskenbaar aanwijsbaar is in de klassieke zin van de definitie, maar de ervaren belemmeringen buiten proportie zijn ('discrepantie'). In feite bestaat er dan geen consistentie.

Ad 5.2: Interne en externe consistentie

Consistentie heeft niet alleen betrekking op de samenhang tussen stoornis en handicap, maar ook op de mededelingen van de cliënt. De waarneming door de buitenwereld behoort overeen te komen met



wat de cliënt vertelt. Dit heet wel 'externe consistentie'. Observaties zijn een middel om de mededelingen van de cliënt op consistentie te toetsen. Andere middelen zijn gericht psychiatrisch of lichamelijk onderzoek, informatie van behandelaars of rapporten van deskundigen. Deze bronnen zijn min of meer uitwisselbaar. Waar de beoordeling in wezen ziektegedrag betreft ligt er vaak een te groot accent op alleen medische gegevens. Daarom kan het van belang zijn gegevens over het werk en de daar spelende problemen in te winnen, bijvoorbeeld door arbeidskundig onderzoek. Ook kan een partner, een collega of werkgever voor de consistentie van de beeldvorming belangrijke informatie aandragen, in wezen de klassieke heteroanamnese.

Men spreekt wel van 'interne consistentie' wanneer de gepercipieerde belemmeringen die de cliënt aangeeft ten aanzien van zijn of haar werk, overeenkomen met die in andere sociale rollen. Dit is tevens de legitimatie die de onderzoeker heeft om naar aspecten van het dagelijks leven buiten het werk – of in het geding zijnde andere sociale rol – te vragen.

Wanneer er geen consistentie is, is dat een reden de cliënt daar primair mee te confronteren. Blijft ook dan inconsistentie bestaan, dan is dat een indicatie om de aangegeven belemmeringen als basis voor het accepteren van beperkingen te wantrouwen. In dat geval zal het medische beeld – de feitelijk aanwijsbare stoornis – de doorslag geven.

Ad 5.3: Plausibiliteit

De ervaren belemmeringen moeten plausibel zijn, wat wil zeggen dat zij redelijkerwijs passen (komt dit naar de ervaring van de onderzoeker vaker voor?) bij het medische beeld en/of de arbeidssituatie. Net als bij inconsistentie geldt dat aangegeven belemmeringen die ook bij doorvragen niet plausibel blijken tot terughoudendheid ten aanzien van het aannemen van beperkingen horen te leiden. De kwaliteit van de claimbeoordeling is in belangrijke mate afhankelijk van de bereidheid van de cliënt om relevante informatie te verstrekken. Blijft die informatie ook bij vakkundig en volledig doorvragen tegenstrijdig of vaag, dan is dat een gereede aanleiding zeer terughoudend te zijn met het vaststellen van beperkingen.

6. Probleemanalyse/Hervatting Sociale rol

Wanneer belemmeringen consistent en plausibel blijken en de cliënt er het mogelijke aan doet ermee te blijven functioneren resteert nog de vraag of de cliënt zich ook anders zou kunnen gedragen. Om dat te kunnen beoordelen moet het probleem dat de cliënt zegt te ervaren in zijn sociale context geplaatst worden. Op grond van dat onderzoek formuleert de onderzoeker een probleemanalyse. Die hoeft niet noodzakelijkerwijs overeen te komen met de percepties van betrokkene.

Leidraad voor de beoordeling kan zijn dat inactiviteit vanwege pijn en moeheid – verreweg de meest voorkomende reden – meestal schadelijk is voor de gezondheid. Belangrijke relevante vragen kunnen zijn in hoeverre:

- concreet aanwijsbare gezondheidsschade te verwachten zijn bij het oppakken van ADL/BDL activiteiten of bij werkhervatting.
- het vanuit medisch oogpunt noodzakelijk is dat de cliënt klachten vermijdt – meestal geldt – immers dat 'rust roest' (Donner).
- er sprake is van beperkingen als uiting van ziekte dan wel van een keuze omwille van eigen welzijn of gezondheid met vermindering van financiële of andere nadelen.
- er sprake is van relevante arbeid of activiteiten die ook voor de gezonde soortgelijke (leeftijdsgenoot!) ongezonder zouden zijn.
- inactiviteit iets oplost, bijvoorbeeld wanneer cliënten juist thuis problemen of dezelfde klachten hebben.
- verlies van conditie, motivatie, zelfbeeld, discipline en ervaring een rol spelen; Daar kan de cliënt immers zelf iets aan doen.
- een door ernstige ziekte gewijzigd levensperspectief de arbeidsrol relativeert zonder dat de cliënt daarvan de materiele consequenties neemt.
- boosheid, verongelijkheid of wrok – en dus niet de klachten – de cliënt verhinderen in beweging te komen.
- voorbeeldgedrag (gebruikelijkheid, beroep, thuiszittende partner) in de nabije omgeving een rol speelt.

Door de claimklacht op deze manier in zijn sociale context te plaatsen is het doorgaans goed mogelijk tot een redelijke argumentatie over de beperkingen te komen. Die argumentatie mag best aanvechtbaar zijn. En professionele motivering vereist juist controleerbaarheid.

In hoeverre kan een duurbepanking aan de orde zijn bij cliënten met functionele syndromen, 'aanpassingsstoornissen, somatoforme beelden, neurasthenie, pijnsyndromen' en dergelijke? Een overweging kan zijn dat een normale dagelijkse werkweek van 40 uur de gezondheid in zulke situaties doorgaans niet zal schaden. Uitgaande van de veronderstelling dat er doorgaans toch sprake is van een inadequate coping en verminderde stressbestendigheid is het vaak redelijk wel beperkingen aan



te nemen ten aanzien van excessieve mogelijkheden zoals lange werkdagen of nachtdiensten. Wanneer er sprake is van een evident gestoorde slaap met bijvoorbeeld middelenafhankelijkheid en sterk afwijkend algemeen dagelijks functioneren in gefixeerde situaties kan de onderzoeker soms meer beperkingen aannemen. Daarbij zal hij zich kunnen laten leiden door de slaapanamnese, het dagverhaal en de overweging dat chronische pijn moe maakt. Uiteraard moet daarbij ook overwogen worden in hoeverre er vermijdingsgedrag en gewenning is opgetreden. Bij cliënten die geen multifactorieel/multidisciplinair onderzoek en training hebben ondergaan of dat niet willen, zal er weinig reden zijn dergelijke beperkingen aan te nemen. Over het algemeen zal een méér dan lichte beperking van arbeidsduur niet aan de orde komen.

7. Samenwerking met de arbeidsdeskundige

In het kader van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is er een intensieve samenwerking tussen de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige.

Bij de WIA aanvraag toetst de arbeidsdeskundige als eerste het reïntegratieverslag en laat zich hiervoor zonedig bijstaan door de verzekeringsarts. Indien het reïntegratieverslag akkoord is bevonden wordt de WIA aanvraag opgestart. Nadat de verzekeringsarts de functionele mogelijkheden (FML) in kaart heeft gebracht, zie 7a in stroomdiagram, wordt door de arbeidsdeskundige de resterende verdien capaciteit vastgesteld en wordt een reïntegratie visie gemaakt, die als leidraad geldt bij de verdere reïntegratie van cliënt.

Indien uit de toetsing blijkt dat het reïntegratie traject onvoldoende optimaal is doorlopen, wordt de WIA aanvraag niet in behandeling genomen. Deze wordt opgeschort (maximaal 52 weken) tot het moment dat werkgever en werknemer aantonen de tekortkomingen hersteld te hebben en verzoeken de WIA aanvraag alsnog in behandeling te nemen. Over de tussenliggende periode dient de werkgever het loon door te betalen.

8. Coaching en kwaliteit bevordering

Bij het UWV/de WIA beoordelingen coacht de stafverzekeringsarts (lees hier ook de stafarbeidsdeskundige voor de arbeidsdeskundigen) de verzekeringsartsen in het uitoefenen van hun functie. Tevens beoordeelt hij/zij de vakinhoudelijke kwaliteit van de verzekeringsarts. De stafverzekeringsarts (stafva) heeft daarnaast een adviserende taak richting management.

De coachende taak bestaat uit het (mede)opleiden, begeleiden en 'empoweren' van de verzekeringsartsen en het bevorderen van team- en resultaat gericht werken. De stafva geeft feedback op de diverse onderdelen in het verzekeringsgeneeskundig handelen waaronder ook de attitude van de verzekeringsarts. De stafva benoemt dominante fouten en stelt van daaruit verbetermaatregelen voor op individueel- en groepsniveau. Daarnaast heeft de stafva natuurlijk een consult- en vraagbaakfunctie voor de verzekeringsarts.

De stafva verzorgt inhoudelijke instructies bij nieuw beleid en wet- en regelgeving en heeft maandelijks een vakinhoudelijk overleg met de verzekeringsartsen. Daarnaast vindt maandelijks een casuïstiek bespreking plaats met de verzekeringsartsen en bevordert de stafva dat de verzekeringsarts deelneemt aan onderlinge toetsing.

De kwaliteit van het handelen van de verzekeringsarts wordt getoetst door de stafverzekeringsarts door middel van dossier onderzoek, geaggregeerde gegevens omtrent de uitkomsten van de beoordeling, terugkoppeling van bezwaar- en beroepszaken, klachten, en sinds kort ook bijwonen van het spreekuur . Door deze gegevens kan de stafverzekeringsarts gerichte feedback geven op het handelen van de verzekeringsarts, ook in de spreekkamer.

UWV ontwikkelt een notitie na- en bijscholing van de verzekeringsarts. Hierin worden termen geformuleerd waaraan een verzekeringsarts moet voldoen. Dit houdt onder andere in het bijhouden van een portfolio met gevolgde na- en bijscholingen; onderlinge toetsing, casuïstiekbeprekingen, visitatie etc.

De stafva heeft een adviserende rol richting management als het gaat om opleiding van de verzekeringsarts.

De stafva heeft regelmatig overleg met het management en adviseert het management over te nemen verbeter maatregelen of bijvoorbeeld over consequenties voor de praktijk van nieuw beleid of wet- en regelgeving.

Daarnaast heeft de stafva ook overleg met collega stafmedewerkers van andere disciplines zoals bijvoorbeeld bij inhoudelijke problemen in de gevalshandeling.

9. Toetsing

De kwaliteit van het handelen van de verzekeringsarts, aangaande de Algemene Verzekeringsgeneeskundige en WIA beoordeling wordt getoetst door de stafva door middel van dossier onderzoek, geaggregeerde gegevens omtrent de uitkomsten van de beoordeling, terugkoppeling van bezwaar- en beroepszaken, klachten, en sinds kort ook bijwonen van het spreekuur. Door deze gegevens kan de



stafva gerichte feedback/terugkoppeling geven op het handelen en de attitude van de verzekeringsarts, ook in de spreekkamer op individueel niveau.

Er wordt maandelijks een aselechte steekproef voor iedere regio getrokken die wordt beoordeeld door de stafva. Dit levert iedere maand een rapportage op. Daarnaast vindt nog een landelijke controle plaats door de medisch adviseur UWV van de afdeling interne controle en kwaliteit.

De stafva benoemt op geaggregeerd niveau de dominante fouten en bepaalt welke verbeteracties nodig zijn op individueel- en groeps niveau.

Hierover informeert de stafva ook het management. De managerclaim is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verzekeringsarts en moet daartoe ook door de stafva geadviseerd worden.

Bij de gecombineerde WIA-IP beoordeling zal de kwaliteit van de algemene verzekeringsgeneeskundige/WIA beoordeling worden getoetst door de stafva. De coaching en de toets op dienstverband, causaliteit en invaliditeitspercentage zijn belegd bij de Pensioenverzekeringsautoriteit.



Bijlage 2 bij WIA-IP protocol

MEDISCH ONDERZOEKSVERSLAG WIA

| | | | |
|-----------------|------|---------------------|------------|
| Naam cliënt | : () | Registratienummer | : |
| Woonplaats | : | Burgerservicenummer | : |
| <hr/> | | | |
| Naam rapporteur | : | Datum rapportage | : Afdeling |
| | : AG | Team | : geen |

BETREFT:

Het betreft een beoordeling in het kader van de wet WIA.

VRAAGSTELLING

Komt de identiteit van cliënt overeen met die op het geldige identiteitsbewijs?

Is er bij cliënt sprake van een vermindering van de benutbare mogelijkheden ten aanzien van het kunnen verrichten van arbeid, als rechtstreeks en objectiveerbaar gevolg van ziekte en/of gebrek en zo ja, hoe zijn de benutbare mogelijkheden? Kan cliënt de huidige mogelijkheden duurzaam benutten?

ONDERZOEK

Onderzoeksactiviteiten:

[DUBBELKLIK]

Cliënt werd door mij geïnformeerd over doel en werkwijze van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.

Onderzoeksgegevens:

Dossiergegevens

Cliënt is een 50-jarige vrouw werkzaam in de functie van # sedert #, uitgevallen per 03-09-1998 met #.

Arbeidspatroon: 0 u/w, # d/w, # u/d.

Fysieke belasting: #

Psychische belasting: #

Samenvattend is er sprake van #.

Anamnese

Actuele situatie:

Cliënt werkt #

Huidig werk: #

Huidige claimklachten, ervaren beperkingen en klachtenverloop: #

Herstelgedrag: #

Tractus anamnese: bijkomende ziektes/aandoeningen: #

Persoonlijk en sociaal functioneren (waaronder het dagverhaal):

Cliënt geeft aan dat er sprake is van bijzondere persoonlijke leefomstandigheden of privé-problemen.
#

Visie en toekomstverwachting van cliënt ten aanzien van haar belastbaarheid:

- Gezondheid: [DUBBELKLIK]
- Belastbaarheid:
- Werken:

Onderzoeksbevindingen:

Algemene indruk:

Cliënt is een # verzorgde vrouw die conform haar leeftijd overkomt, maakt een gezonde indruk.

Cliënt is # verzorgd gekleed.

De mimiek vertoont een # expressie.

Cliënt zit tijdens het gesprek # op de stoel; de gestiek is #.

Aan het uiterlijk zijn geen # tekenen van # pijn of moeheid te ontwaren.

Zij ontziet zich niet in bewegingen.

Er zijn # geen vegetatieve kenmerken aanwezig.



Het contact wordt op # gelegd. Cliënt maakt een # indruk. Het oogcontact is #.
De spraak is #. Cliënt brengt het verhaal op een # wijze.
De houding maakt een coöperatieve indruk.

Onderzoek psyche:

Aan het bewustzijn, aandacht, oriëntatie en waarnemen zijn geen afwijkingen op te merken. Het intellect ligt naar schatting rond de norm. Het denken is qua vorm normaal en qua inhoud normaal. Het geheugen maakt een normale indruk. De concentratie is tijdens het gesprek normaal. De stemming komt # over. Er zijn geen wanen of hallucinaties. Het affect is stabiel en moduleert # mee met het verhaal. Het gevoelsleven is # in balans. In de karakterstructuur zijn # kenmerken aan te geven.
[DUBBELKLIK]

Lichamelijk onderzoek status localis:
[DUBBELKLIK]

Informatie van de behandelende sector:
[DUBBELKLIK]

DIAGNOSE:
[DUBBELKLIK]

BESCHOUWING

Overwegingen en belastbaarheid:

De uiteindelijke reden van het aangeven van een verminderde belastbaarheid is #.
[DUBBELKLIK]

Prognose beperkingen t.a.v. de aangegeven belastbaarheid:
[DUBBELKLIK]

Reactie cliënt:

De relevante onderdelen van de beschouwing, conclusie en planning werden besproken.
[DUBBELKLIK]

CONCLUSIE:
[DUBBELKLIK]

PLANNING:
[DUBBELKLIK]

[DUBBELKLIK=VASTLEGGEN]



Bijlage 3: Deze bijlage is onlosmakelijk verbonden met het protocol WIA en IP beoordeling

Toelichting Militaire Invaliditeitsbeoordeling

Woord vooraf

Deze bijlage maakt deel uit van het protocol WIA en IP beoordeling. In dit document wordt ingegaan op de bijzondere karakteristieken van de Militaire Invaliditeitsbeoordeling (IP) en de beoordeling zelf. Deze karakteristieken betreffen de begrippen dienstverband, causaliteit en invaliditeit. Deze worden besproken en nader toegelicht. Daarna wordt de IP beoordeling verwoord, met de toetsingskaders. Met nadruk wordt gewezen op het feit dat deze bijlage evenals het hele protocol moet worden gezien als een start/groei document. Vanuit de praktijk zal nadere invulling moeten worden gegeven. Voorbeeld casuïstiek (mediprudentie), praktijkervaringen en consensus voorkomend uit Intercollegiale Toetsing (ICT) zullen bij de doorontwikkeling een belangrijke rol moeten spelen. Deze elementen worden in dit protocol voor als nog slechts summier aangegeven. Tevens dienen te zijner tijd en voor zover van toepassing, gegevens in deze bijlage te worden verwerkt uit: a) De Interdisciplinaire Werkgroep Medisch deskundigen (IWMD onder leiding van prof mr. A.J. Akkermans VU) en uit: b) de werkgroep medisch Specialistische Rapportages.

Inleiding

De Militaire Pensioenvoorschriften kennen een onderscheid in pensioenberekening en pensioenhoogte, al naar gelang de invaliditeit van de militair verband houdt met de uitoefening van de militaire dienst (zogenaamde 'dienstverband aandoeningen'). De achterliggende gedachte hierbij is dat de militair die door uitoefening van de militaire dienst verwondingen, ziekte of gebreken heeft opgelopen een betere verzorging c.q. schadevergoeding verdient dan wanneer er geen verband bestaat met de dienst. De mate van invaliditeit wordt financieel vertaald in een 'invaliditeitspensioen' en een 'bijzondere invaliditeitsverhoging'. Het invaliditeitspensioen moet worden gezien als een schade vergoeding voor de opgelopen invaliditeit. De bijzondere invaliditeitsverhoging moet worden gezien als een smartengeld vergoeding. Het 'invaliditeitspensioen' wordt verrekend met de eventueel onderliggende WIA-uitkering en het aanvullende arbeidsongeschiktheidspensioen. De bijzondere invaliditeitsverhoging wordt niet met andere uitkeringen verrekend. Voor een aanvullende toelichting op bovenstaande wordt verwezen naar het rapport 'Schade in Schalen'. Een invaliditeitspensioen wordt slechts toegekend als aan bepaalde voorwaarden is voldaan: Zo moet sprake zijn van een Dienstverband – causaliteit – en buitengewone omstandigheden. Tijdens de zogenaamde IP beoordeling worden deze voorwaarden getoetst en de mate van invaliditeit vastgesteld aan de hand van een barema. Beroepsactiviteiten/Arbidsongeschiktheid blijven buiten beschouwing.

Bij een dienstverband aandoening, niet opgelopen tijdens de buitengewone omstandigheden (zoals de bedrijfsongevallen/'arbeid gerelateerde aandoeningen' in vreedstijd) heeft men alleen recht op een verhoogd arbeidsongeschiktheidspensioen.

De IP-beoordeling

Voor de IP beoordeling is het van essentieel belang inzicht te hebben in en/of een uitspraak te krijgen over de volgende begrippen:

- A. Dienstverband aandoening
- B. Proces verbaal van ongeval (PvO) en rapport medische aangelegenheden (RMA).
- C. Causaliteitsbeoordeling: Juridische en medische causaliteit. Oorzakelijk en Verergerend Verband
- D. Het invaliditeitsbegrip
- E. De invaliditeitschatting en de WPC schaal

Deze onderwerpen worden onderstaand kortheidshalve besproken en toegelicht, evenals de daarbij geldende toetsingskaders. Voor een meer gedetailleerde toelichting wordt verwezen naar de desbetreffende wet en regelgeving. In een aparte bijlage is deze gebundeld. Dit betreft onder meer:

1. MP 32-500/1400; Besluit AO/IV aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen militairen 2001
2. MP 31-109/1150; Regeling proces-verbaal van ongeval en rapportage medische aangelegenheden
3. MP 31-101; Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen.
4. Brief HDP Defensie dd.26 oktober 2006; P/2006034896: Sociale rechtspositie bij deelname aan vredesmissies. Toelichting: In de brief van 26 oktober 2006 van HDP, nr. P/2006034896, wordt aangegeven dat voor elk incident tijdens een uitzending in het kader van een vredesmissie, verband met de uitoefening van de militaire dienst onder bijzondere omstandigheden wordt aangenomen. Met 'incident' wordt een ongeval bedoeld. Onder een ongeval wordt verstaan: een van buitenaf intredende geweldsinwerking welke direct letsel tot gevolg heeft. Ingevolge de militaire pensioenvoorschriften dient voor de toekenning van een invaliditeitspensioen wel altijd



- sprake te zijn van een oorzakelijk of verergerend verband tussen het incident en de gebreken. Voor ziekten, waaronder psychische aandoeningen, geldt eveneens dat sprake moet zijn van een oorzakelijk of verergerend verband met de uitzending. Wanneer een militair ten tijde van de buitengewone omstandigheden komt te overlijden zal altijd worden uitgegaan van dienstverband.
5. Rapport 'Schade in Schalen, commissie WPC – Schaal juni 2004.

A: Dienstverband aandoening

Om in aanmerking te komen voor een verhoogd pensioen moet er sprake zijn van een verband tussen de aandoening en de uitoefening van de militaire dienst.

Defensie onderscheidt twee soorten dienstverband:

1. 'Arbeidsongeschiktheid met Dienstverband' (Artikel 2 lid 1 besluit AO/IV, grondslag Kaderwet militaire pensioenen): relatie met bedrijfsongevallen en 'arbeid gerelateerde aandoeningen'. Letterlijk wordt in de regelgeving gewag gemaakt van 'aandoeningen ten gevolge van ziekten of gebreken, die in overwegende mate hun oorzaak vinden in de aard van de aan de militair opgedragen werkzaamheden of in de bijzondere omstandigheden, waaronder zij moesten worden verricht, en niet aan zijn schuld of onvoorzichtigheid zijn te wijten.'
2. 'Invaliditeit met Dienstverband' (Artikel 2 lid 3 tot en met 8 besluit AO/IV, grondslag Kaderwet militaire pensioenen): relatie met buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden (oorlog, uitzendingen, oefeningen etc). Bij een invaliditeit met dienstverband dient vervolgens nog onderscheid te worden gemaakt tussen: 'oorzakelijk dienstverband' en 'verergerend dienstverband'.

In 1998 heeft een wetwijziging plaatsgevonden. Sindsdien is voor een nieuwe toekenning van het invaliditeitspensioen alleen de 'invaliditeit met dienstverband' van belang (welke een relatie heeft met de buitengewone omstandigheden). Daarom wordt voornamelijk ingegaan op dit begrip en de daarbij behorende voorwaarden.

A 1: Arbeidsongeschiktheid met Dienstverband

Onder arbeidsongeschiktheid met dienstverband vallen de bedrijfsongevallen en de arbeid gerelateerde aandoeningen. Een rechtstreekse relatie moet kunnen worden gelegd tussen de uitoefening van de militaire dienst en het letsel/de aandoening. Indien de uitoefening van de militaire dienst in overwegende mate bepalend is geweest voor het ontstaan van het letsel/de aandoening heeft betrokkene, ongeacht de schuldvraag, recht op een verhoogd Arbeidsongeschiktheidspensioen. Het begrip 'in overwegende mate' is hierbij het sleutelbegrip. Met nadruk wordt gesteld dat het vaststellen van een dienstverband niet automatisch inhoudt dat er sprake is van onzorgvuldig handelen van de werkgever c.q. dat de werkgever aansprakelijk is. De werkgever neemt zijn zorgplicht serieus. Daarom wordt aan de causaliteit bij dienstverband geen al te hoge eisen gesteld. De medische causaliteit wordt wel verder uitgediept bij aanvullende civiele letselschadeclaims van betrokkene. In dit soort situaties kan het voorkomen dat de causaliteit, gemotiveerd met verdiept medisch inzicht, wordt herroepen. Dit kan leiden tot verwarring en onbegrip. Voor de mate van Arbeidsongeschiktheid geldt de WIA-beoordeling.

A 2: Invaliditeit met Dienstverband

Om in aanmerking te komen voor een militair invaliditeitspensioen moet sprake zijn van een 'invaliditeit met dienstverband': De aandoening/invaliditeit moet zijn ontstaan **tijdens** en door de uitoefening van de militaire dienst onder buitengewone omstandigheden (uitzending, oefeningen e.a) en bij actieve militairen hebben geleid tot blijvende militaire dienstongeschiktheid op medische gronden. Overigens wordt bij ziekten/gebreken die **tijdens** uitzendingen ontstaan, juridisch in principe uitgegaan van invaliditeit met dienstverband, tenzij medisch duidelijk is dat het niet door de buitengewone omstandigheden komt/kan komen. Begrippen als predispositie en pre-existentie spelen hierbij een rol. Bij ongevallen tijdens uitzendingen wordt juridisch altijd uitgegaan van invaliditeit met dienstverband, zie bijlage 4. (Overigens volgt binnenkort nog een nadere toelichting op deze bijlage) De begrippen oorzakelijk en verergerend dienstverband komen in de paragraaf causaliteit beoordeling nader ter sprake. Ook zullen deze begrippen daar aan de hand van in ontwikkeling zijnde voorbeeld casuïstiek te zijner tijd worden verduidelijkt.

Toekenning Dienstverband

Actief dienende Militairen kunnen op verschillende manieren erkenning van eventuele dienstverband-aanspraken vragen:

- door de commandant te verzoeken een proces-verbaal van ongeval te laten opstellen, zie B1.
- door een Rapportage van Medische Aangelegenheden (RMA) aan te vragen, zie B2.



- na vaststelling van militaire dienstongeschiktheid op medische gronden (Militair Geneeskundig Onderzoek, zie bijlage 3)
Postactieve militairen kunnen zonder voorbehoud een aanspraak bij het ABP neerleggen.

B 1: Procesverbaal van ongeval

Volgens artikel 147 AMAR is iedere militair verplicht, zodra hij hiertoe redelijkerwijs in staat is aan zijn commandant kennis te geven van een hem tijdens de dienst overkomen ongeval. Hiervan dient dan zo spoedig mogelijk een proces verbaal te worden opgemaakt.

Voor een omschrijving van deze procedure wordt verwezen naar de Regeling Proces Verbaal van ongeval en rapportage medische aangelegenheden. Kort samengevat komt het op het volgende neer: Een door de commandant aangewezen functionaris maakt een rapport op. Hierin staan vermeld de omstandigheden, de aard van de dienstverrichtingen, de dienstbevelen en de bevindingen van de functionaris. Tevens is een verklaring van betrokkene bijgevoegd, vergezeld van zo mogelijk twee getuigenverklaringen. Ook een verklaring van de behandelende arts over de aard van het letsel dient in het rapport aanwezig te zijn. De commandant geeft gemotiveerd aan of naar zijn mening sprake is van een dienstverband. Dit rapport wordt opgestuurd naar ABP-BRD (Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds – Bijzondere regelingen Defensie), Postbus 4490, 6401 CZ Heerlen. ABP-BRD is door de minister gemandateerd tot het nemen van een besluit op het proces verbaal van ongeval.

Elk Proces-verbaal van ongeval (PvO) wordt door het ABP beoordeeld op de vraag of sprake is van een dienstongeval. Hierbij wordt een lijst met casusposities als richtlijn gehanteerd, zie bijlage 2. Het ABP kan de volgende uitspraken doen in geval van een Proces-verbaal:

- er is geen sprake van een dienstongeval
- er is sprake van dienstongeval artikel 2 lid 1 besluit AO/IV (= artikel 5 van de regeling proces verbaal)
- er is sprake van dienstongeval artikel 2 lid 3 tot en met 8 besluit AO/IV (=artikel 4 van de regeling proces verbaal)

Pas nadat de medische causaliteit met het ongeval is vastgesteld, wordt het vermoeden op dienstverband uitgesproken. Dit vermoeden wordt bij de actieve militairen bevestigd door de Pensioenverzekeringsautoriteit. De toekenning van dienstverband onder artikel 5 leidt, zoals al eerder gesteld niet tot invaliditeitsaanspraken. Als er geen sprake is van een dienstongeval, maar betrokkene meent toch schade te hebben opgelopen door de uitoefening van de dienst dan dient hij een RMA te laten opmaken, zie B2.

Toekenning van dienstverband vindt bij de actieve militairen alleen plaats nadat dienstongeschiktheid voor de militaire dienst is vastgesteld. Gelijk alle andere keuringen geldt de uitslag 'dienstongeschikt' als een advies. Dienstongeschiktheid, al dan niet met dienstverband, hoeft niet te persé leiden tot ontslag. De beoordeling van de dienstgeschiktheid wordt verricht door de interne, onder CDC/ Bedrijfsgroep Gezondheidszorg ressorterende Defensie organisatie voor Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB). Deze beoordeling staat bekend als het Militair Geneeskundig Onderzoek 105 AMAR (MGO). Door de één loket dienst worden de gegevens van het PvO, het RMA en/of van het MGO gebruikt voor de artikel 4 en 5 beoordeling. De BMB is tevens de instantie waar actief dienende militairen een RMA kunnen laten opmaken, zie B2. Postactieve militairen kunnen zich direct tot de één loket dienst loket wenden. In deze gevallen kan het ABP de staat van dienst, het medische dossier en een eventuele commandantenmelding OPCO gebruiken voor de beoordeling. Deze gegevens kan het ABP in de nabije toekomst verkrijgen volgens een 'patient tracking'systeem via de BMB. Hierbij gaat de BMB, met machtiging van betrokkene na of bovengenoemde gegevens bij Defensie voorhanden zijn en zo ja, dat deze gegevens dan ter beschikking komen voor de Dienstverband beoordeling bij het loket/ABP.

B 2: Rapport Medische aangelegenheden (artikel 10 regeling)

Anders dan het PvO wordt het RMA door een arts beoordeeld zonder tussenkomst van het ABP. Het RMA is speciaal bedoeld voor het vastleggen van mogelijke aandoeningen ten gevolge van de uitoefening van de dienst, waarbij geen sprake is geweest van een ongeval. Dit rapport kan dan worden gebruikt, ten behoeve van eventuele aanspraken later. Als voorbeelden worden genoemd opgelopen gehoorverlies door blootstelling aan lawaai en mogelijke gevolgen na astbest blootstelling. De militair die meent (mogelijk) schade te hebben opgelopen door de uitoefening van de dienst of meent dit in de toekomst alsnog te krijgen, verzoekt de BMB, door een arts een RMA te laten opmaken. Deze arts is lid van een geneeskundige commissie als bedoeld in artikel 3 van het besluit 'procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioen keuringen militairen'. Voor een omschrijving van deze procedure wordt eveneens verwezen naar de Regeling Proces Verbaal van ongeval en rapportage medische aangelegenheden.

Dit RMA kan inhoudelijk globaal en algemeen van karakter zijn. Relevante medische gegevens worden genoteerd, naast verklaringen van betrokkene en eventuele derden. Over een mogelijke medische causaliteit wordt de mening van de arts gevraagd, echter niet staat omschreven waarop deze mening moet zijn gebaseerd. Menigmaal beperkt de rapportage zich tot een verklaring dat betrokkene meent



klachten/beperkingen te hebben opgelopen door de dienst, zonder dat een causale relatie verder wordt uitgediept of wordt uitgesproken. Het aanwezig zijn van een RMA impliceert niet dat een medisch causaal verband al aangenomen is. Het beschrijft dat betrokkene toentertijd klachten had of blootgesteld is geweest. Dit rapport gaat niet naar het ABP. De betrokken militair krijgt een afschrift. Een kopie gaat in het geneeskundig dossier en in het geneeskundig archief van de geneeskundige commissie. Aan het rapport kunnen geen rechten worden ontleend. Wel kan het rapport later worden gebruikt om een dienstverband te onderbouwen.

Lijst casus posities

In bovengenoemde regeling is, ten behoeve van de beoordeling van PvO's door het ABP, een lijst met casusposities opgesteld. Hierin staat aangegeven wanneer sprake kan zijn van een ongeval tijdens buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden in de zin van artikel 4 van deze regeling, dan wel een ongeval tijdens vredesomstandigheden in de zin van artikel 5 van deze regeling. Voor uitgebreidere informatie wordt verwezen naar bijlage 2.

C: Causaliteit beoordeling

Bij de causaliteit dient onderscheid te worden gemaakt tussen:

1. De Juridische causaliteit
2. De Medische causaliteit

Beide vormen van causaliteit moeten los van elkaar worden beoordeeld, ook al kennen ze diverse raakvlakken en is scheiding van beiden soms kunstmatig. Zo kan een jurist bijvoorbeeld (bijna) nooit concluderen tot juridische causaliteit bij letsel, als medisch geen verband met het ongeval/de blootstelling wordt aangenomen c.q. de causaliteit wordt toegeschreven aan andere factoren. Anderzijds is het wel zo dat als de medicus geen uitspraak wil of kan doen, de jurist toch causaliteit kan aannemen. Bekend is het voorbeeld van de Whiplash: medisch vindt men geen causaal verband, noch worden andere omstandigheden gevonden welke de klachten kunnen verklaren. Onder het adagium 'voor het ongeval geen klachten, na het ongeval wel klachten' neemt de jurist dan soms toch juridische causaliteit aan. Overigens mag dit adagium voor een arts nooit de reden zijn om medische causaliteit aan te nemen. Onderstaand worden beide begrippen nader gespecificeerd

C1: Juridische causaliteit

De juridische causaliteitscriteria van de militaire pensioenwetgeving zijn bepalend en richtinggevend. Hierbij speelt de medische causaliteit een zeer belangrijke rol. Daarom is het onderscheid tussen juridische en medische causaliteit enigszins fictief. De scheiding wordt aangehouden omwille van diverse (wettelijke) begripsomschrijvingen en juridische uitspraken. Juridisch moet allereerst worden voldaan aan het begrip dienstverband. Bij 'invaliditeit met dienstverband' moet dit dienstverband nader worden ingevuld met de begrippen 'oorzakelijk of verergerend'. Voor uitleg over het begrip 'dienstverband' wordt verwezen naar paragraaf A. De begrippen 'oorzakelijk en verergerend' worden wettelijk als volgt omschreven:

Oorzakelijk:

- Aanwezigheid van een invaliditeit van tenminste 10%¹ tengevolge van verwonding, ziekten of gebreken, welke zijn veroorzaakt door de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden.
- Aanwezigheid van een invaliditeit van tenminste 10%, tengevolge van ziekten of gebreken welke het gevolg zijn van verrichtingen of vermoeienissen aan de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden verbonden, dan wel welke tot uiting zijn gekomen onder overwegende invloed van die verrichtingen of vermoeienissen.

Toelichting Oorzakelijk dienstverband

Nadat een invaliditeit met dienstverband is vastgesteld moet worden beoordeeld of er sprake is van een oorzakelijk of verergerend dienstverband. Het vermoeden op oorzakelijk dienstverband wordt uitgesproken indien de aandoening rechtstreeks verband houdt met het ongeval of de blootstelling tijdens de bijzondere omstandigheden. Bij een oorzakelijk verband wordt de volledige invaliditeit, inclusief alle verergeringen in de toekomst toegerekend aan Defensie. Dit geldt ook voor verergeringen veroorzaakt door omstandigheden waarvoor Defensie niet verantwoordelijk is. De vervolguïtkeringen kunnen dus (extreem) toenemen.

Voorbeeld: iemand loopt ten gevolge van de uitzending een lichte PTSS op waarvoor 10% invaliditeit

¹ De eis van tenminste 10% invaliditeit geldt voor toekenning van een invaliditeitspensioen. De voorzieningenregeling, kent geen ondergrens voor het invaliditeitspercentage.



is toegekend. 5 Jaar later maakt hij als burger een overval mee in een supermarkt en houdt hier een zeer ernstige PTSS aan over met ernstige beperkingen, oplopend naar 70% invaliditeit. Defensie moet dan 70% van de pensioengrondslag uit gaan keren.

Verergerend:

- aanwezigheid van een invaliditeit van tenminste 10%¹, tengevolge van ziekten of gebreken, welke zijn ontstaan, tot uiting gekomen of verergerd mede door inwerking van bijzondere, zeer nadelige invloeden, waaraan de beroepsmilitair in verband met de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden is blootgesteld geweest.

Toelichting Verergerend dienstverband

Het vermoeden op een verergerend dienstverband wordt uitgesproken indien de aandoening in overwegende mate verband houdt met het ongeval of de blootstelling tijdens de buitengewone omstandigheden. Van verergering mag alleen worden gesproken indien deze als blijvend (langer dan twee jaar op een stabiel hoger niveau) wordt gezien.

Aandoeningen welke multicausaal zijn bepaald en dus door meer factoren worden veroorzaakt dan alleen de bijzondere omstandigheid vallen normaliter in de categorie 'verergerend dienstverband'. Bij een verergerend verband wordt de volledige invaliditeit toegerekend aan Defensie, echter, verergeringen in de toekomst niet of nauwelijks.

Voorbeeld als bovenstaand, maar dan met verergerend dienstverband (lichte PTSS maar daarnaast nog andere psychische problematiek): de gevolgen van de overval en de hierdoor veroorzaakte verhoogde invaliditeit vallen buiten het Militaire invaliditeitspensioen.

Strikt genomen dient de jurist, aan de hand van alle voorliggende informatie, zijnde het PvO, het RMA, de medische causaliteit en overige een beslissing te nemen over het juridisch causale verband en de aard van het verband. In de praktijk heeft de arts een belangrijke stem in het geheel. Dit geldt voornamelijk voor de vaststelling van verergerend dienstverband. De interpretatie hiervan leidt in de praktijk regelmatig tot verwarring. Aanvankelijk werd het begrip 'mede' geduid als 'in overwegende mate'. De rechter heeft vervolgens over de interpretatie van 'overwegende mate' diverse uitspraken gedaan: dit leidt tot de volgende omschrijving: de militaire dienst moet een overwegende/belangrijke/duidelijk aanwezige factor zijn geweest bij het ontstaan van de blijvende verergering. Tevens dient de verergering blijvend te zijn en tot duidelijk extra gezondheidsschade aanleiding hebben gegeven. Anders gezegd: de invaliditeit wordt blijvend op een hogere percentage vastgesteld dan het geval zou zijn geweest indien betrokkene niet onder de wapenen zou zijn geweest.

C 2: De medische causaliteit

Naast de juridische causaliteit speelt de medische causaliteit een belangrijke rol. In dit kader dient de arts de volgende vragen te beantwoorden:

- is er sprake van een verwonding, ziekte of gebrek
- is er sprake van een verband tussen deze verwonding, ziekte of gebrek en de uitoefening van de militaire dienst (art 2 lid 1 besluit AO/IV) of de uitoefening van de militaire dienst onder buitengewone omstandigheden (artikel 2 lid 3 tot en met 8 besluit AO/IV)
- Is er sprake van een verband tussen de geconstateerde beperkingen en de door de uitoefening van de militaire dienst ontstane verwonding, ziekte of gebrek? (causaliteitsvraag in engere zin)

Deze vragen kunnen min of meer in één vraag worden samengevat en luidt dan als volgt: 'Zou betrokkene dezelfde beperkingen ook hebben ontwikkeld als hij niet blootgesteld was geweest aan de (buitengewone) omstandigheden en zo ja, binnen welke globaal geschatte termijn na de blootstelling en in welke mate'.

De beantwoording van de medische causaliteitsvragen is primair een professionele verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts. De beoordelende arts dient actuele inhoudelijke kennis en kunde te hebben van oorzaken, beloop, prognose, behandelingsmethoden en gevolgen van ziekten/gebreken. Voor het beantwoorden van bovenstaande vragen c.q. het vaststellen van de medische causaliteit moeten gegevens uit het dossier, uit de anamnese, uit het onderzoek, uit de professionele kennis en ervaring, uit de organisatie en anderszins worden gewogen. De volgende vragen/feiten kunnen hierbij ondersteunend zijn:

- Toedracht ongeval: ernst/omstandigheden/hoe vaak/hoe intensief blootstelling.
- Ziekte/klachten en beperkingen **medisch** verklaarbaar vanuit het ongeval?
- Klachten en beperkingen objectiveerbaar? Plausibel? Consistent
- 1^e ziektedag

¹ De eis van tenminste 10% invaliditeit geldt voor toekenning van een invaliditeitspensioen. De voorzieningenregeling, kent geen ondergrens voor het invaliditeitspercentage.



- Preëxistente factoren aanwezig: was de aandoening al latent aanwezig?/medische voorgeschiedenis
- Predispositie aanwezig (aanleg/bepaalde gevoeligheid/)
- Tegelijkertijd voorkomen andere aandoeningen die dezelfde klachten/beperkingen kunnen geven. (co-morbiditeit)/leeftijdgebonden problemen, fysiologische veroudering
- Doorgemaakte (andere) life-events/levensfase problematiek/sociale problematiek
- Medische consumptie vlak vóór en rond het ongeval/de claim
- Algemeen functioneren vóór en na het ongeval/de claim
- Levensloop (beroeps en privé) zowel vóór als na het trauma/de blootstelling
- Beleving dienstperiode
- Hobby's, vrije tijd, vakantie, sport: in aanvulling op levensloop
- Gezin, relaties: sociale/privé ondersteuning
- Intoxicaties vroeger en nu.
- Vroegere/latere letsels/ziekten.
- Zonodig familie anamnese/omstandigheden.
- Tijdsinterval tussen ongeval/blootstelling en ontstaan letsel of ziekte: hoe langer deze tijdsinterval hoe moeilijker het wordt een causale relatie te leggen en des te beter de motivatie moet zijn om tot erkenning van causaliteit over te gaan.
- Mediprudentie bekend?
- Ziekte inzicht aanwezig?
- Herstelbelemmerende/ziektebestendigende factoren aanwezig?/rigide copingstijl?

De beoordeling van de medische causaliteit kent enkele discussie punten:

- 1 Bij een verergerend dienstverband betreft dit de toekenning van een volledige vergoeding van de invaliditeit, ook al zijn er (veel) pre-existente, predisponerende en andere belastende factoren aanwezig. Deze factoren zijn medisch gezien vaak meer bepalend voor de ernst van de beperkingen dan de dienst.
Vooralsnog zal toch op basis van jurisprudentie: 'de militaire dienst moet een overwegende/belangrijke/duidelijk aanwezige factor zijn geweest bij het ontstaan van de blijvende verergering' tot een uitspraak moeten worden gekomen. Indien verergerend verband wordt erkend zal de volledige invaliditeit wordt toegerekend aan de dienst.
- 2 Het is soms lastig een eenduidig antwoord te krijgen op de vraag of de vastgestelde beperkingen alle door de dienstverband aandoening zijn veroorzaakt. Beperkingen zijn soms niet per aandoening/fysiologische veroudering/persoonlijkheidsproblematiek/sociale omstandigheden te onderscheiden. Voorbeeld: heeft een 60 jarige, bekend met een lichte PTSS, na een herseninfarct concentratiestoornissen en beperkingen gekregen door dit infarct of door een toename van de PTSS?

In de toekomst kan in bovengenoemde omstandigheden mogelijk tot een oplossing worden gekomen door op basis van weging van bovenstaande uitgevraagde en onderzochte gegevens tot een partiele toerekening van de causaliteit en/of de beperkingen te komen. Voor de causaliteitsvraag is dit momenteel, zoals bovenstaand al gememoreerd, nog geen optie. Voor de differentiatie van de beperkingen en partiele toerekening kan aan het volgende worden gedacht: Deze toerekening kan op 3(4) niveaus worden gegeven:

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

Ernst van het trauma/tijdsduur tussen blootstelling en claim/knik in de levensloop/aanwezigheid van (andere) life-events, duidelijke preëxistente/predispositie/co-morbiditeit/plausibiliteit etc. zijn hierbij vooral richtinggevend. Dit moet de beoordelaar bij de toerekening expliciet benoemen en motiveren. Toerekening in groep 2 vereist het minst een duidelijke stelling name van de beoordelaar. Om te voorkomen dat groep 2 oververtegenwoordigd raakt of te gemakkelijk wordt gebruikt, zal de motivatie in deze groep extra kritisch worden getoetst. Deze toetsing kan geschieden aan de hand van bovengenoemde onderwerpen (C2), weergegeven in de 'checklist causaliteit'.

Het is een utopie te veronderstellen dat de beantwoording van de causaliteitsvraag, in deze specifieke gevallen altijd kan worden beantwoord op basis van een protocol. Zeker bij dit causaliteitsonderwerp,



maar feitelijk altijd dient een protocol te worden gezien als richtlijn en hulpmiddel. De professionaliteit van de arts is altijd bepalend, aangevuld met mediprudentie: Van een protocol mag altijd worden afgeweken, mits dit gemotiveerd gebeurt. Tevens dient de arts bij twijfel ruimhartig met het toekennen van de causaliteit om te gaan, gezien de bijzondere zorgplicht van Defensie. Overigens houdt deze ruimhartige toekenning niet automatisch in, zie paragraaf A1 dat sprake is geweest van onzorgvuldig handelen, c.q. Defensie aansprakelijk is.

Bij de zogenaamde 'grijze gebieden' van de dienstverbandbeoordelingen ('zachte' diagnoses, groot tijdsinterval, minimale traumata e.a.) kan tevens gebruik worden gemaakt van de dubbele beoordelingssystematiek (door 2 dokters separaat onafhankelijk van elkaar dezelfde beoordeling doen).

Het is, zoals eerder aangegeven van groot belang dat bij de causaliteitsvraag gebruik kan worden gemaakt van voorbeelden. Daarom zal in de komende jaren een lijst met mediprudentie worden opgebouwd Ook Intervisie onderling en met de Militaire Unit BMB is hierbij van groot nut en dient in een vaste frequentie plaats te vinden.

D: Invaliditeit

In de Militaire pensioenwetgeving is deze als volgt weergegeven: 'de in een percentage uit te drukken mate van lichamelijke en/of geestelijke tekortkomingen en beperkingen, welke belanghebbende in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in het dagelijks leven in het algemeen ondervindt': Onder 'tekortkomingen' wordt méér verstaan dan alleen beperkingen in de ADL (activiteiten dagelijks leven, c.q. het kunnen verrichten van de basale levensbehoeften). Beperkingen in de BDL (bijzondere activiteiten dagelijks leven, zoals communiceren, reizen, verrichten basale huishoudelijke activiteiten) worden ook meegewogen. Arbeid dient buiten beschouwing te blijven. Klachten, lijdensdruk en gederfde levensvreugde mogen niet worden meegewogen, zie rapport 'Schade in Schalen'

E: De invaliditeitsschatting

Deze dient theoretisch te gebeuren aan de hand van de ADL en BDL (Activiteiten en Bijzondere activiteiten Dagelijks Leven)-beperkingen. De ernst van de beperkingen dient hierbij te worden weergegeven en vervolgens naar een percentage te worden geconverteerd. In de praktijk wordt de mate van invaliditeit vastgesteld aan de hand van een barèma, tot heden de WPC-schaal (zie bijlage 3, besluit geneeskundig onderzoek artikel 13). De bij de WPC-schaal behorende richtlijnen zijn zeer globaal en laten veel interpretatie ruimte. Men moet grotendeels varen op de diagnose en het individueel professioneel inzicht van de beoordelend arts. Het duiden van de beperkingen en een percentage behoort tot de professionaliteit van de verzekeringsarts. Bij uitzondering kan, met argumenten gemotiveerd, advies aan een extern deskundige worden gevraagd. Deze deskundige moet voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen en werken volgens de bij Defensie gebruikelijke richtlijnen, aan de hand van nog te ontwikkelen gestandaardiseerde vraagstellingen en standaard rapportages. Voor de schatting van het percentage invaliditeit bij de Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) en Lichamelijk Onbegrepen Klachten (LOK) wordt een apart protocol opgesteld waarbij gebruik van aanvullende richtlijnen wordt voorgeschreven.

De WPC schaal

In het rapport 'Schade in Schalen' van de commissie WPC schaal juni 2004 (bijlage 5) wordt deze schaal uitvoerig beschreven. De WPC schaal is aan veel kritiek onderhevig. Zo is hij sterk verouderd en scoort de schaal vaak op basis van een diagnose. De schaal moet echter tot nader order wettelijk worden gebruikt.

Het is feitelijk onmogelijk het gebruik van de WPC-schaal toetsbaar en reproduceerbaar te protocolleren. Toch kunnen, op grond van de omschrijving wel enige richtlijnen, aanvullend op de algemene handleiding worden gegeven:

- Daar waar slechts op basis van een diagnose een minimum en maximum percentage wordt gegeven, kan dit percentage naar beneden worden bijgesteld aan de hand van objectieve beperkingen. Zo geeft de WPC schaal bijvoorbeeld voor een traag hartritme (code 1307) een percentage tussen 10–50%. In de jaren 50 kende men nog geen pacemakers, nu wel. Op basis van een goed werkende pacemaker en het afwezig zijn van beperkingen in het algemeen dagelijks leven kan dan 10% invaliditeit worden gegeven. De discussie dat het volgens de huidige inzichten eigenlijk 0% zou moeten zijn wordt hier niet gevoerd.
- Bij het gebruik van de WPC schaal wordt regelmatig de term ten dele en/of vergelijkender wijs toegepast. Met name wordt dit gebruikt als de betreffende ziekte of gebrek niet in de WPC schaal is benoemd en of naar huidig medisch inzicht te zwaar wordt gewaardeerd in de WPC schaal. Zaken die duidelijk obsoleet zijn of door de huidige behandel methoden weinig of geen beperkingen opleveren worden genuanceerd gewaardeerd b.v. hart en vaatziekten (zie bovenstaand voorbeeld),



aandoeningen van de luchtwegen en infectieziekten. Bij het gehoor wordt niet de spraak-verstaanbaarheid beoordeeld, maar middels een audiogram en toepassing van de gemodificeerde Fletcher methodiek wordt het invaliditeitspercentage berekend. Tevens wordt bij oudere patiënten de presbycusis meegewogen. Het komt er op neer dat bij iedere beoordeling volgens de WPC schaal een individuele afweging moet worden gemaakt. Bij afwezigheid van beperkingen komt men bij de beoordeling meestal tot zeer lage percentages.

- Voor de invaliditeitschatting van psychische aandoeningen wordt verwezen naar de nog in ontwikkeling zijnde specifieke WIA en IP protocollen PTSS en LOK.

Voorbeeld casuïstiek/mediprudentie fysieke aandoeningen

Het is, zoals eerder aangegeven van groot belang dat bij de causaliteitsvraag gebruik kan worden gemaakt van voorbeelden. Daarom zal in de komende jaren een lijst met mediprudentie worden opgebouwd.

Mediprudentie dient meerdere doelen:

1. het creëren van een referentiekader voor de beroepsgroep
2. het geven van feedback aan artsen met daardoor een eenduidig beoordelingskader en betere borging van een uniform beoordelingsproces.
3. het geven van bescherming/ruggesteun aan de beoordelend arts bij eventuele procedures
4. voorkomen van willekeur richting cliënt
5. vergroten van de transparantie in het beoordelingsproces
6. vergroten en uitwisselen kennis met daardoor kwaliteitsverhoging
7. ontwikkelen van een kennis-infrastructuur

Door Intercollegiale toetsing (ICT), intervisie, richtlijnen en uitspraken kan deze mediprudentie vorm worden gegeven.

Concretisering IP beoordeling

Zoals reeds verwoord in het algemene WIA-IP protocol, hebben de WIA en IP beoordeling overeenkomsten met elkaar.

De overeenkomst zit in het verzamelen van de medische gegevens die bij beide beoordelingen grotendeels hetzelfde zijn. Verder wordt bij beide beoordelingen het functioneren in het dagelijks leven uitgevraagd (het zgn. dagverhaal) en wordt een vertaalslag gemaakt van de medische gegevens naar beperkingen/functionele mogelijkheden in het dagelijks leven (en bij de WIA tevens naar beroep). Door deze overeenkomsten tussen beide beoordelingen is het mogelijk de standaard verzekeringsgeneeskundige beoordeling als basis voor de IP beoordeling te nemen. Deze basis beoordeling moet voor de IP beoordeling worden uitgebreid met een aanvullende Dienstverband/causaliteit beoordeling, zoals in deze bijlage beschreven. Tevens dienen de medische bevindingen te worden omschreven in ADL/BDL beperkingen in plaats van in functionele mogelijkheden. Tot slot dient de arts een invaliditeitspercentage te schatten aan de hand van de WPC schaal en dit percentage te beargumenteren.

Schematische voorstelling IP beoordeling/Rapportage

De IP beoordeling kan schematisch als onderstaand worden weergegeven. De rechte tekst betreft de 'basis' onderwerpen welke zowel bij de basis verzekeringsgeneeskundige beoordeling als bij de IP beoordeling moeten worden toegepast. De vette tekst geeft de specifieke onderwerpen aan welke bij de IP beoordeling aanvullend moeten worden meegenomen. Voor een toelichting van de 'basis' wordt verwezen naar bijlage 1 WIA en IP protocol. Voor een toelichting van de specifieke onderwerpen naar bovenliggende tekst en paragraaf C2.

1. een vraagstelling (bijlage 1 WIA-IP protocol: paragraaf 2.1) geformuleerd in termen van mogelijkheden en beperkingen om te functioneren, een invaliditeitspercentage, causaliteit en dienstverband. Concreet dienen de volgende 6 vragen te worden beantwoord:
 - a) Zijn er verwondingen ziekten of gebreken?
 - b) Zo ja, zijn deze veroorzaakt door de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden?
 - c) Dan wel, zijn deze het gevolg van verrichtingen of vermoeienissen aan de uitoefening van de militaire dienst in buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden verbonden, dan wel welke tot uiting zijn gekomen onder overwegende invloed van die verrichtingen of vermoeienissen?
 - d) Dan wel welke zijn ontstaan, tot uiting zijn gekomen of verergerd mede door inwerking van bijzondere zeer nadelige invloeden waaraan de militair in verband met de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden is blootgesteld geweest. (art 2 Besluit Aanvullende AO/IV, artikel 1 Besluit Bijzondere Militaire Pensioenen 65+)



- e) Indien er sprake is van invaliditeit met dienstverband, wat is dan de mate van invaliditeit ten gevolge van de betreffende verwondingen ziekten of gebreken volgens de WPC-schaal en aanvullende richtlijnen zoals omschreven in het WIA-IP protocol en de hiermee, samenhangende (nog in ontwikkeling zijnde) PTSS en LOK protocollen (Deze nadere protocollen zullen hun basis gaan vinden in artikel 13 2^e lid Besluit Procedure Geneeskundig Onderzoek Blijvende Dienstongeschiktheid en Pensioenkeuring Militairen)
- f) Is in voornoemd geval artikel 8 van Besluit AO/IV of artikel 3 BMP van toepassing?
2. een volledige bronvermelding en eigen onderzoeksactiviteiten (bijlage 1 WIA-IP protocol: 2.2) Met name dient de aandacht gevestigd te worden op: PvO (B1)/RMA (B2)/GO 99, MGO (besluit procedure geneeskundig onderzoek) en bronnen die meer inzicht kunnen geven in de causaliteitsvraag (medische consumptie/functioneren vóór, tijdens en, periode tussen ongeval en aanvraag IP, staat van dienst, commandantenmelding etc)
3. onderzoeksbevindingen (bijlage 1 WIA-IP protocol: paragraaf 2.3)
 - a. Beoordelingsgesprek gericht op het functioneren van betrokkene
 - i. medische en functionele voorgeschiedenis
 - ii. Activiteiten in werk (aard, zwaarte, omvang) en dagelijks leven
 - iii. huidige klachten, behandeling en functioneren
 - iv. arbeidssituatie en ervaren belemmeringen
 - v. thuissituatie en ervaren belemmeringen
 - vi. dagverhaal
 - vii. status (medisch, sociaal, beroep) voor, ten tijde en eerste maanden na ongeval, de tijdsperiode tussen ongeval en melding van letsel/gezondheidsklachten, predispositie, pre-existentie, aanwezigheid andere factoren welke het geclaimde onvermogen van betrokkene kunnen verklaren. Zie paragraaf C2
 - b. Visie en toekomstverwachting cliënt ten aanzien van gezondheid; belastbaarheid en werken
 - c. eigen onderzoek en observaties
 - d. informatie van derden
4. diagnose, oorzaak (bijlage 1 WIA-IP protocol: paragraaf 2.4) met interne SMO code. In verband met internationale uitwisseling van gegevens is tevens zo spoedig mogelijk een ICD code gewenst) en een uitspraak over causaliteit (C2).
5. argumentatie (bijlage 1 WIA-IP protocol: paragraaf 2.5)
 - a. eerdere beoordelingen
 - b. samenvatting van de claim
 - c. probleemanalyse
 - d. motivering beperkingen
 - e. prognose en duurzaamheid
 - f. reactie cliënt
6. Conclusie waarin beantwoording vraagstelling (bijlage 1 WIA-IP protocol: paragraaf 2.6)
7. Schatting invaliditeitspercentage met onderbouwing en motivering

Aanvullende opmerkingen

FML versus beperkingen ADL/BDL in relatie tot de WPC schaal

De FML duidt, zoals de naam zegt, de functionele mogelijkheden. Of te wel: tot wat is betrokkene nog in staat in het algemeen dagelijks leven en in het beroepsmatig functioneren.

Als bekend is wat de mogelijkheden zijn in het dagelijks functioneren, is hieruit te destilleren wat de onmogelijkheden of te wel de beperkingen zijn. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de FML gegevens indirect grotendeels gebruikt kunnen worden om de ADL/BDL beperkingen te duiden. Deze beperkingen worden in het stroomdiagram weergegeven in figuur 7b. In tegenstelling tot bij de WIA/Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bepaalt de arts zelf, aan de hand van de beperkingen het invaliditeitspercentage. Een Arbeidsdeskundige heeft hierbij geen rol.

WIA toekenning versus IP toekenning:

De WIA kent een strikte beoordeling: bij twijfel dient geen toekenning plaats te vinden. De Militaire pensioenwetgeving is echter ruimhartig: bij twijfel dient toegekend te worden. Deze verschillende benaderingen kunnen leiden tot onbegrip bij betrokkene. Dit is grotendeels te vermijden door goede scholing van de beoordelende arts en door goede voorlichting aan betrokkene. Aan de cliënt dient te worden uitgelegd dat een eventueel vastgesteld invaliditeitspercentage niet automatisch inhoudt dat ook sprake is van arbeidsongeschiktheid krachtens de WIA, die immers op een heel ander uitgangspunt berust. Deze voorlichting dient vóór de beoordeling te worden gegeven. Op de verschillende uitgangsprincipes en daardoor mogelijk verschillende uitkomsten van de percentages voor WIA versus IP moet worden gewezen.

Stroom diagram

Zie protocol WIA en IP beoordeling



Coaching, kwaliteitsbevordering en toetsing IP beoordeling

Grotendeels worden de instrumenten hiervoor overgenomen van de UWV/WIA. De IP beoordeling kent immers een aanzienlijke overlap met de algemene verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Deze coachings en toetsingsinstrumenten staan beschreven in bijlage 1 en zijn grotendeels geprotocolleerd. De Pensioenverzekeringsautoriteit (PvA) dient hierbij een centrale rol te vervullen. Naast kennis over de toetsing van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling dient de PvA kennis te hebben van dienstverband, causaliteit en de invaliditeitschatting. De PvA dient onafhankelijk te zijn van zowel het UWV, het ABP als de Defensie Organisatie. De PvA dient terug te koppelen naar het ministerie. Voor een commissoriale toetsing van de IP beoordeling bestaat geen noodzaak, noch voor de WIA-IP beoordeling.

Daarnaast dient de kwaliteit en coaching te worden bevorderd door frequent intercollegiaal overleg tussen ABP en UWV artsen en twee maandelijks ICT overleg met eerdergenoemde en de BMB. De PvA dient deze bijeenkomsten te bewaken en actief te leiden namens het Ministerie. Mediprudentie dient tijdens deze bijeenkomsten te worden opgebouwd. Het protocol WIA IP dient op initiatief en onder begeleiding van de PvA jaarlijks te worden herzien en verder te worden uitgebouwd. De eindverantwoordelijkheid voor de protocollering, aangaande het IP gedeelte blijft bij Defensie. In ICT verband nemen zowel de medisch adviseur juridische aangelegenheden als de medisch adviseur sociaal medisch beleid van het ministerie van Defensie deel aan deze tweemaandelijks bijeenkomsten.

Checklist causaliteit

| | ja | nee | Toelichting indien 'ja' |
|---|----|-----|-------------------------|
| 1. klachten/beperkingen niet objectiveerbaar | | | |
| 2. klachten/beperkingen niet plausibel/consistent | | | |
| 3. 1 ^o ziektedag ≠ ongevalsdatum/blootstelling | | | |
| 4. aanwezigheid pre existentie | | | |
| 5. aanwezigheid pre-dispositie | | | |
| 6. aanwezigheid co-morbiditeit | | | |
| 7. optreden andere aandoeningen sinds ongeval | | | |
| 8. optreden andere aandoeningen sinds/rond claim | | | |
| 9. medische consumptie vlak vóór en rond het ongeval | | | |
| 10. medische consumptie vlak vóór en rond de claimdatum | | | |
| 11. Intoxicaties voor blootstelling? | | | |
| 12. Intoxicaties na blootstelling | | | |
| 13. mediprudentie bekend | | | |
| 14. doorgemaakte (andere) life events | | | |
| 15. levensfase problematiek? | | | |
| 16. sociale/relatie problematiek | | | |
| 17. Knik in levensloop beroep vóór of na het trauma/de blootstelling? | | | |
| 18. Knik in levensloop privé vóór of na het trauma/de blootstelling | | | |
| 19. knik in levensloop hobby sport vóór of na het trauma/de blootstelling | | | |
| 20. negatieve beleving dienstperiode? | | | |



| | ja | nee | Toelichting indien 'ja' |
|---|----|-----|-------------------------|
| 21. bijzonderheden gezin/familie | | | |
| 22. Tijdsinterval tussen letsel/blootstelling en claim langer dan 1/2 jaar? | | | |



BIJLAGE 2.

PTSS Protocol

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

Dit protocol is opgebouwd uit twee delen:

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

Beide delen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

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

Artsen die met dit protocol willen werken moeten hiervoor specifieke scholing hebben gevolgd. Deze scholing zal nog nader worden omschreven.

Validatie van de voorgestelde schattingsmethodiek wordt nagestreefd.

Dit protocol is opgesteld door:

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

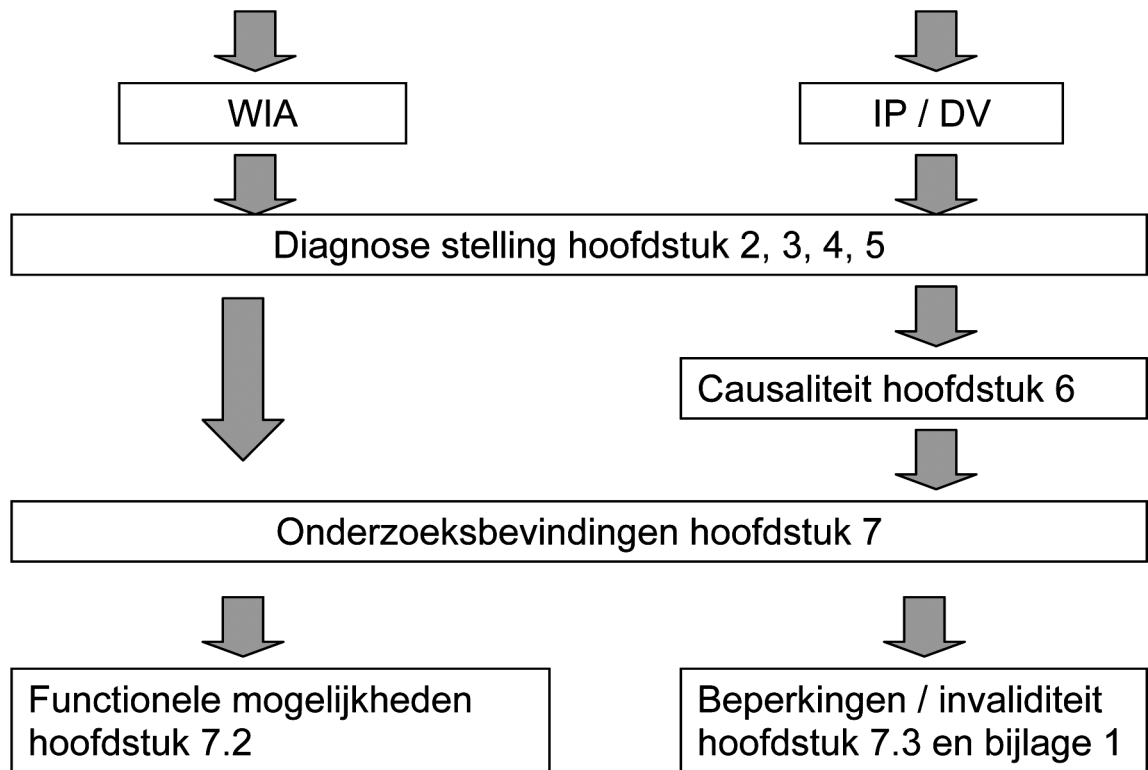
Externe adviseurs:

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

Aanvulling op WIA-IP protocol Defensie

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

PTSS - WIA en / of IP / DV beoordeling:
Aanvullingen op het algemene WIA –IP protocol





PTSS Protocol

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

Voorwoord

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

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

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

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

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

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

Den Haag, Juni 2007

J.H. Paulusma-de Waal, projectleider.

1. Epidemiologische gegevens

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

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

In grote Amerikaanse onderzoeken bij groepen met een hoog risico worden hoge percentages PTSS gevonden bij verkrachtingsslachtoffers, bij militairen met oorlogservaring, bij overlevenden van genocide en bij overlevenden van marteling.

Ernst duur en nabijheid van de traumatische gebeurtenis zijn van invloed op de ontwikkeling en ernst van PTSS.

Er is enig bewijs dat andere factoren van invloed zijn op ontstaan, duur en ernst van de PTSS: persoonlijkheidsvariabelen, reeds eerder aanwezige psychiatrische aandoeningen, ervaringen in de kindertijd, kracht van het sociale steunsysteem en de familiegeschiedenis worden in dit kader genoemd. Ook erfelijkheid en het voorkomen van depressieve stoornissen bij eerste graad familieleden.



den geeft een verhoogde kans op PTSS. Als de stress factor extreem is kan PTSS zich ontwikkelen bij mensen zonder enige predisponerende factor.

2. Omschrijving PTSS aandoening

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

2.1. Criteria PTSS

- A. De betrokkene is *blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij aan beide onderstaande voorwaarden moet zijn voldaan*:
- betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met een of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen.
 - tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
- B. De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend *herbeleefd op een (of meer) van de volgende manieren*:
- recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen.
 - recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis.
 - handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren ook het gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties, en dissociatieve episodes met flashbacks, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie).
 - intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
 - fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
- C. Er is sprake van aanhoudend *vermijden van prikkels* die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) *zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende* omschrijvingen:
- pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma, te vermijden.
 - pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden.
 - onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
 - duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten.
 - gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen.
 - beperkt spectrum van gevoelens (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben).
 - gevoel een beperkte toekomst te hebben (verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen of geen normale levensverwachting).
- D. Er is sprake van aanhoudende symptomen van *verhoogde prikkelbaarheid* (niet aanwezig voor het trauma) *zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende* voorbeelden:
- moeite met inslapen en doorslapen.
 - prikkelbaarheid of woede uitbarstingen.
 - moeite met concentreren.
 - overmatige waakzaamheid.
 - overdreven schrikreacties.
- E. De duur van de stoornis (symptomen in B, C en D) is langer dan een maand.
- F. De stoornis veroorzaakt in belangrijke mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig of algemeen maatschappelijk functioneren.

2.1.1. Toelichting bij Criteria/Rubrieken

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

Rubriek A

Deze rubriek is essentieel voor de diagnose: Met name de doodsangst en het levensbedreigende karakter moeten aanwezig zijn, naast het tweede criterium. Meervoudige ernstige traumatische ervaringen vergroten de kans op het ontstaan van een PTSS en kunnen bijdragen aan ernst en de duur



hiervan. Met andere woorden het kwalitatieve en kwantitatieve aspect van het psychotrauma in en door de dienst moet onderzocht en meegewogen worden bij het vaststellen van de ernst van de PTSS. Als bij het meemaken van een traumatische gebeurtenis geen ervaring van intense (doods)angst of afschuw, schaamte of woede optreedt, is de kans op het ontwikkelen van een PTSS zeer klein.

Rubriek B

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

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

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

Rubriek C

De eerste drie aspecten van vermijden die duidelijk gelieerd zijn aan het doorleefde trauma dragen meer bij aan de ernst van de posttraumatische stresstoornis dan de volgende vier aspecten. De laatste vier zijn niet typisch voor een PTSS en komen ook voor bij andere psychische stoornissen. Zij kunnen een teken zijn van co-morbiditeit.

Als een van de eerste drie, direct aan het psychotrauma gelieerde symptomen van vermijding, gecombineerd voorkomen met een of meerdere vormen van vermijding die niet direct zijn gelieerd met het oorspronkelijke trauma, dan dienen deze laatste symptomen zwaarder te worden meegewogen bij de vaststelling van de ernst van de PTSS dan als wanneer de laatste vier zonder de eerste drie voorkomen.

Rubriek D

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

2.2. Nadere specificatie PTSS diagnose

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

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

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

Officieel geeft de DSM bovenstaande limieten aan. De praktijk van tegenwoordig kent een iets ander tijdspad, zie schema na 2.3.5. Volgens 'good practise' wordt dit officieuze tijdspad verder aanhouden.

2.3. Aanvullende diagnostische klinische omschrijvingen

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



2.3.1. Latente, later manifeste PTSS

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3. PTSS na complexe traumatische gebeurtenissen (T2 PTSS)

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

De T2 PTSS gaat vaak gepaard met een persoonlijkheidsverandering en tevens ook vaak, vanaf het



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

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

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

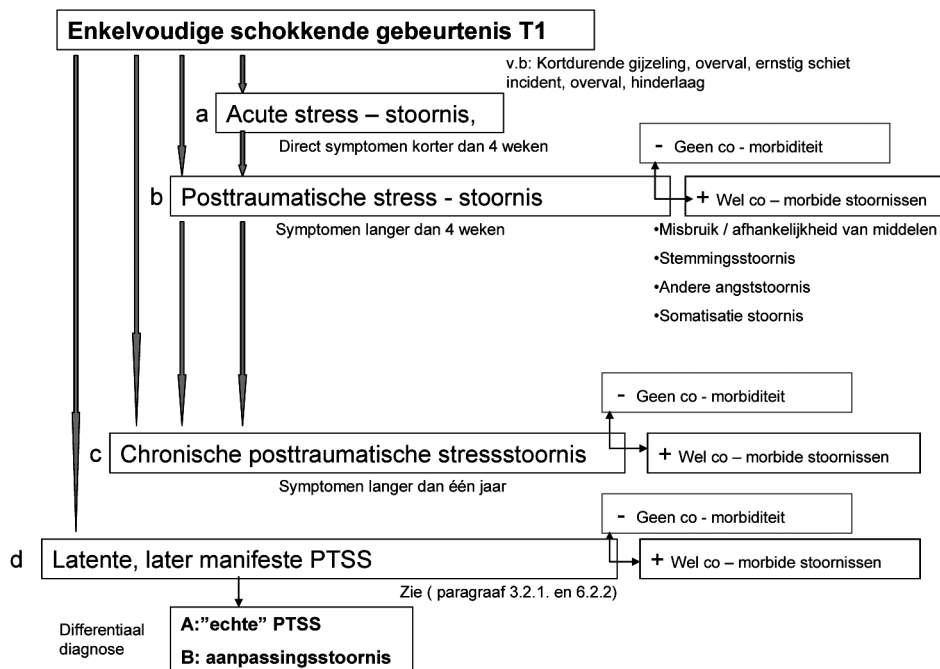
- verandering in de regulatie van affect en impulsen
- verandering in aandacht en bewustzijn
- verandering in de zelf perceptie
- veranderde perceptie van de dader
- verandering in de relatie met anderen
- somatisatie
- verandering in zingeving
- voornamelijk voorkomend bij jong volwassenen

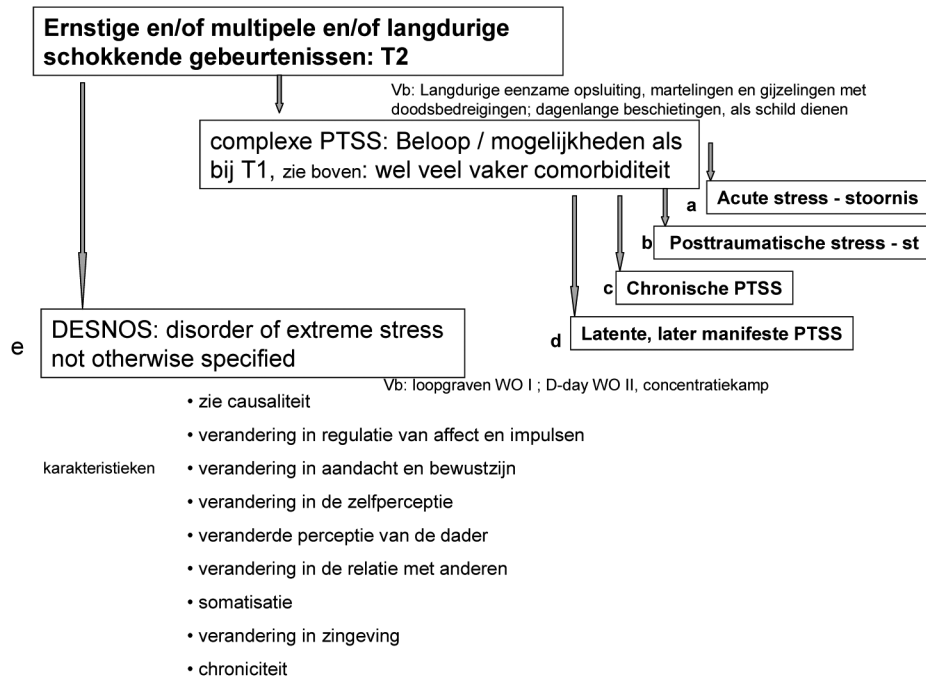
De DESNOS verloopt meestal chronisch. Als een DESNOS zich ontwikkelt na een enkelvoudig traumatische gebeurtenis dan dienen vraagtekens bij de diagnose te worden gezet.

2.3.5. 'Partiële PTSS'

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

Schematische weergave beloop PTSS





3. Diagnostiek PTSS

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

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

- As – 1 (klinische stoornissen)

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

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

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

- As – 2 (Persoonlijkheidsstoornissen)

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

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



Het is voor de diagnostiek en het te geven behandeladvies van groot belang dat een persoonlijkheidsonderzoek wordt verricht om meer licht te werpen op de aard van de co-morbiditeit op as I en II, bijvoorbeeld in de vorm van een Minnesota Multiphased Personality Inventory (MMPI II). Draaglast en draagkracht, kwetsbare en sterke persoonlijkheidsfactoren worden zichtbaarder en helpen bepalen hoe de betrokkene het beste een modulair opgebouwd traject kan doorlopen.

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

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

De volgende ziektebeelden komen regelmatig tegelijkertijd voor bij PTSS:

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

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

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

4. Behandeling

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

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

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

4.1. Behandeling PTSS na T1 trauma

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



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

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

4.2. Behandeling PTSS na T2 trauma

Het zoeken van hulp wordt bij deze categorie vaak langere tijd uitgesteld. Door de tijd heen raakt het beeld meestal gecompliceerd met co-morbide stoornissen, waardoor een goed/helder beeld van de oorspronkelijke stoornis moeilijk zichtbaar is te maken. Alvorens tot behandeling over te gaan dient een uitgebreid psychiatrisch diagnostisch profiel te worden gemaakt, waarop de behandeling wordt afgestemd.

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

In de loop van de behandeling kan afhankelijk van de draagkracht van de betrokkenen al of niet gestart worden met trauma focussed behandeling, in de groep of individueel, al dan niet ondersteund door EMDR. Tevens is cognitieve gedragstherapie een optie. Indien (nog) niet mogelijk, is symptoombehandeling van groot belang: agressietraining, relatietherapie, antidepressieve medicatie, soms is opname onontkoombaar waarbij het structurerende karakter ervan therapeutisch kan zijn. In zo'n casus wordt gestreefd naar herstel van mogelijkheden vanuit het 'gehandicapten' model. Modules van behandeling worden ingezet aan de hand van de diagnostische overwegingen.

4.3. Zorgsysteem civiel militair

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

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

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

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

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



een beoordeling van de invaliditeit worden gedaan: Zorg gaat voor.

5. Prognose en herstelbelemmerende factoren

Hoe eerder de betrokken militair of veteraan met PTSS wordt geïdentificeerd en behandeld, des te beter de prognose. Hoe minder co-morbiditeit hoe beter de prognose.

Psycho-educatie voor, tijdens en na uitzending, ook aan de partners, cq de familie van betrokkene is van groot belang. In het verleden, denk daarbij aan bijvoorbeeld Libanon (1979–1985), was daar betrekkelijk weinig kennis van en aandacht voor.

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

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

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

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

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

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

6. Causaliteit/dienstverband en chronische PTSS

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

6.1. Algemene uitgangspunten causaliteit bij PTSS

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

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

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

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

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



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

6.2. Specifieke aandachtspunten bij PTSS en causaliteit

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

6.2.1. Oorzakelijk versus verergerend dienstverband bij PTSS

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

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

Regels causaliteit bij PTSS in relatie tot oorzakelijk en verergerend dienstverband

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

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

6.2.2. Co-morbiditeit bij PTSS en dienstverband

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

Regels dienstverband en causaliteit bij PTSS met co-morbiditeit

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

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

T1 traumatische gebeurtenis en PTSS

- **T1 PTSS welke volgens huidig inzicht destijds niet goed is begeleid (geen hulpvraag, hulpvraag is niet herkend, geen hulpaanbod gegeven of behandeling volgens huidig inzicht toe aan revisie).**

Tevens heeft co-morbiditeit zich ontwikkeld: een slechte begeleiding kan resulteren in het ontstaan van (veel) co-morbiditeit. Deze co-morbiditeit dient dan in principe te worden toegeschreven aan het ongeval in en door de dienst, tenzij andere factoren duidelijk een overwegende rol hebben gespeeld. Een verergerend dienstverband wordt aangenomen.

- **T1 PTSS goed begeleid en herstellend, maar in de loop van de herstelperiode andere persistente psychische pathologie/co-morbiditeit ontwikkeld:** deze co-morbiditeit dient medisch los te worden gezien van het trauma en niet te worden gehonoreerd met een IP, mits zwaarwegende medische argumenten worden aangedragen om toch tot een andere beslissing te komen.
- **T1 PTSS goed begeleid maar niet volledig hersteld. Jaren later toename klachten t.g.v. omgevingsfactoren, persoonsgebonden factoren, ziekte/leeftijd etc. Tevens dan ontstaan van veel co-morbiditeit in de vorm van een depressie en angststoornissen:** in deze casus dient voor de PTSS een verergerend dienstverband te worden aangenomen. Een verergering van de PTSS door de omgevingsfactoren leidt niet tot een hoger percentage. De co-morbiditeit dient causaal buiten beschouwing te blijven.
- **T1 PTSS ondanks gelijk goede behandeling chronisch beloop, met vanaf het begin co-morbiditeit:** Verergerend dienstverband voor het hele psychiatrische beeld, tenzij zwaarwegende medische argumenten worden aangedragen om toch tot een andere beslissing te komen.
- **T1 Latente, later (gedeeltelijk) manifest geworden PTSS met co-morbiditeit:** Hierbij dienen twee opties te worden onderscheiden (Zie opmerkingen paragraaf 2.3.1.):
 - A) de 'echte' latente PTSS, later manifest geworden.
Bij deze uiting dient voor de PTSS een verergerend dienstverband te worden aangenomen evenals voor de co-morbiditeit, tenzij zwaarwegende medische argumenten worden aangedragen om tot een andere beslissing te komen.
 - B) de aanpassingsstoornis al dan niet gepaard gaande met stemming-, angst- en/of gedragsstoornissen.
Bij deze vorm wordt geen causaliteit aangenomen. Een invaliditeitspercentage wordt niet toegekend.

T2 traumatische gebeurtenis en PTSS

- **T2 Chronische PTSS**
PTSS kan samengaan met, angst, middelen gebruik, depressie, somatoforme beelden en impulsgedrag. Soms wordt deze co-morbiditeit veroorzaakt door hetzelfde trauma, dat ook de PTSS heeft veroorzaakt. Dit komt vaak voor bij T2 chronische PTSS. Bij deze T2 PTSS beelden wordt in principe een oorzakelijk dienstverband toegekend. Zowel de beperkingen die toegeschreven worden aan de PTSS als aan de co-morbide stoornissen moeten worden verdisconteerd in het IP percentage. Dit geldt ook als deze co-morbide stoornissen pas later in het beloop van de PTSS optreden, tenzij zwaarwegende medische argumenten worden aangedragen om tot de conclusie te komen dat het trauma niet in overwegende mate de co-morbiditeit heeft veroorzaakt.
- **DESNOS**
Een oorzakelijk dienstverband wordt aangenomen. Alle co-morbiditeit dient te worden meegewogen, met als aantekening dat deze diagnose absoluut gekoppeld is aan T2 traumatische gebeurtenissen. Indien slechts sprake is geweest van een enkelvoudige traumatische gebeurtenis, dan moet de diagnose ernstig worden heroverwogen.

6.2.3. Latente, later manifeste PTSS, verzekeringsgeneeskundige weging

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

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



Gezondheidsraad in het protocol angststoornissen 2007. 'Tot de traumatische gebeurtenissen welke een PTSS kunnen veroorzaken behoren ook: arbeidsconflicten, (dreigend) ontslag, echtscheiding, verlies dierbare'. Deze gebeurtenissen, hoeven niets met het diensttrauma te maken te hebben.

6.2.4. Weging beperkingen met en zonder dienstverband

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

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

7. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling en rapportage

Bij deze beoordeling kan een uitspraak worden gedaan over enerzijds de WIA aanspraak en anderzijds over het bestaan van DV met al dan niet een IP recht.

Voor de basisprincipes van deze beide beoordelingen wordt allereerst verwezen naar het WIA-IP protocol. Enkele aspecten hieruit worden onderstaand nog eens benadrukt in relatie tot PTSS. Tevens worden aanvullende richtlijnen beschreven voor specifiek het beoordelen van de beperkingen bij PTSS/psychische aandoeningen in het kader van het IP recht.

7.1. Enkele Aspecten van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming bij PTSS

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

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

- de aanwezigheid van preëxistente, luxerende en ziektebestendige factoren met tevens dan het duiden van deze factoren
- de aanwezigheid van co-morbiditeit

- de eventueel aanwezige gemotiveerde relatie tussen deze co-morbiditeit en de militaire dienstverrichting, naast de weging van deze relatie (niet, enigszins, gedeeltelijk doch meer of minder dan 50%, of grotendeels)
 - de weging van co-morbiditeit bij het duiden van de beperkingen, als deze co-morbiditeit geen relatie heeft tot de dienstverrichting (beperkingen niet, in geringe mate, gedeeltelijk of grotendeels veroorzaakt door deze co-morbiditeit)
 - het geprotocolleerd duiden van de beperkingen en de ernst hiervan
- Van de geraadpleegde psychiater wordt niet gevraagd om een uitspraak te doen over het invaliditeitspercentage. Doet hij/dit toch dan hoeft aan dit oordeel geen beslissende betekenis te worden toegekend. De verzekeringsarts dient op basis van eigen argumenten en onderzoek tot een vaststelling van de beperkingen en een bepaling van het invaliditeitspercentage te komen.
- *Dubbele beoordelingen*: Onderzoek door twee verzekeringsartsen kan meerwaarde hebben bij problematische beoordelingen. Indicaties kunnen zijn:
 - claim dienstverband wegens psychische klachten, indien de eerste claim meer dan vijf jaar na het psychotrauma ligt.
 - bij twijfel voor wat betreft de conclusies door de verzekeringsarts zelf
 - bij een claim met co-morbide psychische stoornissen, die waarschijnlijk niet aan de dienst kunnen worden toegeschreven.
 - bij een claim met preëxistente en ziektebestendigende factoren
 - *Verzekeringsgeneeskundige Rapportage*: Uitgegaan wordt van de standaard onderzoeksmethodieken van de verzekeringsarts. Uit de rapportage moet duidelijk worden dat naar gegevens is gezocht in een aantal velden rondom de claim. Al deze gegevens zijn de basis voor de verzekeringsgeneeskundige oordeels- en besluitvorming aangaande het vastleggen van de psychische beperkingen in relatie tot de dienstverband aandoening. Deze velden worden onderstaand beknopt besproken:
 - Psychische klachten en stoornissen: Hiervoor geldt de informatie van de curatieve sector als uitgangspunt. Alleen gemotiveerd kan hiervan worden afgeweken. Naast het onderzoek naar PTSS dienen co-morbide ziekten apart te worden gediagnosticeerd. De behandelingen in verleden en heden moeten bekend zijn. Somatische klachten en stoornissen moeten worden nagevraagd/uitgesloten. Hierbij is behalve eigen onderzoek op indicatie ook informatie van de curatieve sector van belang.
 - Werk: Aanwezigheid van chronische stressoren zoals ervaren door betrokkene of loopbaanproblematiek.
 - Privé: Aanwezigheid van chronische stressoren zoals ervaren door betrokkene. Inzicht in de balans werk/privé.
 - Persoonlijkheidsfactoren: Deze zijn van essentieel belang om in kaart te brengen vanwege zowel het preëxistente aspect als het ziektebestendigende aspect. Dit zelfde geldt voor persoonlijkheidstrekken zoals afhankelijke, dwangmatige of in het algemeen trekken die wijzen op persoonlijkheidsproblematiek in de clusters a, b en/of c. Ook rigide copingstijlen kunnen van belang zijn (altijd alles onder controle willen hebben, geen grenzen kunnen aangeven, steeds over eigen grenzen heengaan). Tevens dient te worden nagegaan of er sprake van levensfaseproblematiek is. De verzekeringsarts zal dit (deels) zelf kunnen uitzoeken en op indicatie hiernaar een persoonlijkheidsonderzoek kunnen laten verrichten. Dit kan eventueel in het kader van een expertise.
 - Dagverhaal/functioneringsniveau: Het dagverhaal c.q. het functioneringsniveau dient zicht te geven op het gemiddelde functioneren van de laatste twee weken vooraf gaand aan het desbetreffende onderzoek. Men dient vooral een globaal beeld te krijgen van waaruit de consistentie kan worden afgeleid over een bepaalde tijdspanne en niet alleen specifiek onderzoek naar een dag van bijvoorbeeld de dag vóór het onderzoek.
 - Voorgeschiedenis: bijzondere aandacht dient er te zijn voor de aard en de ernst van het trauma (enkelvoudig, complex), het functioneren van betrokkene de jaren voor en na het trauma voorafgaand aan de claim (aanpassingsstoornis of latente, later manifeste PTSS)
 - Onderzoek: eigen onderzoek met observaties van de algemene indruk, affect, gedrag, stemming, coherentie van het verhaal, realiteitszin en gegevens van het eigen psychisch onderzoek eventueel aangevuld met bijv. de 4 dkl vragenlijst. Tevens dient de visie van betrokkene op te worden verwoord met betrekking de ernst van zijn beperkingen en mogelijkheden en zijn mening over de causaliteit.
 - Beschouwing: Hierbij dient een weging te volgen van de voorgaande informatie zodat er een multifactorieel inzicht ontstaat waaruit a) de huidige medische eindtoestand onderbouwd kan worden, b) de beperkingen en mogelijkheden op hoofdlijnen kunnen worden geduid met verwijzing naar de FML en de IP beoordelingslijst psychische beperkingen (zie hoofdstuk onderstaand) en c) een uitspraak over de medische causaliteit/het dienstverband kan worden gedaan.
 - Conclusie: na een eventuele bijstelling van de overwegende argumenten op basis van visie en informatie van betrokkene volgt de conclusie over de beperkingen, de functionele mogelijkheden en de causaliteit.



7.2. Aanvullende richtlijnen WIA beoordeling in relatie tot PTSS.

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

7.3. Aanvullende richtlijnen IP beoordeling in relatie tot PTSS.

7.3.1. Vertrekpunten

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

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

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

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

7.3.2. Nieuwe schattingsmethodiek bij psychische invaliditeit

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

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

Operationalisering van de beperkingen:

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

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

- Rubriek 1: *Activiteiten van het dagelijkse leven*, met als 4 subrubrieken: persoonlijke hygiëne en zelfzorg, mobiliteit, slapen, seksuele functie



- Rubriek 2: *Sociaal functioneren*, met als 3 subrubrieken: basale communicatie, communicatief sociaal functioneren en communicatieve emotionele vaardigheden.
- Rubriek 3: *Concentratie doorzettingsvermogen en tempo*, met als 2 subrubrieken structuur aanbrengen en huishoudelijke activiteiten.
- Rubriek 4: *Adaptatie aan stressvolle omstandigheden*, met als enige subrubriek het omgaan met stressvolle gebeurtenissen.

Omschrijving van het normale functioneren op subrubriek niveau:

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

Classificatie ernst van de beperkingen

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

Omschrijving ernst van de beperkingen op subrubriek niveau

Van elke subrubriek is, zoals bovenstaand weergegeven een omschrijving gemaakt van het normale functioneren. Met deze omschrijving als (normaal) uitgangspunt zijn vervolgens de tot deze subrubriek behorende beperkingen naar ernst beschreven. In tabel 2 staat als voorbeeld het normale functioneren en de uitgewerkte classificatie van subrubriek 1. In bijlage 1 staan alle subrubrieken per klasse verwoord.

Het duiden van een percentage invaliditeit.

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



Tabel 1

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



Tabel 2

| Persoonlijke Hygiëne, Zelfzorg (subrubriek 1) 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. |

¹ Zie bijlage 1.

Tabel 3

| Beperkingen | | Klasse 0 | Klasse 1 | Klasse 2 | Klasse 3 | Klasse 4 | Klasse 5 | Toelichting ¹ |
|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------|
| | | Geen | Gering | mild | matig | ernstig | extrem | |
| Score Rubrieken | Score Subrubrieken | | | | | | | |
| Activiteiten dagelijkse leven (1) | 1. Hygiëne en zelfzorg | x | | | | | | |
| | 2. Mobiliteit | | | | | x | | |
| | 3. Slapen | | | | x | | | |
| | 4. Seksuele functie | | | | | x | | |
| Rubrieksubscore (1): 11:4 = 2,75 | Subrubriek subscore:11 (0+4+3+4 = 11) | | | | | | | |
| Sociaal functioneren (2) | 5. Basale Communicatie | x | | | | | | |
| | 6. Sociale activiteiten | | | | x | | | |
| | 7. Communicatieve (emotionele)vaardigheid | | | | | x | | |
| Rubrieksubscore (2): 7:3 = 2,5 | Subrubriek subscore:7 (0+3+4=7) | | | | | | | |
| Concentratie, volharding en tempo (3) | 8. Structuur aanbrenge | | | | x | | | |
| | 9. Huiselijke activiteiten | | | x | | | | |
| Rubrieksubscore (3): 5:2 = 2,5 | Subrubriek subscore:5 (3+2=5) | | | | | | | |
| Adaptatie aan stressvolle gebeurtenissen (4) | 10. Omgaan met stressvolle omstandigheden | | | | x | | | |
| Rubrieksubscore (4): 3:1 = 3 | Subrubriek subscore:3 | | | | | | | |
| (Gemiddelde) Rubriekscore: 10,75:4 = 2,7 | (Gemiddelde) Subrubriekscore: 26:10 = 2,6 | | | | | | | |

Invalideitspercentage berekend via rubrieken: **Rubriekscore = 2,7**. Op de schaal van 0-5 geeft dit 54%, dus klasse 50-55. Dit geeft 50% voor het Militair Invaliditeit Pensioen

¹ Gemotiveerd mag hiervan van worden afgeweken



7.3.3. Onderscheid aandoeningen en beperkingen met en zonder DV

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

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

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

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

Overigens moet men zich wel realiseren dat groep 2 in de toekomst, bij proportionele toerekening, oververtegenwoordigd raken of te gemakkelijk wordt gebruikt. Want deze groep vereist immers het minst een duidelijke stelling name van de beoordelaar. De motivatie voor deze groep moet tegen die tijd extra kritisch worden getoetst.

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



Bijlage 1: Beoordelingslijst vastleggen psychische beperkingen

*Opmerkingen vooraf**

Deze lijst is ontwikkeld voor het vastleggen van de psychische beperkingen in het kader van de invaliditeitsbeoordeling. De lijst dient alleen te worden gebruikt door een terzake deskundig arts. Het invullen van de scoringslijst is telkens het resultaat van een daaraan voorafgaande, in een rapportage vastgelegde verzekeringsgeneeskundige beoordeling, waarin de bevindingen en overwegingen duidelijk zijn verwoord.

De activiteiten en de hierbij behorende functionele mogelijkheden/beperkingen zijn ingedeeld op subrubriek niveau. De ernst van de beperkingen is onderverdeeld in zes klassen, lopend van 0 (geen beperking) tot 5 (extreem beperkt). De ernst van de beperking is per klasse nader gedefinieerd. De beoordeling en het gebruik van de lijst dienen geprotocolleerd te gebeuren. De beperkingen worden per subrubriek weergegeven in een klasse lopend van 0 tot en met 5. Vervolgens wordt per rubriek de subscore bepaald door de scores van de tot die rubriek behorende subrubrieken bij elkaar op te tellen en de som te delen door het desbetreffende aantal subrubrieken. Daarna worden de subscores van de 4 rubrieken bij elkaar opgeteld en gedeeld door vier. Dit quotiënt, zijnde een getal tussen de 0–5, geeft de gemiddelde rubriekscore aan. De waarden 0–5 vertegenwoordigen een percentage tussen de 0–100%. De vertaalslag van rubriekscore naar invaliditeitspercentage geschiedt vervolgens lineair en wordt weergegeven in stappen van 5%. Zo komt een gemiddelde rubriekscore van 2,4 uit op een percentage van 48%, zijnde een schatting tussen 45–50%. Zie voor een schematische weergave van de beperkingenscore het voorbeeld in hoofdstuk 7, tabel 3.

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

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



Activiteiten van het dagelijks leven (rubriek 1)

Persoonlijke Hygiëne, Zelfzorg (subrubriek 1)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. |

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Mobiliteit (subrubriek 2)¹

| 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. |

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Tevens: hoe is betrokkene op het spreekuur gekomen?

Slapen (subrubriek 3)¹

| 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. |

¹ Zie opmerkingen vooraf.



Seksuele functie (subrubriek 4)¹

| | | |
|-------|----------------------|---|
| 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. |

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Tevens: het gaat om verlies aan functioneren. Indien nooit/niet seksueel actief (geweest) dan ook niet scoren. Ook rekening houden met activiteiten niveau per leeftijdsgroep. Gegevens nauwelijks objectiveerbaar. Alleen scoren indien duidelijk uit eerdere verslaglegging blijkt dat voor dit probleem specifieke behandeling/hulp is gezocht bij een professioneel deskundige.

Rubriek 1 subscore: (subrubriek 1 ... + subrubriek 2 ... + subrubriek 3 ... + subrubriek 4 ...) : 4 = ...

Sociaal functioneren (rubriek 2)

Basale Communicatie (cognitieve aspecten) (subrubriek 5)¹

| | | |
|-------|----------------------|--|
| Score | Klasse 0 (Definitie) | Zich verstaanbaar maken met mondelinge taaluitingen. Geen wartaal spreken. De realiteit horen en zien, geen hallucinaties, wanen of andere psychotische belevingen. Zich verstaanbaar maken met schriftelijke taaluitingen. In staat gedachten op papier te zetten. Zelfstandig kunnen werken met een toetsenbord. |
| | Klasse 1 | Heeft soms, niet elke dag, (wat) moeite zich duidelijk begrijpelijk verstaanbaar te maken in woord, gebaar of geschrift. Heeft soms moeite de gedachten te verwoorden of op papier te zetten. Interpreteert waarnemingen soms verkeerd door een magisch/chaotisch of door angst verstoord denkproces. Onderkent dit en kan dit compenseren. Geen hulp nodig. |
| | Klasse 2 | Heeft vrijwel dagelijks wat moeite zich duidelijk begrijpelijk verstaanbaar te maken in woord, gebaar of geschrift. Heeft moeite de gedachten te verwoorden of op papier te zetten. Interpreteert waarnemingen verkeerd. Onderkent dit maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning. Heeft paar maal per week begeleiding nodig. Kan verder zelfstandig functioneren. |
| | Klasse 3 | Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog zelfstandig functioneren. |
| | Klasse 4 | Is voor vrijwel alle bovengenoemde activiteiten afhankelijk van hulp. Soms, niet elke dag, gestoorde percepties zintuiglijke waarnemingen (hallucinaties, drogbeelden). Kan het grootste deel van de dag niet zonder hulp. |
| | Klasse 5 | Bijna dagelijks gestoorde percepties zintuiglijke waarnemingen. Volledig hulpbehoevend. |

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Voor communicatief sociale vaardigheden zie subrubriek 6.

Sociale activiteiten (communicatief sociaal functioneren, sociale en recreatieve activiteiten) (subrubriek 6)¹

| | | |
|-------|----------------------|---|
| Score | Klasse 0 (Definitie) | Kan normaal met instanties communiceren: in staat om met normale taal en gebaren gedachten en ideeën begrijpelijk voor een ander te verwoorden en toe te lichten (contacten met autoriteiten, gezag instanties, middenstand, dienstverlening, etc.). Geen gezagsproblemen of autoriteitsconflicten hierbij in de vorm van vocaal/fysiek geweld of misbruik. Kan zonder ruzie en conflicten omgaan met buurt, kennissen en vrienden. Heeft een stabiele vrienden/kennissenkring, zonder (voortdurende) irritaties of conflicten. Kan meestal persoonlijke gevoelens op een voor een ander duidelijke acceptabele manier verwoorden of tot uiting brengen. Kan een conflict met agressieve of onredelijke mensen in rechtstreeks contact hanteren. Kan zich inleven in de problemen van anderen, maar daarvan ook afstand nemen in gedrag en beleving. Kan in groepsverband functioneren. Kan in onderlinge afstemming met anderen een taak gemeenschappelijk uitvoeren. Staat open voor ideeën en suggesties en houdt rekening met anderen. Heeft voldoende variatie in recreatieve activiteiten. Komt regelmatig tot deze activiteiten en participeert hierin actief. |
|-------|----------------------|---|



| | |
|----------|---|
| Klasse 1 | <p>Met instanties communiceren: met enige moeite in staat om met normale taal en gebaren gedachten en ideeën begrijpelijk voor een ander te verwoorden en toe te lichten. Heeft enige moeite om gezagsproblemen of autoriteitsconflicten te vermijden. Provoceert soms.</p> <p>Omgaan met buurt, kennissen en vrienden: heeft enige moeite persoonlijke gevoelens op een voor een ander duidelijke acceptabele manier te verwoorden of tot uiting brengen. Heeft kleine vrienden/kennissenkring. Heeft moeite een conflict met agressieve of onredelijke mensen in rechtstreeks contact hanteren. Laat conflict soms escaleren. Kan zich inleven in de problemen van anderen, maar daarvan soms wat moeilijk afstand nemen.</p> <p>In groepsverband functioneren: heeft enige moeite te functioneren in teamverband als taken niet duidelijk staan omschreven. Houdt niet veel rekening met anderen.</p> <p>Recreatieve activiteiten: doet weinig in clubverband of als vrijwilliger. Heeft diverse wijzen van tijdverdrijf. Komt hier wel minder aan toe.</p> <p>Onderkent de tekortkomingen en weet deze te compenseren. Geen hulp nodig.</p> |
| Klasse 2 | <p>Met instanties communiceren: moeite om gedachten begrijpelijk uit te leggen. Vaak veel woorden en gebaren nodig die niet allemaal in de juiste context worden gebruikt. Soms gezagsproblemen en autoriteitsconflicten en/of misbruik.</p> <p>Omgaan met buurt, kennissen en vrienden: voelt zich betrokken bij de problemen van anderen. Heeft soms moeite voldoende afstand te nemen in beleving. Blijft er in gedachten nog vaak lang mee bezig. Kleine, wisselende vrienden/kennissenkring. Veel moeite met rechtstreeks hanteren van conflicten, zich uitend in fysieke symptomen en regelmatig escaleren van het conflict. Wekt soms verbazing en/of irritatie door gevoelens te uiten op een onvoorspelbare, onconventionele, nog wel acceptabele begrijpelijke wijze.</p> <p>In groepsverband functioneren: participeert weinig in gemeenschappelijke (neven) activiteiten. Kan alleen werken in teamverband als de taken van alle leden van het team globaal duidelijk zijn. Soms conflicten over de taak invulling. Kan zich weinig in gedachten van anderen verplaatsen. Houdt weinig rekening met anderen.</p> <p>Recreatieve activiteiten: doet alleen in eigen belang soms nog iets in club/verenigingsverband. Beperkt aantal wijzen van tijdverdrijf en/of komt hier onregelmatig en minder aan toe.</p> <p>Onderkent de tekortkomingen, kan deze niet altijd corrigeren/compenseren.</p> <p>Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren.</p> |
| Klasse 3 | <p>Met instanties communiceren: regelmatig niet in staat gedachten begrijpelijk uit te leggen of een zinvolle toelichting te geven. Woorden en gebaren worden vaak niet in juiste context gebruikt. Regelmatig gezag en autoriteitsconflicten en/of misbruik. Bij herhaling contacten met politie/justitie.</p> <p>Omgaan met buurt, kennissen en vrienden: trekt zich meestal problemen van anderen erg aan. Kan desondanks wel voldoende afstand nemen in gedrag, echter niet in beleving. Weinig (wisselende) vrienden/kennissen. Kan een conflict met agressieve of onredelijke mensen uitsluitend in telefonisch of schriftelijk contact hanteren. Brengt anderen in verwarring door onduidelijke onvoorspelbare of onconventionele wijze van gevoelsuitingen, welke niet altijd acceptabel zijn, leidend tot irritaties en conflicten.</p> <p>In groepsverband functioneren: kan met anderen werken, maar alleen met een eigen van te voren afgebakende deeltaak. Kan zich niet in anderen verplaatsen. Houdt nauwelijks nog rekening met anderen.</p> <p>Recreatieve activiteiten: heeft alleen 'solistische hobby's' en/of een zeer beperkt aantal wijzen van tijdverdrijf. Ziet op tegen deelname/participatie aan sport of gezelligheidsvereniging, komt hier nauwelijks toe, maar zou hiertoe nog wel in staat zijn.</p> <p>Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog wel zelfstandig functioneren.</p> |
| Klasse 4 | <p>Met instanties communiceren: in zeer geringe mate in staat om met normale taal of gebaren iets van gedachten begrijpelijk te verwoorden of toe te lichten. Heeft voortdurend problemen/conflicten met instanties en/of contacten met politie/justitie.</p> <p>Omgaan met buurt, kennissen en vrienden: identificeert zich meestal met problemen van anderen en kan daarvan, noch in gedrag noch in beleving afstand nemen. Kan geen conflict hanteren in direct contact. Meestal niet in staat gevoelens te uiten of deze ongecontroleerd uiten (ongeremd), ongeacht de reacties van anderen. Nagenoeg geen kennissen of vrienden. Zo deze er al zijn dan hiermee recidiverend problemen, irritaties, verbale en fysieke conflicten.</p> <p>In groepsverband functioneren: kan in de regel niet met anderen werken. Functioneert alleen als hij met rust gelaten wordt.</p> <p>Recreatieve activiteiten: in geringe mate in staat tot participatie in gemeenschappelijke (neven) activiteiten. Komt zelden tot enige of tot welke vorm van recreatieve activiteit dan ook.</p> <p>Is afhankelijk van hulp/ondersteuning. Kan het grootste deel van de dag niet zonder hulp.</p> |
| Klasse 5 | <p>Niet in staat om met normale taal of gebaren ook maar iets van gedachten of gevoelens begrijpelijk te verwoorden of toe te lichten op een voor een ander acceptabele manier. Niet in staat tot enig betekenisvolle wijze van inleven in de problemen van anderen. Niet in staat zijn ook maar enig conflict met agressieve of onredelijke mensen in een rechtstreeks contact te hanteren. Volledig, 24 uur per dag afhankelijk van hulp.</p> |

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Tevens: pas op voor verwarren persoonlijkheidstrekken en/of anti-sociaal gedrag met ziekte.



Communicatieve (emotionele) vaardigheden/activiteiten (subrubriek 7)¹

| | | |
|-------|----------------------|---|
| Score | Klasse 0 (Definitie) | Intieme relaties (ouders, partner, kinderen, persoonlijke leefomgeving): het kunnen onderhouden van intieme relaties. Hiermee respectvol en zorgzaam omgaan. Interesse tonen in het wel en wee van het gezin/de relatie en hiervoor verantwoordelijkheid nemen. Leefomgeving: een band kunnen aangaan met mensen uit de leefomgeving en deze band onderhouden door aandacht, respect en zorg voor de ander te tonen. Intermenselijke contacten: zich vrijwillig onder vreemden kunnen begeven (theater, film, sport, evenementen, café etc. bezoek) en hierbij contacten met onbekende mensen kunnen aangaan. |
| | Klasse 1 | Intieme relaties: heeft moeite met zijn/haar rol binnen de intieme relaties. Moet zich hiertoe soms dwingen. Minder respectvol en zorgzaam: minder dan éénmaal per maand verbale woede uitbarstingen. Loopt weg bij conflicten. Leefomgeving: durft/kan banden aangaan met mensen, echter onderhoudt deze contacten weinig frequent en oppervlakkig. Intermenselijke contacten: beperkt zich bewust tot die activiteiten waarbij contact met onbekende mensen weinig voorkomt. Onderkent zijn tekortkomingen en weet deze te corrigeren of te compenseren. Geen hulp nodig. |
| | Klasse 2 | Intieme relaties: stelt zich vaak passief op in het gezinsleven/persoonlijke leefomgeving. Voelt zich weinig betrokken, toont weinig interesse voor school sport, werk activiteiten van intieme relaties. Onvoldoende bindings- en inlevingsvermogen. Neemt wel verantwoordelijkheid. Beperkt initiatieven voor relaties/gezin tot verplichte nummers. En/of terugkerende verbale woede uitbarstingen, gepaard gaande met terugkerende spanningen in de relatie. Leefomgeving: alleen banden met de directe leefomgeving (buren etc). Trekt er meestal alleen op uit. Intermenselijke contacten: moeite om contacten met onbekende mensen aan te gaan. Onderkent zijn tekortkomingen, kan dit niet steeds zelf corrigeren of compenseren. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Wel bij sommige activiteiten begeleiding/ondersteuning gewenst. Kan verder zelfstandig functioneren. |
| | Klasse 3 | Intieme Relaties: gevoelens van vervreemding t.o.v. intieme relaties/gezin. Neemt passief deel aan activiteiten in de persoonlijke levenssfeer. Initieert/regelt zelf weinig tot niets. Neemt hierbij weinig verantwoordelijkheid. Weinig bindings- en inlevingsvermogen. Kan persoonlijke gevoelens nauwelijks uiten. Moeite met intimiteit, overspel. En/of bijna maandelijks huiselijk fysiek/verbaal geweld. Leefomgeving: weinig tot geen band met de directe leefomgeving. En/of trekt er uitsluitend alleen op uit. Intermenselijke contacten: gaat contacten met onbekenden uit de weg. Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog wel zelfstandig functioneren. |
| | Klasse 4 | Intieme relaties: meestal niet in staat tot betekenisvol contact met partner of kinderen. Bemoeit zich nauwelijks tot niet met de opvoeding. Nauwelijks tot geen intimiteit. Neemt geen enkele verantwoordelijkheid. Isoleert zich vaak t.o.v. gezin/partner of familie. En/of wekelijks verbale/fysieke woede uitbarstingen. Verhouding met partner/kinderen/familie ernstig verstoord. Leefomgeving: verlaat nauwelijks het huis. Gaat anderen uit de weg. Of vertoont juist zwerfneiging. Intermenselijke contacten: in enige mate nog in staat tot betekenisvol contact met enkelen uit de omgeving. Is voor al deze activiteiten afhankelijk van hulp/ondersteuning. Kan slechts enkele uren zonder hulp. |
| | Klasse 5 | Niet in staat tot enig betekenisvol sociaal contact of relatie met partner of kinderen, katatone toestand. Totale afzondering/isolatie. Niet in staat tot ook maar enige vorm van deelname aan welke gemeenschappelijke activiteit of recreatieve bezigheid dan ook. Volledig, 24 uur per dag afhankelijk van hulp. |

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Deze rubriek scoort met name het onderhouden van duurzame relaties. Cave malingering.

– Afwijkend gedrag in de spreekkamer uit zich in agressie, emotionele labiliteit, affectvervlakking, onverschilligheid, vermijdend gedrag, moeizame interactie met beoordelaar en geen contactgroei hierbij.

Rubriek 2 subscore: (subrubriek 5 ... + subrubriek 6 ... + subrubriek 7 ...) : 3 = ...

Concentratie doorzettingsvermogen en tempo (rubriek 3)

Structuur aanbrengen (subrubriek 8)¹

| | | |
|-------|----------------------|---|
| 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 eenvoudige 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. |

¹ Zie opmerkingen vooraf. Het gaat hierbij met name over doelmatig, zelfstandig met inzicht in eigen kunnen plannen, structureren en uitvoeren van samengestelde taken en opdrachten

Huiselijke activiteiten (subrubriek 9)¹

| | | |
|-------|----------------------|--|
| Score | Klasse 0 (Definitie) | Het vermogen om de dagelijkse (huishoudelijke) taken als het verzorgen van de maaltijden, het doen van boodschappen, het opruimen en schoonhouden van de woning/tuin/auto/schuur (woonomgeving), het verrichten van kleine reparaties en klein onderhoud etc. op een zelfstandige doelmatige manier, in de juiste volgorde in een gebruikelijk tempo te verrichten. Minstens ½ uur concentratie mogelijk op boek, documentaire, krant etc. Kan minstens ½ uur aandacht verdelen over meerdere informatiebronnen. Herinnert zich meestal tijdig relevante zaken. |
| | Klasse 1 | Alleen met gebruikmaking van hulpmiddelen als taaklijsten en boodschappenlijsten etc. in staat bovengenoemde taken uit te voeren. Moeite om taken te overzien zich uitend in verminderde planning over een periode van een of meer dagen en het verrichten van taken na elkaar in plaats van tegelijkertijd. Onderkent dit probleem en kan het zelf corrigeren/compenseren. Volledig zelfstandig. |
| | Klasse 2 | Ondanks gebruikmaking bovenstaande hulpmiddelen, wekelijks problemen om bovengenoemde taken adequaat te verrichten: vergeet taken, voert ze slordig uit. Boodschappen worden soms te laat of niet gedaan. Verzorging maaltijden geeft in het algemeen geen problemen. Huishoudelijke taken lukken wel aangaande de dagelijkse routine bezigheden. Noodzakelijke wekelijkse opruim en schoonmaak werkzaamheden of weinig voorkomende taken worden uitgesteld of niet verricht zonder aansporing van derden. Inzicht en structuur om dit aan te pakken ontbreekt. Hierdoor woon en leefomgeving regelmatig rommelig/niet opgeruimd en niet schoon. Concentreren op één onderwerp lukt ± ½ uur. Onderkent dit probleem maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren. Nog wel zelfstandig. |
| | Klasse 3 | Heeft voor bovengenoemde taken dagelijks begeleiding en aansporing nodig. Kan niet zonder een paar uur dagelijkse hulp zelfstandig leven. Eenvoudige warme maaltijden bereiden of opwarmen is mogelijk. Woonomgeving dreigt zonder begeleiding te vervuilen en maakt een rommelige indruk door gebrek aan overzicht en problemen met opruimen. Kan zich ± ¼ uur concentreren op één informatiebron. |
| | Klasse 4 | Niet in staat de eigen woonomgeving te verzorgen of eigen (warme)maaltijden te bereiden. Woonomgeving vervuilt 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. |

¹ Zie opmerkingen vooraf. Hierbij gaat het meer om de gebruikelijke alledaagse huiselijke handelingen in en rond de woning.

Rubriek 3 subscore: (subrubriek 8 ... + subrubriek 9 ...) : 2 = ...

Adaptatie stressvolle gebeurtenissen (rubriek 4)



Omgaan met stressvolle gebeurtenissen (subrubriek 10)¹

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

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Rubriek 4 subscore ...

(gemiddelde) Rubriekscore:

(rubriek subscore 1... + subscore 2... + subscore 3... + subscore 4) : 4 = ...



BIJLAGE 3.

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:

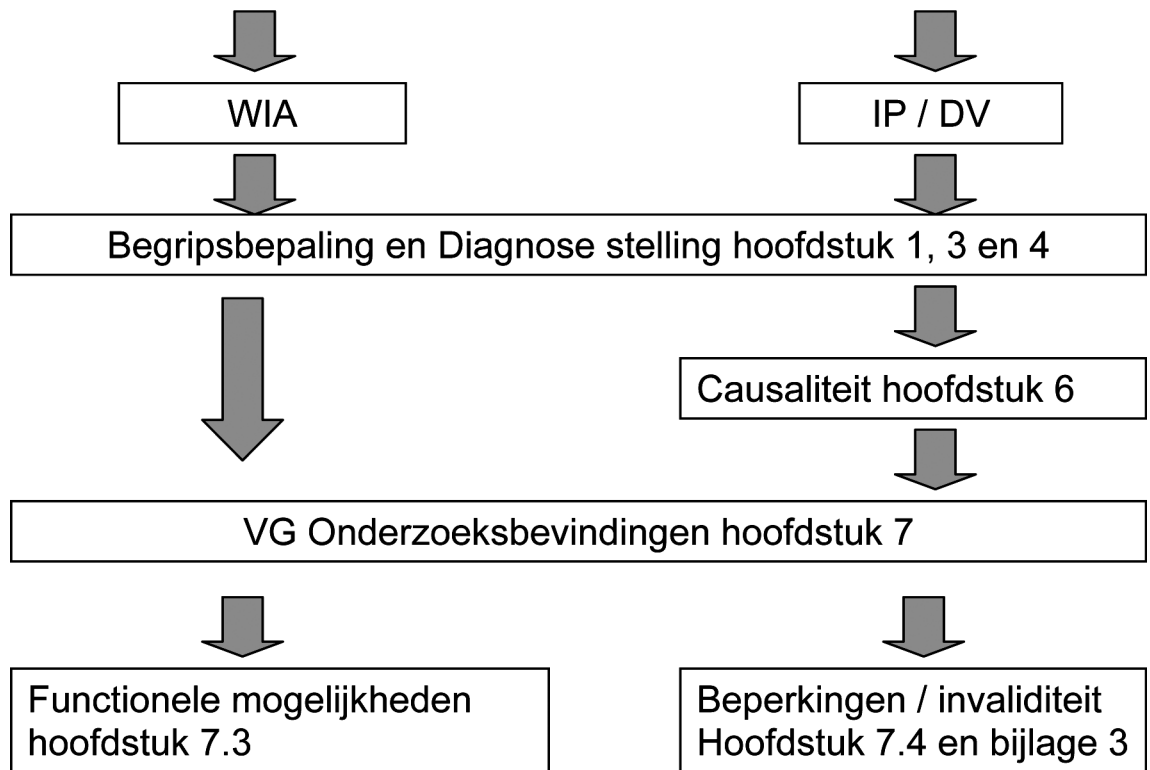
- Prof. Dr. G.F. Koerselman, hoogleraar psychiatrie Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Utrecht.
- Prof. Dr. J.H.B.M. Willems, bedrijfsarts, bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam.

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.



MUPS / LOK - WIA en / of IP / DV beoordeling:
Aanvullingen op het algemene WIA –IP protocol





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, Oktober 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 reeël. 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 circumscripate 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 circumscripate 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 aspectieklachten 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.



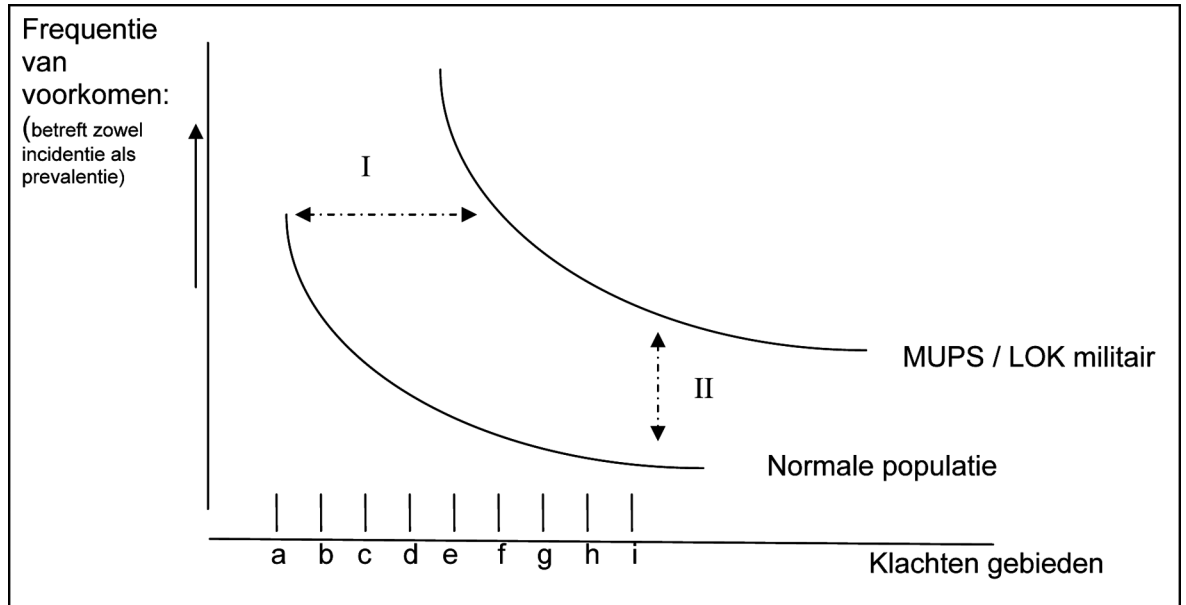
1.3 LOK na uitzendingen

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 orgaan-systemen voorkomen in wisselende combinaties (zie illustratie). Dit klachtencomplex bij MUPS/LOK bij militairen na uitzendingen is niet te vangen in een circumschipt symptoom of specifiek (vast omschreven) syndroomaal beeld. Lichamelijk onverklaarde klachten met een circumschipt 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 specifieke 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 circumschipt 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: insomnie

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

i: pijn zonder roodheid/zwelling

Vrij naar bron: Ungar et al., 1999.

Toelichting bij illustratie:

- 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 Iraqe 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 2700 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 buikklachten en multiële 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 orgaan-systemen. 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 onderdeel-sartsen, 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 multiële 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 reattributiemodel 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 vervolgoopleidingen 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 lichamenlijk 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 (conditieverhoging) 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 alvleesklier 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/persoonlijheidsproblematiek/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 multicau-
saal, resultante van een wisselwerking tussen genetische, psychologische en sociale factoren. De
litteratuur (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 lichamenlijk 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 beroepsgenoten 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 lichamenlijk 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 lichamelijk 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 lichamelijk 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 lichamelijk onverklaarde klachten van belang dat de onderzoeker van meet af aan duidelijk maakt wat zijn rol is, namelijk die van beoordeelaar. 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
- lichamelijk 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.

Vooraf 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 zo 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 gespreks-onderwerp. 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, dag-schommelingen, 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 znodig 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, slaapproblemen
- 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 barëma, 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 invaliditeitsschatting*
Deze dient te gebeuren aan de hand van ADL en BDL (Activiteiten en Bijzondere activiteiten Dagelijks Leven)-beperkingen. De ernst van de beperkingen dient hierbij te worden weergegeven.

Uitgaande van deze vertrekpunten staan bij de IP beoordeling van 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 geduid.
- Het maken van een onderscheid tussen beperkingen gerelateerd aan de dienstverband aandoening



ning 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.



Tabel 1

| Activiteiten van het dagelijkse leven (rubriek 1) | |
|---|---|
| (subrubriek 1) 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. |
| (subrubriek 2) 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. |
| (subrubriek 3) 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. |
| (subrubriek 4) 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) | |
| (subrubriek 8) 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. |
| (subrubriek 9) 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 2

| | 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 3

| Beperkingen | | Klasse 0 | Klasse 1 | Klasse 2 | Klasse 3 | Klasse 4 | Klasse 5 | Toelichting ¹ |
|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------|
| | | Geen | Gering | mild | matig | ernstig | extreem | |
| Score Rubrieken | Score Subrubrieken | | | | | | | |
| Activiteiten dagelijkse leven (1) | 1. Hygiëne en zelfzorg | x | | | | | | |
| | 2. Mobiliteit | | | | | x | | |
| | 3. Slapen | | | | x | | | |
| | 4. Seksuele functie | | | | | x | | |
| Rubrieksubscore (1): 11:4 = 2,75 | Subrubriek subscore: 11 (0+4+3+4 = 11) | | | | | | | |
| Concentratie, volharding en tempo (2) | 5. Structuur aanbrengen | | | | x | | | |
| | 6. Huiselijke activiteiten | | | x | | | | |
| Rubrieksubscore (2): 5:2 = 2,5 | Subrubriek subscore: 5 (3+2 = 5) | | | | | | | |
| (Gemiddelde) Rubriekscore: 5,25:2= 2,65 | (Gemiddelde) Subrubriekscore: 16: 6 = 2,6 | | | | | | | |

¹ Gemotiveerd mag hiervan van worden afgeweken.

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

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 Trauma 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, P. M., 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 deeltijd-groep:

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 (soma) 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 maagdarm 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 lichamelijk 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-reactiviteit 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 |

LOK Onderzoekcoördinator
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):

- Zowel militairen in werkelijke dienst als postactieve militairen die veteraan zijn komen in aanmerking, mits dus vaststaat dat zij uitgezonden zijn geweest.
- De uitzending waarin is deelgenomen heeft na 1978 plaatsgevonden.
- De gezondheidsklachten hebben als zodanig minimaal 6 maanden bestaan. Er is geen sprake van een medische verklaring voor de klachten.
- De betrokkene heeft de oorzaak van zijn gezondheidsklachten aan een uitzending toegekend.
- 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.
- 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 behandelprogramma 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:

- 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 case-managers. 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 intakekokers. Na het positief doorlopen van de testdag kan de behandeling starten.

Behandeling

De behandelinterventie moet worden gepresenteerd in een halfopen groep, in wekelijkse deeltijd-behandeling, 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 behandelaars. Analoog 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 nametingen om de behandelresultaten 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 patiëntenoverleg, tussen de behandel-elementen 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 diervormen (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 symptomen-complexen 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 #82670). Zulke eigenschappen kunnen verworven zijn maar ook al in de vroege jeugd ontstaan of zelfs aangeboren zijn en door de dienstvervingen 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 Tiesenga 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: Bureaulegger¹

Verzekeringsgeneeskundig WIA-IP onderzoek MUPS/LOK bij militairen na uitzending

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

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

Verzekeringsgeneeskundige onderzoek

Het onderzoek gaat ervan uit dat lichamelijke 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

¹ Deze bijlage is geen zelfdragend document, maar onlosmakelijk verbonden met het MUPS/LOK WIA-IP protocol.



- 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 toestandbeeld. Langdurige periodes van hospitalisatie.

Activiteiten van het dagelijks leven (rubriek 1)

Persoonlijke Hygiëne, Zelfzorg (subrubriek 1)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. |

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Mobiliteit (subrubriek 2)¹

| 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. |

¹Zie opmerkingen vooraf.

Tevens: hoe is betrokkene op het spreekuur gekomen?

Slapen (subrubriek 3)¹

| 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. |

¹ Zie opmerkingen vooraf.

Seksuele functie (subrubriek 4)¹

| | | |
|-------|----------------------|---|
| 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. |

¹ 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)¹

| | | |
|-------|----------------------|---|
| 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. |

¹ 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)¹

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

¹ 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 = ...