

Evaluatie

Schattingsmethodiek PTSS- protocol

Onderzoeksrapportage

Dr. AS Fokkens¹ & dr. RH Bakker¹

Prof. dr. S Brouwer²

Dr. A Holwerda¹

Dr. J Tuinstra¹

Dr. GJ Dijkstra¹

¹ Toegepast GezondheidsOnderzoek, Gezondheidswetenschappen, UMCG

² Afdeling Sociale Geneeskunde, Gezondheidswetenschappen, UMCG

Universitair Medisch Centrum Groningen / Rijksuniversiteit Groningen

Groningen, december 2016

© TGO/UMCG

Colofon

- Titel:** Evaluatie Schattingsmethodiek PTSS-protocol
- ISBN:** 978-90-367-9477-0
- Auteurs:** dr. AS Fokkens & dr. RH Bakker, prof. dr. Brouwer, dr. A Holwerda, dr. J Tuinstra, dr. GJ Dijkstra
- Uitvoering:** Toegepast GezondheidsOnderzoek (TGO) en Sociale Geneeskunde
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
- Opdrachtgever:** Ministerie van Defensie
- Datum:** december 2016
- Contact:** a.s.fokkens@umcg.nl, r.h.bakker@umcg.nl

Samenvatting Evaluatie Schattingsmethodiek PTSS-protocol

Achtergrond van het onderzoek

Sinds 1 juli 2008 gebruiken het Bedrijf voor Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB) van het Ministerie van Defensie en de afdeling Sociaal Medisch Onderzoek (SMO) van het ABP een protocol met bijbehorende schattingsmethodiek voor het bepalen van het percentage invaliditeit bij militairen met beperkingen door psychische aandoeningen. De schattingsmethodiek bestaat uit een scoringslijst die na een verzekeringsgeneeskundige beoordeling wordt ingevuld door een verzekeringsarts van BMB of SMO. De schattingsmethodiek is onderverdeeld in vier rubrieken, die vervolgens weer onderverdeeld zijn in totaal tien subrubrieken. De ernst van de beperkingen is per subrubriek beschreven en geclassificeerd, variërend van klasse 0 'normaal', tot en met klasse 5 'extreme beperkingen'. Op basis van de gescoorde klassen op de tien subrubrieken wordt het invaliditeitspercentage berekend. Echter, alvorens een uitspraak over dit percentage gedaan kan worden dient eerst te worden vastgesteld of er sprake is van een objectiveerbare ziekte en van een dienstverbandaandoening. Als is vastgesteld dat de PTSS door de dienst is veroorzaakt wordt in het protocol vervolgens onderscheid gemaakt tussen een verergerend en oorzakelijk dienstverband. Na vaststelling van de medische eindtoestand volgt de beoordeling van de door de ziekte veroorzaakte beperkingen voor het vaststellen van een definitief Militair Invaliditeits Pensioen (MIP).

Onderzoeksvragen van de evaluatie

Het ministerie van Defensie heeft een extern wetenschappelijk instituut (TGO, UMCG) de opdracht gegeven om een evaluatieonderzoek naar de toepasbaarheid van het protocol uit te voeren.

Dit onderzoek bestaat uit twee delen:

1. Een inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol;
2. Een ervaringenonderzoek naar de toepassing van het PTSS-protocol.

De algemene vraagstellingen van het evaluatieonderzoek zijn:

Ad 1. Inhoudelijk evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol

- Wat is de samenhang, structuur en opbouw van de vier rubrieken en tien subrubrieken van het schattingsinstrument?
- Hoe zien op basis van momenteel binnen Defensie beschikbare gegevens de uitkomstmaten van het schattingsinstrument eruit, te weten het Invaliditeitspercentage (IP)?

Ad 2. Ervaringenonderzoek naar de toepassing van het PTSS-protocol

- Wat zijn de ervaringen met het PTSS-protocol vanuit de perspectieven van verschillende professionals¹ die met het protocol te maken hebben?
- Wat zijn de ervaringen met de toepasbaarheid van het protocol en welke verbeterpunten (knelpunten) zijn er?

Wat zijn op basis van de resultaten van vraag 1 en 2 en de adviezen van een expertgroep de aanbevelingen voor eventuele aanpassingen van het PTSS-protocol?

Methode van het onderzoek

Inhoudelijke evaluatie

Voor de inhoudelijke evaluatie is gebruik gemaakt van in de praktijk verzamelde geanonimiseerde gegevens van zowel het BMB als SMO. BMB en SMO houden de gescoorde klassen op de tien subrubrieken (zie hoofdstuk 2) bij en hiervan zijn alle dossiers van de jaren 2011-2015 geselecteerd.

Voor het bepalen van de samenhang, structuur en opbouw van de rubrieken en subrubrieken zijn de frequenties bepaald van het aantal scores op de verschillende klassen per subrubriek. Voor het bepalen van de samenhang van de verschillende subrubrieken is de correlatie bepaald. Daarnaast is voor het in kaart brengen van de opbouw van de subrubrieken en rubrieken gebruik gemaakt van factoranalyse en Mokkenanalyse en is de interne consistentie van het schattingsinstrument berekend. Tenslotte zijn de gemiddelden, de verdeling en de samenhang van het IP met de afzonderlijke subrubrieken bepaald.

Ervaringenonderzoek

Om de ervaringen met het PTSS-protocol zo goed mogelijk in kaart te brengen is gebruik gemaakt van drie manieren van dataverzameling:

1. een kwantitatieve vragenlijst;
2. kwalitatieve diepte-interviews;
3. kwalitatieve focusgroepen.

¹ Onder professionals worden personen verstaan die beroepshalve met het PTSS-protocol te maken hebben, ofwel omdat ze het protocol toepassen (zoals verzekeringsartsen en pensioenverzekeringsautoriteiten), ofwel omdat ze direct of indirect zijn betrokken bij de behandeling of begeleiding van personen met psychische klachten, welke (mogelijkerwijs) aan een dienstverband bij defensie te wijten zijn (zoals behandelaren, cliëntenvertegenwoordigers, case coördinatoren en managers)

De kwantitatieve vragenlijst is verstuurd naar verzekeringsartsen, pensioenverzekeringsautoriteiten (penvauts), behandelaren, case-coördinatoren / zorgcoördinatoren, managers / beleidsmedewerkers, advocaten en belangenbehartigers / cliëntenvertegenwoordigers.

Er zijn in totaal 14 individuele face-to-face-interviews gehouden met telkens twee vertegenwoordigers van dezelfde achtergrond. Vervolgens zijn er twee focusgroepen georganiseerd, met respectievelijk zes vertegenwoordigers van direct of indirect bij het protocol betrokken disciplines (focusgroep 1) en twee vertegenwoordigers van indirect bij het protocol betrokken disciplines en zes veteranen (focusgroep 2).

Ten slotte zijn de resultaten uit de inhoudelijke evaluatie en het ervaringenonderzoek voorgelegd aan een expertgroep die ten behoeve van dit onderzoek is samengesteld. Deze heeft op basis van de in het onderhavige rapport beschreven resultaten en conclusies een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Gedurende het gehele onderzoek heeft overleg plaatsgevonden met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie.

Resultaten en conclusies van het onderzoek

Inhoudelijke evaluatie

De belangrijkste resultaten en conclusies van de inhoudelijke evaluatie zijn de volgende:

- op de subrubrieken 1 (persoonlijke hygiëne en zelfzorg), 4 (seksuele functie) en 5 (basale communicatie) wordt in meer dan 97% van de gevallen de klasse '0' (normaal) gescoord.
- subrubriek 4 (seksuele functie) laat als enige subrubriek geen enkele samenhang zien met één van de andere negen subrubrieken, terwijl deze subrubriek met drie andere subrubrieken wel deel uitmaakt van eenzelfde rubriek, namelijk rubriek 1 (activiteiten van het dagelijks leven).
- de factoranalyse laat zien dat subrubriek 4 (seksuele functie) geen factor met de andere drie subrubrieken van rubriek 1 vormt en als een op zich staande ('losstaande') component kan worden beschouwd.
- voor *alle* 10 subrubrieken geldt dat zij niet overeenkomen met de rubrieksindeling van het schattingsinstrument. Voor de beoogde structuur van de vier rubrieken met de daaronder vallende tien subrubrieken bestaat daarmee geen wetenschappelijke onderbouwing.

- de manier waarop de subrubrieken ingedeeld zijn in rubrieken zorgt er wel voor dat die subrubrieken waar vaker hogere klassen op worden gescoord zwaarder meewegen in de berekening naar het IP.
- bij het toetsen van de hiërarchische ordening van het schattingsinstrument aan de hand van een Mokka-schaalanalyse blijkt subrubriek 4 'seksuele functie' de enige subrubriek te zijn die niet aan de minimale homogeniteitseis (H-waarde) voldoet.
- subrubriek 4 vertoont ook geen samenhang met de uitkomstmaat, het IP.
- uit het onderzoek naar de rubrieken en subrubrieken van het schattingsinstrument blijkt dat het MIP voor het merendeel (nagenoeg negen van de tien) van de (post)actieve militairen tussen de 0 en 25% ligt.

Ervaringenonderzoek

De belangrijkste resultaten en conclusies van het ervaringenonderzoek zijn de volgende:

- het protocol bevordert een gestructureerde wijze van beoordelen en een grotere uniformiteit bij de beoordeling van psychische klachten;
- door het gebruik van het protocol wordt de beoordeling theoretisch beter onderbouwd. De gebieden die erin worden uitgevraagd zijn ook gebieden die er in het kader van psychische problematiek na uitzending daadwerkelijk toe doen en kunnen in die zin als valide worden aangemerkt;
- het feit dat van een protocol gebruik wordt gemaakt leidt tot een grotere transparantie, zowel tussen professionals onderling, als in de richting van de (post)actieve militair;
- de titel van het protocol wordt door veel deelnemers aan zowel het vragenlijstonderzoek, de interviews als de focusgroepen als niet passend ervaren. De belangrijkste reden daarvoor is dat het protocol ontworpen is voor meer dan alleen PTSS, namelijk ook voor andere psychische stoornissen die verband kunnen houden met een opgelopen trauma;
- het merendeel van de respondenten van het vragenlijstonderzoek dat zicht had op de vraag naar de bruikbaarheid van het protocol, heeft aangegeven dat het protocol goed bruikbaar is.
- verzekeringsartsen, penvaats en zorgcoördinatoren zijn positiever in hun oordeel over de vraag of het protocol zorgt voor een rechtvaardige wijze van vaststelling van het invaliditeitspercentage dan cliëntenvertegenwoordigers en beleidsmedewerkers / managers.

- het protocol wordt beter geaccepteerd door personen die er beroepshalve mee te maken hebben of mee moeten werken dan door de (post)actieve militairen, die ermee worden beoordeeld;
- er bestaat veel onduidelijkheid over de termen oorzakelijk versus verergerend dienstverband en deze termen worden in de praktijk niet eenduidig gehanteerd;
- nagenoeg driekwart van de respondenten van het vragenlijstonderzoek is van mening dat er met het protocol geen eenduidige uitspraak kan worden gedaan over de beperkingen en de co-morbiditeit die wel en die geen verband hebben met de uitzending;
- er is behoefte aan meer vakkundige externe experts en er bestaat twijfel over de onafhankelijkheid van de huidige experts. Daarbij worden de huidige experts soms twee keer bij dezelfde cliënt in het traject ingezet: bij twijfel over de diagnose door de verzekeringsarts en bij een bezwaarprocedure;
- er bestaat bij verzekeringsartsen de behoefte om gebruik te maken van waarheidsvinding, bijvoorbeeld wanneer er twijfels bestaan over de juistheid van de gegevens die volgens de cliënt oorzaak zijn voor het ontstaan van psychische klachten;
- er bestaat een spanningsveld tussen de behandeling van klachten enerzijds en de beoordeling van beperkingen anderzijds: een succesvolle behandeling kan een laag of geen invaliditeitspensioen betekenen. Vanwege deze 'perverse prikkel' pleiten behandelaren en casemanagers ervoor om het MIP niet bij de start van de behandeling reeds aan te vragen, maar in een latere fase, als de cliënt grotendeels is 'gestabiliseerd.'

Aanbevelingen vanuit de expertgroep

- Bij de subrubrieken waarop weinig gescoord wordt is het van belang om de oorzaken daarvan zo helder mogelijk te krijgen: het kan in theoretische zin om de subrubriek gaat, om de operationalisering daarvan, of om de manier waarop informatie verzameld wordt.
- Het is wenselijk om het schattingsinstrument op enkele onderdelen aan te passen. Zo kan subrubriek 4, te weten seksuele functie, uit rubriek 1 worden verwijderd en vervangen door een subrubriek (intieme) relaties. Bij dergelijke aanpassingen is het van belang in het oog te houden dat het om beperkingen gaat, en dat de verzekeringsarts deze moet kunnen scoren.
- De begrippen verergerend en oorzakelijk dienstverband, evenals T1- en T2-trauma kunnen worden afgeschaft.
- Indien subrubrieken en rubrieken gemoduleerd en opnieuw onderverdeeld worden, is het van belang om naar de weging en de effecten daarvan te kijken. In vervolgonderzoek zou bepaald moeten worden wat de effecten zijn van dergelijke aanpassingen.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Achtergrond van het onderzoek	1
1.1 Inleiding.....	1
1.2. Organisatie en betrokken partijen.....	3
1.3 Leeswijzer	3
Hoofdstuk 2 PTSS-protocol	5
2.1 PTSS / WIA-IP-protocol.....	5
2.2 Beschrijving van de schattingsmethodiek	6
2.3 Van beperkingen naar invaliditeitspercentage.....	7
Hoofdstuk 3 Inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol	9
3.2 Methoden	10
3.3 Resultaten inhoudelijke evaluatie schattingsmethodiek	11
Hoofdstuk 4 Methode ervaringenonderzoek naar de toepasbaarheid, ervaringen en knelpunten van het PTSS-protocol	25
4.1 Vraagstellingen	25
4.2 Drie methoden binnen het ervaringenonderzoek.....	25
4.3 Selectie van de onderzoeksgroep, voorbereidende fase.....	26
4.4 Kwantitatieve vragenlijst.....	28
4.5 Kwalitatieve diepte-interviews	29
4.6 Kwalitatieve focusgroepen	30
Hoofdstuk 5 Resultaten kwantitatieve vragenlijst.....	33
5.1 Respons	33
5.2 Betrokkenheid bij PTSS-protocol.....	34
5.3 Kennis van het PTSS-protocol	35
5.4 Ervaringen	36
5.5 Titel en inhoud PTSS-protocol.....	41
5.6 Doelstelling.....	43
5.7 Structuur en Inhoud Schattingsmethodiek	45
5.8 De bruikbaarheid van het protocol.....	53
5.9 De inbedding van het PTSS-protocol.....	60
5.10 Diagnosestelling en het PTSS-protocol	61
5.11 Gevolgen PTSS-protocol voor invaliditeitspercentage en juridische aspecten.....	66
Hoofdstuk 6 Resultaten kwalitatieve diepte-interviews.....	69

6.1 Respons	69
6.2 Psychische problematiek postactieve militairen.....	70
6.3 Naam / titel van het protocol	71
6.4 Het oordeel over het huidige systeem	73
6.5 Verergerend versus oorzakelijk dienstverband.....	75
6.6 Diagnosestelling	80
6.7 De invloed van persoonskenmerken op het verloop van het beoordelingsgesprek.....	81
6.8 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	82
6.9 Al of niet simuleren en waarheidsvinding	84
6.10 Rubrieken en subrubrieken.....	85
6.11 De hoogte van het MIP.....	90
6.12 Aanvullende verbeterpunten	92
Hoofdstuk 7 Resultaten van de Focusgroepen	95
7.1 Focusgroep 1: zes vertegenwoordigers van bij het protocol betrokken beroepsgroepen	95
7.2 Focusgroep 2: Veteranen en twee vertegenwoordigers van bij het protocol betrokken beroepsgroepen	102
Hoofdstuk 8 Verslag Expertgroep	111
Hoofdstuk 9 Conclusies, discussie en aanbevelingen	117
Bijlage 1 Organisatie en betrokken partijen	131
Bijlage 2 De schattingsmethodiek (PIM-rapport, PTSS-protocol)	132
Bijlage 3 Vragenlijst evaluatie PTSS-protocol	142
Bijlage 4 Door participanten genoemde knel- en verbeterpunten tijdens de interviews en focusgroepen	156
Bijlage 5 Verdeling scores subrubrieken per jaar	158
Geraadpleegde literatuur	162

Hoofdstuk 1 Achtergrond van het onderzoek

1.1 Inleiding

Na operationele acties kunnen bij militairen psychische klachten ontstaan, zoals Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), angststoornissen, depressie of aanpassingsstoornissen.¹ Bij blijvend letsel heeft een (post)actieve militair recht op een Militair Invaliditeitspensioen indien (1) hij of zij een beroepsmilitair, reservist of dienstplichtig militair was, (2) de aandoening of gebrek te maken heeft met de uitoefening van de militaire dienst onder buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden en (3) de mate van invaliditeit 10% of meer is.^{2 3}

Het beoordelen van psychische invaliditeit is niet eenvoudig. Veel factoren bepalen, vaak in onderlinge samenhang, of er beperkingen zijn en wat de belastbaarheid is van een persoon met psychische klachten.² Bij de InvaliditeitsPensioen (IP)-beoordeling dient de verzekeringsarts in zijn rapport een uitspraak te doen over het al dan niet bestaan van een causaal verband tussen vastgestelde beperkingen en de dienstverrichtingen onder buitengewone omstandigheden; tevens dient hij/zij deze beperkingen uit te drukken in een invaliditeitspercentage. Dit laatste gebeurt door het functioneren van de cliënt in het dagelijks leven uitgebreid in kaart te brengen.

Sinds 1 juli 2008 gebruiken het Bedrijf voor Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB) van het ministerie van Defensie en de afdeling Sociaal Medisch Onderzoek (SMO) van het ABP een protocol met bijbehorende schattingsmethodiek voor het bepalen van het percentage invaliditeit bij militairen met beperkingen door psychische aandoeningen. Onder een beperking wordt hier een vermindering of het verlies verstaan van de mogelijkheid tot het uitvoeren van een voor de mens normale activiteit door de dienstverband-aandoening. Deze methodiek is ontwikkeld op basis van het PIM-rapport² dat richtlijnen bevat voor de beoordeling van de invaliditeit van militairen.

Direct gerelateerd aan het PIM-rapport is het PTSS-protocol.⁴ Het PTSS-protocol benut de richtlijnen en aanbevelingen van het PIM-rapport volledig en kan worden toegepast bij de beoordeling van de beperkingen in geval van PTSS en andere psychische aandoeningen. In het kader van de militaire pensioenwetgeving is het noodzakelijk dat beperkingen bij psychische aandoeningen worden vertaald in een invaliditeitspercentage.

Het ministerie van Defensie heeft de militaire vakbonden en de Tweede Kamer toegezegd, mede gelet op het grote aantal juridische procedures, de nieuwe schattingsmethodiek zoals verwoord in het PTSS-protocol en het PIM-rapport te laten onderzoeken. In dat kader heeft een betrouwbaarheidsstudie plaatsgevonden, getiteld "Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-

protocol I en II”^{5 6}, waarin geconcludeerd wordt dat er sprake is van een goede interbeoordelingsbetrouwbaarheid tussen verzekeringsartsen bij de beoordeling van de ernst van beperkingen bij psychische aandoeningen van een postactieve militair. En dat het invaliditeitspercentage MIP over het algemeen hoger is dan het invaliditeitspercentage AMA. Een wetenschappelijk evaluatieonderzoek naar de toepasbaarheid van het protocol is de volgende stap. Het ministerie van Defensie heeft een extern wetenschappelijk instituut de opdracht gegeven om het onderzoek uit te voeren. Daarbij zijn vooraf door de opdrachtgever keuzes gemaakt om de onderzoeksopdracht af te bakenen en nader te definiëren.

Het evaluatieonderzoek is uitgevoerd door een onderzoeksteam van Toegepast GezondheidsOnderzoek (TGO), onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen, waarbij tegemoet gekomen wordt aan de voorwaarden van de opdrachtgever.

Het onderzoek bestaat uit twee delen:

- 1) Een inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol;
- 2) Een ervaringenonderzoek naar de toepassing van het PTSS-protocol.

De algemene vraagstellingen van het evaluatieonderzoek zijn:

- 1) Inhoudelijk evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol
 - a) Wat is de samenhang, structuur en opbouw van de vier rubrieken en tien subrubrieken van het schattingsinstrument?
 - b) Hoe zien op basis van momenteel binnen defensie beschikbare gegevens de uitkomstmaten van het schattingsinstrument eruit, te weten het Invaliditeitspercentage (IP)?
- 2) Ervaringenonderzoek naar de toepassing van het PTSS-protocol
 - a) Wat zijn de ervaringen met het PTSS-protocol vanuit de perspectieven van de verschillende professionals² die ermee te maken hebben?

² Onder professionals worden personen verstaan die beroepshalve met het PTSS-protocol te maken hebben, ofwel omdat ze het protocol toepassen (zoals verzekeringsartsen en pensioenverzekeringsautoriteiten), ofwel omdat ze direct of indirect zijn betrokken bij de behandeling of begeleiding van personen met psychische klachten, welke (mogelijkerwijs) aan een dienstverband bij defensie te wijten zijn (zoals behandelaren, cliëntenvertegenwoordigers, case coördinatoren en managers)

- b) Wat zijn de ervaringen met de toepasbaarheid van het protocol en welke verbeterpunten (knelpunten) zijn er?
- 3) Wat zijn op basis van de resultaten van vraagstelling 1 en 2 en de adviezen van een expertgroep de aanbevelingen voor eventuele aanpassingen van het PTSS-protocol?

Voor de inhoudelijke evaluatie wordt gebruik gemaakt van in de praktijk verzamelde gegevens van zowel het Bedrijf voor Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB, onderdeel van Commando DienstenCentra / Divisie Defensie Gezondheidszorg Organisatie CDC/DGO) als de afdeling Sociaal Medisch Onderzoek (SMO) van Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds/Algemene Pensioen Groep (ABP/APG). Voor het ervaringenonderzoek zijn verschillende perspectieven van bij het protocol betrokken professionals in kaart gebracht door middel van een kwantitatieve vragenlijst, kwalitatieve diepte-interviews en kwalitatieve focusgroepen. Resultaten uit de inhoudelijke evaluatie en het ervaringenonderzoek zijn voorgelegd aan een expertgroep die ten behoeve van dit onderzoek is samengesteld.

Gedurende het gehele onderzoek heeft overleg plaatsgevonden met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie.

1.2. Organisatie en betrokken partijen

Bij dit onderzoek zijn verschillende partijen betrokken, zoals het ministerie van Defensie (de opdrachtgever), het onderzoeksteam TGO UMCG en een begeleidingscommissie. Bijlage 1 geeft een overzicht van alle betrokkenen.

1.3 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk volgt hoofdstuk 2 met informatie over het PTSS-protocol en het schattingsinstrument. Vervolgens worden de twee studieonderdelen beschreven; hoofdstuk 3 betreft de inhoudelijke evaluatie en in hoofdstuk 4 wordt de methoden van het ervaringenonderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 5 worden de uitkomsten van het ervaringenonderzoek besproken. Hoofdstuk 6 betreft een verslag van de interviews en in hoofdstuk 7 worden de focusgroepen

besproken. De expertgroep wordt in hoofdstuk 8 beschreven. Tenslotte worden in het laatste hoofdstuk de conclusies, aanbevelingen en discussiepunten van het gehele rapport beschreven.

Hoofdstuk 2 PTSS-protocol

In dit hoofdstuk wordt vanuit beschikbare theoretische documenten een korte toelichting gegeven op het PTSS-protocol en het schattingsinstrument.

2.1 PTSS / WIA-IP-protocol

Militairen hebben recht op een militair invaliditeitspensioen als zij blijvend letsel c.q. invaliditeit oplopen door de uitoefening van de militaire dienst onder buitengewone omstandigheden. In opdracht van het ministerie van Defensie heeft de commissie “WPC-Psychische invaliditeit militairen (PIM)” een schattingsmethodiek voor de beoordeling van de psychische invaliditeit ontwikkeld.² De methodiek is positief beoordeeld door leden van de Gezondheidsraad. In juni 2008 heeft het ministerie van Defensie medische protocollen ingevoerd voor de invaliditeitsbeoordeling bij militairen, waaronder het PTSS/WIA-IP-protocol.⁴

Het PTSS-protocol⁴ heeft als doel om de dienstverband en de invaliditeitsbeoordeling te harmoniseren en is een aanvulling op het WIA-IP-protocol van het ministerie van Defensie. Bij het aanvragen van een militair invaliditeitspensioen wordt onderscheid gemaakt tussen de aanvraag van een actieve en een postactieve militair, al dan niet langer dan 66 maanden uit dienst. De beoordeling van de actieve militair en de postactieve militair die minder dan 66 maanden uit dienst is geschiedt door BMB en de beoordeling van de overige postactieve militairen geschiedt bij de afdeling SMO van ABP/APG. Alvorens een uitspraak gedaan wordt over het al dan niet bestaan van een dienstverbandaandoening en invaliditeit, wordt eerst vastgesteld of er sprake is van een objectiveerbare ziekte.

De diagnose PTSS mag gesteld worden als voldaan wordt aan de voorwaarden van de Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM) IV-TR.⁷ Pas na optimale diagnostiek en behandeling kan een betrouwbare beoordeling van de invaliditeit worden gedaan. Als is vastgesteld dat de PTSS door de dienst is veroorzaakt wordt in het protocol onderscheid gemaakt tussen een verergerend en oorzakelijk dienstverband. Van een verergerend dienstverband wordt in het protocol gesproken wanneer de uitoefening van de dienst onder buitengewone omstandigheden een duidelijke factor is bij het ontstaan van PTSS en van een oorzakelijk dienstverband als PTSS in overwegende mate door de dienst is veroorzaakt. Indien dienstverband aannemelijk wordt geacht, wordt een voorlopig MIP toegekend.

Na vaststelling van de medische eindtoestand volgt de beoordeling van de door de ziekte veroorzaakte beperkingen voor het vaststellen van een definitief MIP. Tijdens de zogenaamde IP-beoordeling worden deze voorwaarden getoetst en de mate van invaliditeit vastgesteld.⁴

In de Militaire pensioenwetgeving is invaliditeit 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”.⁴ Arbeid dient buiten beschouwing te blijven. Klachten, lijdensdruk en gederfde levensvreugde mogen niet worden meegewogen.^{2 4} De gevonden beperkingen worden omgezet naar een invaliditeitspercentage.

Een militair heeft aanspraak op een invaliditeitspensioen als hij uit zijn militaire betrekking is ontslagen, één of meerdere ziekten of gebreken heeft die verband houden met de uitoefening van de militaire dienst en deze ziekten of gebreken minimaal een mate van invaliditeit veroorzaken van 10 procent.

Het invaliditeitspensioen komt pas tot uitbetaling indien dit hoger is dan de som van de (eventueel toegekende) arbeidsongeschiktheidsuitkering, de suppletie-uitkering en het arbeidsongeschiktheidspensioen.

2.2 Beschrijving van de schattingsmethodiek

De schattingsmethodiek binnen het PTSS-protocol is ontwikkeld voor het bepalen van de mate van invaliditeit bij psychische aandoeningen in het kader van de invaliditeitsbeoordelingen. Het invullen van de scoringslijst door de verzekeringsarts is het resultaat van een daaraan voorafgaande, in een rapportage vastgelegde verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

De beperkingen worden onderverdeeld in vier rubrieken met tien subrubrieken, zoals weergegeven in tabel 2.1.

TABEL 2.1: DE VIER RUBRIEKEN MET DE TIEN SUBRUBRIEKEN VAN DE SCHATTINGSMETHODIEK

Rubriek	Subrubriek
1. Activiteiten van het dagelijkse leven	1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg
	2. Mobiliteit
	3. Slapen
	4. Seksuele functie
2. Sociaal functioneren	5. Basale communicatie
	6. Communicatief sociaal functioneren
	7. Communicatieve (emotionele) vaardigheid
3. Concentratie, doorzettingsvermogen en tempo	8. Structuur aanbrengen
	9. Huishoudelijke activiteiten
4. Adaptatie aan stressvolle omstandigheden	10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

De ernst van de beperkingen wordt in het protocol per subrubriek in klassen ingedeeld. Deze ernst wordt onderverdeeld in: klasse 0; normaal, klasse 1; geringe beperkingen, klasse 2; milde beperkingen, klasse 3; matige beperkingen, klasse 4; ernstige beperkingen en klasse 5; extreme beperkingen. Voor iedere subrubriek wordt iedere klasse in het protocol tevens uitgebreid omschreven (zie Bijlage 2).

Tot slot dienen de aldus gerubriceerde en geclassificeerde beperkingen te worden geconverteerd naar een invaliditeitspercentage zoals hierna beschreven in paragraaf 2.3.

2.3 Van beperkingen naar invaliditeitspercentage

Per subrubriek wordt de ernst van de beperking geduïd en gescoord. Bij deze scoring tellen de vier rubrieken, onafhankelijk van het aantal subrubrieken, even zwaar mee. De scores van alle subrubrieken die tot dezelfde rubriek behoren, worden namelijk bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal subrubrieken. Vervolgens worden de subscores van de vier rubrieken bij elkaar opgeteld en gedeeld door vier. Dit quotiënt, zijnde een getal tussen de 0 en 5, geeft de gemiddelde rubriekscore aan. De waarden 0-5 vertegenwoordigen een percentage tussen de 0 en 100 procent. De vertaalslag van rubriekscore naar invaliditeitspercentage verloopt vervolgens lineair. Zo komt een gemiddelde rubriekscore van 2,4 uit op een invaliditeitspercentage van 48%.

Als op iedere subrubriek klasse 1 wordt gescoord, bedraagt het MIP 20%, als op iedere subrubriek klasse 5 wordt gescoord, bedraagt het MIP 100%.

Hoofdstuk 3 Inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol

In dit hoofdstuk wordt de inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol beschreven. Hiertoe zijn de uit de praktijk verkregen scores op de verschillende subrubrieken van het schattingsinstrument geanalyseerd. Een korte beschrijving van het PTSS-protocol en het bijbehorende schattingsinstrument is te vinden in hoofdstuk 2. Voor de leesbaarheid van het onderhavige hoofdstuk zijn de subrubrieken van de schattingsmethodiek nogmaals in tabel 3.1 weergegeven.

TABEL 3.1: DE VIER RUBRIEKEN MET DE TIEN SUBRUBRIEKEN VAN DE SCHATTINGSMETHODIEK

Rubriek	Subrubriek
1. Activiteiten van het dagelijkse leven	1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg
	2. Mobiliteit
	3. Slapen
	4. Seksuele functie
2. Sociaal functioneren	5. Basale communicatie
	6. Communicatief sociaal functioneren
	7. Communicatieve (emotionele) vaardigheid
3. Concentratie, doorzettingsvermogen en tempo	8. Structuur aanbrenge
	9. Huishoudelijke activiteiten
4. Adaptatie aan stressvolle omstandigheden	10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

Achtereenvolgens worden de vraagstellingen (3.1) en de methoden (3.2) beschreven, waarbij de laatste paragraaf bestaat uit de subparagrafen opzet (3.2.1), dataverzameling (3.2.2) en data-analyse (3.2.3). In paragraaf 3.3 worden de resultaten van de inhoudelijke evaluatie beschreven. De data worden beschreven in 3.3.1, de opbouw en weging van het invaliditeitspensioen in 3.3.2 en de structuur, opbouw en samenhang van de subrubrieken in 3.3.3. Tenslotte volgen in 3.4 beknopte conclusies.

3.1 Vraagstellingen

De vraagstellingen behorende bij de inhoudelijk evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol luiden:

- a) Wat is de samenhang, structuur en opbouw van de vier rubrieken en tien subrubrieken van het schattingsinstrument?
- b) Hoe zien op basis van momenteel binnen defensie beschikbare gegevens de uitkomstmaten van het schattingsinstrument eruit, te weten het invaliditeitspercentage (MIP)?

3.2 Methoden

In deze paragraaf worden de methoden beschreven die zijn gebruikt om de vraagstellingen te beantwoorden. De opzet wordt weergegeven en de manier waarop de gegevens verzameld zijn. Vervolgens volgt een beschrijving van de analyses die zijn uitgevoerd.

3.2.1 Opzet evaluatie

Om de inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol te kunnen uitvoeren is gebruik gemaakt van geanonimiseerde gegevens verzameld vanuit de praktijk: de uitvoeringseenheden BMB en SMO.

Hieronder worden de verschillende onderdelen toegelicht.

3.2.2. Dataverzameling

Ten eerste zijn er geanonimiseerde gegevens verzameld vanuit de praktijk. BMB en SMO houden de gescoorde klassen op de tien subrubrieken (zie hoofdstuk 2) bij en hiervan zijn de gegevens van de jaren 2011-2015 geselecteerd. Er is gekozen om vanaf 2011 alle dossiers te verzamelen, aangezien er de eerste twee jaar waarin met het protocol gewerkt is, sprake was van een overgangssituatie en mogelijke opstartproblemen. De volgende variabelen zijn verzameld:

- beoordelingsinstantie (BMB of SMO);
- jaartal eerste beoordeling;
- geslacht;
- leeftijd;
- hoofddiagnose; en
- de scores op de 10 subrubrieken.

Alle gegevens zijn anoniem verwerkt en op groepsniveau gerapporteerd. Indien een (post) actieve militair bezwaar had tegen het gebruik van de gegevens kon hij/zij dit kenbaar maken. Er is daartoe door de opdrachtgever een mededeling in het juninummer 2016 van het blad *Checkpoint* geplaatst met informatie over de anonieme dataverzameling en de mogelijkheid om hier bezwaar tegen te maken. Veteranen uit dienst ontvangen *Checkpoint* automatisch thuis, veteranen in werkelijke dienst hebben deze aflevering van de *Checkpoint* eveneens thuis ontvangen. Indien er bezwaar gemaakt is, zijn de gegevens verwijderd uit het databestand. Eén persoon heeft aangegeven dat hij/zij niet wil dat zijn/haar gegevens gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Deze gegevens zijn verwijderd uit het databestand van de onderzoekers.

3.2.3. Data-analyse

Voor het bepalen van de samenhang, structuur en opbouw van de rubrieken en subrubrieken zijn de frequenties bepaald van het aantal scores op de verschillende klassen per subrubriek. Vervolgens zijn staafdiagrammen gemaakt voor de weergave van de verdeling van de scores op de klassen per subrubriek. Voor het bepalen van de samenhang van de verschillende subrubrieken is de correlatie bepaald aan de hand van nonparametrische toetsen, de Spearman's Rho. Om de opbouw van de subrubrieken en rubrieken in kaart te brengen is een factoranalyse uitgevoerd. En om meer inzicht in de hiërarchie tussen de subrubrieken van het schattingsinstrument te krijgen is een Mokkenanalyse uitgevoerd. Vervolgens is de interne consistentie van het schattingsinstrument getoetst door het berekenen van de Cronbach's Alfa, deze dient minimaal 0.7 te zijn voor een consistent instrument. Voor de opbouw en de weging van het IP zijn de gemiddelden en de verdeling van het IP in stappen van 5% weergegeven. Tenslotte wordt de samenhang van het IP met de afzonderlijke subrubrieken bepaald. Voor de leesbaarheid zijn de analyses die uitgevoerd zijn ook beschreven in de betreffende resultatensecties.

3.3 Resultaten inhoudelijke evaluatie schattingsmethodiek

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven. Om te beginnen wordt de samenhang, structuur en opbouw van de tien subrubrieken en vier rubrieken van het schattingsinstrument beschreven. Vervolgens wordt verder ingegaan op de opbouw en weging van de (sub)rubrieken bij de berekening van het uiteindelijke invaliditeitspensioen (IP).

3.3.1 Beschrijving data

In totaal zijn er van 483 (post) actieve militairen gegevens verzameld, 233 van BMB en 250 van SMO. Er is één persoon die bezwaar gemaakt heeft tegen de dataverzameling en er zijn 4 personen van wie er gegevens ontbreken om het IP te berekenen. Eén persoon is door BMB beoordeeld en drie personen door SMO. Na verwijdering van de 4 bovengenoemde personen blijven er in totaal gegevens van 478 (post)actieve militairen over voor de analyses, zie tabellen 3.1 en 3.2. In tabel 3.3 staan de kenmerken van deze personen weergegeven. Het merendeel ervan is man en de gemiddelde leeftijd is 41,2 jaar. De hoofddiagnose is bij 87,9% (n=420) van de (post) actieve militairen PTSS (tabel 3.3). Andere gerapporteerde hoofddiagnoses zijn aanpassingsstoornissen (n=16), angststoornissen (n=13) depressieve stoornissen (n=13) en overige psychiatrische stoornissen (n=8). Als nevendiaagnoses zijn o.a. stemmingsstoornissen, addictieproblemen en depressieve stoornissen gerapporteerd.

TABEL 3.1: AANTAL VERZAMELDE DOSSIERS, UITGESPLITST NAAR BMB EN SMO

	(Post) actieve militairen	Aantal bij de beoordeling betrokken verzekeringsartsen
Totaal	478	18
BMB	231	10
SMO	247	8

TABEL 3.2: JAARTAL EERSTE BEOORDELING VERZAMELDE DOSSIERS

Jaar eerste beoordeling	Aantal dossiers
2011	71
2012	108
2013	98
2014	125
2015	67
onbekend	9
totaal	478

TABEL 3.3: KENMERKEN (POST) ACTIEVE MILITAIREN

		Range
Man, n (%)	458 (96%)	
Vrouw, n (%)	20 (4%)	
Gemiddelde leeftijd in jaren (sd)	41,2 (14%)	22-94
Diagnose PTSS, n (%)	420 (88%)	

3.3.2 Structuur, opbouw en samenhang subrubrieken

Frequenties scores in klassen per subrubriek

De eerste vraagstelling betreft de structuur, opbouw en samenhang van de tien subrubrieken en de vier rubrieken van het schattingsinstrument.

Als eerste zijn de frequenties van het aantal scores op de klassen 0 t/m 5 per subrubriek bepaald, weergegeven in tabel 3.4. Wat opvalt is dat op de subrubrieken 1 Persoonlijke hygiëne en zelfzorg, 4 Seksuele functie en 5 Basale communicatie overwegend ($\geq 97\%$) klasse 0 gescoord wordt. Op alle tien de subrubrieken wordt klasse 5 vrijwel nooit gescoord (≤ 0.7).

TABEL 3.4: FREQUENTIES KLASSEN PER SUBRUBRIEK, N (%)

Subrubriek*	0 [^]	1	2	3	4	5
1	461 (96,4)	13 (2,7)	1 (0,2)	2 (0,4)	1 (0,2)	0
2	293 (61,3)	113 (23,6)	42 (8,8)	16 (3,3)	11 (2,3)	3 (0,6)
3	42 (8,8)	95 (19,9)	220 (47,7)	91 (19,0)	21 (4,4)	1 (0,2)
4	468 (97,9)	2 (0,4)	5 (1,0)	2 (0,4)	1 (0,2)	0
5	468 (97,9)	9 (1,9)	1 (0,2)	0	0	0
6	144 (30,1)	155 (32,4)	121 (25,3)	44 (9,2)	14 (2,9)	0
7	149 (31,2)	157 (32,8)	128 (26,8)	32 (6,7)	12 (2,5)	0
8	249 (52,1)	141 (29,5)	72 (15,1)	14 (2,9)	2 (0,4)	0
9	306 (64,0)	115 (24,1)	45 (9,4)	8 (1,7)	4 (0,8)	0
10	33 (6,9)	224 (46,9)	189 (39,5)	24 (5,0)	8 (1,7)	0

*N totaal =478, *1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg, 2. Mobiliteit, 3. Slapen, 4. Seksuele functie, 5. Basale communicatie, 6.*

Communicatief sociaal functioneren, 7. Communicatieve (emotionele) vaardigheid, 8. Structuur aanbrengen, 9.

Huishoudelijke activiteiten, 10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

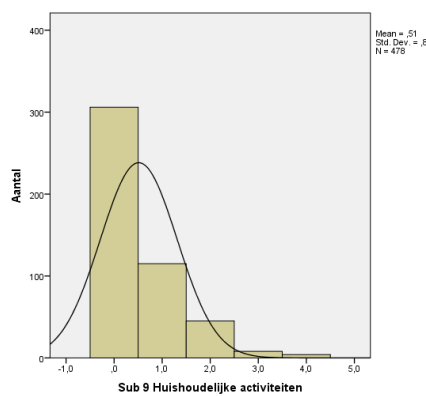
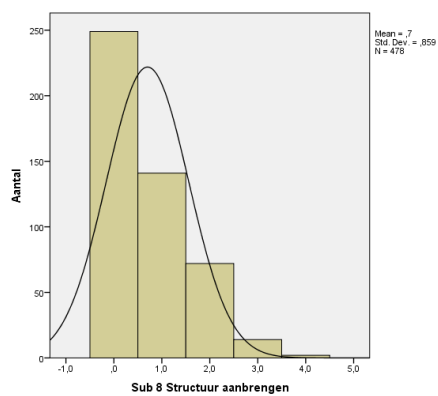
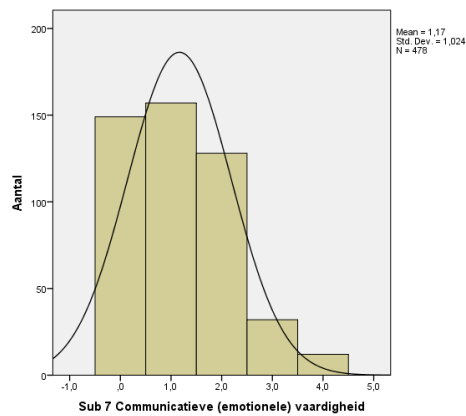
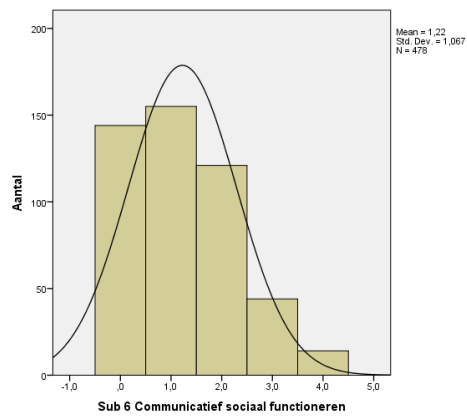
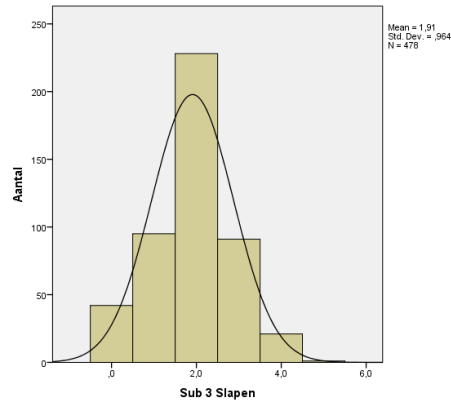
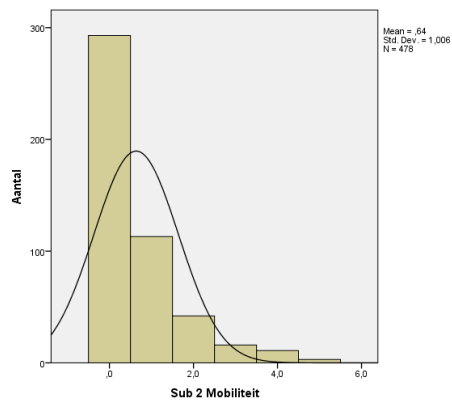
[^] klasse 0: normaal; klasse 1: geringe beperkingen; klasse 2: milde beperkingen; klasse 3: matige beperkingen; klasse 4: ernstige beperkingen; klasse 5: extreme beperkingen.

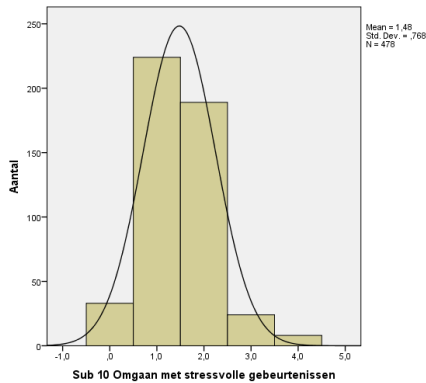
Verdeling scores in klassen per subrubriek

Vervolgens is de verdeling van de scores op de klassen 1 t/m 5 van de subrubrieken weergegeven.

De subrubrieken 2: mobiliteit, 8: structuur aanbrengen en 9: huishoudelijke activiteiten laten een scheve verdeling zien, en de subrubrieken 3: slapen, 6: communicatief sociaal functioneren, 7: communicatieve (emotionele) vaardigheid en 10: omgaan met stressvolle gebeurtenissen laten een meer normale verdeling zien over de 4 klassen (klasse 5 wordt vrijwel nooit gescoord). Bij subrubriek

10: omgaan met stressvolle gebeurtenissen is een piek te zien in de scores op klasse 1 en 2. Dit is weergegeven in staafdiagrammen in figuur 3.1. De figuren van subrubriek 1: persoonlijke hygiëne en zelfzorg , 4: seksuele functie , en 5: basale communicatie zijn niet weergegeven omdat hier vooral klasse 0 op gescoord is.





FIGUUR 3.1: VERDELING SCORES OP DE SUBRUBRIEKEN WEERGEGEVEN IN STAAFDIAGRAMMEN

Om er voor te zorgen dat een vraag voldoende kan differentiëren wordt doorgaans als theoretisch uitgangspunt genomen dat er in alle antwoordcategorieën dient te zijn gescoord, zodat er min of meer sprake van een normaalverdeling is. Bij een grote piek in bijvoorbeeld klasse 0, is er sprake van een slechte differentiatie van de betreffende vraag. Hier ligt echter in de praktijk een beleidsmatige keuze aan ten grondslag; in hoeverre dienen alle subrubrieken in dezelfde mate te differentiëren? Deze vraag werd voorgelegd aan de expertgroep. De uitkomsten hiervan zijn beschreven in hoofdstuk 8.

Samenhang tussen de subrubrieken

De samenhang tussen de verschillende subrubrieken is bepaald met behulp van correlatiecoëfficiënten volgens Spearman's Rho. Een Rho boven de 0,4 wordt als een redelijk verband gezien, een rho boven de 0,6 wordt als een sterk verband beschouwd, en een Rho boven de 0.8 als een zeer sterk verband.⁸ Een en ander wordt weergegeven in tabel 3.5.

Hierbij valt op dat er een sterke positieve samenhang is gevonden tussen subrubriek 6: communicatief sociaal functioneren en 7: communicatieve (emotionele) vaardigheid, evenals tussen subrubriek 6: communicatief sociaal functioneren en 10: omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Een hoge score op de ene subrubriek hangt samen met een hoge score op de andere subrubriek. In tabel 3.5 is te zien dat elke subrubriek een significante samenhang laat zien met de andere subrubrieken, met uitzondering van subrubriek 4: seksuele functie. Deze subrubriek heeft geen enkele correlatie met een van de andere 9 subrubrieken.

TABEL 3.5: CORRELATIE COËFFICIËNTEN TUSSEN DE TIEN SUBRUBRIEKEN (SPEARMAN'S RHO). N=478

Subrubriek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,00									
2	,156**	1,00								
3	,116*	,404**	1,00							
4	-0,03	-0,02	,048	1,00						
5	,210**	,125**	,059	-0,02	1,00					
6	,183**	,466**	,412**	,066	,188**	1,00				
7	,204**	,368**	,315**	,066	,143**	,660**	1,00			
8	,264**	,424**	,361**	-0,03	,169**	,495**	,425**	1,00		
9	,263**	,448**	,356**	-0,02	,212**	,432**	,414**	,563**	1,00	
10	,244**	,471**	,358**	,023	,170**	,645**	,604**	,569**	,472**	1,00

** statistisch significant >0.01, * statistisch significant >0.05

1. *Persoonlijke hygiëne en zelfzorg*, 2. *Mobiliteit*, 3. *Slapen*, 4. *Seksuele functie*, 5. *Basale communicatie*, 6. *Communicatief sociaal functioneren*, 7. *Communicatieve (emotionele) vaardigheid*, 8. *Structuur aanbrengen*, 9. *Huishoudelijke activiteiten*, 10. *Omgaan met stressvolle gebeurtenissen*

Factoranalyse van de subrubrieken en de rubrieken

Vervolgens is de opbouw van de subrubrieken en rubrieken inzichtelijk gemaakt met behulp van een factoranalyse. Een factoranalyse kijkt naar onderliggende patronen en correlaties tussen verschillende factoren, in dit geval subrubrieken, en plaatst de subrubrieken die vergelijkbare patronen hebben bij elkaar.⁷ Uit de analyse komen twee factoren naar voren, zoals te zien is in tabel 3.6, component 1 bestaat uit de subrubrieken 2, 3, 6, 7, 8, 9 en 10 en component 2 uit 1, 4 en 5. Deze componenten komen niet overeen met de indeling van de 10 subrubrieken over de vier rubrieken van het schattingsinstrument.

TABEL 3.6: FACTORANALYSE SUBRUBRIEKEN. N=478

	Component 1	Component 2
1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg		,611
2. Mobiliteit	,719	
3. Slapen	,643	
4. Seksuele functie		-0,470
5. Basale communicatie		,654
6. Communicatief sociaal functioneren	,821	
7. Communicatieve (emotionele) vaardigheid	,779	
8. Structuur aanbrengen	,726	
9. Huishoudelijke activiteiten	,712	
10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen	,822	

Om na te gaan of de subrubrieken per rubriek samenhangen is per rubriek een factoranalyse uitgevoerd. Uit de factoranalyse voor rubriek 1 komt naar voren dat deze uit twee componenten bestaat, tabel 3.7. Component 1 met de subrubrieken 1, 2 en 3, en component 2 bestaande uit subrubriek 4 seksuele functie. Subrubriek 4 vormt dus geen factor met de andere drie subrubrieken van rubriek 1, zoals te zien is in tabel 3.7. Rubriek 2 komt volgens de factoranalyse wel overeen met subrubrieken van het schattingsinstrument en bestaat uit één component met de subrubrieken 5, 6 en 7. Rubriek 3 en 4 bestaan uit respectievelijk twee of één subrubriek, waardoor een factoranalyse niet mogelijk is.

TABEL 3.7 : FACTORANALYSE SUBRUBRIEKEN BINNEN RUBRIEK 1: ACTIVITEITEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN, N=478

	Component 1	Component 2
1. Activiteiten van het dagelijkse leven	Persoonlijke hygiëne en zelfzorg	,538
	Mobiliteit	,835
	Slapen	,754
	Seksuele functie	

Interne consistentie van het schattingsinstrument

Vervolgens is de interne consistentie van het schattingsinstrument getoetst. De interne consistentie geeft aan in hoeverre verschillende items van een vragenlijst/instrument hetzelfde concept meten door te berekenen of de scores van de (post)actieve militairen op de subrubrieken consistent zijn. De maat hiervoor is de Cronbach's Alfa (deze dient minimaal 0.7 te zijn om de vragenlijst verantwoord te

kunnen gebruiken).^{7,9,10} De Cronbach's Alfa voor alle 10 subrubrieken is 0.84. De Alfa stijgt wanneer de subrubrieken 4 en 5 verwijderd worden tot 0.86, bij verwijdering van een van de andere subrubrieken daalt de Alfa.

Mokkenanalyse

Om vast te stellen of in de subrubrieken van het schattingsinstrument een bepaalde hiërarchie te onderkennen is, is een Mokkenanalyse uitgevoerd. De Mokkenanalyse heeft als doel het opsporen van een bepaald patroon binnen items, in dit geval de subrubrieken, en vormt een oplopende hiërarchische ordening in de items. Hierbij wordt verondersteld dat als een item een bepaalde hogere score heeft het heel waarschijnlijk is dat op de items die eerder in de hiërarchie komen ook een hogere klasse is gescoord. Er is daarbij een correctie gemaakt voor de ordening op grond van toeval. Voor de Mokkenanalyse is gebruik gemaakt van de parameter Loevinger's H.¹¹ Deze parameter geeft een beeld van de mate waarin de items een homogene set vormen. Hierbij geldt dat de H(i)-waarde tenminste 0.3 moet zijn voor een goed resultaat.¹² Hierdoor kan worden bepaald of (sub)rubrieken een goed instrument vormen.¹³ De moeilijkheid of 'difficulty' van een subrubriek wordt gebruikt om de volgorde van de items vast te stellen.

Uit de hiërarchische ordening (tabel 3.8 en tabel 3.9) blijkt bijvoorbeeld dat wanneer een hogere klasse op subrubriek 7 gegeven wordt, de (post)actieve militair ook een hogere klasse op subrubriek 10 en 3 scoort.¹⁴ Alleen subrubriek 4 is met $H(i) < 0.3$ niet passend volgens de Mokkenanalyse.⁹ In het schattingsinstrument is subrubriek 3 'slapen' de laatste in de rangorde, deze heeft het hoogste aantal (post)actieve militairen met een hoog gescoorde klasse.

TABEL 3.8: HIËRARCHISCHE OPLOPENDE ORDENING (N=478)

Subrubriek	P(i)
5 Basale communicatie,	0.02
1 Persoonlijke hygiëne en zelfzorg	0.05
9 Huishoudelijke activiteiten	0.51
2 Mobiliteit	0.64
8 Structuur aanbrengen	0.70
7 Communicatieve (emotionele) vaardigheid	1.17
6. Communicatief sociaal functioneren	1.22
10 Omgaan met stressvolle gebeurtenissen	1.48
3 Slapen	1.91

Subrubriek 4 is niet opgenomen in de schaal omdat $H(4) < 0.30$.

Ook is de H-waarde voor de afzonderlijke rubrieken berekend. Dit kan alleen voor de rubrieken 1 en 2, omdat een schaal minstens drie items moet bevatten, tabel 3.10 en tabel 3.11. Bij minder items kan geen volgorde worden vastgesteld. Rubriek 1 en 2 zijn beide homogeen, zie tabel 3.10.

TABEL 3.9: MOKKENANALYSE VOOR ALLE RUBRIEKEN SAMEN

Rubriek	Subrubriek	P(i)	H(i)
1. Activiteiten van het dagelijkse leven	1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg	0.05	0.59
	2. Mobiliteit	0.64	0.54
	3. Slapen	1.91	0.46
	4. Seksuele functie (niet opgenomen in de schaal)	0.05	0.03
2. Sociaal functioneren	5. Basale communicatie	0.02	0.36
	6. Communicatief sociaal functioneren	1.22	0.61
	7. Communicatieve (emotionele) vaardigheid	1.17	0.57
3. Concentratie, doorzettingsvermogen en tempo	8. Structuur aanbrengen	0.70	0.58
	9. Huishoudelijke activiteiten	0.51	0.58
4. Adaptatie aan stressvolle omstandigheden	10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen	1.48	0.67

De H-waarde voor de hele schaal is 0.57, subrubriek 4 is niet opgenomen in de schaal omdat $H_9(4) < 0.30$. In de kolom P(i) wordt de hiërarchische ordening van het item genoemd. De kolom H(i) bevat de H-waarden behorend bij de items (N = 478).

TABEL 3.10: MOKKENANALYSE VOOR ALLEEN ACTIVITEITEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN

Rubriek	Subrubriek	P(i)	H(i)
1. Activiteiten van het dagelijkse leven	1 Persoonlijke hygiëne en zelfzorg	0.05	0.38
	2 Mobiliteit	0.64	0.54
	3 Slapen	1.91	0.53
	4 Seksuele functie (niet opgenomen in de schaal)	0.05	0.00

De H-waarde voor de hele schaal is 0.51, subrubriek 4 is niet opgenomen in de schaal omdat $H_9(4) < 0.30$. In de kolom P(i) wordt de moeilijkheid van het item genoemd alsmede de volgorde in de schaal. De kolom H(i) bevat de H-waarden behorend bij de items (N = 478).

Bij rubriek 1 is subrubriek 4 niet opgenomen omdat de H-waarde kleiner dan 0,30 is.

TABEL 3.11: MOKKENANALYSE VOOR ALLEEN RUBRIEK SOCIAAL FUNCTIONEREN

Rubriek	Subrubriek	P(i)	H(i)
2. Sociaal functioneren	5 Basale communicatie	0.02	0.47
	6 Communicatief sociaal functioneren	1.22	0.70
	7 Communicatieve (emotionele) vaardigheid	1.17	0.68

De H-waarde voor de hele schaal is 0.68. In de kolom P(i) wordt de moeilijkheid van het item genoemd. De kolom H(i) bevat de H-waarden behorend bij de items. (n=478)

3.3.3 Opbouw en weging invaliditeitspensioen

Vraagstelling twee, die ingaat op de uitkomstmaat van het schattingsinstrument op basis van momenteel binnen defensie beschikbare gegevens, te weten het Militair Invaliditeitspercentage, heeft betrekking op de opbouw en weging van de verschillende onderdelen binnen het MIP. Van alle (post)actieve militairen is met behulp van de tien subrubrieken het IP berekend. Zoals eerder omschreven tellen de vier rubrieken, onafhankelijk van het aantal subrubrieken, daarbij even zwaar mee. De scores van alle subrubrieken die tot dezelfde rubriek behoren, worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal subrubrieken. Daarna worden de subscores van de vier rubrieken bij elkaar opgeteld en gedeeld door vier. Dit quotiënt, zijnde een getal tussen de 0 en 5, geeft de gemiddelde rubriekscore aan. De waarden 0-5 vertegenwoordigen een percentage tussen de 0 en 100 procent. De vertaalslag van rubriekscore naar invaliditeitspercentage verloopt vervolgens lineair en wordt weergegeven in stappen van 5%. Zo komt een gemiddelde rubriekscore van 2,4 uit op een invaliditeitspercentage van 48%. Een IP onder de 10% wordt niet uitgekeerd, maar voor de inzichtelijkheid van de gegevens wordt hier wel 5% weergegeven.

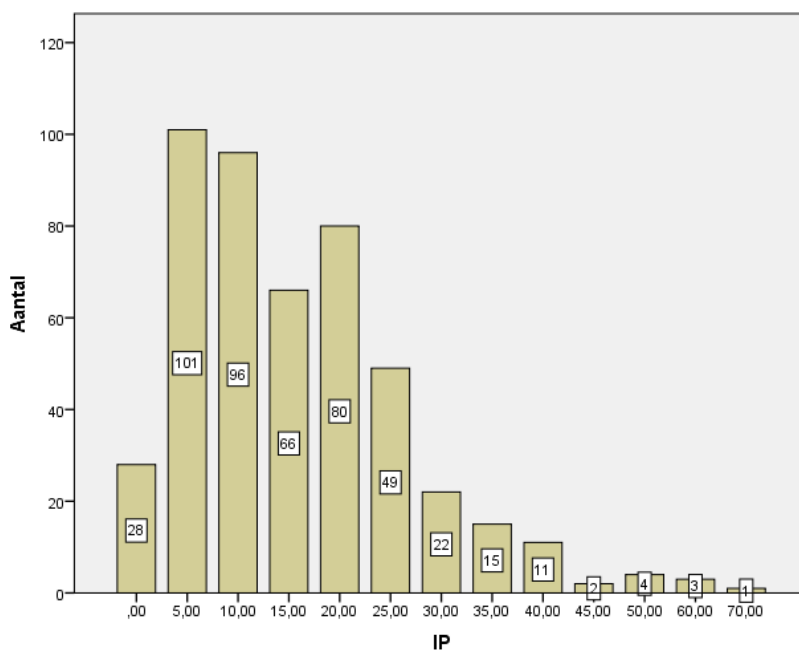
Gemiddelde IP

Tabel 3.12 geeft een overzicht van de minimum, maximum en gemiddelde rubriekscores, evenals van het IP, uitgesplitst naar SMO en BMB. Het gemiddelde IP is 18%, 16% voor BMB en 19% voor SMO. Het hoogste MIP is 70%, dit is echter een uitschieter, het IP ligt voor het merendeel (88%) van de (post)actieve militairen tussen de 0 en 25%, zie tabel 3.12 en figuur 3.2. Wanneer alleen het MIP-gemiddelde wordt bepaald van de (post)actieve militairen die een MIP ontvangen (MIP boven de 10%) betreft dit gemiddeld een MIP van 22% (sd=10.0), n=129.

TABEL 3.12: MINIMUM, MAXIMUM EN GEMIDDELDE RUBRIEKSCORES, IP.

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Sd
R1	478	0	3	0,7	0,5
R2	478	0	3	0,8	0,7
R3	478	0	4	0,6	0,8
R4	478	0	4	1,5	0,8
IP	478	0	70%	17,7%	11,1
BMB MIP	231	0,0	70%	16,2%	10,8
SMO MIP	247	0,0	60,8%	19,2%	11,2

Er zijn 129 (post)actieve militairen met een IP lager dan 10%. Van deze 129 is het gemiddelde IP 6,3% (SD=2,9) met een range van 0 - 9,58%.



FIGUUR 3.2: VERDELING PER 5%-STAP PERCENTAGE MIP (N=478)

Weging IP-berekening

De IP-bepaling wordt berekend aan de hand van de scores op rubrieksniveau. Dit betekent dat er een weging plaatsvindt op subrubriekniveau. Zo telt subrubriek 1 voor 25% mee in rubriek 1, en subrubriek 10 in het geheel mee in rubriek 4. Wanneer de rubrieken niet meegenomen worden, maar het IP berekend wordt door de 10 subrubrieken even zwaar te laten meewegen daalt het IP met 2,2%. Het gemiddelde IP is dan 15,5% (sd=10.1).

Uit bovenstaande analyses komt naar voren dat er op de subrubrieken 1, 4, en 5 vaak '0' wordt gescoord. Wanneer deze subrubrieken uit de berekening voor het IP gehaald worden, (het IP wordt dan bepaald door de 7 overige subrubrieken) gaat het IP omhoog met 4,1% naar een gemiddeld MIP van 21,8%. Voor BMB gaat dit van 16,2% naar 19,7% en voor SMO van 19,2% naar 23,7%.

Verband subrubrieken en IP

Tenslotte is het verband tussen de subrubrieken en het IP bepaald aan de hand van correlaties volgens Spearman's Rho, zie tabel 3.13.

TABEL 3.13: CORRELATIONEEL VERBAND TUSSEN SUBRUBRIEKEN EN IP

Subrubriek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
IP	,260**	,613**	,560**	,071	,193**	,807**	,747**	,743**	,669**	,864**

1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg, 2. Mobiliteit, 3. Slapen, 4. Seksuele functie, 5. Basale communicatie, 6. Communicatief sociaal functioneren, 7. Communicatieve (emotionele) vaardigheid, 8. Structuur aanbrengen, 9. Huishoudelijke activiteiten, 10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

Wat opvalt is dat de subrubriek 4 geen samenhang laat zien met het IP. Subrubriek 1 en 5 laten een zwak verband zien. Dit komt mede doordat hier zo vaak klasse 0 op gescoord is.

Conclusies naar aanleiding van de vraagstellingen

Wat is de samenhang, structuur en opbouw van de vier rubrieken en tien subrubrieken van het schattingsinstrument?

De scores op subrubrieken 1 (persoonlijke hygiëne en zelfzorg), 4, (seksuele functie) en 5 (basale communicatie) laten in de verschillende analyses zien dat deze anders zijn dan de scores op andere subrubrieken. Zo wordt er bijna altijd, in meer dan 97% van de gevallen, klasse 0 gescoord op deze

drie subrubrieken. In de factoranalyse vormen deze drie subrubrieken tezamen de tweede component. De eerste component bestaat uit de overige 7 subrubrieken.

Subrubriek vier, seksuele functie, valt daarnaast ook uit de schaal van de Mokkenanalyse. Een verklaring hiervoor is dat op subrubriek 1 en 5 bijna altijd klasse 0 is gescoord, terwijl in de gevallen dat er wel hoger op gescoord wordt dan '0', dat in de meeste gevallen klasse 1 is. Op subrubriek 4 wordt ook bijna altijd klasse 0 gescoord, maar als daarop hoger gescoord wordt is dat in de meeste gevallen (n=5) klasse 2 en niet klasse 1. Hiermee heeft subrubriek 4 een wat ander scorepatroon, wat ook terug te zien is in de samenhang tussen de subrubrieken. Subrubriek vier heeft als enige subrubriek geen enkele correlatie met een van de andere 9 subrubrieken.

Op de overige 7 subrubrieken (2, 3, 6, 7, 8 en 9) wordt wel hoger dan klasse 0 gescoord, waarbij sommige subrubrieken een scheve verdeling (2, 8, 9) laten zien en andere subrubrieken een meer normale verdeling (3, 6, 7 en 10). Voor alle subrubrieken geldt dat klasse 5 vrijwel nooit gescoord wordt. De vraag welke verdeling wenselijk is op een bepaalde subrubriek kan niet door de wetenschap worden beantwoord, dit betreft primair een beleidsmatige keuze.

De tien subrubrieken van het schattingsinstrument maken onderdeel uit van vier rubrieken. Uit de statistische gegevens blijkt dat de rubrieken zoals ze nu zijn vastgelegd in het schattingsinstrument niet te herleiden zijn vanuit de gegevens, zoals te zien is in de uitkomsten van de factoranalyse (twee componenten). De rubrieken waarop een Mokkenanalyse toegepast kan worden (1 en 2) laten wel een homogeen beeld zien, echter zonder subrubriek 4.

Hoe zien op basis van momenteel binnen defensie beschikbare gegevens en op basis van gegevens uit eerder onderzoek de uitkomstmaten van het schattingsinstrument eruit, te weten het invaliditeitspercentage (IP)?

De rubrieken worden gebruikt in de berekening van het IP. Wanneer hiervan afgestapt wordt en in de berekening naar het IP de weging die de rubrieken aanbrengen genegeerd wordt daalt het IP licht. Dit is te verklaren vanuit het feit dat in de huidige berekening de subrubrieken waarop veelvuldig klasse 0 wordt gescoord relatief minder zwaar meewegen in de berekening van het IP.

Theoretisch kan met het schattingsinstrument een IP van maximaal 100% behaald worden. Het maximale IP in dit onderzoek is 70%; dit is echter een uitschieter. Het gemiddelde IP is 17,7%, terwijl

88% van de IP's tussen de 0 en 25% ligt. Ook hierbij kan de vraag gesteld worden welk gemiddelde en welke verdeling qua beleid wenselijk is.

Samenvattend kan uit bovenstaande geconcludeerd worden dat op de subrubrieken 1, 4 en 5 veelvuldig klasse 0 gescoord wordt. Een andere belangrijke conclusie is dat subrubriek 4 het meest afwijkt in vergelijking met de scoringspatronen van de overige 9 subrubrieken. En tenslotte kan geconcludeerd worden dat de onderverdeling in rubrieken, zoals deze in het instrument is beschreven, niet zozeer terug te halen is uit de subrubriekscores. De rubrieken zorgen er in de berekening van het IP wel voor dat de subrubrieken waar vaker hoger op gescoord wordt, ook zwaarder meewegen.

Hoofdstuk 4 Methode ervaringenonderzoek naar de toepasbaarheid, ervaringen en knelpunten van het PTSS-protocol

In dit hoofdstuk wordt de methode van het ervaringenonderzoek naar de toepasbaarheid, ervaringen en knelpunten van het PTSS-protocol toegelicht. Een korte omschrijving van het PTSS-protocol en het bijbehorende schattingsinstrument is te vinden in hoofdstuk 2. Achtereenvolgens worden in dit hoofdstuk de vraagstellingen herhaald in 4.1 en worden in 4.2 de drie gebruikte methoden binnen het ervaringenonderzoek genoemd, te weten de kwantitatieve vragenlijst, de kwalitatieve diepte-interviews en de focusgroepen. In 4.3 wordt de selectie van de onderzoeksgroep beschreven, in 4.4 volgt een toelichting op de kwantitatieve vragenlijst, in 4.5 worden de kwalitatieve diepte-interviews beschreven en in 4.6 de kwalitatieve focusgroepen.

4.1 Vraagstellingen

De vraagstellingen die bij het ervaringenonderzoek naar de toepassing van het PTSS-protocol leidend waren zijn de volgende:

- a. Wat zijn de ervaringen met het PTSS-protocol vanuit de perspectieven van verschillende professionals die met het protocol te maken hebben?
- b. Hoe wordt de toepasbaarheid van het protocol ervaren; wat zijn positieve ervaringen en welke verbeterpunten en knelpunten zijn er?

Ervaringen zijn de meningen van de verschillende bij het protocol betrokken professionals over de inhoud en bruikbaarheid van het PTSS-protocol en het schattingsinstrument.

4.2 Drie methoden binnen het ervaringenonderzoek

In deze paragraaf worden de methoden van het ervaringenonderzoek beschreven. De opzet van het onderzoek wordt weergegeven, de manier waarop de ervaringen verzameld zijn en tenslotte volgt een beschrijving van de analyses die zijn uitgevoerd.

Opzet

Om de ervaringen met het PTSS-protocol zo goed mogelijk in kaart te brengen is gebruik gemaakt van drie manieren van dataverzameling:

1. kwantitatieve vragenlijst,
2. kwalitatieve diepte-interviews,
3. kwalitatieve focusgroepen.

De kwantitatieve vragenlijst is verstuurd naar zo veel mogelijk relevante sleutelfiguren. Dat zijn personen die vanuit verschillende achtergronden en invalshoeken met het PTSS-protocol te maken hebben. In totaal hebben 60 personen de lijst ingevuld. In de vragenlijst konden respondenten aangeven of zij aan een interview en/of focusgroep wilden deelnemen. Vervolgens zijn uit de respondenten die daartoe bereid waren, personen geselecteerd voor de kwalitatieve diepte-interviews. Er zijn in totaal 14 interviews gehouden en twee focusgroepen georganiseerd, met respectievelijk 6 vertegenwoordigers van direct of indirect bij het protocol betrokken disciplines (focusgroep 1) en 2 vertegenwoordigers van direct of indirect bij het protocol betrokken disciplines en 6 veteranen (focusgroep 2). Hieronder worden de verschillende onderdelen toegelicht.

4.3 Selectie van de onderzoeksgroep, voorbereidende fase

Het selecteren van relevante sleutelpersonen is besproken met alle leden van de begeleidingscommissie. Tijdens dit overleg kon ieder lid van de begeleidingscommissie (groepen van) personen aandragen die relevant zijn voor dit onderzoek. Onder sleutelpersonen worden in het kader van deze evaluatie personen verstaan, die beroepsmatig werken met of vanuit hun beroep met het PTSS-protocol te maken hebben. Selectie van deze sleutelpersonen vond in overleg met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie plaats. De volgende partijen zijn relevant om te betrekken in het ervaringenonderzoek: verzekeringsartsen (SMO en BMB), behandelaren, zorgcoördinatoren/casemanagers, beleidsmedewerkers, managers, cliëntvertegenwoordigers/belangenbehartigers, pensioenverzekeringsautoriteiten (penvauts) en externe experts. Aangezien de vragenlijst inhoudelijk over het werken met het protocol gaat en niet over de vraag hoe het is om aan de hand van het protocol te worden beoordeeld, is deze niet naar (post)actieve militairen zelf gestuurd. Aangezien de ervaringen van de (post)actieve militairen wel degelijk van belang zijn, is besloten een focusgroep te houden waar de ervaringen van de (post)actieve militairen werden meegenomen. Van alle betrokken partijen zijn door de begeleidingscommissie relevante contactpersonen geselecteerd. Van deze personen ontving TGO van defensie een lijst met namen en emailadressen om ze te kunnen benaderen voor deelname.

Aan zowel het vragenlijstonderzoek als de interviews hebben de volgende professionals deelgenomen:

- verzekeringsartsen
- pensioenverzekeringsautoriteiten (penvauts)
- behandelaren
- case-coördinatoren / zorgcoördinatoren
- managers / beleidsmedewerkers / advocaten
- belangenbehartigers / cliëntenvertegenwoordigers

Binnen het behandelings- en beoordelingsproces van invaliditeit in het kader van psychische klachten en PTSS hebben deze professionals uiteenlopende taken:

Verzekeringsartsen zijn verantwoordelijk voor de invaliditeitsbeoordeling van de (post)actieve militairen en voor het adviseren over de hoogte van het eventuele invaliditeitspensioen, beide aan de hand van het PTSS-protocol. Er hebben in dat kader verzekeringsartsen deelgenomen die in dienst zijn van het 'civiele' ABP/ SMO en bij BMB van Defensie. De eerste groep beoordeelt postactieve militairen vanaf 5,5 jaar na de datum waarop zij uit dienst zijn getreden. De tweede groep is gericht op militairen die nog in dienst van Defensie zijn of minder dan 5,5 jaar uit dienst.

Pensioenverzekeringsautoriteiten controleren en bekrachtigen (viseren) de invaliditeitsbeoordeling en de berekening van het invaliditeitspensioen door de verzekeringsartsen. Dat betreft een 'papieren' exercitie, zij zien de cliënt daarvoor niet, maar checken of het protocol juist is gebruikt en de procedures correct zijn uitgevoerd.

Behandelaren zijn betrokken bij de behandeling van PTSS en psychische klachten die al of niet gerelateerd zijn aan het dienstverband van (post)actieve militairen. Het betreft doorgaans psychologen en psychotherapeuten die in dienst zijn van een civiele GGZ-instelling die is aangesloten bij het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) of werken bij de GGZ-instelling van Defensie, te weten de MGGZ.

Case-coördinatoren / zorgcoördinatoren vormen voor (post)actieve militairen in principe het eerste aanspreekpunt bij een hulpvraag. Zij bieden een ondersteunende, voorwaardelijke functie, maar geen zorginhoudelijke. Er wordt dan ook geen zorggerichte cliëntinformatie met hen gedeeld. Iedere

veteraan met een materiële of immateriële hulpvraag krijgt een zorgcoördinator toegewezen. De zorgcoördinator monitort de verdere afhandeling van de immateriële zorgvraag en staat bovendien regelmatig met de cliënt in contact omtrent de voortgang. De case-coördinatoren zijn in dienst bij het Veteranenloket, een instantie die toegang biedt tot bestaande zorg en dienstverlening van het ministerie van Defensie, het Veteraneninstituut (Vi), het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV), het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) en het Veteranen Platform (VP).

Managers / beleidsmedewerkers zijn betrokken bij de totstandkoming van beleid rondom het behandelings- en beoordelingsproces van (post)actieve militairen (beleidsmedewerkers) of geven leiding aan personen die hierbij betrokken zijn (managers). Zij kunnen werkzaam zijn bij verschillende afdelingen binnen Defensie.

Belangenbehartigers / cliëntenvertegenwoordigers behartigen de (juridische) belangen van (post)actieve militairen. Ze behartigen de belangen van (post) actieve militairen, bemiddelen tussen (post)actieve militairen en het ministerie van Defensie en treffen soms aanvullende regelingen, waardoor dienstslachtoffers gecompenseerd kunnen worden voor het opgelopen letsel. Ze kunnen werkzaam zijn bij verschillende instellingen, zoals bij een militaire vakbond, verenigingen of bij andere instellingen, die zijn aangesloten bij het Veteranen Platform.

4.4 Kwantitatieve vragenlijst

Om de ervaringen met het PTSS-protocol van zo veel mogelijk professionals die ermee te maken hebben te verzamelen is gebruik gemaakt van een digitale vragenlijst.

De inhoud van de vragenlijst is samengesteld op basis van meerdere informatiebronnen, namelijk: de literatuur, de eerder genoemde betrouwbaarheidsstudies van het PTSS-protocol en experts op het gebied van zowel het PTSS-protocol als van methodieken die gebruikt worden in de verzekeringsgeneeskunde.

De vragenlijst bestaat uit meerdere onderdelen. De lijst begint met het uitvragen van enkele achtergrondgegevens, zoals het beroep en de manier waarop respondenten bij het PTSS-protocol zijn betrokken (direct of indirect). Vervolgens komen verschillende thema's aan bod: titel en inhoud PTSS-protocol, structuur en inhoud schattingsmethodiek, inbedding van het PTSS-protocol, gevolgen van het PTSS-protocol, juridische aspecten en de bruikbaarheid van het protocol. Binnen ieder thema worden verschillende vragen gesteld. Bij de meeste vragen betreft het een stelling waarbij

aangegeven kan worden in welke mate de respondent het hier mee eens/oneens is. Daarnaast is er na ieder thema gelegenheid om opmerkingen te maken of een toelichting te geven. De respondent kan zelf kiezen of hij/zij een toelichting wil geven of dat hij/zij hier niets invult. Zie voor verdere details van de vragenlijst Bijlage 3.

Aangezien niet alle respondenten dezelfde achtergrond en betrokkenheid bij het PTSS-protocol hebben, is vooraf met de begeleidingscommissie besloten aan welke groep welke vragen voorgelegd werden, zodat iedere groep van respondenten een eigen vragenlijst ontving.

Aan het einde van de vragenlijst kon de respondent aangeven of hij/zij mee wilde werken aan een vervolginterview of focusgroep.

De link naar de digitale vragenlijst is in totaal naar 96 sleutelpersonen verstuurd. Zestig personen hebben de lijst uiteindelijk ingevuld. De gegevens van de vragenlijst zijn geanonimiseerd geanalyseerd met statistische software SPSS. De uitkomsten zijn weergegeven in frequentietabellen (zie hoofdstuk resultaten) en de antwoorden van de verschillende doelgroepen zijn met elkaar vergeleken. De toelichtingen op de vragen zijn per beroepsgroep beschreven.

4.5 Kwalitatieve diepte-interviews

Op basis van de verzamelde gegevens vanuit de kwantitatieve vragenlijst is bepaald wie er uitgenodigd werden voor een interview. Leidend hierbij was de algemene ervaring van de respondent met het PTSS-protocol, evenals zijn/haar algemeen oordeel over het protocol, zoals weergegeven in tabel 3.5 van het resultatenhoofdstuk. In totaal zijn 14 personen geïnterviewd. Hiervoor werden telkens twee vertegenwoordigers van een betrokken partij uitgenodigd. Daarbij is steeds gekozen voor die twee respondenten die op basis van hun antwoord op vraag 5 van de vragenlijst, waarin naar een algemeen oordeel over het protocol wordt gevraagd, een maximaal contrast lieten zien. Idealiter betekent dat dat telkens twee respondenten voor het interview zijn uitgenodigd, waarvan de een deze vraag met 'zeer positief' en de ander met 'zeer negatief' beantwoordde. Bleken deze 'meest extreme' scores niet voor te komen, dan werd gekozen voor het grootste wel te vinden contrast.

De antwoorden die respondenten gaven op vragen uit de kwantitatieve vragenlijst vormden in belangrijke mate de inhoud voor het interview. Dat betekent dat de participanten tijdens het interview om een verdere uitleg van en toelichting op hun antwoorden werd gevraagd. Daarnaast is

er een algemeen interviewschema gemaakt aan de hand van verschillende thema's, vooral met betrekking tot de ervaringen met het PTSS-protocol. Dit interviewschema is voorgelegd aan de leden van de begeleidingscommissie voor eventuele aanvullingen of wijzigingen.

Alle interviews zijn – na toestemming – opgenomen met audioapparatuur en vervolgens letterlijk uitgetypt door een professioneel transcriptiebureau.

De analyse van de interviews is uitgevoerd met het kwalitatieve analyseprogramma Atlas.ti. In Atlas.ti kunnen alle stukken tekst systematisch onderverdeeld en gecodeerd worden. Codes zijn per tekstfragment gegeven en zijn gebaseerd op de vraagstellingen van en thema's binnen de interviews. Op deze manier kan uit alle interviews de informatie, zoals bijvoorbeeld over positieve aspecten van het protocol, worden gebundeld en samengevat.

Op basis van de eerste interviews hebben twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar op thematische wijze een codeboek in Atlas.ti ontwikkeld. Hun codes zijn vervolgens naast elkaar gelegd en door het onderzoeksteam is bepaald of deze per thema qua inhoud en beeld overeenstemden. Toen hier geen grote verschillen in aanwezig bleken te zijn, is om pragmatische redenen de rest van de interviews door één onderzoeker gecodeerd aan de hand van het codeboek.

Per thema is vervolgens beschreven wat de ervaringen van de participanten met het protocol zijn. Omdat het hier een groep professionals betreft die werkzaam is in een relatief klein speelveld is uit oogpunt van het waarborgen van de privacy uitsluitend gebruik gemaakt van letterlijke citaten indien deze niet direct herleidbaar zijn. Daarvoor zijn sommige groepen van participanten in de rapportage bij elkaar gevoegd, zoals verzekeringsartsen en penvauts, evenals case-coördinatoren en belangenbehartigers. Het aantal vertegenwoordigers van deze beroepen – zo zijn er in Nederland drie penvauts werkzaam – is soms dermate klein dat anders het risico op herleiding naar personen te groot wordt. Daarnaast is er een matrix gemaakt met de belangrijkste knel- en verbeterpunten van het PTSS-protocol op basis van de gegevens van de interviews en de focusgroepen (zie Bijlage 4).

4.6 Kwalitatieve focusgroepen

Op basis van de uitkomsten van de kwantitatieve vragenlijst en de kwalitatieve diepte-interviews is vervolgens een aantal kwalitatieve focusgroepen georganiseerd. Een focusgroep is een gestructureerde discussie in een kleine groep van betrokkenen, begeleid door een ervaren onafhankelijke gespreksleider. Het doel van de focusgroepen is een discussie op gang te brengen over een aantal stellingen die zijn opgesteld op basis van de gevonden resultaten vanuit de

verschillende onderdelen van het onderzoek (zowel de inhoudelijke evaluatie als het ervaringsonderzoek) en aldus een verdiepingsslag te maken. Een bijkomend doel van de focusgroepen was dat de (post)actieve militairen zelf ook betrokken en gehoord werden. De deelnemers van de focusgroepen konden op de gepresenteerde stellingen reageren en standpunten uitwisselen, maar er hoefde geen consensus bereikt te worden over verschillende visies. Bij een focusgroep die tot doel heeft verdieping aan te brengen moeten mensen zoveel mogelijk onbelemmerd kunnen praten en dienen tegenstellingen binnen de groepssamenstelling te worden vermeden. Het is van belang dat alle deelnemers optimaal tot hun recht kunnen komen en niet belemmerd worden door eventuele spanningen voortkomend uit verschillende belangen en posities door de samenstelling van de groep. In dit kader is daarom gekozen voor een homogene samenstelling van de focusgroepen. De twee focusgroepen hadden uiteindelijk de volgende samenstelling:

Focusgroep 1: een verzekeringsarts BMB, een verzekeringsarts SMO, twee case-coördinatoren en twee behandelaars.

Focusgroep 2: zes (post) actieve militairen van verschillende missies, een case-coördinator en een belangenbehartiger.

Een voorbeeld van een stelling is:

De gronden waarop nu het onderscheid tussen 'oorzakelijk' en 'verergerend' dienstverband berusten, zijn onvoldoende helder en moeten worden aangepast.

Voor de overige stellingen wordt verwezen naar hoofdstuk 7.

De beide focusgroep-sessies zijn met digitale geluidsapparatuur opgenomen. Ze zijn geleid door een onafhankelijke voorzitter, terwijl twee onderzoekers bij de bijeenkomsten aanwezig waren. Er zijn per focusgroep zes stellingen onderwerp van discussie geweest.

De verschillende meningen over en reacties op de stellingen zijn verzameld en uitgewerkt in het resultatenhoofdstuk 6.

Hoofdstuk 5 Resultaten kwantitatieve vragenlijst

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de kwantitatieve vragenlijst van het ervaringenonderzoek gepresenteerd. In 5.1 wordt de respons beschreven, in 5.2 wordt beschreven wie op welke manier betrokken is bij het protocol. In paragraaf 5.3 wordt beschreven hoeveel kennis de respondenten van het protocol hebben en in 5.4 wordt gerapporteerd over de ervaringen met het protocol door de verschillende respondenten. In 5.5 wordt ingegaan op de mening over de titel van het protocol en in paragraaf 5.6 vervolgens op de doelstelling ervan. In 5.7, 5.8 en 5.9 volgen de rapportages van de meningen over de structuur en inhoud, over de bruikbaarheid en over de inbedding van het protocol. In 5.10 worden de meningen over de diagnosestelling beschreven en tenslotte wordt dit hoofdstuk in 5.11 afgesloten met de gevolgen van het protocol voor invaliditeitspercentage en wordt aandacht besteed aan enkele juridische aspecten die daarbij een rol spelen.

5.1 Respons

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn 96 betrokkenen benaderd voor het invullen van een digitale vragenlijst. Het gaat om de volgende doelgroepen: verzekeringsartsen, pensioenverzekeringsautoriteiten, externe experts, behandelaren, belangenbehartigers, managers/beleidsmedewerkers, case-coördinatoren en zorgcoördinatoren. Vier personen; twee cliëntvertegenwoordigers/belangenbehartigers en twee managers/beleidsmedewerkers, hebben aangegeven niet betrokken te zijn bij het PTSS-protocol.

Van de overgebleven 92 betrokkenen hebben in totaal 60 respondenten de vragenlijst ingevuld. De hoogste percentages respondenten werden gevonden onder de verzekeringsartsen (86%), managers en beleidsmedewerkers (80%), pensioenverzekeringsautoriteiten en externe experts (64%) en behandelaren (64%). Een beperkt aantal cliëntvertegenwoordigers en belangenbehartigers heeft de vragenlijst ingevuld. Dit kan tot een vertekening van de resultaten hebben geleid. Zie tabel 5.1 voor een overzicht van de response.

TABEL 5.1: OVERZICHT RESPONSE KWANTITATIEVE VRAGENLIJST

Beroepsgroep	Aantal	Volledig ingevuld	Percentage
Verzekeringsartsen	14	12	85,7%
Pensioenverzekeringsautoriteiten + Externe experts	11	7	63,6%
Behandelaren	11	7	63,6%
Cliëntvertegenwoordigers/belangenbehartigers	12	6	50,0%
Zorgcoördinatoren + case coördinatoren	29	16	55,2%
Managers/beleidsmedewerkers	15	12	80%
Totaal	92	60	66,3%

Voor de leesbaarheid worden in het vervolg in het rapport in de tekst pensioenverzekeringsautoriteiten beschreven als penvauts, zorgcoördinatoren / casecoördinatoren als zorgcoördinatoren, managers/beleidsmedewerkers als managers en cliëntvertegenwoordigers/belangenbehartigers als cliëntvertegenwoordigers.

5.2 Betrokkenheid bij PTSS-protocol

Een kwart van de respondenten geeft aan het PTSS-protocol zelf toe te passen (zie tabel 5.2). Ruim de helft van de respondenten gaf aan dat zij indirect met het protocol te maken hadden, namelijk in de behandeling van, zorg voor en het contact met cliënten, in de aansturing van verzekeringsartsen, in verband met personeelszaken, en in de toetsing en beoordeling van aanvragen voor MIP. Zes personen die aangegeven hebben indirect met het PTSS-protocol te maken hebben, hebben geen toelichting gegeven op welke manier de term ‘indirect’ moet worden gedeut.

TABEL 5.2: OP WELKE MANIER HEEFT U MET HET PTSS-PROTOCOL TE MAKEN? N=60

	Aantal (%) respondenten
Ik pas het zelf toe	15 (25,0%)
Ik heb er indirect mee te maken, namelijk	34 (56,7%)
Anders, namelijk	11 (18,3%)

Bijna één op de vijf respondenten was op een andere manier betrokken bij het PTSS-protocol, namelijk betrokken bij de totstandkoming van het protocol (4x), had er mee te maken in het contact met cliënten (3x), controleerde de juiste toepassing van het protocol (3x) of was betrokken bij het beoordelen van bezwaar- en beroepzaken (1x).

Er kon een toelichting gegeven worden op de vraag ‘Op welke manier heeft u met het PTSS-protocol te maken?’ Uit de toelichtingen blijkt dat ook respondenten die indirect te maken hebben met het

protocol grotendeels dezelfde redenen aanvoeren, met name in het contact met en behandeling van cliënten en de betrokkenheid bij het beoordelen van bezwaar- en beroepzaken. Daarnaast werden het geven van voorlichting en het verstrekken van informatie over het protocol genoemd als redenen voor betrokkenheid.

Tenslotte werden nog de volgende opmerkingen gemaakt:

- *“Zorgcoördinatoren en casemanagers begeleiden klanten met psychische klachten die volgens het PTSS-protocol gekeurd worden en de hoogte van het IP-percentages leidt regelmatig tot discussies.”*
- *“Cliënten wordt op basis van het PTSS-protocol een militair invaliditeitspensioen toegekend of niet. In juridische dan wel medische zin wordt beoordeeld of het PTSS-protocol juist is toegepast. Medisch kan dit alleen aan de hand van medische (contra)expertises.”*
- *“Het beoordelingsproces volgens het PTSS-protocol heeft invloed op de (identiteit van de) cliënt en daarmee op het behandelproces. Het geeft vaak veel spanning, onrust en naderhand soms onvrede en juridische strijd.”*

5.3 Kennis van het PTSS-protocol

De meerderheid van de verzekeringsartsen, penvaats en cliëntenvertegenwoordigers gaf aan ruim voldoende kennis te hebben van het PTSS-protocol. De meerderheid van de managers en behandelaren gaf aan matige of beperkte kennis van het protocol te hebben (zie tabel 5.3).

TABEL 5.3: DOOR RESPONDENTEN INGESCHATTE KENNIS VAN HET PTSS-PROTOCOL N=60 *

Functie	Totaal aantal personen per groep	Ruim voldoende kennis	Voldoende kennis	Matige kennis	Beperkte kennis	Geen kennis
Verzekeringsarts	12	10 (83,3%)	2 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	7	5 (71,4%)	1 (14,3%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0 (0%)
Behandelaar (psychiater, psychotherapeut/psycholoog)	7	0 (0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Cliëntenvertegenwoordiger / belangenbehartiger	5	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Zorgcoördinator / casemanager	15	1 (6,7%)	8 (53,3%)	4 (26,7%)	2 (13,3%)	0 (0%)
Beleidsmedewerker / manager	9	3 (33,3%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	4 (44,4%)	0 (0%)

**Vijf personen hebben niets ingevuld*

Alleen de verzekeringsartsen en de penvauts maakten frequent gebruik van het protocol. Van de overige respondenten maakte de meerderheid geen gebruik van het protocol (zie tabel 5.4). Bij ‘anders’ gaat het om het beoordelen van de juiste toepassing van het protocol in het contact met cliënten.

TABEL 5.4: FREQUENTIE GEBRUIK PTSS-PROTOCOL DOOR RESPONDENTEN N=60*

Functie	N per groep	Frequentie gebruik					
		Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Een paar keer per jaar	Nooit (past niet bij functie)	Anders, namelijk
Verzekeringsarts	12	4 (33,3%)	7 (58,3%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pensioenverzekerings-autoriteit /externe expert	7	0 (0%)	3 (42,9%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)
Behandelaar, namelijk psychiater, psychotherapeut /psycholoog	7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (85,7%)	1 (14,3%)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (40%)	1 (20%)
Zorgcoördinator / casemanager	15	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (73,3%)	3 (20%)
Beleidsmedewerker / manager	9	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (11,1%)	5 (55,6%)	1 (11,1%)

**Vijf personen hebben niets ingevuld*

5.4 Ervaringen

De ruime meerderheid van de respondenten had zowel positieve als negatieve ervaringen met het protocol (50-91,7%). Geen enkele respondent had uitsluitend positieve ervaringen met het protocol (zie tabel 5.5). In alle beroepsgroepen, behalve onder de verzekeringsartsen, waren er respondenten met overwegend of uitsluitend negatieve ervaringen met het protocol. Zeven respondenten (12,5%) gaven aan geen ervaring met het protocol te hebben.

TABEL 5.5: ERVARINGEN VAN RESPONDENTEN MET HET PTSS-PROTOCOL (VANUIT PERSPECTIEF VAN FUNCTIE) N=60 *

Functie	N	Uitsluitend positief	Overwegend positief	Zowel positief als negatief	Overwegend negatief	Uitsluitend negatief	Ik heb geen ervaring met het protocol (%totaal)
Verzekeringsarts	12	0 (0%)	1 (8,3%)	11 (91,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	7	0 (0%)	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	0 (0%)	1 (14,3%)
Behandelaar, namelijk psychiater, psychotherapeut en/of psycholoog	7	0 (0%)	0 (0%)	3 (50%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	1 (14,3%)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0 (0%)	0 (0%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
Zorgcoördinator / casemanager	15	0 (0%)	1 (8,3%)	7 (58,3%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)	3 (20%)
Beleidsmedewerker / manager	10	0 (0%)	2 (25,0%)	4 (50%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (20%)

*Vier personen hebben niets ingevuld

In de toelichting op hun antwoord konden de respondenten drie positieve en drie negatieve ervaringen toelichten in een open tekstveld. Hieronder worden deze kort weergegeven, uitgesplitst naar professie / achtergrond.

Positieve ervaringen

Positieve ervaringen van verzekeringsartsen hebben te maken met een grotere standaardisering en uniformiteit en betere onderbouwing van de beoordeling, transparantie in de toetsingscriteria en het beter in kaart brengen van de beperkingen in het dagelijks functioneren. Daarnaast geven zij aan dat er minder sprake is van inter-arts variatie, van een goede betrouwbaarheid en een gestructureerde manier om het MIP te bepalen.

Pensioenverzekeringsautoriteiten geven in de toelichting aan, dat het PTSS-protocol helpt met het definiëren van de diagnose PTSS, het definiëren van de context van de beoordeling in het kader van het MIP, het beschrijven van de overwegingen rond de beoordeling van het dienstverband en het inkaderen van de mate van invaliditeit. Volgens hen bevordert dit de verdieping en uniformiteit. Externe experts noemen de goede 'inter-observer-validiteit' (waarmee naar alle waarschijnlijkheid

interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt bedoeld) en de overeenkomst met de AMA-guides (American Medical Association's Guides to the Evaluation of Permanent Impairment).

Ook behandelaren zijn positief over de gestructureerde wijze van beoordelen, zo blijkt uit de toelichting, waardoor willekeur bij besluitvorming afneemt en de controleerbaarheid van de besluitvorming wordt vergroot. Wel wordt aangegeven dat de toepassing nog afhankelijk is van de betreffende verzekeringsarts. Ook wordt aangegeven dat het erkenning kan geven als een militair invaliditeitspensioen wordt toegekend, en financiële duidelijkheid voor cliënten en daardoor ruimte om te werken aan maatschappelijke participatie en door behandeling vermindering van psychische klachten en psychosociale stress. Eén behandelaar kon geen enkele positieve ervaring noemen.

Cliëntenvertegenwoordigers en belangenbehartigers geven in de toelichting van deze vraag aan, dat de beoordeling uniformer en objectiever is geworden en dat willekeur in de beoordeling zoveel mogelijk is uitgebannen. Daarnaast wordt aangegeven dat het protocol meer duidelijkheid geeft over de beoordeling van psychische problematiek. Eén cliëntenvertegenwoordiger of belangenbehartiger gaf aan, geen enkele positieve ervaring te kunnen noemen.

De positieve ervaringen van zorgcoördinatoren en casemanagers hebben te maken met meer duidelijkheid over elementen die van belang zijn om tot een score te kunnen komen, het overeenkomen van deze elementen met de gebieden waarop cliënten hinder kunnen ondervinden in hun dagelijkse leven en het zorgvuldiger kijken naar de klachten van militairen en hoeverre deze aan de uitzending zijn gerelateerd. Ook wordt aangegeven dat de uitkomst een redelijk goed beeld geeft van de betrokken (post)actieve militair met PTSS.

Beleidsmedewerkers en managers geven aan dat de transparantie/verifieerbaarheid en toetsbaarheid bij het vaststellen van de mate van invaliditeit is verbeterd ten opzichte van de situatie van vóór het protocol en dat het protocol een goede leidraad is in de claimbeoordeling. Ook is aangegeven dat de cliënt vaak begrip heeft voor de weging en beoordeling van de beperkingen als deze voldoende aandacht en uitleg van de verzekeringsarts heeft ervaren.

In tabel 5.6A worden de positieve ervaringen van verschillende professionals met het PTSS-protocol samengevat.

TABEL 5.6A: OVERKOEPELENDE SAMENVATTING POSITIEVE ERVARINGEN MET HET PTSS-PROTOCOL

Positieve ervaringen op hoofdlijnen
Meer uniformiteit / zekere mate van standaardisering (n=7)
Meer onafhankelijk van de beoordelend arts (n=3) / meer objectief (n=2) / minder inter-artsvariatie (n=2)
Een gestructureerde manier van beoordelen (n=2)
Betere toetsbaarheid /transparantie met betrekking tot toetsingscriteria (n=2)
Betere reproduceerbaarheid (n=2)

Negatieve ervaringen

Negatieve ervaringen van verzekeringsartsen, zo blijkt uit de toelichting, hebben te maken met het huidige lagere invaliditeitspercentage dan destijds werd vastgesteld met de voorgaande methodiek, waardoor de ernst van de beperkingen vaak onvoldoende wordt gewaardeerd. Ook is aangegeven dat de criteria binnen de subrubrieken niet eenduidig zijn, elkaar onderling overlappen of niet zijn toegespitst op de doelgroep met voornamelijk PTSS-symptomen en beperkingen. Ook de vertaling van psychische componenten van lichamelijke aandoeningen wordt lastig gevonden. Daarbij werd aangegeven dat door het rubriceren een schijnobjectiviteit wordt gesuggereerd. Tevens is aangegeven dat de naam van het protocol niet klopt, het protocol moet voor iedere psychische aandoening worden toegepast, niet alleen in het geval van een PTSS.

Tenslotte wordt aangegeven dat het moeilijk is om een onderscheid te maken tussen beperkingen ontstaan door de dienstverbandaandoeningen en de niet-dienstverbandaandoeningen. Eén verzekeringsarts geeft aan dat de diagnose PTSS te snel wordt gesteld en niet voldoende wordt onderzocht. Volgens deze verzekeringsarts is het van belang om een scheiding aan te brengen tussen de behandeling en de claim die door cliënt gelegitimeerd wordt met die behandeling.

Pensioenverzekeringsautoriteiten en externe experts geven aan dat het protocol onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd en gevalideerd is, dat een aantal elementen uit de definities die het protocol geeft voor invaliditeit en PTSS niet is meegenomen in het schattingsinstrument en niet gescoord mag worden en dat sommige thema's, subrubrieken en klassen onvoldoende worden toegelicht. Daarnaast is aangegeven dat het protocol onvoldoende duidelijkheid geeft over het onderscheid tussen verergerend en oorzakelijk dienstverband en de beoordeling van andere

psychische stoornissen. Ook wordt aangegeven dat de grote effecten van de invoering van het protocol zijn onderschat en dat dit veel onrust heeft gegeven.

Behandelaren geven aan dat er in het protocol te weinig aandacht is voor posttraumatische persoonlijkheidsverandering en stemmingsproblematiek en dat complexe PTSS, PTSS van het dissociatieve subtype en andere uitzendgerelateerde problematiek, zoals 'operational injury stress' of 'moral injury', niet wordt herkend of meegenomen in de beoordeling. Daarnaast is aangegeven dat de keuring (de behandeling van) cliënten zodanig ontregelt, dat behandelingen langer duren dan nodig is.

Cliëntenvertegenwoordigers en belangenbehartigers geven aan dat de percentages veel lager uitkomen met de nieuwe beoordelingssystematiek en dat de invoering van het protocol eigenlijk een bezuinigingsoperatie is geworden. De bejegening van cliënten tijdens herkeuringen liet volgens hen te wensen over. Ook wordt aangegeven dat geen ruimte in de systematiek is opgenomen voor controle van verzekeringsartsen, zowel op de inhoud als op de rapportage. Dit wordt versterkt door de interne beleidsrichtlijnen, die niet gepubliceerd zijn en daarom niet getoetst kunnen worden, wordt aangegeven. Het onderscheid tussen het T1- en T2- criterium, waar het verergerend en oorzakelijk dienstverband aan gekoppeld wordt, is moeilijk en niet duidelijk, zo wordt aangegeven. Een andere respondent geeft als negatief punt in de toelichting aan: *"het niet erkennen van veelal ook door de dienst veroorzaakte problemen en de lage percentages die worden toegekend, tot op de tiende nauwkeurig, 'terwijl men de thuissituatie niet eens kent.'"* Tenslotte wordt aangegeven dat de officiële score van 0 tot 100% loopt, maar in de praktijk niet en dat aanwezige co-morbiditeit leidt tot de conclusie dat er geen sprake is van dienstverband gerelateerde klachten, terwijl dit niet altijd zo hoeft te zijn.

Door één zorgcoördinator of casemanager wordt aangegeven, dat de vragen voor de cliënt niet altijd even duidelijk zijn gesteld, waardoor een onjuiste weergave van de klachten van de cliënt kan ontstaan.

Beleidsmedewerkers en managers tenslotte, hebben geen toelichting gegeven op deze vraag.

In tabel 5.6B worden de negatieve ervaringen van verschillende professionals met het PTSS-protocol samengevat.

TABEL 5.6B: OVERKOEPELENDE SAMENVATTING NEGATIEVE ERVARINGEN MET HET PTSS-PROTOCOL

Negatieve ervaringen op hoofdlijnen
Cliënten zijn het vaak niet eens met de uitkomst van het geneeskundig onderzoek (n=8)
De invoering van het PTSS-protocol heeft vaak tot verlaging van het militair invaliditeitspensioen geleid (n=7)
De naam van het protocol geeft onduidelijkheid, omdat het niet alleen om PTSS gaat, maar ook om andere psychische klachten, die niet altijd worden (h)erkend (n=6)
Er is overlap tussen de verschillende subrubrieken (n=6)
Het is moeilijk onderscheid te maken tussen beperkingen ontstaan door de dienstverbandaandoeningen en de niet-dienstverbandaandoeningen (n=2)
De onderbouwing van het instrument is onvoldoende transparant (n=2)
De totstandkoming van de scores op zich blijkt voor de cliënt onduidelijk (n=2)
De doorlooptijden van de keuringen (n=2)

5.5 Titel en inhoud PTSS-protocol

De meerderheid van de respondenten in de meeste beroepsgroepen is het ermee eens dat het passend is om de term 'PTSS' in de titel van het protocol (PTSS-Wia-IP-protocol) te hanteren (zie tabel 4.7). Dit geldt niet voor de verzekeringsartsen, van hen is de meerderheid het hiermee oneens. In elke beroepsgroep zijn minimaal twee respondenten het oneens met deze stelling. Negen respondenten (16,4%) hebben geen zicht op de mate waarin de term PTSS in de titel van het protocol passend is.

TABEL 5.7: MENING RESPONDENTEN OF HET PASSEND IS OM DE TERM 'PTSS' IN DE TITEL VAN HET PROTOCOL (PTSS-WIA-IP-PROTOCOL) TE HANTEREN, N=60*

Functie	N	helemaal mee eens	mee eens	mee oneens	helemaal mee oneens	Geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	11	0 (0%)	3 (27%)	2 (18%)	6 (55%)	0 (0%)
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe experts	7	0 (0%)	5 (71%)	2 (29%)	0 (0%)	0 (0%)
Behandelaar, (psychiater, psychotherapeut, psycholoog)	7	2 (33%)	1 (17%)	1 (17%)	2 (33%)	1 (14%)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0 (0%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (20%)
Zorgcoördinator / casemanager	15	0 (0%)	7 (70%)	1 (10%)	2 (20%)	5 (33%)
Beleidsmedewerker / manager	10	1 (13%)	5 (63%)	2 (25%)	0 (0%)	2 (20%)

*Vijf personen hebben niets ingevuld

Suggesties voor een beter passende titel voor het protocol:

De meeste respondenten suggereren een titel gericht op psychische aandoeningen in het algemeen in plaats van specifiek gericht op PTSS, of om hiervoor twee verschillende protocollen op te stellen. Een klein aantal (n=3) vindt dat het protocol wel specifiek gericht moet zijn op posttraumatische problematiek. Enkele andere genoemde opties:

- Protocol dienstgerelateerde psychische problematiek/aandoeningen/klachten
- Protocol dienst- en uitzendgerelateerde klachten
- Verzekeringsgeneeskundig protocol/model dienstverband gerelateerde psychische klachten
- WIA-IP-protocol psychische invaliditeit
- Protocol psychische invaliditeit
- Twee protocollen, namelijk een PTSS-protocol en protocol 'schatting psychische invaliditeit'

Vijf respondenten zijn van mening dat de inhoud van het PTSS-protocol zowel compleet is als duidelijk (zie tabel 5.8). Ruim een kwart van de respondenten (27%) vindt het protocol wel compleet, maar niet altijd duidelijk. Dit geldt met name voor verzekeringsartsen, pensioons en externe experts en ook voor cliëntenvertegenwoordigers. Eén op de zes respondenten vindt de inhoud van het PTSS protocol noch duidelijk, noch compleet: dit geldt met name voor verzekeringsartsen en beleidsmedewerkers en managers. Van de respondenten gaf 41,8% (n=23) aan niet in staat te zijn om een mening te geven over de inhoud van het PTSS-protocol (kolom daar heb ik geen zicht op).

TABEL 5.8: MENINGEN OVER DE INHOUD VAN HET PTSS-PROTOCOL, N=60 *

Functie	N	Zowel compleet als duidelijk	Wel compleet, niet altijd duidelijk	Wel duidelijk, niet compleet	Noch duidelijk, noch compleet	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	11	1 (9%)	5 (46%)	0 (0%)	5 (46%)	0 (0%)
Pensioenverzekerings autoriteit/ externe expert	5	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (29%)
Behandelaar	1	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	6 (86%)
Cliënten vertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0 (0%)	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)
Zorgcoördinator/ casemanager	4	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	11 (73%)
Beleidsmedewerker / manager	6	2 (33%)	1 (17%)	0 (0%)	3 (50%)	4 (40%)

*Vijf personen hebben niets ingevuld

Respondenten (n=10) benoemen bij de toelichting op deze vraag de volgende thema's als ontbrekende onderdelen in het protocol:

- Beperkingen ten aanzien van gebruik Openbaar Vervoer versus beperkingen in autogebruik en fietsgebruik.
- Gevolgen van PTSS voor zowel de cliënt als zijn omgeving en de impact voor/op volgende generaties
- Herbelevingen en paniekaanvallen
- Moral injury c.q. operational injury stress
- Posttraumatische persoonsveranderingen
- Chronische PTSS met recidiverende klachten / late onset PTSS
- Andere dienst- en uitzendgerelateerde klachten
- Etnische achtergrond met invloed op bepaalde gebieden
- Alternatieven voor agressiviteit
- Aandacht voor man-vrouwverschillen in uiting van klachten

Respondenten benoemen bij de toelichting op deze vraag enkele onderdelen van het protocol die met name om verheldering vragen (17 personen hebben de toelichting ingevuld):

- de begrippen verergerend en oorzakelijk dienstverband moeten worden verduidelijkt (n=6)
- verhelderd moet worden wat doorslaggevende feiten zijn bij de indeling in de klassen (n=6).

Verder is nog genoemd dat de jurisprudentie meegenomen zou moeten worden in het document, dat niet geheel duidelijk is welke psychische aandoeningen onder het protocol vallen, en dat veel individuele casussen maar beperkt passen binnen het protocol.

5.6 Doelstelling

Het PTSS-protocol heeft als doel om tot een goede samenhang te komen tussen de verzekeringsgeneeskundige, de dienstverband- en de invaliditeitsbeoordeling bij (post)actieve militairen met psychische klachten. Daarnaast vormt het een aanvulling op het WIA-IP-protocol van het ministerie van Defensie. De respondenten is gevraagd naar hun mening over de samenhang tussen de verzekeringsgeneeskundige, de dienstverband- en de invaliditeitsbeoordeling bij (post)actieve militairen met psychische klachten in het PTSS-protocol.

Met name de verzekeringsartsen en penvauts zijn het eens met de stelling dat het PTSS-protocol leidt tot een goede samenhang tussen de verzekeringsgeneeskundige, de dienstverband- en de invaliditeitsbeoordeling bij (post)actieve militairen met psychische klachten (zie tabel 5.9). Behandelaren en cliëntvertegenwoordigers zijn het vaker oneens met deze stelling. Van de respondenten had nagenoeg een kwart (n=13) geen zicht op de samenhang in het protocol tussen de verzekeringsgeneeskundige, de dienstverband- en de invaliditeitsbeoordeling bij (post)actieve militairen met psychische klachten.

TABEL 5.9: MENING RESPONDENTEN OVER DE STELLING: ER IS EEN GOEDE SAMENHANG TUSSEN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE, DE DIENSTVERBAND- EN DE INVALIDITEITSBEOORDELING BIJ (POST)ACTIEVE MILITAIREN MET PSYCHISCHE KLACHTEN IN HET PTSS PROTOCOL, N=60 *

Functie	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	11	0 (0%)	9 (82%)	1 (9%)	1 (9%)	0 (0%)
Penvaut/ externe expert	6	0 (0%)	5 (83%)	1 (17%)	0 (0%)	0 (0%)
Behandelaar	4	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	3 (43%)
Cliëntvertegenwoordiger/belangenbehartiger	4	0 (0%)	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	1 (20%)
Zorgcoördinator/casemanager	9	0 (0%)	3 (33%)	4 (44%)	2 (22%)	6 (40%)
Beleidsmedewerker / manager	7	1 (14%)	4 (57%)	1 (14%)	1 (14%)	3 (30%)

**Zes personen hebben niets ingevuld*

De meerderheid van de verzekeringsartsen, penvauts en cliëntvertegenwoordigers is het eens met de stelling dat het PTSS-protocol en het WIA-IP-protocol goed op elkaar aansluiten (zie tabel 5.10). Zorgcoördinatoren en beleidsmedewerkers zijn het vaker oneens met deze stelling. Van de respondenten had 42% (n=22) geen zicht op de aansluiting tussen het PTSS-protocol en het WIA-IP-protocol. Bij de toelichting worden verschillenden zaken vermeld welke niet allemaal betrekking hebben op de vraag over de samenhang WIA-IP-protocol. De respondenten geven aan dat het verschil in IP-percentages en AO-percentages voor verwarring zorgt bij cliënten. Daarnaast wordt door een aantal personen aangegeven dat het om afzonderlijke toekenning gaat, een persoon voegt daaraan toe dat het oude idee om deze te combineren een slecht idee is. Andere personen geven aan dat het PTSS-protocol goed op het WIA-IP-protocol aansluit. Daarnaast wordt aangegeven dat de precieze inhoud van het WIA-IP-protocol niet bekend is bij een aantal respondenten.

TABEL 5.10: MENING OVER DE STELLING: HET PTSS-PROTOCOL EN HET WIA-IP-PROTOCOL SLUITEN GOED OP ELKAAR AAN, N=60 *

Functie	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	8	0 (0%)	5 (63%)	3 (38%)	0 (0%)	2 (20%)
Penvaut / externe expert	5	0 (0%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (17%)
Behandelaar	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	6 (86%)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenhartiger	3	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (40%)
Zorgcoördinator/casemanager	8	0 (0%)	2 (25%)	3 (38%)	3 (38%)	7 (47%)
Beleidsmedewerker / manager	6	1 (17%)	1 (17%)	3 (50%)	1 (17%)	4 (40%)

*Zeven personen hebben niets ingevuld

5.7 Structuur en Inhoud Schattingsmethodiek³

Onderstaande paragrafen gaan over de schattingsmethodiek, als onderdeel van het PTSS-protocol. Ze gaan in op het belang van de (sub)rubrieken voor het bepalen van het invaliditeitspercentage, op de classificatie van de ernst van de beperkingen en op de mening of de schattingsmethodiek tot een ‘passende’ bepaling van de mate van invaliditeit leidt.

De meerderheid van de respondenten (verzekeringsartsen, penvauts en behandelaren) vindt alle vier rubrieken van (zeer) groot belang voor het bepalen van (de hoogte van) het invaliditeitspercentage (zie tabel 5.11). Ook in de toelichting geven de meeste respondenten (verzekeringsartsen, penvauts en behandelaren) aan dat alle vier rubrieken van belang zijn. Rubriek 4 ‘Adaptatie aan stressvolle omstandigheden’ wordt van groot belang geacht en ook wordt aangegeven dat de rubrieken 1 en 2 bepalend zijn voor integraal functioneel herstel.

Rubrieken die naar de mening van respondenten (n=10) ontbreken zijn: verslavingen; relatieproblematiek; financiële problemen; belastbaarheid voor arbeid; agressie; (ernst) psychische klachten; suïcidaliteit; algemene impact op het dagelijks leven; ervaren van perspectief. Volgens 5 respondenten ontbreken er geen rubrieken in de schattingsmethodiek.

Door 8 respondenten is aangegeven dat geen van de rubrieken overbodig is. Als wel een thema wordt benoemd, betreft het subrubrieken.

³ Deze vraag is uitsluitend ingevuld door de verzekeringsarts, pensioenverzekeringsautoriteit, externe expert en de behandelaar

TABEL 5.11: DE INSCHATTING VAN HET BELANG VAN DE VIER RUBRIEKEN VAN DE SCHATTINGSMETHODIEK VOOR HET BEPALEN VAN (DE HOOGTE VAN) HET INVALIDITEITSPERCENTAGE DOOR VERZEKERINGSARTSEN, PENSIOEN-VERZEKERINGSAUTORITEITEN, EXTERNE EXPERTS EN BEHANDELAREN, N=26*

Rubriek	N totaal	Belang voor het bepalen van invaliditeitspercentage				
		zeer groot	groot	matig	gering	geen
1. Activiteiten van dagelijks leven	24	9 (38%)	10 (42%)	1 (4%)	3 (13%)	1 (4%)
2. Sociaal functioneren	24	8 (33%)	12 (50%)	3 (13%)	1 (4%)	0 (0%)
3. Concentratie, doorzettingsvermogen en tempo	24	6 (25%)	13 (54%)	3 (13%)	2 (8%)	0 (0%)
4. Adaptatie aan stressvolle omstandigheden	24	12 (50%)	8 (33%)	3 (13%)	1 (4%)	0 (0%)

**Twee personen hebben niets ingevuld*

Op de vraag naar het belang van de tien subrubrieken van de schattingsmethodiek voor het bepalen van (de hoogte van) het invaliditeitspercentage, wordt door de respondenten (verzekeringartsen, penvaats en behandelaren) aangegeven dat het grootste belang wordt gehecht aan de subrubrieken 3 (slapen), 6 (sociale activiteiten), 7 (communicatieve vaardigheden) en 10 (omgaan met stressvolle gebeurtenissen). Aan de subrubrieken 1 (persoonlijke hygiëne en zelfzorg), 4 (seksuele functie) en 5 (basale communicatie) wordt door de respondenten het minst belang gehecht (zie tabel 5.12).

Op de vraag naar de subrubrieken die naar de mening van respondenten ontbreken, worden in een toelichting de volgende thema's benoemd: lijdensdruk, intieme relaties, verslaving en arbeid.

Daarnaast geven 14 respondenten aan dat er naar hun mening geen subrubrieken ontbreken.

Op de vraag naar de subrubrieken die naar de mening van respondenten overbodig zijn, worden drie subrubrieken benoemd, namelijk subrubriek 1 (n=6), subrubriek 4 (n=13) en subrubriek 5 (n=7). Dit zijn ook de subrubrieken waaraan het minste belang wordt gehecht. Daarnaast gaven 13 respondenten aan dat er geen enkele subrubriek overbodig is.

Ten slotte werd door een respondent aangegeven dat het goed zou zijn om aparte subrubrieken te onderscheiden voor 'Omgaan met buurt, kennissen en vrienden', 'In groepsverband functioneren', en 'Recreatieve activiteiten'.

TABEL 5.12: DE INSCHATTING VAN HET BELANG VAN DE TIEN SUBRUBRIEKEN VAN DE SCHATTINGSMETHODIEK VOOR HET BEPALEN VAN (DE HOOGTE VAN) HET INVALIDITEITSPERCENTAGE DOOR VERZEKERINGSARTSEN, PENSIOENVERZEKERINGSAUTORITEITEN, EXTERNE EXPERTS EN BEHANDELAREN (N TOTAAL = 26*)

Subrubriek	Belang voor het bepalen van invaliditeitspercentage				
	zeer groot	groot	matig	gering	geen
<i>Subrubrieken onder de rubriek activiteiten van dagelijks leven</i>					
1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg	2 (8%)	8 (33%)	2 (8%)	7 (29%)	5 (21%)
2. Mobiliteit	4 (17%)	11 (46%)	7 (29%)	2 (8%)	0 (0%)
3. Slapen	9 (38%)	13 (54%)	1 (4%)	1 (4%)	0 (0%)
4. Seksuele functie	2 (8%)	4 (17%)	6 (25%)	6 (25%)	6 (25%)
<i>Subrubrieken onder de rubriek sociaal functioneren</i>					
5. Basale communicatie (cognitieve aspecten)	4 (17%)	7 (29%)	4 (17%)	8 (33%)	1 (4%)
6. Sociale activiteiten (communicatief sociaal functioneren, sociale en recreatieve activiteiten)	10 (42%)	10 (42%)	3 (13%)	1 (4%)	0 (0%)
7. Communicatieve (emotionele) vaardigheden/activiteiten*	10 (44%)	11 (48%)	2 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Subrubrieken onder de rubriek concentratie, doorzettingsvermogen en tempo</i>					
8. Structuur aanbrengen	5 (21%)	12 (50%)	5 (21%)	2 (8%)	0 (0%)
9. Huishoudelijke activiteiten	4 (17%)	10 (42%)	8 (33%)	2 (8%)	0 (0%)
<i>Subrubrieken onder adaptatie aan stressvolle omstandigheden</i>					
10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen	11 (46%)	11 (46%)	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)

* Twee personen hebben niets ingevuld. Eén respondent heeft voor subrubriek 7 niet aangegeven hoe belangrijk deze is voor de bepaling van het invaliditeitspercentage.

Vervolgens is respondenten (verzekeringartsen, penvauts en behandelaren) gevraagd hun mening te geven over de beschrijving van de klassen van ernst van 0 tot en met 5 ('normaal' tot en met 'extreme beperkingen'), die bij elk van de tien subrubrieken wordt gegeven. De vraag heeft betrekking op hoe de eenduidigheid waarmee alle klassen van ernst zijn beschreven door de respondenten wordt ervaren; met andere woorden of de klassen van ernst zodanig beschreven zijn dat de situatie van de (post)actieve militair gemakkelijk in één van de klassen te duiden is. De meerderheid van de respondenten is van mening dat de klassen van ernst voor de subrubrieken 1, 3, 4, 5, 6, 9 en 10 eenduidig zijn beschreven. De klassen voor de subrubrieken 2, 7 en 8 werden minder eenduidig genoemd (zie tabel 5.13).

TABEL 5.13: DE MENING VAN VERZEKERINGSARTSEN, PENSIOENVERZEKERINGS AUTORITEITEN, EXTERNE EXPERTS EN BEHANDELAREN MET BETREKKING TOT DE EENDUIDIGHEID VAN DE BESCHRIJVING VAN DE KLASSEN VAN ERNST VAN DE BEPERKINGEN (N TOTAAL = 26) *

Subrubriek	Ik vind de beschrijving van de klassen van ernst van de beperkingen binnen deze subrubriek:			
	Ze er eenduidig	Eenduidig	Niet zo eenduidig	Niet eenduidig
<i>Subrubrieken onder de rubriek activiteiten van dagelijks leven</i>				
1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg	4 (21%)	12 (63%)	3 (16%)	0 (0%)
2. Mobiliteit	1 (5%)	8 (42%)	8 (42%)	2 (11%)
3. Slapen	2 (11%)	12 (63%)	5 (26%)	0 (0%)
4. Seksuele functie	3 (16%)	10 (53%)	3 (16%)	3 (16%)
<i>Subrubrieken onder de rubriek sociaal functioneren</i>				
5. Basale communicatie (cognitieve aspecten)*	1 (6%)	11 (61%)	4 (22%)	2 (11%)
6. Sociale activiteiten (communicatief sociaal functioneren, sociale en recreatieve activiteiten)	8 (42%)	9 (47%)	2 (11%)	0 (0%)
7. Communicatieve (emotionele) vaardigheden/activiteiten	0 (0%)	8 (42%)	9 (47%)	2 (11%)
<i>Subrubrieken onder de rubriek concentratie, doorzettingsvermogen en tempo</i>				
8. Structuur aanbrengen	1 (5%)	8 (42%)	9 (47%)	1 (5%)
9. Huishoudelijke activiteiten	0 (0%)	12 (63%)	7 (37%)	0 (0%)
<i>Subrubrieken onder adaptatie aan stressvolle omstandigheden</i>				
10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen	0 (0%)	13 (68%)	6 (32%)	0 (0%)

*Zeven personen hebben deze vraag niet beantwoord. Eén respondent heeft voor subrubriek 5 niet aangegeven hoe eenduidig deze de beschrijving van de klassen van ernst van de beperkingen vond.

De in de toelichting op deze vraag gegeven adviezen ter verbetering van de eenduidigheid van de beschrijving van klassen van ernst van de beperkingen luiden als volgt:

- *Het uitsplitsen van mobiliteit in vervoer per voet, per fiets, per auto en per openbaar vervoer in iedere klasse;*
- *Op dit moment zijn meerdere verschillende uitingen van functioneren beschreven in één klasse en alle criteria worden even belangrijk geacht. Het benoemen van een doorslaggevend feit per klasse, dat als minimale ondergrens geldt, zou meer helderheid kunnen scheppen;*
- *Soms wordt onderscheid gemaakt door iets als 'normaal' te benoemen, maar dit is niet objectief te maken;*
- *Beschrijf minimum en maximum functioneringscriteria in een klasse;*
- *Maak beschrijvingen met criteria waarbij aan minimaal 1 tot 3 van de criteria moet worden voldaan per klasse, net als bij de DSM.*

Ruim 80% van de respondenten is het oneens met de stelling dat er geen overlap bestaat tussen de subrubrieken van de schattingsmethodiek (zie tabel 5.14). Concreet wordt aangegeven dat met name subrubrieken 6 en 7 en subrubrieken 8 en 9 elkaar overlappen en daarnaast wordt gesteld dat subrubriek 10 als overkoepelende rubriek wordt gezien, waar veel klachten onder geschaard kunnen worden.

TABEL 5.14: MENINGEN VAN VERZEKERINGSARTSEN, PENSIOENVERZEKERINGS AUTORITEITEN, EXTERNE EXPERTS EN BEHANDELAREN M.B.T. STELLINGEN OVER DE SUBRUBRIEKEN EN DE KLASSEN VAN HET SCHATTINGSINSTRUMENT, N=26*

Nr	Stelling	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
1	Er bestaat geen overlap tussen de subrubrieken van de schattings-methodiek van het PTSS-protocol.	16	0 (0%)	3 (18%)	8 (50%)	5 (31%)	8 (31%)
2	De toenemende mate van ernst van de beperkingen van de klassen 0 naar 5, c.q. van 'normaal' naar 'extreme beperkingen', verloopt in de schattingsmethodiek bij alle subrubrieken in gelijke stappen.	16	0 (0%)	9 (56%)	7 (44%)	0 (0%)	8 (31%)
3	Door de uitgebreide omschrijving van de verschillende klassen bij elke afzonderlijke subrubriek weet ik telkens zonder twijfel de juiste keuze te maken.	15	1 (7%)	2 (14%)	12 (80%)	0 (0%)	9 (49%)
4	Het stellen van randvoorwaarden bij het scoren van enkele subrubrieken (voorbeeld: bij de subrubriek 'slapen' mag klasse 3 alleen worden gescoord als er daadwerkelijk slaapmedicatie wordt gebruikt) doet afbreuk aan de bruikbaarheid van het instrument.	16	1 (6%)	3(19%)	6 (38%)	6(38%)	8 (31%)

* Twee personen hebben deze vraag niet ingevuld

Van de respondenten is 56% van mening dat de toenemende mate van ernst van de beperkingen van de klassen 0 naar 5 bij alle subrubrieken in gelijke stappen verloopt. In de toelichting bij deze stelling wordt aangegeven dat de criteria voor de klassen 1 t/m 3 dicht bij elkaar liggen, terwijl klassen 4 en 5 alleen van toepassing zijn bij dagelijkse begeleiding. Ook wordt aangegeven dat het verschil tussen

de stappen 0 en 1 in subrubriek 1 erg groot is en de stappen in subrubriek 4 onvoldoende onderscheidend zijn, omdat het met name gaat om wel of geen behandeling voor dit thema.

Tachtig procent van de respondenten is het oneens met de stelling dat zij zonder twijfel de juiste keuze kunnen maken. In de toelichting bij deze stelling wordt aangegeven dat het wegen van de verschillende onderdelen per klasse niet eenvoudig is, dat het niet duidelijk is welke criteria onderscheidend zijn en dat er overlap zit in de verschillende klassen.

Ten slotte is ruim driekwart van de respondenten het niet eens met de stelling dat het stellen van randvoorwaarden bij het scoren van enkele subrubrieken afbreuk doet aan de bruikbaarheid van het instrument. In de toelichting bij deze stelling wordt aangegeven dat de randvoorwaarden duidelijkheid geven en belangrijk zijn om de klassen van elkaar te kunnen onderscheiden en de objectiviteit te verhogen. Daarnaast wordt aangegeven dat het voorbeeld over slaapmedicatie misleidend is, omdat er verschillende redenen zijn waarom mensen wel of geen slaapmedicatie gebruiken en dit niet per definitie een indicatie is van de ernst van de slaapproblemen.

De stelling over de mate waarin het aan de hand van de schattingsmethodiek uiteindelijk bepaalde percentage invaliditeit passend is voor de situatie van de (post)actieve militair is aan alle respondenten voorgelegd (zie tabel 5.15). De meerderheid van verzekeringsartsen en penvouts is van mening dat het met de schattingsmethodiek uiteindelijk bepaalde percentage invaliditeit (meestal) passend is voor de situatie van de (post)actieve militair. De cliëntenvertegenwoordigers en belangenbehartigers geven aan dat dit percentage meestal te laag is. Dit geldt ook voor ruim een kwart van de zorgcoördinatoren en behandelaren. Bij 'anders, namelijk' geven respondenten aan, dat het percentage wisselend passend of te laag is of niet altijd passend is. Eén respondent gaf aan, dat het percentage vaak adequaat is, maar soms verrassend. Ook geeft een deel van de cliënten en zorgcoördinatoren aan de uitslag bij de verzekeringsgeneeskundige onbegrijpelijk te vinden. Bij de toelichting op deze stelling wordt een aantal zaken genoemd. Enkele verzekeringsartsen (n=3) geven aan het percentage te laag te vinden, bijvoorbeeld bij mensen die niet extravert zijn maar bij wie wel sprake is van een aanzienlijke lijdensdruk en bij ernstige beperkingen. Door twee verzekeringsartsen wordt aangegeven dat de vraag welk invaliditeitspercentage bij een bepaalde mate van disfunctioneren hoort grotendeels een politiek vraagstuk is. Ook wordt door verschillende

respondenten aangegeven dat het verschil tussen de percentages voor en na het schattingsinstrument groot zijn. De een is daarbij van mening dat dit percentage nu te laag is en de ander dat dit voorheen te hoog was.

Van de respondenten had nagenoeg een derde (n=17) geen zicht op de mate waarin het met de schattingsmethodiek uiteindelijk bepaalde percentage invaliditeit, passend is voor de situatie van de (post)actieve militair.

TABEL 5.15: DE MENING VAN RESPONDENTEN M.B.T. DE PASSENDHEID VAN HET MET DE SCHATTINGSMETHODIEK UITEINDELIJK BEPAALDE PERCENTAGE INVALIDITEIT VOOR DE SITUATIE VAN DE (POST)ACTIEVE MILITAIR N=60*

Functie	N	Ja, dit % is altijd passend	Ja, dit % is meestal passend	Nee, dit % is altijd te laag	Nee, dit % is meestal te laag	Anders, namelijk:	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringarts	11	2 (18%)	4 (36%)	0 (0%)	2 (18%)	3 (27%)	0 (0%)
Penvaut / externe expert	4	0 (0%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	2 (33%)
Behandelaar	4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	3 (43%)
Cliëntenvertegenwoordiger / belangenbehartiger	5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Zorgcoördinator / casemanager	7	0 (0%)	1 (14%)	1 (14%)	4 (57%)	1 (14%)	8 (53%)
Beleidsmedewerker / manager	6	0 (0%)	2 (33%)	0 (0%)	2 (33%)	2 (33%)	4 (40%)

*Zes personen hebben deze vraag niet beantwoord. * De categorieën "nee, dit percentage is altijd te hoog" en "nee, dit percentage is meestal te hoog" zijn niet geantwoord.*

In de toelichting op deze vraag worden de volgende suggesties gegeven ter verbetering van de aansluiting van de uitkomsten van de schattingsmethodiek op de situatie van de (post)actieve militair:

- Vanuit de verzekeringsartsen is aangegeven dat het van belang is klassen zodanig in te delen dat de subrubrieken 3, 4 en 5 vaker kunnen worden gescoord, waardoor het invaliditeitspercentage in de praktijk meer in overeenstemming komt met de voorgaande systematiek op basis van Kuilmancriteria.
- Vanuit de pensioenverzekeringsautoriteiten en externe experts is aangegeven dat het van belang is in de wegging van het uiteindelijke percentage een beter evenwicht met de uitkomsten volgens

de WPC schaal bij andere stoornissen te zoeken en op basis daarvan een correctiefactor toe te passen (bijvoorbeeld met een factor 2).

- Vanuit de behandelaren is aangegeven dat het van belang is de problematiek van het protocol te verbreden en ook andere trauma- en stressgerelateerde stoornissen mee te nemen, zoals dissociatieve stoornissen, uitzendgerelateerde stemmingsstoornissen, paniekstoornissen en posttraumatische persoonlijkheidsverandering.
- Een suggestie vanuit cliëntenvertegenwoordigers heeft betrekking op het vooraf laten invullen van een vragenlijst door de cliënt, waarin wordt gevraagd naar ervaren beperkingen e.d., die door de verzekeringsarts als basis kan worden gebruikt voor de beoordeling, waarbij de cliënt vervolgens ook correctierecht krijgt als deze van mening is dat zijn ervaringen niet goed in de beoordeling zijn meegenomen.
- Een andere suggestie vanuit cliëntenvertegenwoordigers betrof intensiever contact tussen de behandelende sector en de beoordelend verzekeringsarts.
- Vanuit de zorgcoördinatoren is aangegeven dat het goed zou zijn het PTSS-invaliditeitspercentage veel meer te laten aansluiten bij het WIA-percentage.
- Vanuit de zorgcoördinatoren is daarnaast aangegeven dat het goed zou zijn de cliënten, die schade hebben ondervonden, te verzekeren van minimaal een uitkering van iets boven bijstandsniveau.
- Ook is door zorgcoördinatoren aanbevolen meerdere gesprekken met de cliënt door de verzekeringsarts te laten houden, eventueel met partner of iemand erbij die cliënt goed kent, ook uit het verleden, voor de uitzending.
- Ten slotte is vanuit zorgcoördinatoren aangegeven dat het van belang is dat de erkenning niet langer afhangt van de hoogte van het percentage, maar dat een officieel document, bijvoorbeeld een oorkonde, aan cliënten kan worden overhandigd, waaruit blijkt dat er erkenning van Defensie is.
- Vanuit beleidsmedewerkers is aangegeven dat het van belang is dat er een (extern) coördinerend controlemiddel in de bezwarenfase voorhanden is. Op dit moment wordt een collega als bezwaargeneeskundige aangewezen en dit is geen onafhankelijke toetsing.
- Daarnaast is door beleidsmedewerkers aangegeven dat de methodiek is gekoppeld aan de methodiek die lichamelijke schade die de persoon heeft opgelopen in kaart brengt. Psychische schade heeft echter een veel groter effect op het functioneren binnen de arbeidsmarkt dan alleen lichamelijke schade en dit zou moeten worden meegenomen in de beoordeling.

De meerderheid van de verzekeringsartsen en van de penvauts/externe experts die hier zicht op hadden is van mening dat het door de penvauts met de schattingsmethodiek uiteindelijk bepaalde percentage invaliditeit (meestal) overeenkomt met het advies dat de verzekeringsarts daarover heeft gegeven (zie tabel 5.16). Net na de invoering heeft wel veel discussie plaatsgevonden tussen verzekeringsartsen en penvauts over de beoordeling en het daaruit voortvloeiende percentage invaliditeit. Aangegeven is, dat op basis van deze discussies de zogenaamde Beleidsincidentenrapporten (BIR) zijn opgesteld, waarin afspraken zijn gemaakt over de wijze van beoordeling en over de door de penvauts te toetsen onderwerpen in de door de verzekeringsarts opgestelde rapportages. De meerderheid van de respondenten (n=7) heeft deze vraag over het overeenkomen van het oordeel van de verzekeringsarts met het bepaalde percentage invaliditeit echter niet beantwoord (27%).

TABEL 5.16: DE MENING VAN RESPONDENTEN OVER HET OVEREENKOMEN VAN HET DOOR DE PENSIOENVERZEKERINGSAUTORITEIT MET DE SCHATTINGSMETHODIEK UITEINDELIJK BEPAALDE PERCENTAGE INVALIDITEIT MET HET ADVIES DAT DE VERZEKERINGSARTS DAAROVER HEEFT GEGEVEN (ALLEEN VOORGELEGD AAN VERZEKERINGSARTSEN, PENSIOENVERZEKERINGSAUTORITEITEN EN EXTERNE EXPERTS (N=26)*)

Functie	N totaal	Percentage overeenkomst [^]			Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
		Ja, dit percentage komt altijd overeen	Ja, dit percentage komt meestal overeen	Nee, percentage is meestal lager dan van verzekeringsarts	
Verzekeringsarts	9	3 (33%)	6 (67%)	0 (0%)	2 (18%)
Pensioenverzekerings autoriteit / externe expert	3	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	3 (50%)
Behandelaar	0	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)

**Zeven personen hebben deze vraag niet ingevuld. [^]de antwoordcategorieën 'nee, dit percentage is altijd hoger dan dat van de verzekeringsarts', 'nee, dit percentage is meestal hoger dan dat van de verzekeringsarts' en 'nee, dit percentage is altijd lager dan dat van de verzekeringsarts' zijn niet gekozen.*

5.8 De bruikbaarheid van het protocol

De volgende vijf stellingen van de vragenlijst zijn aan alle respondenten voorgelegd en gaan in op de rol van het PTSS-protocol in het totale beoordelingsgesprek, op de efficiency van het protocol, op het effect van het protocol op intercollegiale communicatie en samenwerking en op de (algemene) bruikbaarheid van het protocol.

De meerderheid van de respondenten is het eens met de stellingen (zie tabel 5.17). Ruim een kwart is het echter niet eens met stelling 2 over efficiëntie, stelling 3 over rechtvaardigheid van het invaliditeitspercentage en stelling 4 over intercollegiale communicatie. Van de respondenten heeft 23% (n=15) stelling 1 en 2 niet beantwoord en 26% (n=17) heeft stelling 3, 4 en 5 niet beantwoord.

TABEL 5.17: MENINGEN RESPONDENTEN M.B.T. DE ROL VAN HET PTSS-PROTOCOL IN HET TOTALE BEOORDELINGSGESPREK, OVER DE EFFICIENCY VAN HET PROTOCOL, OVER HET EFFECT VAN HET PROTOCOL OP INTERCOLLEGGIALE COMMUNICATIE EN SAMENWERKING EN OVER DE (ALGEMENE) BRUIKBAARHEID VAN HET PROTOCOL. N=60*

STELLING	N Tota al	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
1. Het PTSS-protocol helpt om alle relevante aspecten in het beoordelingsgesprek aan bod te laten komen.	34	6 (18%)	20 (59%)	6 (18%)	2 (6%)	17 (33,3%)
2. Het PTSS-protocol zorgt ervoor dat het invaliditeitspercentage op een efficiënte wijze wordt vastgesteld.	35	1 (3%)	19 (54%)	9 (26%)	6 (17%)	16 (31,4%)
3. Het PTSS-protocol zorgt ervoor dat het invaliditeitspercentage op een rechtvaardige wijze wordt vastgesteld.	34	1 (3%)	19 (56%)	10 (29%)	4 (12%)	15 (30,6%)
4. Het PTSS-protocol bevordert intercollegiale communicatie en samenwerking.	33	2 (6%)	20 (61%)	9 (27%)	2 (6%)	16 (32,7%)
5. Het PTSS-protocol is goed bruikbaar.	30	0 (0%)	23 (77%)	6 (20%)	1 (3%)	19 (38,8%)

**Negen personen hebben deze vraag niet ingevuld bij stelling 1 en 2, 11 personen hebben stelling 3, 4 en 5 niet ingevuld*

De meerderheid van de respondenten is het eens met de stelling dat het PTSS-protocol helpt om alle relevante aspecten in het beoordelingsgesprek aan bod te laten komen (zie tabel 5.17-1), alleen van behandelaren en cliëntvertegenwoordigers is een meerderheid het oneens met deze stelling. Van de respondenten had 33% hier geen zicht op (n=17).

Naar aanleiding van deze stelling zijn in een open antwoordveld door vijf respondenten de volgende aspecten genoemd, die op dit moment niet worden meegenomen in het protocol: etnische en geloofsachtergronden, gevolgen PTSS voor volgende generatie, financiële gevolgen van de uitkomsten en lijdensdruk/verdriet/wanhoop, e.d. Daarnaast is aangegeven dat een juridische vertaalslag, vast te leggen in een regulier regelgevend document van belang is.

TABEL 5.17-I: MENINGEN RESPONDENTEN M.B.T. DE STELLING “HET PTSS-PROTOCOL HELPT OM ALLE RELEVANTE ASPECTEN IN HET BEOORDELINGSGESPRAK AAN BOD TE LATEN KOMEN.” N=60*

Functie	N	Mening				Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
		Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	
Verzekeringarts	11	3 (27%)	7 (64%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	5	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (17%)
Behandelaar	2	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	5 (71%)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0 (0%)	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	0 (0%)
Zorgcoördinator/ casemanager	6	2 (33%)	3 (50%)	1 (17%)	0 (0%)	8 (57%)
Beleidsmedewerker/manager	5	0 (0%)	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	3 (38%)

**Negen personen hebben deze vraag niet ingevuld.*

Alleen van verzekeringsartsen en pensioenvaakts is een meerderheid het eens met de stelling dat het PTSS-protocol ervoor zorgt dat het invaliditeitspercentage op een efficiënte wijze wordt vastgesteld (zie tabel 5.17-II). De andere beroepsgroepen waren het vaker oneens met deze stelling. Van de respondenten had 31% hier geen zicht op (n=16).

Naar aanleiding van deze stelling over efficiëntie van het protocol worden door verschillende respondenten vraagtekens geplaatst bij het woord ‘efficiëntie’ in relatie tot het protocol. Het zou niet een doelstelling moeten zijn om het MIP op efficiënte wijze vast te stellen, maar het MIP moet recht doen aan (de situatie van) de militair, zo wordt door een respondent (manager) aangegeven, maar daarmee is het geen kritiekpunt op het protocol. Aangegeven is (penvaakts/externe expert) dat het protocol niet kostenbesparend is in de uitvoering en ook veel tijd vraagt. Ook is door een cliëntenvertegenwoordiger/belangenbehartiger aangegeven dat het protocol vaak discussie geeft uitmondend in procedures, wat ten koste gaat van de efficiëntie. Daartegenover staat dat sommige

respondenten (verzekeringsartsen) aangaven dat het protocol eenduidig is, structuur geeft en bijdraagt aan transparantie, consistentie, inzichtelijkheid en reproduceerbaarheid.

TABEL 5.17-II: MENINGEN RESPONDENTEN M.B.T. DE STELLING “HET PTSS-PROTOCOL ZORGT ERVOOR DAT HET INVALIDITEITSPERCENTAGE OP EEN EFFICIËNTE WIJZE WORDT VASTGESTELD.” N=60*

Functie	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	1 1	0 (0%)	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)
Pensioenverzekerings autoriteit/ externe expert	4	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	2 (33%)
Behandelaar	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	6 (86%)
Cliëntenvertegen woordiger/ belangenbehartiger	5	0 (0%)	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	0 (0%)
Zorgcoördinator/ casemanager	9	0 (0%)	4 (44%)	3 (33%)	2 (22%)	5 (36%)
Beleidsmedewerker/ manager	5	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)	3 (38%)

**Negen personen hebben niets ingevuld*

De meerderheid van verzekeringsartsen, pensioons en zorgcoördinatoren is het eens met de stelling dat het PTSS-protocol ervoor zorgt dat het invaliditeitspercentage op een rechtvaardige wijze wordt vastgesteld (zie tabel 5.17-III). Cliëntvertegenwoordigers en beleidsmedewerkers zijn het vaker oneens met deze stelling. Van de respondenten had nagenoeg één op de drie hier geen zicht op (n=15).

Naar aanleiding van deze stelling wordt door respondenten aangegeven dat de rechtvaardigheid onder druk staat door de uitvoering van het protocol en dat het protocol vaak geen recht doet aan de belangen en beperkingen van de cliënt. Ook is aangegeven dat er vaak een verschil bestaat tussen de vastgestelde invaliditeit en de praktische belastbaarheid van cliënten. Daartegenover wordt gesteld dat cliënten aan de hand van het protocol op dezelfde manier worden beoordeeld. Door enkele respondenten zijn er vraagtekens geplaatst bij de rechtvaardigheid ten aanzien van de vertaling van scores van het protocol naar een invaliditeitspercentage.

TABEL 5.17-III: MENINGEN RESPONDENTEN M.B.T. DE STELLING “HET PTSS-PROTOCOL ZORGT ERVOOR DAT HET INVALIDITEITSPERCENTAGE OP EEN RECHTVAARDIGE WIJZE WORDT VASTGESTELD” N=60*

Functie	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	11	0 (0%)	8 (73%)	2 (18%)	1 (9%)	0 (0%)
Penvaut / externe expert	5	0 (0%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (17%)
Behandelaar	1	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	6 (85,7%)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0 (0%)	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	0 (0%)
Zorgcoördinator/casemanager	7	0 (0%)	5 (71%)	1 (14%)	1 (14%)	6 (46%)
Beleidsmedewerker/ manager	5	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)	1 (20%)	2 (29%)

**Elf personen hebben hier niets ingevuld.*

De meerderheid van verzekeringsartsen, penvauts, behandelaren en zorgcoördinatoren is het eens met de stelling dat het PTSS-protocol intercollegiale communicatie en samenwerking bevordert (zie tabel 5.17-IV). Cliëntvertegenwoordigers en beleidsmedewerkers zijn het vaker oneens met deze stelling. Van de respondenten had een derde hier geen zicht op (n=16).

Naar aanleiding van de stelling dat het PTSS-protocol intercollegiale communicatie en samenwerking bevordert, is door respondenten aangegeven dat van samenwerking nauwelijks of geen sprake is en dat het protocol juist tot veel discussie leidt tussen behandelaren en verzekeringsgeneeskundigen. Wel is aangegeven dat het protocol handvatten geeft voor uitwisseling van gegevens en standpunten tussen verzekeringsgeneeskundigen onderling.

TABEL 5.17-IV: MENINGEN RESPONDENTEN M.B.T. DE STELLING “HET PTSS-PROTOCOL BEVORDERT INTERCOLLEGALE COMMUNICATIE EN SAMENWERKING.” N=60*

Functie	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	11	1 (9%)	10 (91%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	4	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	2 (33%)
Behandelaar	4	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	3 (43%)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	2	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	3 (60%)
Zorgcoördinator/casemanager	5	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	8 (62%)
Beleidsmedewerker/manager	7	1 (14%)	1 (14%)	3 (43%)	2 (28%)	0 (0%)

**Elf personen hebben hier niets ingevuld*

De meerderheid van de beroepsgroepen, behalve cliëntvertegenwoordigers en belangenbehartigers is het eens met de stelling dat het PTSS-protocol goed bruikbaar is (zie tabel 5.17-V). Geen enkele respondent was het hier ‘helemaal’ mee eens. Van de respondenten had 39% hier geen zicht op (n=19). Naar aanleiding van deze stelling over de bruikbaarheid van het protocol wordt door de meeste respondenten aangegeven (tabel 5.17-V), dat het protocol wel als bruikbaar wordt beschouwd, maar dat het zeker nog verbetering behoeft, bijvoorbeeld in de aansluiting met de praktijk en de gebruiksvriendelijkheid en dat een goede en transparante uitvoering van het protocol essentieel is. Daarnaast is aangegeven dat veel tijd en ervaring nodig is om goed met het protocol te leren werken. Tenslotte wordt door drie respondenten aangegeven dat het protocol wel bruikbaar is maar dat dit niet betekent dat de juiste mate van invaliditeit wordt gemeten. Ook geeft een respondent aan dat de werkvloer betrokken had moeten zijn bij de ontwikkeling van het protocol. De volgende suggesties ter verbetering van de bruikbaarheid van het PTSS-protocol zijn gegeven door respondenten vanuit de zorgcoördinatoren/casemanagers, beleidsmedewerkers/managers en cliëntvertegenwoordigers/belangenbehartigers:

- *Laat het protocol beter aansluiten op de praktijk en maak het gebruiksvriendelijker;*
- *Laat de verzekeringsarts aan het begin van de beoordeling een toelichting op het protocol geven aan de (post)actieve militair, zodat deze weet op welke wijze de beoordeling tot stand komt;*
- *Laat het onderscheid tussen verergerend en oorzakelijk dienstverband vervallen;*
- *Biedt de mogelijkheid voor een onafhankelijke second opinion;*
- *Laat behandelaar het schattingsinstrument ook invullen en kijken naar evt. discrepanties.*

De andere beroepsgroepen hebben op deze vraag geen suggesties voor verbetering gegeven.

TABEL 5.17-V: MENINGEN RESPONDENTEN M.B.T. DE STELLING “HET PTSS-PROTOCOL IS GOED BRUIKBAAR” N=60*

Functie	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	11	0 (0%)	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	4	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (33%)
Behandelaar	1	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (86%)
Cliëntvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	4	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	1 (20%)
Zorgcoördinator/casemanager	5	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	8 (62%)
Beleidsmedewerker/manager	5	0 (0%)	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	2 (29%)

**Elf personen hebben hier niets ingevuld*

De meerderheid van de respondenten is het oneens met de stelling dat het PTSS-protocol wordt geaccepteerd door zowel de (post)actieve militairen, als door de professionals die er gebruik van maken, waarbij de meeste respondenten aangeven dat het protocol wel door professionals wordt geaccepteerd maar minder door de (post)actieve militairen (zie tabel 5.18). Van de respondenten heeft ruim een kwart (n=17) deze stelling niet beantwoord. De respondenten geven in de toelichting aan dat het hoge aantal bezwaarprocedures aantoont dat er sprake is van een mindere acceptatie van het protocol onder (post)actieve militairen. Dit betreft echter eerder de gevolgen van het protocol in termen van de hoogte van het MIP dan de inhoud van het protocol zelf.

TABEL 5.18: MENINGEN RESPONDENTEN M.B.T. DE ACCEPTATIE VAN HET PTSS-PROTOCOL DOOR ZOWEL DE (POST)ACTIEVE MILITAIREN, ALS DOOR DE PROFESSIONALS DIE ER GEBRUIK VAN MAKEN. N=60*

Functie	N	Acceptatie				Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
		Mee eens	Deels eens en deels oneens: wel door de (post)actieve militairen, maar minder door de professionals	Deels eens en deels oneens: wel door de professionals, maar minder door de (post)actieve militairen	Mee oneens	
Verzekeringsarts	10	1 (10%)	0 (0%)	7 (70%)	2 (20%)	1 (11%)
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	4	0 (0%)	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	2 (33%)
Behandelaar	5	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	3 (60%)	2 (29%)
Cliëntenvertegenwoordiger / belangenbehartiger	5	0 (0%)	0 (0%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)
Zorgcoördinator/casemanager	12	1 (8%)	0 (0%)	7 (58%)	4 (33%)	1 (8%)
Beleidsmedewerker/manager	7	0 (0%)	0 (0%)	5 (71%)	2 (29%)	0 (0%)

* Elf personen hebben hier niets ingevuld

Op de vraag naar suggesties ter verbetering van de acceptatie van het protocol door de cliënten, werden de volgende punten aangegeven:

- *Betere voorlichting over en toelichting op het protocol aan cliënten en betere communicatie met cliënten (inclusief inzicht geven in de wijze waarop de beoordeling tot stand komt);*
- *Bejegening van cliënten speelt een belangrijke rol: cliënten willen zich gehoord en gezien voelen;*
- *Betere aansluiting bij ervaren beperkingen c.q. invaliditeit;*
- *Hogere percentages zullen ervoor zorgen dat cliënten zich erkend voelen.*

Op de vraag naar suggesties ter verbetering van de acceptatie van het protocol door de professionals, zijn de volgende punten aangegeven:

- *Betere aansluiting bij de AMA-guidelines;*
- *Meer ruimte voor andersoortige problematiek in de beoordeling;*
- *Betere afbakening van de verschillende klassen;*
- *Volledige validering van het instrument.*

5.9 De inbedding van het PTSS-protocol

Onderstaande stellingen gaan over de verhouding van het protocol tot andere standaarden, zoals de DSM-5⁶ en het verzekeringsgeneeskundig protocol angststoornissen van de Gezondheidsraad. Deze stellingen zijn uitsluitend ingevuld door de verzekeringsartsen, pensioensverzekeringsautoriteit, behandelaars en externe experts. De meerderheid van de respondenten gaf aan hier geen zicht op te hebben (zie tabel 5.19). Ruim driekwart van de respondenten is het eens met de stelling dat het PTSS-protocol goed aansluit op de momenteel in gebruik zijnde DSM-5 en bijna veertig procent van de respondenten is het eens met de stelling dat het PTSS-protocol goed aansluit op de in de toekomst te gebruiken DSM-5. Zes respondenten hebben hun mening gegeven over de vraag of het PTSS-protocol goed aansluit op het verzekeringsgeneeskundig protocol angststoornissen van de Gezondheidsraad: vijf waren het daarmee eens, één oneens.

TABEL 5.19: MENINGEN VERZEKERINGSARTSEN, PENSIOENVERZEKERINGSAUTORITEITEN, BEHANDELAREN EN EXTERNE EXPERTS M.B.T. DE VERHOUDING VAN HET PTSS-PROTOCOL TOT ANDERE STANDAARDEN. N=26*

STELLING	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Het PTSS-protocol sluit goed aan op de DSM-IV	13	1 (8%)	9 (69%)	3 (23%)	0 (0%)	8 (31%)
Het PTSS-protocol sluit goed aan op de toekomstige DSM-V	11	0 (0%)	5 (39%)	5 (39%)	1 (8%)	10 (38%)
Het PTSS-protocol sluit goed aan op verzekerings-geneeskundig protocol angststoornissen van de Gezondheidsraad	6	0 (0%)	5 (83%)	1 (17%)	0 (0%)	15 (58%)

*5Vijfpersonen hebben hier niets ingevuld

5.10 Diagnosestelling en het PTSS-protocol

Deze paragraaf gaat in op de bepalingen in het PTSS-protocol ten aanzien van het stellen van de diagnose. Daarnaast wordt ingegaan op het vaststellen van de causaliteit en over het onderscheidend vermogen van het protocol en de mening van de respondenten hierover.

De meerderheid van de verzekeringsartsen, penvauts en zorgcoördinatoren geeft aan dat het PTSS-protocol een instrument is dat voor alle (post)actieve militairen te gebruiken is, ongeacht leeftijd, geslacht, opleidingsniveau of culturele achtergrond, terwijl de meerderheid van behandelaren en cliëntvertegenwoordigers aangaf het hiermee oneens te zijn (zie tabel 5.20). Van de respondenten heeft meer dan een kwart (n=18) deze stelling niet beantwoord.

In de toelichting wordt door verschillende respondenten aangegeven dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de etnische en culturele achtergrond van cliënten. Door een aantal respondenten zijn hierbij tolken als voorbeeld genoemd. Opgemerkt wordt dat het bij de toepassing van het protocol bovendien van belang is dat men zich realiseert dat factoren zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (grote) invloed kunnen hebben op de uitkomst. Daarnaast geeft men aan dat sommige subrubrieken, indien het ouderen, vrouwen en laag opgeleide mannen betreft, lastiger te scoren zijn.

TABEL 5.20: MENINGEN RESPONDENTEN OVER HET PTSS-PROTOCOL ALS INSTRUMENT DAT VOOR ALLE (POST)ACTIEVE MILITAIRES TE GEBUIKEN IS, ONGEACHT LEEFTIJD, GESLACHT, OPLEIDINGSNIVEAU OF CULTURELE ACHTERGROND N=60*

FUNCTIE	N Totaal	Mening				Helemaal mee oneens	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
		Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens		
Verzekeringsarts	11	1 (9%)	7 (64%)	2 (18%)	1 (9%)	0 (0%)	
Pensioenverzekeringsautoriteit/ externe expert	5	0 (0%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (17%)	
Behandelaar	3	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	2 (67%)	4 (57%)	
Cliëntvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0 (0%)	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)	0 (0%)	
Zorgcoördinator/casemanager	8	0 (0%)	5 (63%)	2 (25%)	1 (13%)	4 (33%)	
Beleidsmedewerker/manager	6	1 (17%)	2 (33%)	1 (17%)	2 (33%)	1 (14%)	

*Twaalf personen hebben hier niets ingevuld

De volgende stellingen gaan in op de mate waarin er met het protocol tot eenduidige uitspraken gekomen kan worden (zie tabellen 5.21 en 5.21A t/m 5.21E). De meerderheid van de respondenten (n=19) geeft aan het eens te zijn met de uitspraak dat er met het PTSS-protocol een eenduidige uitspraak kan worden gedaan over de causaliteit van de beperkingen van de te beoordelen

(post)actieve militair (54%). De meerderheid (n=21) is het echter (helemaal) oneens met de uitspraak dat er met het PTSS-protocol een eenduidige uitspraak kan worden gedaan over een oorzakelijk versus een verergerend dienstverband bij PTSS (62%). Ruim 75% van de respondenten (n=12) is het (helemaal) oneens met de uitspraak dat er met het PTSS-protocol een eenduidige uitspraak kan worden gedaan over de verschillende vormen van PTSS bij de te beoordelen (post)actieve militair (zoals T1 PTSS, T2 PTSS, latente, later manifeste PTSS en Desnos). Bijna driekwart (n=11) van de respondenten is het (helemaal) oneens met de uitspraak dat er met het PTSS-protocol een eenduidige uitspraak kan worden gedaan over het onderscheid tussen *co-morbiditeit* (klachten) welke wel en welke geen causaal verband heeft met de militaire dienst (73%). Tenslotte was 81% van de respondenten (n=13) het (helemaal) oneens met de uitspraak dat er met het PTSS-protocol een eenduidige uitspraak kan worden gedaan over *beperkingen* die wel en die geen causaal verband hebben met de militaire dienst bij een bestaand PTSS. Van de respondenten heeft een vijfde (n=12) stelling A en B niet beantwoord, terwijl nagenoeg driekwart (n=43) stelling C, D en E niet beantwoord heeft.

TABEL 5.21: MENINGEN RESPONDENTEN OP EEN AANTAL STELLINGEN BETREFFENDE DE POTENTIËLE EENDUIDIGHEID VAN HET PROTOCOL N=60*

Met het PTSS-protocol kan er eenduidig een uitspraak worden gedaan over	N	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Heb ik geen zicht op (% van totaal)
A. de causaliteit van de beperkingen van de te beoordelen (post)actieve militair.	35	0 (0%)	19 (54%)	10 (29%)	6 (17%)	13 (27%)
B. een oorzakelijk versus een verergerend dienstverband bij PTSS.	34	0 (0%)	13 (38%)	18 (53%)	3 (9%)	14 (29%)
C. de verschillende vormen van PTSS bij de te beoordelen (post)actieve militair (T1 PTSS, T2 PTSS, latente, later manifeste PTSS en Desnos).	16	0 (0%)	4 (25%)	9 (56%)	3 (19%)	1 (6%)
D. het onderscheid tussen <i>co-morbiditeit</i> (klachten) welke wel en welke geen causaal verband hebben met de militaire dienst.	15	0 (0%)	4 (27%)	10 (67%)	1 (7%)	2 (12%)
E. het onderscheid tussen <i>beperkingen</i> welke wel en welke geen causaal verband hebben met de militaire dienst bij een bestaande PTSS.	16	0 (0%)	3 (19%)	11 (69%)	2 (13%)	1 (6%)

*Twaalf personen hebben hier niets ingevuld, 43 personen hebben niets ingevuld bij C,D,E.

Tabel 5.21A Stelling A uitgesplitst per functie

A. de causaliteit van de beperkingen van de te beoordelen (post)actieve militair.	N	Helemaal			Helemaal mee	Heb ik geen zicht op (% van totaal)
		mee eens	Mee eens	Mee oneens		
Verzekeringsarts	11	0	7 (63,4)	2 (18,2)	2 (18,2)	0
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	5	0	4 (80,0)	1 (20,0)	0	1
Behandelaar	3	0	0	0	3 (100)	4
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0	2 (40,0)	3 (60,0)	0	0
Zorgcoördinator/casemanager	5	0	4 (80,0)	1 (20,0)	0	7
Beleidsmedewerker / manager	6	0	2 (28,6)	3 (42,9)	1 (14,3)	1

Tabel 5.21B Stelling B uitgesplitst per functie

B. een oorzakelijk versus een verergerend dienstverband bij PTSS.	N	Helemaal			Helemaal mee	Heb ik geen zicht op (% van totaal)
		mee eens	Mee eens	Mee oneens		
Verzekeringsarts	11	0	4 (36,4)	5 (45,5)	2 (18,2)	0
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	5	0	1 (20,0)	4 (80,0)	0	1 (16,7)
Behandelaar	2	0	0	2 (100)	0	5 (71,4)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	0	2 (40,0)	3 (60,0)	0	0
Zorgcoördinator/casemanager	6	0	5 (83,3)	1 (16,6)	0	6 (50,0)
Beleidsmedewerker / manager	5	0	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	2 (40,0)

Tabel 5.21C Stelling C uitgesplitst per functie

C. de verschillende vormen van PTSS bij de te beoordelen (post)actieve militair (T1 PTSS, T2 PTSS, latente, later manifeste PTSS en Desnos).	N	Helemaal		Mee		Helemaal mee oneens	Heb ik geen zicht op (% van totaal)
		mee eens	Mee eens	oneens	oneens		
Verzekeringsarts	11	0	1 (9,1)	7 (63,4)	3 (27,7)		0
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	5	0	3 (60,0)	2 (40,0)	0		1 (16,7)
Behandelaar	0						0
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	0						0
Zorgcoördinator/casemanager	0						0
Beleidsmedewerker / manager	0						0

Tabel 5.21D Stelling D uitgesplitst per functie

D. het onderscheid tussen <i>co-morbiditeit</i> (klachten) welke wel en welke geen causaal verband hebben met de militaire dienst.	N	Helemaal		Mee		Helemaal mee oneens	Heb ik geen zicht op (% van totaal)
		mee eens	Mee eens	oneens	oneens		
Verzekeringsarts	11	0	2 (18,2)	7 (63,4)	0		1 (9)
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	5	0	2 (40,0)	3 (60,0)	0		1 (16,7)
Behandelaar	0						0
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	0						0
Zorgcoördinator/casemanager	0						0
Beleidsmedewerker / manager	0						0

Tabel 5.21E Stelling E uitgesplitst per functie

E. het onderscheid tussen <i>beperkingen</i> welke wel en welke geen causaal verband hebben met de militaire dienst bij een bestaand PTSS.	N				Helemaal	Heb ik geen zicht op (% van totaal)
		Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	mee oneens	
Verzekeringsarts	11	0	1	8	2	0
Pensioenverzekeringsautoriteit / externe expert	5	0	2	3	0	1 (16,7)
Behandelaar	0					0
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	0					0
Zorgcoördinator/casemanager	0					0
Beleidsmedewerker / manager	0					0

In de toelichting worden per stelling de onderstaande opmerkingen gemaakt:

A. Het blijft mensenwerk. Het op een goede wijze bepalen van de causaliteit wordt wel eens ter discussie gesteld. Eén respondent is van mening dat het vaststellen van de causaliteit niet wordt vereenvoudigd door het protocol. Daarnaast geeft een respondent aan dat er inzicht ontbreekt over de validiteit van de uitkomst.

B. Het is niet altijd duidelijk welke invloed de jeugd kan hebben gehad op iemands psychische klachten en van achter het bureau valt dat niet altijd goed vast te stellen, geeft een verzekeringsarts aan. Een andere verzekeringsarts is van mening dat hier pas duidelijkheid over is ontstaan na interne discussie. Met name vanwege (onduidelijke) predisponerende factoren blijft het onderscheid complex, zo wordt aangegeven. Vanuit de hoek van de belangenbehartigers wordt door een respondent gemeld dat een verergerend dienstverband meestal wordt ontkend.

C. Vier respondenten geven aan dat de criteria voor de subtypes van PTSS onduidelijk zijn, of dat deze pas duidelijk werden na interne discussie. Een respondent geeft aan dat voor de verdere beoordeling dit onderscheid in de praktijk nauwelijks nog uit maakt.

D. Een respondent licht toe dat PTSS veel co-morbiditeit kent, die zo met elkaar interfereert dat in de praktijk geen onderscheid in causaliteit kan worden gemaakt, behalve voor afhankelijkheids- en ontwikkelingsstoornissen. Twee andere respondenten lichten toe dat het lastig is hier een eenduidige uitspraak over te doen.

E. Een respondent geeft aan dat het maar sporadisch nodig is om onderscheid te maken tussen beperkingen. In het geval dat wel nodig is zou dit beter beschreven moeten worden in bijvoorbeeld mediprudentie. Het protocol helpt niet bij het vaststellen van het onderscheid tussen beperkingen, geeft een respondent aan. Dit onderscheid is vooral lastig omdat er veel overlap van klachten bestaat, die alle passen bij verschillende diagnoses.

5.11 Gevolgen PTSS-protocol voor invaliditeitspercentage en juridische aspecten

De laatste paragraaf van de beschrijving van de resultaten van de kwantitatieve vragenlijsten gaat in op de gevolgen van het PTSS-protocol voor de toekenning van een invaliditeitspensioen en het realiseren van een eenduidige invaliditeitsbeoordeling.

De (ruime) meerderheid van de respondenten onderschrijft de signalen uit de praktijk dat de hoogte van het invaliditeitspercentage door de komst van het PTSS-protocol lager is geworden (zie tabel 5.22). Eén respondent gaf aan deze signalen niet te onderschrijven, omdat het wat deze respondent betreft om reacties gaat van (post)actieve militairen die menen dat zij tekort zijn gedaan. Van de respondenten heeft een vijfde (n=12) deze vraag niet beantwoord. In de toelichting geeft een aantal respondenten (n=6) aan dat er voorheen sprake was van te hoge percentages: “vroeger werden exorbitant hoge percentages toegekend zonder een goede onderbouwing”. Een andere respondent geeft aan dat de cruciale vraag is of er vroeger te hoog werd gescoord of tegenwoordig te laag.

TABEL 5.22: MENINGEN RESPONDENTEN OP DE VRAAG: 'UIT DE PRAKTIJK KOMEN SIGNALLEN DAT DE HOOGTE VAN HET INVALIDITEITSPERCENTAGE DOOR DE KOMST VAN HET PTSS-PROTOCOL LAGER IS GEWORDEN.' ONDERSCHRIJFT U DEZE SIGNALLEN? N=60*

Functie	N Totaal	Ja, zeer zeker	Ja, een beetje	Nee	Daar heb ik geen zicht op (% van totaal)
Verzekeringsarts	8	7 (88%)	1 (13%)	0 (0%)	3 (27%)
Pensioenverzekerings-autoriteit / externe expert	4	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	2 (33%)
Behandelaar	5	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	2 (29%)
Cliëntenvertegenwoordiger/ belangenbehartiger	5	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
Zorgcoördinator/ casemanager	10	9 (90%)	0 (0%)	1 (10%)	2 (17%)
Beleidsmedewerker / manager	6	4 (67%)	2 (33%)	0 (0%)	1 (14%)

**Twaalf personen hebben hier niets ingevuld*

Hoofdstuk 6 Resultaten kwalitatieve diepte-interviews

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de kwalitatieve diepte-interviews gepresenteerd. In paragraaf 6.1 wordt de respons behandeld, in 6.2 wordt ingegaan op de psychische problematiek van de (post) actieve militairen. Paragraaf 6.3 gaat over de naam van het protocol en 6.4 gaat in op het oordeel over het huidige systeem, 6.5 op verergerend versus oorzakelijk dienstverband en 6.6 op de diagnosestelling. In 6.7 wordt ingegaan op de invloed van persoonskenmerken op het verloop van het beoordelingsgesprek. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt behandeld in 6.8 en in 6.9 wordt het nut van de verdeling in rubrieken en subrubrieken besproken. In 6.10 wordt de hoogte van het MIP behandeld en in 6.11 worden tenslotte aanvullende verbeterpunten gepresenteerd die de participanten hebben benoemd.

6.1 Respons

Van de 60 respondenten die de vragenlijst invulden, zijn veertien mensen benaderd voor een interview. Twee aanvankelijk geselecteerde kandidaten bleken uiteindelijk om verschillende redenen (ziekte, zwangerschapsverlof) af te vallen, omdat het niet mogelijk was hen binnen de vooraf gestelde tijdslimiet te interviewen. Daarvoor zijn vergelijkbare andere participanten geselecteerd. Alle benaderde kandidaten gaven toestemming voor het interview. Tussen 20 mei en 26 juli 2016 zijn alle interviews afgenomen. De interviews zijn op band opgenomen en door een onafhankelijk professioneel transcriptiebureau getranscribeerd. De transcripten zijn ter goedkeuring aan alle respondenten voorgelegd en dat leidde niet tot aanpassingen in de tekst.

Hieronder zullen de resultaten van de interviews worden gepresenteerd. Er wordt daarbij zowel ingegaan op factoren die te maken hebben met de context van het protocol als met de inhoud / structuur van het protocol. Met het oog op de anonimiteit c.q. herleidbaarheid van de resultaten is een aantal participanten met verschillende achtergrond bij elkaar gevoegd en worden bij citaten de volgende achtergronden van participanten genoemd:

- A. verzekeringsartsen en/of penvaats
- B. behandelaren
- C. case-coördinatoren en/of belangenbehartigers en/of advocaten
- D. managers en/of beleidsmedewerkers

Op deze manier is herleiding naar personen bij groepen met slechts enkele vertegenwoordigers, zoals bij penvouts het geval is, nagenoeg onmogelijk.

De volgende onderwerpen, die tijdens de interviews aan bod kwamen, zullen worden behandeld. Tot een keuze voor deze onderwerpen is gekomen op zowel theoretische gronden als op basis van reacties van respondenten op de vragenlijst:

- De psychische problematiek waar (post)actieve militairen mee kunnen kampen;
- De naam / de titel van het protocol;
- Het oordeel over het huidige systeem;
- Verergerend versus oorzakelijk dienstverband;
 - T1 en T2
 - De aanstellingskeuring
 - Het effect van het afgeven van een oorzakelijk / verergerend dienstverband
- De diagnosestelling;
- De invloed van persoonskenmerken op het verloop van het beoordelingsgesprek;
- De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid;
- Het al of niet simuleren en waarheidsvinding;
- Rubrieken en subrubrieken;
 - niet of nauwelijks gescoorde subrubrieken
 - seksueel functioneren
 - Overlap tussen subrubrieken en verschillen tussen klassen
- De hoogte van het MIP;
- Verbeterpunten.

6.2 Psychische problematiek postactieve militairen

Onderstaande schets is toegevoegd om een beeld te geven van de situatie waarin postactieve militairen met PTSS volgens de participanten kunnen verkeren. Het betreft hier een beschrijving van dat deel (5%) van de postactieve militairen dat getroffen wordt door ernstige psychische problemen. Deze schets is niet bedoeld als blauwdruk voor het ontstaan en in stand blijven van psychische klachten/ PTSS bij (post)actieve militairen. Hier is slechts een vaak voorkomende 'tendens' geschetst, zoals weer gegeven door meerdere participanten aan het onderzoek.

De participanten geven aan dat het vaak voorkomt dat militairen die een emotioneel ingrijpende missie hebben meegemaakt pas na uit dienst te zijn getreden in toenemende mate psychische problemen ontwikkelen. Daaraan draagt naar hun oordeel een aantal factoren bij. Jonge, en regelmatig ook kansarme jongens komen in een min of meer gespreid bed wanneer ze bij Defensie gaan werken. Ze moeten weliswaar hard werken en zich bewijzen, maar veel wordt voor hen geregeld en bepaald, ze hebben direct een salaris en komen in een setting terecht die hen beschermt en waarbinnen je ook 'wat voorstelt'. En binnen de dienstsetting zijn er ook hun maten die hen steunen. Als ze vervolgens op de één of andere manier psychisch beschadigd raken tijdens een missie, dan kunnen ze daar vaak lang mee door blijven functioneren zolang die beschermende structuur om hen heen blijft bestaan. Wordt het dienstverband om welke reden dan ook beëindigd of – indien het een nog actieve militair betreft – raakt iemand door psychische problemen (tijdelijk) arbeidsongeschikt en komt hij of zij thuis te zitten dan valt die beschermende structuur weg en kunnen problemen ontstaan. Mede omdat zij geen ervaring hebben met het opbouwen van een carrière binnen de burgermaatschappij of daartoe onvoldoende mogelijkheden zien c.q. hebben. Dat maakt dat hun psychische problemen worden versterkt, meer op de voorgrond komen te staan. Toch worden deze klachten vaak weggedrukt en wordt zorg vermeden, soms ook omdat deze personen vanwege een bepaalde aversie niet geholpen willen worden door de militaire gezondheidszorg. Omdat hun inkomen afneemt kunnen schulden ontstaan. Soms ontstaat de behoefte aan 'thrills', bijvoorbeeld in de vorm van drank en drugs en ontwikkelt zich agressie-regulatieproblematiek. Ook kan middelengebruik al tijdens de actieve loopbaan binnen defensie zijn ontstaan, zo wordt aangegeven. Daarnaast kunnen schuldgevoelens op de achtergrond een rol spelen, bijvoorbeeld in situaties waarin personen maten hebben verloren bij een missie. Vaak wordt pas hulp ingezet als de partner, ouders of huisarts aan de bel trekken. Er zijn ook postactieve militairen die, omdat ze niet over hun trauma's durven te beginnen, in het verkeerde hulpcircuit terecht komen, omdat het onderliggende probleem niet gezien wordt.

6.3 Naam / titel van het protocol

Participanten met een uiteenlopende achtergrond hebben tijdens de gesprekken aangegeven dat ze de naam van het protocol, namelijk WIA-PTSS-protocol, niet gelukkig gekozen vinden. Het meest genoemde bezwaar tegen deze naam betreft het feit dat het protocol in principe moet worden gebruikt bij alle psychische aandoeningen die geconstateerd worden bij militairen, waarbij

dienstverband wordt aangenomen en die tot een invaliditeitspensioen kunnen leiden. Voorbeelden die genoemd worden zijn traumagerelateerde angststoornissen, aanpassingsstoornissen, geïsoleerde slaapstoornissen, dissociatieve stoornissen en depressie.

“Nu wordt het onterecht geassocieerd met PTSS, ook door klanten”, zo wordt vanuit de kant van de verzekeringsartsen / penvauts aangegeven, “en misschien heeft daardoor op de achtergrond bij de beoordeling het ziektebeeld PTSS toch een grotere rol gespeeld dan bijvoorbeeld een psychotische aandoening of een depressieve aandoening.” (A1)

Een ander met dezelfde achtergrond geeft aan:

“Als er PTSS-protocol op staat is het simpel gezegd natuurlijk vreemd dat je het ook gebruikt voor iets dat geen PTSS is.” (A2)

Eén verzekeringarts / penvaut geeft in dat verband aan dat de rechter heeft bepaald dat het protocol voor meerdere aandoeningen waarvoor dienstverband is aanvaard, moet worden toegepast. Dat wordt bevestigd door vertegenwoordigers uit de hoek van belangenbehartigers, evenals uit de hoek van managers.

Eén van de behandelaren is van mening dat het protocol niet alleen gebruikt zou moeten worden voor (post)actieve militairen maar ook voor ‘dienstslachtoffers’:

“Als je niet op uitzending bent geweest en dus geen veteraan bent, kan je nog wel dienstslachtoffer zijn. Je kunt bijvoorbeeld hulp hebben geboden bij een watersnood in Bangladesh en daar allemaal verschrikkelijke dingen hebben gezien. Dan ben je geen formele veteraan, maar heb je wel een missie meegemaakt. Dat zou ook in de naamgeving tot uiting moeten komen.” (B1)

Wel wordt door de verzekeringsartsen / penvauts aangegeven dat het bij gebruik van het protocol in de praktijk wel grotendeels, misschien wel in negen van de tien gevallen, om PTSS gaat.

“Maar het is toepasbaar voor alle psychische aandoeningen omdat het de mate van beperkingen in kaart brengt,” zo wordt door één van hen aangegeven. (A3)

6.4 Het oordeel over het huidige systeem

Met verschillende participanten is in algemene zin gesproken over het in Nederland gehanteerde systeem voor het toekennen en verstrekken van financiële tegemoetkomingen bij psychische klachten en PTSS van (post)actieve militairen. Het ging dan niet louter over de inhoud en implicaties van het protocol, maar ook over de rol die ‘erkenning’ bij (post)actieve militairen speelt en de invloed van de toekenning van een steeds terugkerende maandelijks uitkering van het invaliditeitspensioen. Een aantal participanten plaatst daar kritische kanttekeningen bij. Een manager:

“Er blijft in het huidige systeem voor eeuwig een band tussen Defensie en het dienstslachtoffer bestaan. Het is in feite een ziekhoudend systeem, want op het moment dat jij invalide bent en invalide blijft, dan hou jij een uitkering. Op het moment dat je beter wordt, je gaat werken aan je herstel, dan is het effect als je voor een herbeoordeling komt, dat je uitkering naar beneden gaat. Dus dat hele systeem van een uitkering, levenslang, terug moeten komen voor beoordelingen, daar moet je denk ik van af. Iemand's herstel en rust wordt veel eerder bevorderd door te zeggen, nou oké, we hebben dit objectief beoordeeld en vastgesteld, dit is in totaal wat je schade is, dat bedrag krijg je in één keer van ons uitgekeerd, inclusief letselschade, alles bij elkaar. Want het huidige systeem houdt mensen afhankelijk en past niet meer bij deze tijd.” (C5)

Deze participant voegt eraan toe dat een dergelijk aangepast beleid betreffende een éénmalige verrekening ook in het belang is van Defensie:

“Defensie wordt nu voortdurend in de hoek gezet van ‘slecht omgaan met hun voormalig militairen.’ Terwijl er geen rechtspositie in dit land is waar zulke riant aanspraken voorkomen voor werknemers, die als gevolg van het werken voor de baas schade oplopen. Die aanspraken zijn terecht, maar het systeem dat ermee omgaat is verouderd, hoort bij de jaren 80 van de vorige eeuw, sluit niet aan op de sociale zekerheid Nederlandbreed. Het is niet gericht op iemand's resterende verdiencapaciteit maar op iemand's beperking.” (C5)

Ook vanuit de hoek van de verzekeringsartsen / penvauts komt een kritisch geluid over het huidige ‘systeem’:

“Het heeft alles te maken met politiek. Als je ervoor wilt zorgen dat iedereen die een hoop ellende heeft meegemaakt in het kader van een levensgevaarlijke opdracht in een uitzendgebied een tegemoetkoming krijgt en je wilt zo iemand zo min mogelijk onderwerpen aan allerlei lastige onderzoeken dan vraag ik me

af waarom je dit systeem optuigt. In de praktijk komt het er namelijk op neer dat er meestal zoveel discussie over oorzaak-gevolg ontstaat dat bij iedere twijfel een causaal verband wordt aangenomen. En dat ondanks het feit dat het in het protocol veel strikter is beschreven.” (A5)

Hij / zij voegt er het volgende aan toe:

“Er is iets te zeggen voor de opvatting dat je iemand in dienst neemt met al zijn slechte en goede kwaliteiten. En als later blijkt dat die slechte kwaliteiten ervoor zorgen dat hij meer schade heeft dan ik had gehoopt, dan moet ik dat vergoeden. Maar dat heeft Defensie kennelijk niet besloten en de overheid ook niet.” (A5)

Vanuit de behandelaars wordt aangegeven dat het vaak tegelijkertijd starten van een MIP-aanvraag met de behandeling, evenals het systeem van periodiek herkeuren voordat een definitief invaliditeitspercentage wordt vastgesteld, deze behandeling soms in de weg staat. In principe is daarbij sprake van een perverse prikkel: om voor een zo hoog mogelijk pensioen in aanmerking te komen moet sprake zijn van beperkingen, terwijl de behandeling er juist op is gericht om deze beperkingen zoveel mogelijk ‘op te lossen.’ Daarbij moet de behandelaar ervoor waken om niet in de rol van belangenbehartiger van de cliënt terecht te komen, omdat dat niet samengaat met die van de behandelaar.

Een ander knelpunt dat vanuit de behandelaars wordt gesignaleerd betreft het feit dat, indien de verzekeringsarts twijfelt of indien er onduidelijkheid is over de te stellen diagnose, er externe experts worden ingehuurd. Hoewel de opdracht is dat die breder naar uitzendgerelateerde klachten dienen te kijken, hebben deze experts eigenlijk alleen oog voor de ‘hardcore’ diagnose (acute) PTSS, zo wordt gesteld. Het gevolg is dat (post)actieve militairen met andere psychische klachten die tot invaliditeit leiden in zo’n situatie doorgaans geen MIP krijgen toegewezen; ze hebben immers geen PTSS. Daarbij is het opvallend dat als onenigheid over deze ‘uitkomst’ in een later stadium tot een beroepszaak leidt, vaak precies dezelfde expert opnieuw wordt ingeschakeld, zo wordt aangegeven. Ook de integratie van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en het vaststellen van beperkingen in het kader van een eventueel invaliditeitspensioen is in de interviews naar voren gekomen.

Een manager legt uit dat het aanvankelijk de bedoeling was om aan de hand van het WIA-IP-protocol een geïntegreerde uitvoeringspraktijk op te tuigen, waarbij één verzekeringsarts zowel het één (arbeidsongeschiktheid) als het ander (beperkingen in het kader van MIP) beoordeelt:

“Nu moet een cliënt voor het beoordelen van een arbeidsongeschiktheidsaanspraak naar een verzekeringsarts van het UWV, terwijl een verzekeringsarts van het ABP kijkt wat zijn beperkingen zijn voor het militair invaliditeitspensioen. Men wilde de last van die beoordelingen verminderen door ze – met het protocol in de hand – in één keer gelijktijdig te doen. Dat was het WIA-IP-protocol. Het is echter nooit gelukt om die circuits goed bij elkaar te brengen, UWV en ABP kwamen daar niet goed uit. In het verlengde daarvan zijn de hiaten van de WPC-schaal gedicht met het PTSS-protocol.” (D1)

In het licht van de huidige beoordelingssystematiek kwam in de interviews de rol naar voren die *erkenning* bij (post)actieve militairen speelt. Een case-coördinator / belangenbehartiger geeft aan dat voor de meeste cliënten geldt dat zij met een bepaalde voorstelling naar het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts gaan en dat de rol van erkenning daarbij groot is:

“Mensen verwachten dat een dokter die hun keurt ook empathie aan de dag zal leggen, met die voorstelling gaan ze het gesprek in. Maar ze komen vaak totaal gedesillustreerd terug, want ze hadden gehoopt dat die persoon ze zou begrijpen en daarmee ook erkenning zou geven. Dan is dat invaliditeitspercentage nog niet eens zo belangrijk, maar of ze zich ‘gezien’ voelen.” (C1)

Juist omdat mensen zich vaak onvoldoende gezien voelen tijdens het beoordelingsgesprek verlegt het gevoel van erkenning zich dan naar de hoogte van het MIP, zo legt hij / zij uit. Een verzekeringsarts / penvaut:

“Ja, er zijn militairen die zeggen het gaat mij niet om het geld, het gaat mij om erkenning. Maar er zijn er ook waarbij het wel degelijk om het geld gaat. Die hebben bijvoorbeeld tegen hun zin de dienst moeten verlaten wegens einde contract en lopen vast in de burgermaatschappij, missen defensie heel erg. Soms bestaat dan de indruk dat die psychische problemen niet waren ontstaan als ze in dienst zouden zijn gebleven.” (A3)

6.5 Verergerend versus oorzakelijk dienstverband

Het vaststellen van een causale relatie tussen het dienstverband c.q. de uitzending en de psychische klachten die invaliditeit teweegbrengen blijkt in de praktijk een complexe aangelegenheid, zo komt uit de interviews naar voren. De verzekeringsarts probeert zich hierbij een beeld te vormen of en in

welke mate de psychische klachten met de uitzending verband houden. Hij zet zijn bevindingen daarbij af tegen de mogelijkheid dat de klachten reeds vóór uitzending bestonden en/of toe te schrijven zijn aan andere factoren c.q. gebeurtenissen, die niets met het dienstverband te maken hebben. Uit de interviews blijkt dat het vaststellen van het dienstverband en de daaraan gekoppelde inschatting of van een verergerend of oorzakelijk dienstverband sprake is soms tot onduidelijkheden leiden. Eén van die onduidelijkheden is dat de termen 'oorzakelijk' en 'verergerend' door verzekeringsartsen niet altijd eenduidig worden gehanteerd. Een verzekeringsarts / penvaut hierover:

"Je kunt het op verschillende manieren uitleggen. 'Verergerend' suggereert dat iemand iets heeft en dan op uitzending gaat, waarna de klachten of beperking blijvend zijn verergerd. Maar het wordt ook op een andere manier uitgelegd. 'Oorzakelijk' wil dan zeggen dat de uitzendingservaringen één op één hebben geleid tot de aandoening, terwijl bij 'verergerend' ook andere factoren een rol gespeeld kunnen hebben, terwijl er niet iets hoeft te hebben bestaan. Eén van die andere factoren kan ook een soort 'gevoeligheid' of 'predispositie' zijn. Dat noem je dan – refererend aan het protocol – het multi-causale verklaringsmodel. Die theorie is in mijn ogen toch wat kunstmatig. Al met al is het ingewikkeld en voor ons ook niet altijd goed te begrijpen." (A3)

De laatst geciteerde participant licht vervolgens een en ander toe aan de hand van een praktijkvoorbeeld:

"Stel: iemand heeft een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, de familie-anamnese is negatief, hij/zij heeft altijd goed gefunctioneerd (geen klachten, geen ziekteverzuim), maakt op uitzending een enkelvoudige traumatische ervaring mee en ontwikkelt dan een PTSS, dan moet je toch een verergerend dienstverband aannemen omdat het dan zogenaamd multi-causaal zou zijn. Tsja"

De verzekeringsarts / penvaut geeft aan dat er op zijn afdeling heel veel discussie is geweest over de vraag wanneer je een oorzakelijk en een verergerend dienstverband aanneemt. Het protocol biedt daarvoor naar zijn / haar mening te weinig houvast. Daarnaast wordt aangegeven dat er vaak sprake is van complexe trauma's, waarbij het heel moeilijk is om te bepalen in welke mate deze aan de dienst zijn toe te schrijven.

Een andere verzekeringsarts / penvaut geeft in bovenstaand verband aan dat het multi-causaal verklaringsmodel geen duidelijkheid verschaft over wat onder pre-existentie en predispositie moet worden verstaan:

“Als iemand al vóór het dienstverband verslaafd was aan alcohol of in aanraking is geweest met justitie en dan nog een trauma, dan kan je duidelijk spreken van een predispositie. Maar scheiding van de ouders of blijven zitten op school of één keer met de politie in aanraking geweest wegens het vernielen van een bushokje, noem je dat predispositie?” (A4)

T1- en T2-trauma

Wat de discussie over een verergerend versus een oorzakelijk dienstverband verder compliceert, zo wordt aangegeven, betreft het onderscheid tussen T1- en T2-trauma. Bij T1-trauma gaat het in het PTSS-protocol om een enkelvoudige schokkende gebeurtenis, zoals een overval, een hinderlaag, een ernstig schietincident of een kortdurende gijzeling. Bij een T2-trauma gaat het om (zeer) ernstige en/of multiple en/of langdurende schokkende gebeurtenissen, zoals langdurige eenzame opsluiting met doodsb bedreiging, dagenlange beschietingen en martelingen.⁴ Vanuit de hoek van verzekeringsartsen / penvauts wordt aangegeven dat het onderscheid tussen T1- en T2-trauma niet is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten over psychische klachten bij volwassenen die tot invaliditeit kunnen leiden. Het onderscheid heeft echter wel implicaties voor de vaststelling van een verergerend versus een oorzakelijk dienstverband:

“Het onderscheid tussen T1- en T2-trauma is ontleend aan een behandelingscontext binnen de kinderpsychiatrie en is nooit ontwikkeld om te worden gebruikt bij volwassenen in de context van de diagnosestelling van psychische klachten en PTSS. Dit onderscheid heeft binnen het PTSS-protocol echter wel implicaties omdat er bij een T2-trauma, ondanks het bestaan van een predispositie, toch een oorzakelijk dienstverband kan worden aanvaard.” (A1)

Aanstellingskeuring

In het kader van de dienstgerelateerdheid van psychische klachten is een aantal participanten ook ingegaan op de selectie en voorgeschiedenis van (post)actieve militairen. Immers, bij het aannemelijk maken of psychische klachten die tot invaliditeit leiden al dan niet zijn toe te schrijven aan het dienstverband, is tevens de vraag aan de orde of deze klachten wellicht reeds bestonden op het

moment van keuring bij indiensttreding c.q. selectie voor een missie. Over deze selectie is met meerdere participanten met een uiteenlopende achtergrond gesproken. Zowel vanuit de hoek van de behandelaren als uit die van de casemanagers en belangenbehartigers wordt aangegeven dat een verergerend dienstverband bij een gedegen aanstellingskeuring niet zou moeten kunnen bestaan.

“Indien je na selectie bij de poort goed genoeg blijkt te zijn om te dienen dan moet je ook niet zeuren over vóór het dienstverband opgelopen trauma, maar je criteria daarop bijstellen.” (C1)

Een behandelaar:

“Ik denk, als je screent en mensen toch uitzendt, ook al hebben ze een beschadigde voorgeschiedenis, dan moet je ook de verantwoordelijkheid nemen voor de gevolgen. Want wat is dienstgerelateerd op het moment dat defensie ervoor kiest om een beschadigd persoon op uitzending te sturen? Wij zien in ieder geval een hele kwetsbare groep waarin weinig mensen een hele gezonde voorgeschiedenis hebben en er vaak van alles in de voorgeschiedenis speelt.” (B1).

Aan de andere kant wordt aangegeven dat het te makkelijk is om Defensie te verwijten dat iemands complete voorgeschiedenis en pre-existentie bij een besluit tot aannemen bekend zou moeten zijn.

Een verzekeringsarts / penvaut:

“Defensie voert een uitgebreide psychologische selectie uit, evenals een medische aanstellingskeuring. Er zijn dus twee loketten waar mensen langs moeten. Dat sollicitanten daar het achterste van hun tong niet laten zien betekent niet dat die selectie verkeerd is geweest. Het extreemste voorbeeld dat ik heb meegemaakt ging om iemand die gedwongen opgenomen was geweest in een psychiatrische inrichting. Toen hem werd gevraagd waarom hij dat niet had verteld, zei hij: ik ben daar gek, dan word ik afgekeurd!” (A2).

Daarbij komt, zo wordt van meerdere kanten aangegeven, dat PTSS zich niet gemakkelijk laat voorspellen, zeker niet binnen het tijdsbestek van een aanstellingskeuring:

“Wij weten niet wat de oorzaak van het ontstaan van PTSS is. Als je tien mensen in een busje zet en ze maken een ongeluk mee, krijgen er twee klachten en krijgt één blijvende klachten. Maar waarom? Dat kunnen we niet uitleggen.” (A4).

Een manager stelt in dit verband:

“Je zult nooit aan de voorkant kunnen uitsluiten dat iemand een PTSS oploopt.” (D1).

Een aantal participanten met de achtergrond van case-coördinator of behandelaar is de mening toegedaan dat de strengheid van de dienstkeuringen bij defensie fluctueert op basis van tendensen binnen de markt. Eén verzekeringsarts / penvaut onderschrijft dat echter niet:

“Er is binnen de aanstellingskeuringen absoluut geen sprake van verschuiving van criteria, dat is een misverstand. De werkgever zou dat wellicht willen, maar zo is het niet. Men houdt zich aan de keuringsnormen en –waarden, zoals door de artsen en psychologen gesteld. Ik spreek hard tegen dat de serieuzeheid van de selectie fluctueert op basis van het marktmechanisme.” (A2)

Het effect van het afgeven van een oorzakelijk / verergerend dienstverband

De resultaten van de interviews over een oorzakelijk of verergerend dienstverband beperkten zich niet tot het vaststellen daarvan; door enkele participanten is ook ingegaan op het effect van het afgeven daarvan. Zo wordt door een verzekeringsarts/penvaut aangegeven dat het in de praktijk eigenlijk zelden een toegevoegde waarde heeft om onderscheid te maken in oorzakelijk of verergerend dienstverband, omdat dit nauwelijks invloed heeft op de hoogte van het militair invaliditeitspensioen. Vanuit de hoek van de case-coördinatoren / belangenbehartigers wordt gesignaleerd dat een veteraan vaak teleurstelling voelt bij een afgegeven verergerend dienstverband:

“Ze voelen het alsof ze al gek verklaard waren vóór de uitzending.” (C3)

Een andere case-coördinator / belangenbehartiger geeft aan dat het onderscheid toch wel degelijk enige invloed op de hoogte van het invaliditeitspensioen kan hebben:

“Het afgeven van een verergerend of een oorzakelijk dienstverband heeft gevolgen voor het verdisconteren van de co-morbiditeit. Bij oorzakelijk dienstverband kan co-morbiditeit worden meegerekend, maar bij verergerend dienstverband kan alleen de ziekte zelf in ogenschouw worden genomen, en niet als daar nog iets uit voort is gekomen.” (C4)

6.6 Diagnosestelling

Vanuit de behandelaars wordt aangegeven dat het stellen van een diagnose door de verzekeringsarts tijdens het beoordelingsgesprek met de cliënt een complexe aangelegenheid is. Soms wordt door hen getwijfeld of dat binnen de beperkte context van zo'n gesprek überhaupt wel mogelijk is:

“Het punt is dat wij er soms weken over doen om de diagnostiek helder te krijgen, dat is soms een eindeloos gepuzzel. Het heeft te maken met hun presentatie, met hun manier van communiceren en ook met erkenning en herkenning van de klachten door de cliënt zelf. Dat je met de partner in gesprek gaat omdat iemand zelf de boel bagatelliseert. Het gaat soms om mannen die twintig of dertig jaar geleden hun trauma hebben opgelopen. Die kunnen niet in een paar uur aangeven wat ze het aller-allermoeilijkst vinden en waar ze misschien wel vier gesprekken voor nodig hebben om te vertellen.” (B2)

Bij twijfel schakelt een verzekeringsarts al snel een externe expert in, zo geeft een behandelaar aan, en die kijken vaak teveel vanuit een ‘acute PTSS-bril.’ Is het geen PTSS dan volgt vaak een negatief advies. Ook vanuit de belangenbehartigers wordt dat beeld enigszins bevestigd:

“Als een verzekeringsarts twijfels heeft dan wordt een externe psychiater ingeschakeld. Wij weten inmiddels precies om welke psychiaters dat gaat en weten dan van tevoren al wat de uitkomst zal zijn.” (C5)

Een verzekeringsarts / penvaut bevestigt dat het stellen van een juiste diagnose soms erg moeilijk kan zijn binnen de kaders van het beoordelingsgesprek, zeker als daar een uitspraak aan gekoppeld moet worden over de relatie met het dienstverband:

“Kijk, sommige mensen hebben wel vier diagnoses. Ze hebben PTSS, ze hebben een depressieve stoornis, ze hebben een persoonlijkheidsstoornis en ze hebben ADHD. Twee wel dienstverband en twee niet. Tsjja, ga dan nog maar eens bepalen welke klachten en beperkingen waar bij horen, dat is bijna geen doen. Dan wordt om het eenvoudig te houden vaak alles toegeschreven aan de dienstverbandaandoening, anders is het in de praktijk niet uitvoerbaar. Dat wordt vaak ook wel geaccepteerd door de penvaut. Behalve als iemand een beperking heeft die al duidelijk eerder bestond.” (A3)

Een andere verzekeringsarts geeft aan dat het moeilijk is om sommige klachten, die in principe onder de diagnose ‘partiële PTSS’ zouden kunnen vallen en een duidelijk dienstgerelateerd karakter hebben op de juiste manier te labelen om die dienstgerelateerdheid te ‘honoreren.’ De diagnose partiële

PTSS leidt er namelijk toe dat deze klachten niet worden erkend als aanleiding voor het invaliditeitspensioen:

“Volgens de DSM-classificatie moet er sprake zijn van vijf criteria waaraan moet worden voldaan om van PTSS te kunnen spreken. Voldoe je maar aan een paar dan spreek je van partiële PTSS. Het protocol zegt: partieel niet erkennen. Maar we zien soms oudere mensen, die nog in Indonesië waren, die komen hier met heel veel slaapproblemen en herinneringen, gekleurd door de trauma’s van destijds, maar hebben in geen enkele zin PTSS. Ze hebben geen vermijding en een normaal sociaal leven. Dan moeten we ons soms in alle bochten wringen om toch een dienstverband toe te kennen.” (A4)

Een andere verzekeringsarts / penvaut:

“Tsjja, je kunt eigenlijk een discussie voeren of partiële PTSS als diagnose wel bestaat. Je zou het bijvoorbeeld ook ‘PTSS gedeeltelijk in remissie’ of anders kunnen noemen.” (A6)

6.7 De invloed van persoonskenmerken op het verloop van het beoordelingsgesprek

Participanten met een uiteenlopende achtergrond signaleren dat persoonskenmerken van (post)actieve militairen het verloop van het beoordelingsgesprek, en daarmee het toe te kennen invaliditeitspercentage kunnen beïnvloeden. Een verzekeringsarts / penvaut:

“Wat ik zie is dat militairen die een bepaalde manier van omgaan met hun klachten hebben, met name heel agressief en naar buiten gekeerd zijn, hoger scoren. Terwijl introverte mensen, die zich thuis helemaal opsluiten, en eigenlijk in een hogere categorie invaliditeit zitten, juist lager uitkomen. Assertiviteit wordt beloond.” (A2)

Een case-coördinator / belangenbehartiger brengt in dat verband naar voren:

“Dat extraverte kan ook te maken hebben met het vermogen om onder woorden te brengen waar je last van hebt. De een is daar eerlijker in en gemakkelijker toe in staat dan de ander.” (C3)

Een manager daarover:

“Ik kan het vanuit mijn positie niet goed beoordelen, maar ik vind dat een verzekeringsarts dan zijn werk niet goed doet, daar doorheen zou moeten prikken. En er is natuurlijk niemand die zegt: ‘het gaat uitstekend met mij, halveer mijn uitkering maar’.” (D1)

Een andere verzekeringsarts / penvaut laat zich in dezelfde zin uit:

“De ene militair kan heel goed met een kwinkslag klachten aandikken, terwijl bij de ander alles eruit getrokken moet worden en weer een ander praat heel rationeel over de meest ingrijpende, emotionele zaken. Een verzekeringsarts is ervoor opgeleid om daar doorheen te prikken.” (A6)

Cultuur kan ook in belangrijke mate van invloed zijn op de mate waarin iemand in staat is om klachten onder woorden te brengen, zo wordt genoemd in de interviews. Dat kan komen door het gespreksonderwerp – zo worden eventuele klachten op het terrein van seksualiteit door bijvoorbeeld een Afghaanse tolk niet gemakkelijk bespreekbaar gemaakt – maar ook gaan vertegenwoordigers van een andere cultuur vaak anders om met pijn en gezondheidsproblematiek. Een verzekeringsarts / penvaut verwoordt het als volgt:

“De manier hoe mensen pijn, verdriet en schaamte uiten voor de familie of hun vrouw is heel anders, bij de Moslims bijvoorbeeld, dan een Nederlandse, Hollandse jongen zou doen. Dus met dat filter moet je tijdens de beoordeling ook rekening houden.” (A6)

In de context van het protocol en het beoordelingsgesprek is daar echter niet voldoende aandacht voor, wordt vanuit de hoek van belangenbehartigers / case-coördinatoren aangegeven.

6.8 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Als een belangrijk voordeel van het gebruik van het PTSS-protocol wordt door verschillende participanten genoemd dat het protocol de interpretatieruimte van verzekeringsartsen beperkt, zodat een grotere eenduidigheid in de beoordeling ontstaat. Het maakt hierdoor in principe minder uit door welke verzekeringsarts een (post)actieve militair wordt beoordeeld, zo wordt aangegeven. De bevindingen uit het eerder door TGO uitgevoerde betrouwbaarheidsonderzoek⁵ bevestigen dit beeld. Toch worden door enkele participanten kanttekeningen geplaatst bij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Een belangenbehartiger / case-coördinator:

“Je kunt in een protocol opschrijven wat je wilt, maar iedereen heeft toch een bepaalde eigen interpretatie. Ik weet dat er bij BMB zes keuringsartsen zitten, maar wij kunnen toch vaak zien wie de

keuring heeft uitgevoerd. Zo heb je bijvoorbeeld keuringsartsen met of zonder militaire achtergrond. Dat maakt uit voor de beoordeling.” (C2)

Een verzekeringsarts / penvaut denkt juist dat de spreiding door het protocol is toegenomen:

“Dat de interpretatieruimte kleiner is geworden is niet helemaal waar. Want vroeger gaven we allemaal een hoog percentage af, maar nu lijkt het of er relatief zelfs nog meer spreiding is. Je hebt nu namelijk meerdere beoordelingselementen met allemaal hun eigen spreidingsmarge, dus daarom kan die spreiding toch verder oplopen. En de manier waarop je kennis hebt verworven over psyche en hoe je tegen cliënten aankijkt is ook heel anders per arts.”(A1)

Twee andere verzekeringsartsen / penvauts bevestigen het feit dat er nog steeds sprake is van interpretatieruimte en dat daarmee de eenduidigheid in het geding is. Eén daarover:

*“Een objectieve beoordeling bestaat niet. Ik stel de vragen op die manier en mijn collega op een andere manier. Ik zeg: cliënt heeft **zelfs** drie nachten per week nachtmerries, terwijl mijn collega zegt: hij heeft **slechts** drie nachten per week nachtmerries. Maar ik denk dat de spreiding van het invaliditeitspercentage niet zo heel groot is, maximaal een relatief verschil van 20%”(A4)*

Het effect van eventuele interpretatieverschillen kan groot zijn als het om verschillen gaat die net rond de 10%-invaliditeitsgrens zitten. Stel dat de ene verzekeringsarts op een invaliditeitspercentage van 9,8% uitkomt, terwijl de andere 10,5% scoort, dan zou dat in het eerste geval betekenen dat er geen invaliditeitspensioen wordt uitgekeerd, terwijl het in het tweede geval mogelijk wel tot een uitkering komt. Een verzekeringsarts daarover:

“Wij proberen die gevallen te vermijden. Dan proberen we er toch naar toe te schrijven dat het een percentage van 10,1% wordt of zo.”(A4)

Een belangenbehartiger signaleert een andere oorzaak voor het ontstaan van interpretatieverschillen, namelijk de keuze van de psychiater bij het inschakelen van een externe expert:

“Als ik het heel algemeen mag zeggen: ik vind de keuze van de psychiater doorslaggevend voor de uitkomst van een externe expertise. En die keuze geschiedt door de verzekeringsarts, zonder

raadplegingen van betrokkenen. Hij kiest de psychiater uit en hij stelt de vraagstelling alleen op. Dat kan zeker sturend zijn.”(C5)

6.9 Al of niet simuleren en waarheidsvinding

Participanten met een uiteenlopende achtergrond geven aan dat zij vermoeden dat er – naast een overgrote meerderheid van cliënten met daadwerkelijke problematiek – een beperkt aantal cliënten is dat min of meer doelbewust probeert om op oneigenlijke gronden een invaliditeitsuitkering ‘in de wacht te slepen.’ Daarbij speelt ook het feit dat het protocol op het internet vrij toegankelijk is een rol, zo wordt gesteld, want op die manier kunnen cliënten exact vaststellen op welke aspecten ze worden beoordeeld en deze aspecten zo nodig ‘aandikken.’ Een case-coördinator:

“Ja, er zou zelfs op reünies een lijstje rondgaan met een samenvatting van het protocol dat ooit een keer door een veteraan gemaakt is, van luister, dit is een recept voor een hoger MIP, een hoger invaliditeitspensioen.” (C2)

Daarbij worden verzekeringsartsen soms ook bedreigd. Een verzekeringsarts / penvaut:

“Wij zijn weliswaar zelf niet de slecht-nieuws-brengers, maar in hun ogen wel de boosdoeners. En als ze je hier met de dood bedreigen dan gaat het soms om mensen die in hun leven al daadwerkelijk hebben geschoten. Dat is een andere dreiging dan wanneer iemand dat tegen je op straat schreeuwt. Niet alle artsen kunnen daartegen, ik ben collega’s kwijtgeraakt hierdoor.” (A1)

Het vermoeden bestaat dat in een aantal gevallen via waarheidsvinding kan worden vastgesteld dat de betreffende cliënt helemaal nooit het geclaimde trauma kan hebben meegemaakt tijdens zijn uitzending, omdat de daaraan gekoppelde gebeurtenis nooit heeft plaatsgevonden, de persoon geen onderdeel van het geclaimde bataljon heeft uitgemaakt, of deze gebeurtenis niet tijdens zijn uitzendperiode heeft plaatsgevonden. Iets vaker komt het volgens sommige participanten voor dat cliënten een trauma claimen dat wel tijdens zijn uitzendperiode heeft plaatsgevonden, maar waarbij sterke vermoedens bestaan dat de betreffende cliënt daar nooit mee geconfronteerd is. Niet altijd kan waarheidsvinding daar duidelijkheid over verschaffen. Psychische klachten na een ingrijpende gebeurtenis of trauma hoeven namelijk niet beperkt te blijven tot bij hen die rechtstreeks bij het incident betrokken zijn geweest, maar kunnen zich ook manifesteren bij maten of kennissen die het

verhaal ter ore komen of die worden geconfronteerd met het bericht van verwonding of overlijden van een voor hen bekend slachtoffer. Bovendien wordt vanuit de hoek van de verzekeringsartsen / penvauts aangegeven dat Defensie om niet geheel duidelijke redenen terughoudend is met het verifiëren van dit soort feiten bij een vermoeden van simulatie; een wens daartoe wordt lang niet altijd gehonoreerd.

Bij een grotere groep (post)actieve militairen, waarbij twijfel bestaat over de ernst van de psychische klachten, is niet sprake van simuleren van deze klachten, maar hierbij wordt door de cliënt in de ogen van verzekeringsartsen en behandelaren soms te gemakkelijk een link gelegd met het dienstverband. In dat kader wordt vanuit verschillende kanten aangegeven dat de voor postactieve militairen soms gunstige uitspraken in rechtszaken, zoals de recente toekenning van een schadevergoeding aan een Libanon-veteraan een aanzuigende werking heeft. Het lijkt in het gros van deze gevallen aannemelijk dat betrokken personen niet bewust simuleren, maar oprecht van mening zijn dat zij ook voor een schadevergoeding in aanmerking komen, omdat zij 'min of meer hetzelfde' hebben meegemaakt, zo wordt door een aantal participanten aangegeven.

6.10 Rubrieken en subrubrieken

Niet of nauwelijks gescoorde subrubrieken

Een discussiepunt dat door participanten met een verschillende achtergrond frequent is genoemd betreft het feit dat sommige subrubrieken eigenlijk nauwelijks tot een score komen (klasse '0' krijgen). Het gaat dan met name om de subrubrieken 1 (persoonlijke hygiëne en zelfzorg), 4 (seksuele functie) en 5 (basale communicatie). Er zijn participanten die zich op het standpunt stellen dat subrubrieken die nauwelijks worden gescoord beter kunnen worden verwijderd en/of vervangen door meer 'valide' subrubrieken. In feite houden deze subrubrieken de invaliditeitspercentages kunstmatig laag, zo is hun redenering. Immers, als er subrubrieken onderdeel van een instrument uitmaken, die nooit tot een score komen, dan heeft dat een neerwaartse invloed op dit percentage. Deze subrubrieken zijn immers van invloed op de hoogte van het getal waarmee moet worden gedeeld om tot subscores van het instrument en op basis daarvan tot een invaliditeitspercentage te komen.

"Je moet ze ofwel schrappen of vervangen door andere subrubrieken waar het bij dit type psychische klachten wèl om draait," (A2) zoals een participant van de verzekeringsartsen / penvauts aangeeft.

Niet iedereen is het met deze oplossing eens. Zo werpt een andere verzekeringsarts / penvaut tegen dat er op *theoretische* gronden een keuze voor verschillende subrubrieken is gemaakt. Daarbij mag dus worden aangenomen dat er duidelijke aandoeningsgerelateerde c.q. ziektespecifieke argumenten zijn op basis waarvan is bepaald dat deze subrubrieken een rol spelen bij de psychische aandoeningen waarvoor het protocol is bedoeld. Als die subrubrieken vervolgens in de praktijk nauwelijks worden gescoord, dan betekent dat, dat er blijkbaar nog weinig beoordeelde veteranen zijn waarbij de onderliggende functies dusdanig beperkt zijn dat er hoger dan een klasse '0' wordt gescoord. Maar daarmee blijft het inhoudelijke argument om deze subrubrieken onderdeel van het protocol te laten zijn overeind staan:

“Die subrubrieken zijn vanuit kennis en ervaring tot stand gekomen. Op zich representeren ze hoe er gedacht wordt in de psychiatrie, en hoe je iemand moet beoordelen qua levensgebieden. Je moet rubrieken die je nooit scoort daarom niet laten vervallen.” (A1)

Weer een ander met de achtergrond van een verzekeringsgeneeskundige / penvaut is om een andere reden van mening dat subrubrieken die nauwelijks hoger dan klasse '0' scoren gehandhaafd dienen te blijven:

“Laag scorende subrubrieken worden gecompenseerd door subrubrieken die vaak wel worden gescoord. Zo bestaat de laatste rubriek maar uit één sub-item. Dus als je daar hoog scoort, dan vliegt het percentage al omhoog. Rubriek 1 echter, deel je uiteindelijk door 4.” (A2)

Een vertegenwoordiger uit de hoek van de belangenbehartigers / case-coördinatoren is van mening dat je niet of nauwelijks gescoorde subrubrieken wel moet handhaven, maar hun 'gewicht' bij het berekenen van het invaliditeitspercentage naar beneden moet bijstellen. Op die manier wordt naar zijn / haar mening de invloed van subrubrieken die hoofdzakelijk met een '0' worden gescoord bij de berekening van dit percentage in perspectief geplaatst.

Ook over de *redenen* waarom bepaalde subrubrieken niet tot een score hoger dan klasse '0' komen wordt verschillend gedacht door de participanten. Volgens sommige participanten met een uiteenlopende achtergrond houdt het verband met het feit dat de cliënt wel zeer ernstig beperkt

moet zijn wil dit tot uiting komen in een score op deze subrubrieken. Dat geldt dan met name voor de subrubrieken 1 (persoonlijke hygiëne en zelfzorg) en 5 (basale communicatie):

“Het komt gewoon niet zo vaak voor dat mensen niet in staat zijn zichzelf te verzorgen. Als je langdurig thuis zit dan heb je natuurlijk niet de neiging om je elke dag in een driedelig pak te hijsen, maar dat wil niet zeggen dat mensen door de psychische aandoening daartoe niet in staat zouden zijn,” zo geeft een verzekeringsarts / penvaut aan ten aanzien van subrubriek 1 (A3).

Een andere participant brengt in dit verband naar voren:

“Het moet wel heel erg slecht gaan als mensen niet meer gaan douchen en geen enkele hygiëne meer aan de dag leggen. Als hij hier bij mij op een spreekuur zit die niet stinkt en redelijk schone kleren draagt, zoals vijftig procent van de hele populatie, waarom moet ik dan aannemen dat er iets mis is met zijn persoonlijke hygiëne en zelfzorg?” (A2)

En over subrubriek 5 is een illustratieve uitspraak:

“Basale communicatie wordt op het spreekuur altijd met een ‘0’ gescoord. Je moet bijna psychotisch zijn of wanen hebben, dingen in de omgeving niet meer kunnen waarnemen en je niet meer verstaanbaar kunnen maken, voordat basale communicatie niet meer mogelijk is.” (A2)

Toch wordt door een enkele participant vanuit de hoek van de belangenbehartigers / case-coördinatoren ook de keerzijde van bovenstaande constatering onderstreept:

“Wij kennen mensen, die verzorgen zichzelf helemaal niet meer en op het moment dat ze naar de verzekeringsarts moeten wassen ze zich, kammen hun haren en kleden ze zichzelf helemaal netjes aan en scoren vervolgens gelijk minder op de lijst.” (C3)

Seksueel functioneren

Een andere reden waarom subrubrieken minder vaak worden gescoord is gelegen in het feit dat daaraan aanvullende eisen zijn gesteld binnen het protocol om tot een score te kunnen komen, zoals bij subrubriek 4 (seksuele functie) het geval is. Cliënten die problemen aangeven in hun seksueel

functioneren, die mogelijkwijs aan het dienstverband zijn toe te schrijven, moeten voor deze problematiek onder behandeling zijn wil deze subrubriek ook daadwerkelijk hoger van '0' mogen worden gescoord, zo schrijft het protocol voor. Vertegenwoordigers met een uiteenlopende achtergrond geven aan moeite te hebben met deze aanvullende bepaling binnen het protocol. Een verzekeringsarts / penvaut:

“Als iemand een ernstige PTSS heeft, heeft die wel andere dingen aan zijn hoofd dan zijn seksuele verlangens. Bovendien: als die PTSS goed behandeld wordt, dan lost dat eventuele seksuele probleem zich ook vanzelf op. Daar hoeven vaak geen specifieke behandelingen voor plaats te vinden.” (A3)

Een andere participant met dezelfde achtergrond:

“Ik vind het onterecht dat er geen gradueel beoordelingssysteem is voor seksualiteit. Ik vind het onrechtvaardig om te zeggen: oh, u wordt niet behandeld?, dan krijgt u een nul.” (A1)

Vanuit de kant van de behandelaars wordt aangegeven dat de aanvullende bepaling in het protocol bij de seksuele functie te maken heeft met verifieerbaarheid:

“Alle subrubrieken vallen in meer of mindere mate te verifiëren. Zelfs als iemand aangeeft slecht te slapen zou dat op de een of andere manier aan die persoon zichtbaar moeten zijn. Dat geldt niet voor de seksuele functie.” (B1)

Weer een ander met de achtergrond van een verzekeringsgeneeskundige / penvaut:

“Als van de beperkingen moet worden uitgegaan die door cliënten zèlf worden aangegeven dan moet dat gelden voor alle aspecten. En niet: dat verifieer ik wel, en dat verifieer ik niet. Want waarom kan er dan ook geen slaaponderzoek worden gedaan als iemand aangeeft slecht te slapen? En of iemand het huishouden of de administratie doet wordt toch ook niet gecheckt, dat alles is uitsluitend ‘op verhaal van.’” (A4)

De door de koppeling aan een behandeling verhoogde verifieerbaarheid is in de ogen van één verzekeringsarts / penvaut juist positief:

“De rubriek seksualiteit vind ik vaak geformuleerd in het protocol en is heel moeilijk in de praktijk te toetsen voor een verzekeringsarts. Bovendien: hoeveel mensen hebben in de algehele bevolking wel niet libidoverlies en dan heb je het nog niet eens over seksuele klachten. De koppeling met een behandeling vind ik het daarom beter maken, dan kan je je ergens aan vasthouden.” (A5)

Vanuit de hoek van de belangenbehartigers / case-coördinatoren wordt aangegeven dat het betrachteren van openheid over seksueel functioneren cultuurgebonden is, wat mede een reden is waarom subrubriek 4 nauwelijks tot een hogere score dan klasse ‘0’ komt:

“Blanke Nederlanders, noem ik ze maar eventjes voor het gemak, zijn eerder bereid om toe te geven dat er seksuele problemen zijn dan bijvoorbeeld Afghaanse tolken. Die zullen het nooit bekennen als er op dat terrein problemen spelen, laat staan dat ze zich daarvoor laten behandelen.” (C3)

Over subrubriek 4 tenslotte nog een citaat van een manager, die weer een andere kant van het knelpunt belicht:

“Het kan net zo goed zijn, dat zo’n rubriek als seksueel functioneren niet wordt gescoord omdat zo’n verzekeringsarts denkt: het wordt zo’n gedoe als ik die rubriek aan de orde stel in het gesprek met de cliënt.” (D1)

De gedachte hierachter is dat je als verzekeringsarts goed en gedetailleerd moet doorvragen om het functioneren op dat terrein exact in kaart te brengen, hetgeen tot vragen kan leiden die door cliënten als impertinent worden ervaren. Dat kan nog in versterkte mate spelen als de cliënt ook zijn partner naar het gesprek heeft meegenomen.

Overigens wordt van verschillende kanten aangegeven dat in de jurisprudentie inmiddels soepeler met de behandelplecht bij seksueel disfunctioneren wordt omgegaan als het om het hanteren van het protocol gaat. Tegenwoordig volstaat het indien een behandelaar het seksueel functioneren bij de cliënt aantoonbaar heeft aangekaart zonder dat daar ook een behandeling uit voort is gevloeid die op dit functioneren is gericht.

Overlap tussen subrubrieken en verschillen tussen klassen

Vanuit de hoek van de verzekeringsartsen / penvauts wordt aangegeven dat het soms arbitrair is in welke subrubriek je sommige beperkingen bij het scoren moet onderbrengen:

“Wij kunnen beperkingen bij iemand vaststellen, die we zowel in de ene subrubriek kunnen scoren als in de andere. Maar als je dubbel scoort verhoog je de beperkingen kunstmatig. Dat geldt met name bij de subrubrieken 6 (sociale activiteiten) en 7 (communicatieve vaardigheden/activiteiten).” (A3)

De betreffende participant geeft hierbij wel aan dat bij twijfel de BIR-adviezen bij het maken van duidelijke onderlinge afspraken tussen collega-verzekeringsartsen kunnen helpen.

Een andere verzekeringsarts / penvaut signaleert dat ook de subrubrieken 8 (structuur aanbrengen) en 9 (huishoudelijke activiteiten) elkaar overlappen:

“Bij huishoudelijke activiteiten staat ‘minstens een half uur concentratie mogelijk.’ Bij structuur aanbrengen gaat het over ‘het vermogen om concentratie en aandacht lang genoeg vast te houden en te verdelen en inzicht in eigen handelen.’ Er zal wel een nuanceverschil zijn, maar ik verdeel de beperking dan maar wat over die twee subrubrieken.” (A2)

Deze participant doet in dat kader de suggestie om van de subrubrieken ‘huishoudelijke activiteiten’ en ‘structuur aanbrengen’ één subrubriek te maken.

Een ander genoemd knelpunt met betrekking tot het scoren van subrubrieken, dat gelieerd is aan het eerder genoemde knelpunt dat subrubriek 1 (persoonlijke hygiëne) nauwelijks hoger dan ‘0’ wordt gescoord, betreft het feit dat het verschil tussen klasse 0 en klasse 1 van deze subrubriek erg groot is. Een verzekeringsarts / penvaut:

“Bij ‘0’ ben je in staat zelf te eten, terwijl het bij ‘1’ al zover is dat je most of kledingstukken niet of verkeerd aantrekt. Dat gebeurt bijna niet.” (A2)

6.11 De hoogte van het MIP

De *hoogte* van het Militair Invaliditeits Pensioen kwam eveneens in de interviews aan bod. Hierbij is ook gerefereerd aan de situatie van vóór 2008, toen nog niet van het PTSS-protocol gebruik werd

gemaakt. De meningen over de hoogte van het MIP lopen uiteen. Eén verzekeringsarts / penvaut is van mening dat de huidige afgegeven percentages reëel zijn:

“Ik kom zelden in situaties of zie zelden dossiers waarbij ik denk, oh. Zo ernstig had ik het nog niet gelezen, die komt wel uit op een héél hoog percentage, of net andersom. Dus voor mijn gevoel zit daar wel een goede balans in.” (A6)

Een andere participant met dezelfde achtergrond denkt daar anders over:

“Ik vind die percentages altijd te laag, zowel in vergelijking met de vroegere WPC-schalen, als in vergelijking met de percentages die voor lichamelijke invaliditeit worden gegeven. Als je voor een knie 30% krijgt dan krijg je voor iets psychisch 20%, terwijl ik denk dat psyche een grotere invloed op iemands functioneren heeft dan zo’n knie. Dat is raar. De percentages van vóór 2008 waren meer in lijn met die voor fysieke klachten, maar niet in lijn met de moderne opvattingen over functioneren.” (A5)

Hij / zij voegt daaraan toe:

“Ik denk dat wij als verzekeringsartsen / penvauts medisch inhoudelijk een gradatie kunnen aanbrengen, maar de politiek kiest voor de percentages die erbij horen.” (A5)

Een belangenbehartiger / case-coördinator geeft aan vaak met schrijnende gevallen te zijn geconfronteerd:

“Bij personen die zowel met de nieuwe als met de oude systematiek zijn beoordeeld, zie je soms verlagingen van 80% invaliditeit naar 30% of van 70% naar 20%, echt hele substantiële verlagingen. En als je dan de medische rapporten naast elkaar legt dan zie je eigenlijk nauwelijks een verbetering van de medische situatie. Daar liepen wij tegen te hoop, want er moet wel van zo’n verbetering sprake zijn wil de mate van invaliditeit naar beneden worden bijgesteld.” (C4)

Hij / zij vervolgt:

“Ik vind dat als je voor volk en vaderland hebt gediend en je komt daar beschadigd uit dat daar iets goeds tegenover moet staan. Dat is denk ik ook de benadering van de oud-militairen. Als je iemand zulke gevaarlijke situaties instuurt en het gaat dan mis, ja dan moet je ook ruimhartig in je toekenningen zijn.”

6.12 Aanvullende verbeterpunten

De participanten noemen nog een aantal verbeterpunten, dat nog niet in de voorgaande paragrafen aan de orde is geweest.

Een behandelaar doet de suggestie om in plaats van het bij twijfel inhuren van een externe expert een tweede sessie met de verzekeringsarts in te plannen:

“Dan kan je als cliënt zeggen: ‘goh, de eerste keer schrok ik wel heel erg van de manier waarop u dat deed’. Of: ‘ik had heel slecht geslapen die dag. Ik vond het heel lastig om mijn aandacht erbij te houden.’ Mensen kunnen op geen enkele manier terugkomen op zo'n eerder gesprek. En er wordt meteen al een expert ingeschakeld. Ik denk dat wanneer daar een stap tussen zou zetten, dat dat wel een hoop ellende zou voorkomen en ook meer begrip zou.....en dan hebben die verzekeringsartsen ook gewoon een tweede indruk.”(B1)

Dezelfde behandelaar vindt het een bemoedigende ontwikkeling dat er geleidelijk meer samenwerking tussen de verzekeringsartsen en de behandelaren ontstaat:

“Ik wil met klem wil zeggen dat de samenwerking met het SMO en hopelijk met BMB in de toekomst, en de bereidheid om met elkaar naar verbetering toe te werken, dat dat wat mij betreft een heel positief aspect is”. (B1)

Ook vanuit de belangenbehartigers / case-coördinatoren wordt het belang van samenwerking tussen de behandelende en de verzekeringsgeneeskundige sector als een hoopgevend perspectief gezien:

“Ik denk dat een grotere samenwerking zeker meerwaarde zou hebben. Van: ik heb meneer op gesprek gehad, hoe schat u dat in, hoe heeft u dat ervaren? Ja, dat zou absoluut bijdragen, al was het maar om onduidelijkheden weg te nemen. Want nu blijft het vaak bij het opvragen van schriftelijke informatie, ik lees in ieder geval niet in rapportages terug dat er enige vorm van overleg is geweest tussen de verzekeringsgeneeskundige en behandelende sector.”(C4)

Dezelfde belangenbehartiger / case-coördinator signaleert dat er soms bij het invullen van de subrubrieken niet goed door de verzekeringsarts wordt doorgevraagd. Hij of zij doet in dat kader de suggestie om sommige subrubrieken gewoon samen met de (post)actieve militair in te vullen:

“Als iemand zegt, ja ik ben laatst nog op vakantie geweest met het vliegtuig of ze vragen hem hoe bent u hier gekomen en hij antwoordt ‘met de auto’ dan wordt de hele classificering aan dat voorbeeld opgehangen: ‘komt zelfstandig op bestemming aan met de auto’. Ja, dan heb je niet goed doorgevraagd, want je weet totaal niet hoe dat precies is gegaan / geweest.”

Een verzekeringsarts / penvaut doet de suggestie om de invaliditeitsbeoordeling te objectiveren door deze niet alleen te baseren op het gesprek met de verzekeringsarts en de bekrachtiging van de penvaut daarvan, maar ook op observatie:

“Of het haalbaar is dat weet ik niet, maar er zijn psychiaters in Tilburg geweest, die in het kader van de expertise mensen drie dagen gingen observeren. Dan wordt de cliënt voor drie dagen opgenomen en geobserveerd. Er worden gesprekken mee gevoerd en er wordt gekeken hoe ze omgaan met anderen, net zo als ze in het Pieter Baan centrum zitten en dan krijg je toch iets meer indruk van iemand.” (A4)

Een case-coördinator / belangenbehartiger is van mening dat het feit dat een invaliditeitspercentage dat kleiner is dan 10% niet tot uitkering komt tot gevolg heeft dat cliënten die dat betreft zich niet erkend voelen. Ook de berichtgeving daarover schiet naar zijn / haar mening tekort:

“De brief die ze van Defensie krijgen is ook heel raar. ‘U krijgt geen MIP’ staat daarin. Nee, u krijgt een MIP van minder dan tien procent en daar is over afgesproken dat we dat dan niet uitkeren. Maar u heeft wel recht op voorzieningen, benadruk dat dan. Daar kan je een hoop leed gemakkelijk mee voorkomen.” (C1)

Een andere verzekeringsarts / penvaut geeft aan dat er een aantal onderwerpen dat van belang is bij de beoordeling van invaliditeit bij psychische klachten geen onderdeel van het protocol uitmaken:

“Correctie voor een persoonlijkheidsstoornis, beleving van geluk, ziek zijn, tevredenheid, schuldgevoel, spijt, suïcidaliteit, ja kijk, dat zijn in mijn ogen belangrijke onderwerpen. Sommige mensen kwijnen bijvoorbeeld weg van schuldgevoel over hun maten die zijn overleden. Of lijdensdruk: hoe drukt het lijden op iemand, hoe gaat hij daaronder gebukt? Er zou eens nagedacht moeten worden hoe deze aspecten op te nemen.” (A1)

Weer een andere verzekeringsarts / penvaut is van mening dat Defensie bij dreiging door cliënten van verzekeringsartsen een standpunt moet innemen:

“Dat is gedrag dat niet te tolereren is. Defensie zou moeten zeggen dat een invaliditeitsuitkering bij zulk gedrag geen optie is. Maar dat gebeurt helaas niet. Kijk, er wordt heel veel werk verricht bij zowel SMO als BMB, het gaat echt om erg consciëntieus werkende mensen, die het echt goed willen doen, hart hebben voor de zaak. Die lopen tegen problemen aan die op een hoger niveau niet worden gezien en opgelost. Dat vind ik echt zonde.” (A5)

Tot slot wordt in tabel 6.1 het aantal citaten per participant weergegeven.

Tabel 6.1 Aantallen citaten per participant

Participant code	Aantal citaten
A1	7
A2	10
A3	7
A4	7
A5	6
A6	4
B1	5
B2	1
C1	3
C2	4
C3	4
C4	5
C5	5
D1	4

Hoofdstuk 7 Resultaten van de Focusgroepen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de focusgroepen besproken. Per stelling zullen de belangrijkste punten die aan de orde kwamen worden samengevat.

De eerste focusgroep bestond uit zes vertegenwoordigers van uiteenlopende beroepsgroepen, die vanuit verschillende achtergronden betrokken zijn bij het PTSS-protocol, te weten een verzekeringsarts SMO, een verzekeringsarts BMB, twee behandelaren en twee case-coördinatoren /casemanagers. Vanuit de hoek van de belangenbehartigers was geen vertegenwoordiger aanwezig, omdat op één na alle belangenbehartigers andere verplichtingen hadden op de dag dat de focusgroep werd gehouden. De belangenbehartiger die wel had toegezegd te komen, moest zich helaas vanwege ziekte afmelden. Behalve de professionals waren er ook twee onderzoekers bij de sessie aanwezig (RHB en ASF). De groep werd voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter. Er zijn met algemene toestemming geluidsopnames gemaakt van de gehele focusgroep. Hieronder worden de stellingen gepresenteerd die onderwerp van gesprek waren, met telkens een beknopte weergave van de discussie.

7.1 Focusgroep 1: zes vertegenwoordigers van bij het protocol betrokken beroepsgroepen

Stelling 1

Het vaststellen van de mate van invaliditeit en de hoogte van het invaliditeitspensioen aan de hand van het protocol is niet goed mogelijk op basis van één beoordelingsgesprek. Hiervoor moet de cliënt meerdere keren – wellicht zelfs door twee onafhankelijke verzekeringsartsen – worden gezien.

Allereerst wordt aangegeven dat verzekeringsartsen sowieso onafhankelijk zijn en het dus niet nodig is om dat expliciet in de stelling te benoemen.

Iedereen blijkt het vervolgens oneens te zijn met stelling 1. De deelnemers geven aan dat een situatie waarin twee onafhankelijke artsen beiden een beoordelingsgesprek uitvoeren om meerdere redenen niet wenselijk is. Ten eerste bemoeilijkt dit het nemen van een uiteindelijke beslissing, want welke van de twee beoordelingen is dan de juiste beoordeling? Daarnaast, zo wordt vanuit BMB aangegeven, zijn er nu al vijf mensen die naar de inhoud van het rapport kijken, te weten de penvaut en – in een commissieverband – drie artsen en een commandant. Dat wordt als voldoende controle

op het oordeel ervaren. Daar komt bij dat een standaard extra beoordelingsgesprek tevens een extra belasting van de cliënt betekent.

Wel wordt aangegeven dat het met enige regelmaat voorkomt dat een cliënt zijn verhaal niet goed kwijt kan in het beoordelingsgesprek. Dat kan bijvoorbeeld komen door alle spanning – er hangt immers veel van het gesprek af – maar soms ook omdat de cliënt een andere verwachting heeft van het gesprek. Het zou in zo'n geval aan te bevelen zijn om als SMO en/of BMB de cliënt de mogelijkheid te bieden om een tweede gesprek aan te kunnen vragen. Daar staat tegenover dat inhoudelijke tegenstrijdigheden tussen beide gesprekken een complicerend effect kunnen hebben, want wat doe je bijvoorbeeld met het feit dat een cliënt in het ene gesprek aangeeft altijd goed te slapen en in het volgende gesprek of bij een andere verzekeringsarts aangeeft dat nooit te kunnen? Zo'n tweede gesprek kan wellicht de zaak compliceren, maar dat mag er nooit toe leiden dat de deur van de verzekeringsarts 'dicht zit', zo wordt aangegeven. Daarom geeft deze altijd contactgegevens mee aan de cliënt en wijst daarbij op de mogelijkheid om contact op te nemen mocht er nog iets zijn wat de cliënt wil toelichten. De vraag wordt wel opgeworpen of deze laatste werkwijze wel toereikend is. Immers, een dergelijk beleid betekent dat de cliënt bij onduidelijkheden zelf aan de bel moet trekken, terwijl deze vaak zo blij is dat het beoordelingsgesprek achter de rug is dat veel informatie niet blijft hangen. In dat kader wordt de suggestie gedaan om een goede informatiefolder te ontwikkelen over de procedure rond de beoordeling, zodat ook de verwachtingen van cliënten over de inhoud van het gesprek enigszins gestuurd kunnen worden. Wat ook in zo'n folder vermeld zou kunnen worden is het feit dat de beoordelend arts gebruik maakt van alle gegevens die er zijn, zoals ook die van de behandelaren. Hiervan zijn cliënten doorgaans niet op de hoogte. Het beeld dat de cliënten hebben dat de arts in anderhalf uur tijd een beoordeling doet terwijl de behandelaar weken bezig is met een diagnose klopt dan ook niet, want de beoordeling van de verzekeringsarts is op veel meer gestoeld dan alleen de anderhalf uur van het beoordelingsgesprek, zo wordt aangegeven.

Een ander aandachtspunt dat wordt genoemd is het dat het door cliënten als heel vervelend wordt ervaren dat bij het beoordelingsgesprek opnieuw naar de jeugd wordt gevraagd, terwijl deze al uitgebreid is besproken met de behandelaar. Dat geeft de cliënt het gevoel dat hij alles opnieuw moet vertellen en dat de behandelende en verzekeringsgeneeskundige sector blijkbaar nauwelijks overleggen.

Een ander knelpunt dat wordt aangegeven houdt verband met het aanvragen van externe expertise. Omdat daaraan een aparte stelling is gewijd (stelling 2) wordt hiervoor verwezen naar de bespreking van deze stelling.

Stelling 2

Het ontbreken van criteria over in welke situatie, bij wie en op welke manier externe expertise wordt ingezet leidt tot een te willekeurig en te groot beroep op externe deskundigen.

De deelnemers geven aan de stelling niet als mogelijk knelpunt te herkennen. Weliswaar zijn er geen duidelijke criteria wanneer door de verzekeringsarts een externe deskundige dient te worden ingeschakeld, maar deze afweging kan deze zelf goed maken. Niet alleen bij twijfel bij de verzekeringsarts over de juiste diagnose, maar ook bij bezwaren worden vaak externe expertises aangevraagd, zo wordt aangegeven.

Wel een knelpunt betreft de kwaliteit van de externe expertise, zo signaleert een aantal deelnemers. Zo is een externe expertise bij de veronderstelde diagnose partiële PTSS vaak te eenzijdig gericht op het verschil tussen acute en chronische PTSS. Verschillende deelnemers, ook die met een verzekeringsgeneeskundige achtergrond, geven aan dat er eens kritisch gekeken moet worden naar de werkwijze van de externe expert zelf. Ook bestaat enige twijfel over diens onafhankelijkheid. Wel blijkt het zeer moeilijk om goede psychiaters te vinden. In dat kader wordt de suggestie gedaan dat klinisch psychologen wellicht eveneens als externe deskundige zouden kunnen functioneren.

Vanuit verzekeringsgeneeskundige hoek wordt aangegeven dat de reden voor een aanvraag voor externe expertise ook vaak gelegen is in de beperkte of onduidelijke informatie die de arts – zelfs bij een expliciete vraag – van de behandelaar krijgt. Dan is een aanvraag voor een externe expertise voor hen het enig mogelijk alternatief. Vanuit de hoek van de behandelaren wordt dit niet herkend, deze krijgen naar hun zeggen nooit een verzoek voor het aanleveren van aanvullende informatie.

Stelling 3

Het onder vast te stellen condities inzetten van waarheidsvinding kan de beoordeling van het dienstverband aanmerkelijk vergemakkelijken.

Achtergrond:

Onder waarheidsvinding wordt verstaan dat wordt gecontroleerd of een bepaald incident dat (mede) de aanleiding vormt voor de psychische klachten van de (post)actieve militair inderdaad heeft plaatsgevonden en of betrokkene daarbij aanwezig was.

Iedereen is het erover eens dat het invoeren van een duidelijk beleid ten aanzien van de inzet van waarheidsvinding complex is. De deelnemers zijn op zich wel voor een meer frequente inzet van waarheidsvinding, maar de vraag daarbij is wat betrouwbaar te controleren valt. En het komt in principe niet zo heel vaak voor dat er echt iets niet klopt in het verhaal van de cliënt, in de zin dat personen nooit hebben deelgenomen aan de missies die zij opvoeren als oorzaak voor hun klachten. Wel wordt aangegeven dat het heel lastig is om er ook *in de spreekkamer* achter te komen of iemand op de missie geweest is waar hij/zij over vertelt. Nog moeilijker is het om te achterhalen of iemand direct aanwezig is geweest bij een incident of indirect hierbij betrokken is geweest, dusdanig dat dit tot psychische klachten heeft kunnen leiden. Niet alles op dat terrein wordt door defensie gerapporteerd, zo wordt aangegeven. Sommige incidenten hebben jaren geleden plaatsgevonden, soms is het niet mogelijk om de goede dossiers terug te vinden en daarnaast kunnen incidenten onderdeel zijn geweest van geheime missies. Kortom: een controle op het niveau van de vraag of de cliënt bij een bepaald incident aanwezig is geweest wordt als zeer complex beschouwd, met name ook omdat indirecte confrontatie met een incident ook psychische klachten tot gevolg kan hebben. Een controle of een persoon al of niet bij een bij hem of haar opgevoerde missie aanwezig is geweest zou echter wel mogelijk moeten zijn. De aanwezigen signaleren echter wel een terughoudendheid bij defensie om aan waarheidsvinding medewerking te verlenen.

Voorgesteld wordt om nog vóórdat een MIP wordt aangevraagd te checken of iemand op missie geweest is, zodat duidelijk is of iemand op het door hem of haar aangegeven moment in een bepaald gebied is geweest en de door de cliënt geclaimde betrokkenheid bij een incident in ieder geval plausibel is.

Stelling 4

Het huidige systeem van beoordeling van psychische klachten en levenslange periodieke uitkeringen bij een aan het dienstverband toe te schrijven invaliditeit dient nodig gemoderniseerd te worden en staat herstel van (post)actieve militairen in de weg.

Bij de bespreking van deze stelling wordt duidelijk dat de gehele beoordelings- en behandelingssystematiek bij een vermoeden van aan dienstverband toe te schrijven psychische klachten een complex geheel is dat de nodige knelpunten kent.

Ten eerste is het moeilijk om het juiste moment van de beoordeling van deze klachten te kiezen, want wanneer is er sprake van herstel en wanneer kun je spreken van een 'eindsituatie'? Een complicerende factor die tot veel stress kan leiden en herstel soms in de weg kan staan is ook het inkomen. Als daar zorg voor gedragen is, kan herstel beter plaats vinden, zo wordt aangegeven. Een mogelijke oplossing voor een geregelde inkomensbron betreft het MIP. Maar herstel van klachten kan een neerwaarts effect hebben op de hoogte van het MIP. In die zin kan een MIP-aanvraag als een perverse prikkel gelden voor het effect van een voor de psychische klachten ingezette behandeling. Immers, (post)actieve militairen raken financieel afhankelijk van het MIP en de herkeuringen die voor het vaststellen van de hoogte van het MIP noodzakelijk zijn staan op gespannen voet met de doelen die de behandelaar zich stelt, namelijk een zo spoedig mogelijk herstel. Daarnaast is het perspectief op het krijgen van werk doorgaans erg laag, zodat er meestal geen alternatieve inkomensbron bestaat.

Ten tweede kan het feit dat bij de cliënt nog geen eindtoestand is vastgesteld bij deze voor veel stress zorgen, met veelal een groot effect op de thuissituatie; het alsmat wachten op een toekenning heeft vaak een negatief effect op het herstelproces. Hoe definieer je überhaupt herstel vraagt men zich af? Cliënten zo goed mogelijk proberen te leren om stressfactoren te vermijden, is dat herstel? Daarnaast wordt aangegeven dat de ervaring is dat als een cliënt ontzettend zijn best gedaan heeft om beter te worden, hij of zij dan 'als straf' een korting op zijn MIP krijgt.

Ten derde speelt naast de MIP-uitkering, erkenning een rol, zo wordt aangegeven. Als het MIP in hoogte afneemt, voelt het voor de meeste betrokkenen alsof er ook een stuk erkenning wordt afgenomen. Er zou daarom veel voor pleiten om het financiële aspect en het aspect dat van invloed is op het gevoel van erkenning zoveel mogelijk te scheiden. Een mogelijkheid daarvoor zou kunnen zijn om eerst het dienstverband vast te stellen en vervolgens voor een soort basis te zorgen door de WIA aan te vullen, waarna de behandeling wordt ingezet. Die basis kan de vorm hebben van een éénmalige lumpsum uitkering, waarin alles (MIP en letselschade) verdisconteerd zit. Een risico met zo'n éénmalige uitkering is wel dat cliënten, juist door hun psychische problemen, die ook gepaard kunnen gaan met middelengebruik, dat geld in één keer gaan besteden. In dat geval zou een lumpsum-uitkering, die wordt verspreid over een bepaalde periode een oplossing zijn. Een

bijkomend voordeel van een constructie met een éénmalige uitkering is ook dat het huidige aantal bezwaarprocedures over de MIP-toekenning zal verminderen.

Ten vierde wordt het belang van het MIP tegen het licht gehouden. Als het DJV (Dienstencentrum Juridische Dienstverlening) al schade vergoedt wordt daar het MIP van afgetrokken. Waarom zoveel inspanning voor het bepalen van het MIP, zelfs tot 1 decimaal achter de komma, terwijl dat er aan het eind weer door het DJV vanaf afgehaald wordt, zo vraagt men zich af.

Stelling 5

De gronden waarop nu het onderscheid tussen 'oorzakelijk' en 'verergerend' dienstverband berust, zijn onvoldoende helder en moeten worden aangepast.

Achtergrond:

Een 'verergerend' dienstverband suggereert dat een militair die op uitzending gaat voor zijn vertrek of zelfs carrière als militair al ergens aan 'leed', waarna de klachten of beperking door de uitzending blijvend zijn 'verergerd.' Maar het wordt ook op een andere manier uitgelegd, namelijk dat de militair in kwestie een bepaalde 'gevoeligheid' of 'predispositie' zou hebben om psychische klachten te ontwikkelen. In dat kader zou de perfecte aanstellingskeuring voor militairen die uitgezonden worden betekenen dat een verergerend dienstverband op basis van zo'n predispositie zich niet of nauwelijks voor zou moeten doen. Bij een oorzakelijk dienstverband daarentegen leidt de uitzending 'één op één' tot de psychische klachten.

Aangegeven wordt dat er met grote regelmaat vragen vanuit de cliënt komen over het onderscheid tussen oorzakelijk en verergerend dienstverband, zoals de vraag hoe het kan dat de openingskeuring niet tegelijkertijd ook de definitieve beoordelingskeuring is. De cliënt heeft vaak het gevoel dat naarmate er meer bekend is over zijn voorgeschiedenis de kans groter wordt dat het recht op een MIP wordt afgewezen, zo wordt aangegeven. Vanuit de kant van de verzekeringsartsen wordt aangegeven dat er geen sprake kan zijn van verergerende klachten, in de zin van klachten die deels voortkomen uit iemands eventuele predispositie. De voorgeschiedenis wordt in die zin helemaal niet meegenomen, zo geven zij aan. Het gaat volgens hen met name om *de ernst* van het trauma. Sommige deelnemers uit de hoek van de behandelaren zijn van mening dat de voorgeschiedenis wel degelijk op die manier wordt gescreend.

Iedereen is het met elkaar eens dat de term 'verergerend dienstverband' taalkundig niet geheel correct is en dat er verwarring bestaat over de betekenis ervan. De terminologie zoals die nu wordt

gehanteerd is echter wettelijk vastgelegd, dus niet zomaar te veranderen, zo wordt aangegeven. Eén deelnemer geeft aan dat van hem/haar zowel de term 'oorzakelijk' als 'verergerend' mag verdwijnen, en dat kan worden volstaan te spreken van een aanwezig dienstverband (ja of nee).

Stelling 6

In de praktijk niet of nauwelijks gescoorde subrubrieken binnen het protocol geven aan dat de functies waarover zij gaan blijkbaar geen rol van betekenis spelen bij psychische klachten of PTSS. Zij kunnen dus uit het protocol worden geschrapt.

Achtergrond:

De subrubrieken 1 (persoonlijke hygiëne en zelfzorg), 4 (seksuele functie) en 5 (basale communicatie) worden in de praktijk nauwelijks hoger dan '0' gescoord.

Aangegeven wordt dat het feit dat sommige subrubrieken nauwelijks tot een score hoger dan '0' komen niet betekent dat de functies waarop ze betrekking hebben er niet toe doen bij het beoordelen van psychische klachten en/of PTSS. Veel gaat mis in de wijze waarop deze subrubrieken worden uitgevraagd, zo wordt gesteld. Daarnaast kan het uitvragen van sommige ervan, zoals seksuele functie, zeer gevoelig liggen bij de cliënt, al helemaal indien bij deze sprake is van een andere culturele achtergrond. Aangegeven wordt dat het van groot belang zou zijn om de thuissituatie in het beoordelen van deze subrubrieken te betrekken. Vooral vanuit de hoek van de casemanagers wordt geopperd dat juist door deze thuissituatie mee te nemen er veel meer zicht komt op de wijze waarop deze subrubrieken gescoord moeten worden. Zo is het voor de meeste cliënten die naar een beoordelingsgesprek gaan de gewoonte om zich goed verzorgd te presenteren, terwijl dat niets zegt over de manier hoe het met iemands zelfzorg in de thuissituatie is.

Voor de lage scores op rubriek 4, seksuele functie, is ook nog een andere verklaring, namelijk het feit dat iemand zich verplicht voor seksueel disfunctioneren zou moeten laten behandelen, voordat überhaupt gescoord mag worden. Wel is het daarbij sinds enige tijd afdoende als dat door iemands vaste therapeut gebeurt (of als die het onderwerp in ieder geval ter sprake brengt); er hoeft niet speciaal een seksuoloog te worden betrokken.

Slot

Ten slotte is aan de deelnemers de mogelijkheid gegeven om nog aanvullingen te doen op hetgeen al besproken is of nieuwe punten in te brengen die naar hun mening van belang zijn bij de evaluatie van het PTSS-protocol.

Centraal zou moeten staan dat de gehele beoordelings- en behandelingssystematiek bij een vermoeden van aan dienstverband toe te schrijven psychische klachten een stuk eenvoudiger zou moeten zijn, zo wordt daarop opnieuw aangegeven. Daarnaast wordt de bejegening tijdens de keuring genoemd, deze is niet altijd zoals die zou moeten zijn, vooral door een groot gat tussen de belevingswereld van de cliënt en die van de verzekeringsarts, zo wordt vanuit de hoek van de casemanagers aangegeven.

7.2 Focusgroep 2: Veteranen en twee vertegenwoordigers van bij het protocol betrokken beroepsgroepen

De tweede focusgroep bestond uit een tweetal vertegenwoordigers van beroepsgroepen betrokken bij het PTSS-protocol, te weten een case-coördinator / casemanager en een belangbehartiger en daarnaast uit zes veteranen. De veteranen zijn voor verschillende missies in uiteenlopende perioden uitgezonden geweest. Alle veteranen gaven aan voor PTSS behandeld te worden / te zijn geweest. Behalve de vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen en de veteranen waren er ook twee onderzoekers bij de sessie aanwezig (RHB en ASF), en een onafhankelijk voorzitter. Er zijn met algemene toestemming geluidsopnames gemaakt van de gehele focusgroep.

Stelling 1

Het vaststellen van de mate van invaliditeit en de hoogte van het invaliditeitspensioen aan de hand van het protocol is niet goed mogelijk op basis van één beoordelingsgesprek. Hiervoor moet de cliënt meerdere keren – wellicht zelfs door twee onafhankelijke verzekeringsartsen – worden gezien.

Aangegeven wordt dat het probleem er vaak in zit dat de cliënt zich niet gehoord voelt tijdens het beoordelingsgesprek. Aan de ene kant komt dat omdat het gesprek zoveel spanning met zich mee brengt, dat de cliënt niet goed naar voren kan brengen wat voor zijn of haar beoordeling van belang is. Zoals één van de veteranen aangeeft: *“Als je je dag niet hebt, dan ontplof je soms van binnen,*

terwijl de eerste indruk van de cliënt bij de verzekeringsarts al ontstaat terwijl ze je nog helemaal niet kennen. Eenmaal thuis bedenk je dan wat je allemaal had moeten zeggen.” Aangegeven wordt dat de gevolgen van de keuring door veteranen niet overzien worden. Bovendien ontbreekt er vaak een gevoel van vertrouwen bij de cliënt en hebben velen het gevoel dat de beoordelingsarts er voor het ABP is en niet voor de cliënt, zo wordt aangegeven.

De deelnemers zijn er niet goed uit of deze knelpunten opgelost kunnen worden door op twee verschillende tijdstippen twee onafhankelijke artsen een beoordelingsgesprek te laten doen, dan wel door de cliënt op twee verschillende tijdstippen twee keer door dezelfde arts te laten onderzoeken. Zo wordt geopperd dat het wellicht ook een oplossing kan zijn om (al dan niet verplicht) je behandelings-coördinator mee te nemen op de afspraak voor het beoordelingsgesprek met de verzekeringsarts. En men zou de cliënt ook de ruimte kunnen geven om zelf aan te geven dat een tweede gesprek gewenst is, bijvoorbeeld door een vakje te plaatsen in de beslissingsbrief waarop de cliënt met een kruisje kan aangeven dat hij of zij een vervolgesprek wil.

Daarnaast wordt aangegeven dat de informatie-uitwisseling tussen verzekeringsarts en behandelaren te wensen overlaat. Het verslag van de behandelaren is vaak te algemeen en/of de verzekeringsarts maakt onvoldoende gebruik van de informatie die daarin staat tijdens het beoordelingsgesprek. Dit kan tot gevolg hebben dat bij de cliënt het gevoel ontstaat alles opnieuw te moeten vertellen. Mede daardoor en ook vanwege het feit dat er geen sprake is van een vertrouwensband, komt cruciale informatie soms niet boven tafel tijdens het beoordelingsgesprek. Ook wordt aangegeven dat de behandelaar zich bewust is van het feit dat de diagnose PTSS financiële consequenties heeft, waardoor deze terughoudend is om die te stellen. De suggestie wordt in dat kader gedaan om het MIP los te koppelen van het gehele zorgtraject.

Door sommige deelnemers wordt desondanks toch gepleit voor één gesprek met een verzekeringsarts; het is heel belastend om twee keer een beoordelingsgesprek te moeten ondergaan, zo is de redenering. Dit wordt weerlegd door één veteraan, hij/zij vindt juist de hele langdurige procedure erg belastend, meer belastend dan het moeten voeren van twee gesprekken. Soms ben je wel 5 tot 6 jaar bezig voordat er duidelijkheid ontstaat over de definitieve hoogte van het MIP, zo geeft deze aan. Een andere deelnemer onderstreept dat het moment van beoordeling van belang is; dit zou niet meer tijdens de behandeling moeten plaatsvinden, maar later in het traject. Voordeel is dan tevens dat er meer informatie beschikbaar zal zijn vanuit de behandelaren.

De discussie ontwikkelt zich in de richting van een andere 'inrichting' van het beoordelings- en behandelingssysteem bij psychische klachten van (post)actieve militairen. Zo wordt ervoor gepleit om eerst een voorlopige toekenning af te geven, en pas daarna een definitief oordeel te vellen. Daarbij is de gedachtegang om eerst de noodzaak van het MIP weg te nemen en daarnaast voor een tijdelijk inkomen tijdens de behandeling te zorgen. Als er dan een eindsituatie is ontstaan kan vervolgens de definitieve beoordelingskeuring plaatsvinden. En het dienstverband zou in de ogen van de deelnemers moeten worden losgekoppeld van het MIP. De eerste belangrijke stap zou moeten zijn om ervoor te zorgen dat mensen weer goed in hun vel komen te zitten, zo wordt aangegeven. De wenselijkheid van aanpassing van het beoordelings- en behandelingssysteem bij psychische klachten komt verder aan de orde bij stelling 2.

Verder worden de volgende suggesties gedaan:

- De mogelijkheid zou ingebouwd moeten worden dat cliënten kunnen aangeven dat ze een tweede gesprek met de verzekeringsarts willen of eigenlijk liever door een andere keuringsarts beoordeeld willen worden;
- Er zou iemand mee naar het gesprek moeten gaan, is het niet de behandelingscoördinator, dan in ieder geval een partner, familielid of vriend; die kan er mede voor zorgen dat de juiste informatie aan bod komt;
- Het moment waarop een MIP wordt aangevraagd moet naar achteren worden verplaatst en moet zo min mogelijk met de behandeling samenvallen. Vraag pas een MIP aan als de behandeling een goed eind op streek is;
- Ontwerp een systematiek waarbij mensen een voorlopige financiële regeling krijgen met de verplichting om behandeld te worden. Dan kan na twee tot drie jaar een eenmalige keuring plaatsvinden waarna men te horen krijgt of men wel of niet in aanmerking komt voor een MIP;
- Er zou meer diepgang in de door verzekeringsartsen bij de behandelaar op te vragen informatie moeten zitten. Dit valt onder andere te bereiken door het stellen van meer specifieke vragen en niet door – wat nu gebeurt is de ervaring – het schetsen van een algemeen plaatje. Ook is de ervaring dat de informatie die de behandelaar aangeleverd heeft vaak niet bekend is bij de verzekeringsarts.

- Trek de beoordeling van de hoogte van het MIP en van het dienstverband uit elkaar en werk met tijdelijke constructies op het gebied van inkomen en voorzieningen. Na twee tot drie jaar volgt dan een eenmalige keuring waarbij men te horen krijgt of men wel of niet in aanmerking komt voor MIP.

Stelling 2

Het huidige systeem van beoordeling van psychische klachten en levenslange periodieke uitkeringen bij een aan het dienstverband toe te schrijven invaliditeit dient nodig gemoderniseerd te worden en staat herstel van (post)actieve militairen in de weg.

Een belangrijk deel van deze stelling is reeds bij de vorige stelling ter sprake gekomen en voor een deel is de discussie die ten aanzien van stelling 2 wordt gevoerd daar een herhaling van. Aangegeven wordt dat het hoofddoel zou moeten zijn dat (post)actieve militairen normaal kunnen functioneren in de maatschappij. De focus ligt nu bij veel (post)actieve militairen teveel op het verkrijgen van een MIP en een Draag Insigne Gewonden (DIG). Daarbij kan als een perverse prikkel worden aangemerkt dat als iemand gaat werken aan zijn herstel hij of zij daardoor zijn MIP kwijt kan raken. Hierdoor is naar het oordeel van enkele deelnemers een claimcultuur ontstaan de laatste jaren. Het is duidelijk dat alleen de mensen die er daadwerkelijk recht op hebben een MIP zouden moeten krijgen, maar het blijft moeilijk om een waterdicht systeem op te zetten om dat te bewerkstelligen.

Voor een dusdanig herstel dat een veteraan met PTSS of aanverwante psychische klachten normaal in de maatschappij kan functioneren is echter wel financiële rust nodig, zo wordt aangegeven. In de huidige situatie wordt die rust echter onvoldoende gecreëerd. Nu lijken artsen en behandelaren elkaar voor een deel tegen te werken. Artsen durven soms niet met stelligheid een diagnose te stellen en behandelaren zitten met het dilemma dat tussentijds terugkoppelen van een gunstig behandelresultaat gevolgen kan hebben voor de hoogte van het MIP.

Bij sommige deelnemers overheerst het gevoel dat de verzekeringsarts er soms op uit is om koste wat het kost de diagnose 'PTSS vanwege een dienstverband' te voorkomen. Dit pleit ervoor om pas tot een beoordeling over te gaan als bij de cliënt een eindtoestand bereikt is. Maar, zo wordt ook aangegeven, zo'n eindtoestand valt vaak lastig vast te stellen, en het is daarom wellicht beter om een moment van bijvoorbeeld een jaar of 2-3 na het eerste contact te kiezen. Een eindtoestand is ook

wat anders dan de status van 'uitbehandeld zijn', zo wordt gesteld, want iemand kan een levenslange onderhoudsbehandeling nodig hebben.

Stelling 3

De gronden waarop nu het onderscheid tussen 'oorzakelijk' en 'verergerend' dienstverband berust zijn onvoldoende helder en moeten worden aangepast.

Achtergrond:

Een 'verergerend' dienstverband suggereert dat een militair die op uitzending gaat voor zijn vertrek of zelfs carrière als militair al ergens aan 'leed', waarna de klachten of beperking door de uitzending blijvend zijn 'verergerd.' Maar het wordt ook op een andere manier uitgelegd, namelijk dat de militair in kwestie een bepaalde 'gevoeligheid' of 'predispositie' zou hebben om psychische klachten te ontwikkelen. In dat kader zou de 'perfecte' aanstellingskeuring voor militairen die uitgezonden worden betekenen dat een verergerend dienstverband op basis van zo'n predispositie zich niet of nauwelijks voor zou moeten doen. Bij een oorzakelijk dienstverband daarentegen leidt de uitzending 'één op één' tot de psychische klachten.

De onduidelijkheid rond verergerend en oorzakelijk dienstverband betreft een fundamenteel probleem, zo wordt aangegeven. Dit onderscheid moet naar het oordeel van veel van de aanwezigen eigenlijk worden afgeschaft. Hoe kan het dat een MIP wordt afgewezen omdat er iemand iets in de jeugd heeft opgelopen terwijl hij of zij wel 18 jaar goed functionerend in dienst is geweest, zo vraagt een deelnemer zich af. Wel wordt aangegeven dat het natuurlijk niet de bedoeling is dat Defensie moet opdraaien voor iets wat totaal geen verband houdt met een missie of de dienst. Maar momenteel is het vaak zo dat als je een PTSS hebt, maar daarnaast ook een enigszins belaste voorgeschiedenis, je claim wordt afgewezen, zo is de perceptie. Je kunt dan beter zeggen dat je met de voorgeschiedenis die je hebt destijds goed bent bevonden voor de dienst, en Defensie zou vervolgens de verantwoordelijkheid voor de eventuele gevolgen daarvan moeten accepteren. En als de oorzaak fifty-fifty is, zou defensie 50% voor zijn rekening moeten nemen. Maar wijs niet volledig af, zo is het oordeel van het merendeel van de deelnemers. Nu wordt naar hun mening te gemakkelijk gezegd dat psychische klachten voortkomen uit de voorgeschiedenis of verband houden met co-morbiditeit. Een aantal veteranen geeft aan dat het feit dat in het protocol staat dat in zo'n situatie het voordeel van de twijfel gegeven moet worden in de praktijk niet opgaat. Het protocol is naar hun oordeel heel duidelijk, maar de uitvoering naar hun oordeel vaak niet. Daarnaast geeft een

deelnemer aan dat het PTSS-protocol eigenlijk een protocol voor alle psychische klachten is die tot invaliditeit kunnen leiden. Maar, zo stelt hij/zij, hoe ermee wordt omgegaan is niet consequent: als iemand bijvoorbeeld ADHD heeft, gaan er punten van af, terwijl depressie wel onder hetzelfde kopje wordt geschoven. Vooral nog is voor deze deelnemer onduidelijk waarom verschillende diagnoses in de voorgeschiedenis zo verschillend worden benaderd.

Eén van de deelnemers geeft aan dat er diagnoses worden gemist omdat het protocol het PTSS-protocol wordt genoemd. Onder de meeste deelnemers heerst het gevoel dat Defensie niet wil uitkeren. Een deelnemer voegt hieraan toe dat de verzekeringsartsen zelf voor dit beeld zorgen. Ligt het probleem wellicht niet eerder bij ABP dan bij Defensie?, zo is zijn of haar suggestie.

Het onderscheid tussen verergerend en oorzakelijk dienstverband is verwarrend en deze twee termen moeten om die reden worden afgeschaft en vervangen voor 'al of geen dienstverband.'

Stelling 4

Bij twijfel over het oordeel van de verzekeringsarts over de aard en dienstgerelateerdheid van de klachten van de (post)actieve militair wordt deze laatste zelden het voordeel van de twijfel gegund, ofwel door co-morbiditeit of andere factoren op te voeren, ofwel door een externe expertise aan te vragen.

Bij twijfel van de verzekeringsarts over de diagnose wordt soms externe expertise ingezet. Een deelnemer licht in dat kader toe dat de externe expert wordt aangewezen door het ABP en trekt om die reden diens onafhankelijkheid in twijfel. Ook heeft hij of zij de indruk dat, wanneer de uitslag van de externe expert minder gunstig is voor ABP, diens scores niet meegenomen worden onder het mom dat deze niet goed op de hoogte was.

Een andere deelnemer geeft aan dat de cliënt eigenlijk zelf ook externe expertise zou moeten kunnen aanvragen. Daar wordt op gereageerd dat die expertise er toch al is, namelijk bij de behandelaar. Als een verzekeringsarts twijfelt, is het daarom van belang om eerst specifieke informatie aan de behandelaar te vragen. Er ontstaat vervolgens een discussie over de vraag in hoeverre de informatie van de behandelaar aan de verzekeringsarts voldoende is en – als dat zo is – of deze wel gebruikt wordt. Een deelnemer geeft aan dat bij zijn of haar concrete beoordeling alle beschikbare informatie van de behandelaar niet gebruikt is, terwijl een ander daaraan toevoegt dat

in zijn geval alleen een heel algemeen verhaal geschetst was door de behandelaar. Eigenlijk hoort het zo te zijn dat de arts een gerichte vraag stelt aan de behandelaar, en dat de behandelaar een gericht antwoord geeft, zo vinden de meeste aanwezigen.

Ook wordt gesuggereerd dat de verzekeringsarts zijn onderbouwde mening dient voor te leggen aan de cliënt, voordat er iets definitief gemaakt wordt. Hij kan daarbij tevens aangeven op basis van welke gegevens tot een voorlopige conclusie is gekomen. Een mogelijke optie zou zijn dat de cliënt verzoekt om het inzetten van een externe expert als hij of zij het niet eens is met het oordeel van de verzekeringsarts. Op dit moment kan er alleen een bezwaarprocedure worden opgestart en dan vervolgens contraexpertise worden aangevraagd. Dat beleid zou aangepast kunnen worden, zij het dat dan het risico bestaat dat in 9 van de 10 gevallen door de cliënt om externe expertise wordt gevraagd. De andere deelnemers vinden het desondanks een goed idee.

Stelling 5

In de praktijk niet of nauwelijks gescoorde subrubrieken binnen het protocol geven aan dat de functies waarover zij gaan blijkbaar geen rol van betekenis spelen bij psychische klachten of PTSS. Zij kunnen dus uit het protocol worden geschrapt.

Achtergrond:

De subrubrieken 1 (persoonlijke hygiëne en zelfzorg), 4 (seksuele functie) en 5 (basale communicatie) worden in de praktijk nauwelijks hoger dan '0' gescoord.

De aanwezigen zijn verbaasd dat er niet of nauwelijks op de drie genoemde subrubrieken gescoord wordt. Dat zou feitelijk wel moeten, omdat het punten betreft die wel degelijk met PTSS te maken hebben en waar je theoretisch op zou moeten kunnen scoren. De deelnemers beschouwen de drie subrubrieken zeker van belang om in de beoordeling van de verzekeringsarts mee te nemen. De indruk bestaat dat de verzekeringsarts zich teveel richt op de manier waarop de cliënt zich tijdens de keuring presenteert en te weinig moeite doet om een beeld te krijgen van de thuissituatie. Als je er bij de keuring netjes uitziet wordt door de verzekeringsarts al gauw gedacht dat het wel goed zit met de persoonlijke hygiëne en zelfzorg; dat is veelal de praktijk, zo wordt aangegeven. Terwijl persoonlijke hygiëne en zelfzorg in de thuissituatie wel degelijk knelpunten van betekenis kunnen zijn. Veel cliënten 'zetten een masker op', juist ook bij de verzekeringsarts. Dat wordt door de

aanwezigen als de belangrijkste reden aangemerkt dat er op de genoemde subrubrieken niet gescoord wordt. Het zou daarom beter zijn om bij het inventariseren van deze subrubrieken ook de omgeving van de cliënt te betrekken, zo geven nagenoeg alle aanwezigen aan.

Bij het uitvragen van subrubriek 4 'seksuele functie' spelen naar het oordeel van de aanwezigen ook de communicatieve vaardigheden van de verzekeringsarts een rol en de mate waarin deze zich comfortabel genoeg voelt om dit onderwerp adequaat ter sprake te brengen. Daarnaast is het raar dat behandeling voor seksueel disfunctioneren noodzakelijk is voor een score op deze subrubriek. Veel mensen met psychische klachten worstelen wel met de problematiek, maar de behandeling richt zich in eerste instantie op de PTSS. Tegenwoordig is het wel zo dat de behandeling niet door een seksuoloog dient plaats te vinden, maar het ook een onderdeel van de PTSS-behandeling kan zijn, zo wordt aangegeven. Een andere deelnemer voegt hieraan toe dat het raar is dat de seksuele beleving niet wordt meegewogen, en het eventuele gebruik van medicatie zoals Viagra.

Als een subrubriek überhaupt niet aan de orde is gekomen in een beoordeling, dan zou deze daarin ook niet moeten meewegen. In dat kader vraagt men zich af hoe de subrubrieken tot stand zijn gekomen, wie bepaalt heeft wat normaal functioneren is, en met welke maten er gemeten wordt. Is de afgesproken meetlat wel juist? Iedereen is het erover eens dat dat een belangrijke vraag is.

De deelnemers geven ook een aantal dingen aan die ontbreken in het protocol, zoals eetgedrag en de gezinssituatie. Hierop kan meer zicht worden verkregen indien het oordeel van c.q. de inschatting van de situatie door gezinsleden wordt meegenomen. Aangegeven wordt evenwel dat het meenemen van een partner tijdens het beoordelingsgesprek soms ook een minder gunstig effect kan hebben; het kan bijvoorbeeld ook voor spanning binnen een relatie zorgen. Daarom wordt de suggestie gedaan om de partner apart te interviewen, of op een andere manier de thuissituatie te betrekken.

Stelling 6

De mate van erkenning van het aan een uitzending / militaire missie toe te schrijven leed / trauma door defensie staat los van de toegekende hoogte van het MIP

Gevoelsmatig hangt de hoogte van het MIP vaak samen met de mate van erkenning, zo wordt aangegeven. Evenzo wordt een laag MIP ervaren als beperkte erkenning, terwijl een MIP lager dan 10% wordt beschouwd als geen erkenning. Het algehele oordeel van de deelnemers is dat erkenning en MIP losgekoppeld zouden moeten zijn. Een MIP lager dan 10% kan ook betekenen dat er wel sprake is van bepaalde rechten en ook van erkenning, maar er geen uitkering plaats vindt, zo wordt aangegeven.

De veteranen geven aan dat zij en hun collega-veteranen hun situatie en (tussentijdse) beoordeling vaak onderling vergelijken. “Je zou eigenlijk niet blij moeten zijn als je een MIP krijgt, maar veeleer ‘verdrietig’, zo geeft een deelnemer aan, “ immers, het MIP moet niet een gevoel van erkenning geven, maar het dienstverband.” De boodschap die een aantal deelnemers naar aanleiding van deze stelling heeft is dat veteranen beter met hun herstel bezig kunnen zijn dan met hun MIP.

Ruimte om andere punten aan te geven in de focusgroep.

Een deelnemer geeft aan dat naar zijn/haar idee het ABP door veel veteranen wordt beschouwd als de slager die zijn eigen vlees keurt en dat het voor veteranen wel degelijk uit zou maken als ze door UWV gekeurd zouden worden. Dat zou meer acceptatie geven dan ABP, zo vallen meerdere veteranen hem/haar bij. Het gevoel dat vooral heerst is dat het protocol op zich prima is, maar dat het tijdens de uitvoering vaak mis gaat.

Samenvattende tabel

De belangrijkste resultaten van de interviews en de focusgroepen zijn samengebracht in een overkoepelende tabel (Bijlage 4). Aan de hand van deze tabel kan snel inzicht worden verkregen in zowel de gesignaleerde knel- en verbeterpunten die uit deze onderzoeksmethoden naar voren zijn gekomen, als in de achtergrond van de participanten die deze punten tijdens de interviews en/of focusgroepen ter sprake hebben gebracht (aangegeven met een kruisje in de tabel).

Hoofdstuk 8 Verslag Expertgroep

De expertgroep bestond uit vier leden van de begeleidingscommissie en drie professoren, zie bijlage 1. In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de expertgroep besproken. Per vraag zullen de belangrijkste punten die aan de orde kwamen worden samengevat.

Wat te doen met niet of nauwelijks scorende subrubrieken en de bestaande overlap tussen enkele subrubrieken?

De experts geven aan dat erg belangrijk is om te realiseren dat verschillende aspecten van belang zijn bij het scoren van een subrubriek. Zo dient duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen het feit of het bij de oorzaken in theoretische zin om de subrubriek gaat, om de operationalisering daarvan, of om de manier waarop informatie verzameld wordt. Dit zijn drie belangrijke aspecten waar rekening mee gehouden moet worden. Als echter tot de conclusie wordt gekomen dat de percentages te laag zijn dan is dat veeleer een ijkingskwestie, die je kunt oplossen door aan de berekening te sleutelen.

Aangegeven wordt dat er op theoretische gronden bewust gekozen is voor de bestaande subrubrieken en dat het ook niet de verwachting is dat er altijd hoog op gescoord wordt. Wanneer niet of nauwelijks scorende subrubrieken uit het instrument verwijderd worden, kunnen sommige personen met ernstige beperkingen niet op de betreffende subrubrieken scoren. Daarmee zouden zij te kort gedaan worden. De personen waarom het gaat betreffen weliswaar een kleine minderheid, maar het gaat bij hen wel om relevante problematiek.

In sommige subrubrieken wordt pas gescoord wanneer er sprake is van ernstig psychisch letsel. Onderzocht zou kunnen worden of de drempels van die subrubrieken te hoog zijn en hoe de betreffende subrubrieken zijn geoperationaliseerd.

Aan de andere kant komt het ook voor dat er niet wordt gescoord op subrubrieken, terwijl er wel degelijk sprake is van een beperking. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren indien iemand zich tijdens het gesprek met de verzekeringsarts beter voordoet dan hij of zij in het dagelijks leven functioneert. Het zit hem dan niet zozeer in de theoretische keuze voor een subrubriek, maar betreft een uitvoeringskwestie. Een manier om hierin verandering te brengen betreft de afname van een heteroanamnese, waarbij de SU rubrieken gehandhaafd blijven en er een heroverweging plaats zou

moeten vinden van de manier van scoren. Wellicht zouden de verzekeringsartsen in dat geval bij de mensen thuis het gesprek moeten voeren.

De experts geven aan dat indien er aanpassingen in het protocol moeten worden doorgevoerd het goed is om de DSM 5 als uitgangspunt te nemen. Daarnaast de AMA VI of de FML. Men dient zich echter bewust te zijn van de bezwaren van de verschillende richtlijnen en instrumenten bij de toepassing. Er bestaat geen richtlijn of instrument zonder bezwaren. Zo hoeft functieverlies niet altijd tot beperkingen te leiden. Anderzijds zegt een diagnose niets over het functioneren of over de beperkingen. Daarom is het niet wenselijk om alleen van de diagnose uit te gaan. Er bestaan geen diagnoses waarbij vaststaat wat de arbeidsmogelijkheden zijn. De diagnose is vaak afhankelijk van de context en is nooit een gouden ijkpunt.

Wat te doen met subrubrieken die door respondenten worden gemist?

Zijn er elementen die toegevoegd moeten worden? Zoals rekening houden met culturele achtergrond en het toevoegen van de subrubriek (intieme) relaties?

Aangegeven wordt dat de rubriek sociaal functioneren slechts beperkt is uitgesplitst en vooral in de communicatieve sfeer is getrokken. De experts geven aan dat het een goed idee is om subrubriek 4, te weten seksuele functie, uit rubriek 1 te verwijderen en min of meer in plaats daarvan een subrubriek (intieme) relaties toe te voegen. Voor de nieuwe subrubriek (intieme) relaties kan gekeken worden naar de AMA VI. Naast het toevoegen van de subrubriek (intieme) relaties kan de subrubriek sociaal communiceren worden uitgebreid met andere items die door respondenten worden gemist zoals omgang met geld, zelfregie, zelfredzaamheid en agressie. Hierbij moet goed in de gaten worden gehouden dat het om beperkingen gaat, en dat de verzekeringsarts het moet kunnen scoren. In vervolgonderzoek zou bepaald moeten worden wat de effecten zijn van zo'n aanpassing.

Culturele achtergrond heeft geen rol gespeeld bij de ontwikkeling van het protocol. Het is niet eenvoudig om de culturele achtergrond alsnog te betrekken in het protocol. Cultuur is zeker relevant is de conclusie, maar in het protocol is dit moeilijk aan te passen. Als voorbeeld wordt genoemd dat bij andere culturen soms een verschuiving plaats vindt van de aard van de klachten van psychisch naar somatisch, omdat psychische klachten moeilijker worden geaccepteerd. Bij het uitvragen dient hier expliciet aandacht voor te zijn. Het knelpunt van de cultuurgevoeligheid van het protocol ligt daarmee veel meer in de uitvoeringsfeer. In het verlengde hiervan wordt ook het verschil tussen

mannen en vrouwen op dezelfde wijze geduid. Zo is agressie een zwaarwegend criterium, dat echter bij vrouwen nauwelijks aan de orde is.

Wat te doen met het feit dat de structuur van de 10 subrubrieken en hun indeling in de 4 rubrieken niet terugkomt in de resultaten van het onderzoek?

Door de opbouw van de rubrieken is nu min of meer toevallig ontstaan dat rubriek 4 een zwaar gewicht heeft gekregen en er voor zorgt dat het MIP gemiddeld hoger is. Een eventuele correctie daarop zou rekenkundig kunnen gebeuren. De vraag daarbij is of de zwaarst wegende rubriek ook het belangrijkste item betreft. Wat is de achtergrond? Als er toch gekeken wordt naar een nieuwe indeling van het instrument zal dit punt zeker meegenomen moeten worden. Er is in dat kader wat voor te zeggen om alle rubrieken even zwaar te laten mee wegen. Dat zijn wezenlijke beslissingen die van invloed zijn op het percentage MIP. Aan de andere kant heeft de laatste subrubriek een meer overkoepelend karakter, waar je je theoretisch van kan voorstellen dat daar een zwaarder gewicht aan wordt toegekend. Geadviseerd wordt om daar waar gemoduleerd en opnieuw onderverdeeld wordt, te kijken naar de weging en de effecten daarvan, waarbij in het geval van een overkoepelende subrubriek een zwaarder gewicht wenselijk wordt geacht.

Wat te doen met het onderscheid tussen het vaststellen van een oorzakelijk en verergerend dienstverband en T1- en T2-trauma (dat tot veel discussie en onduidelijkheid leidt)?

Men vindt dat het onderscheid tussen T1 en T2 afgeschaft kan worden⁴. Het onderscheid voegt niets toe aan de beoordeling, aangezien het gebaseerd is op de foutieve aanname dat T1 een minder ernstig trauma is dan T2 en er in geval van een T1 daarom ook andere factoren zouden moeten zijn die een PTSS veroorzaken. Hierbij wordt uitgegaan van het feit dat de Gezondheidsraad PTSS een multifactoriële (oorzakelijke, instandhoudende en herstelbelemmerende factoren) aandoening noemt, hetgeen ten onrechte is opgevat als een multicausale aandoening. Zo lang het in deze populatie gaat om wat tijdens dienstverband heeft plaatsgevonden, heeft het geen nut het onderscheid tussen T1 en T2 te handhaven.

⁴ T1 en T2 zijn gebaseerd op de duur van de blootstelling aan het trauma. Van T1 is sprake wanneer er eenmalig iets heftigs is gebeurd wat tot een trauma leidt. Bij een T2 trauma betreft het bijvoorbeeld een volwassene die in de kindertijd of daarna langdurig misbruikt is, of bijvoorbeeld gemarteld is. Er is dan langdurig, vaak in de kindertijd (dan groter effect), al sprake geweest van de belasting van het stresssysteem. Dit leidt vaak tot langduriger reacties in de vorm van psychosociale en biologische gevolgen.

Indien eenmalig een gebeurtenis heeft plaatsgevonden dan zullen de consequenties minder ernstig zijn dan wanneer langdurig of herhaaldelijk een gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Eenmalige gebeurtenissen zullen minder snel leiden tot een stoornis die niet te behandelen valt. Dus in geval van zo'n niet te behandelen stoornis zal eerder sprake zijn van een T2-situatie.

Het kan ook zijn dat militairen langdurig onder een stressvolle en/of dreigende situatie gewerkt hebben. Ook vanuit dat licht bekeken is het onderscheid tussen T1 en T2 niet zinvol.

Dient het onderscheid tussen oorzakelijk en verergerend dienstverband gehandhaafd te blijven?

Verergerend of oorzakelijk doet er in feite niet toe. Van iemand die voorheen volstrekt normaal functioneerde en na uitzending klachten krijgt, kan gezegd worden dat het door het dienstverband komt. Je hoeft je dan in feite niet meer bezig te houden met alle dingen die 'daaronder' zitten.

In dit verband wordt nog gesproken over het verschil tussen een pre-existente aandoening en predispositie. In geval van predispositie was een persoon al verhoogd kwetsbaar op het moment dat hij of zij werd aangenomen. Als iemand wordt aangesteld terwijl al sprake is van een pre-existente aandoening dan is dat risico blijkbaar voor lief genomen. Predispositie dient volgens de experts niet meegenomen te worden, evidente pre-existente aandoeningen zoals bijvoorbeeld ADHD wel. Dit zou overgenomen kunnen worden uit het civiele systeem.

Het beoordelingssysteem moet zo zijn dat het makkelijk uit te leggen en te hanteren is.

Andere punten die aan de orde kwamen:

Erkenning

Veel mensen zien het feit dat een letsel niet als oorzakelijk is beoordeeld als een gebrek aan erkenning voor hetgeen hen is overkomen. Erkenning, (ook wel burgergericht werken genoemd), is erg belangrijk, los van materiele zaken. Door erkenning ontstaat achteraf vaak minder onrechtvaardigheidsgevoel, minder boosheid. Erkenning moet van de werkgever komen, niet van de verzekeringsarts. Uitleg en empathie kunnen bijdragen aan een gevoel van erkenning. Als je mensen goed kunt uitleggen hoe er te werk wordt gegaan en duidelijke verwachtingen schept dan kan dat helpen. Het is goed de partner daar ook bij te betrekken.

Naamstelling protocol

Men vindt dat de naam PTSS-protocol afgeschaft moet worden. Naamstelling zou veranderd kunnen worden in Protocol voor Psychische Aandoeningen.

Hoofdstuk 9 Conclusies, discussie en aanbevelingen

Het onderzoek 'Evaluatie Schattingsmethodiek PTSS-protocol' heeft een veelheid aan resultaten opgeleverd, op basis waarvan eveneens een veelheid aan conclusies kan worden getrokken. In dit slothoofdstuk is daarom de keuze gemaakt om voornamelijk die conclusies weer te geven, waarvoor inhoudelijk vanuit meerdere bronnen ondersteuning bestaat, namelijk vanuit de inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol (hoofdstuk 3), de vragenlijsten (hoofdstuk 5), de interviews (hoofdstuk 6) en de focusgroepen in hoofdstuk 7.

In dit hoofdstuk volgt een bespreking van de inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek, vervolgens wordt het ervaringenonderzoek besproken en daarna de focusgroepsbijeenkomsten. Telkens zullen de eventuele aanwezige dwarsverbanden tussen deze onderdelen worden aangegeven. Ten slotte volgt een algemene discussie met aanbevelingen, waarin tevens enkele kanttekeningen bij de gehanteerde methodiek worden geplaatst.

9.1 Conclusie Inhoudelijke evaluatie schattingsmethodiek

Bij de inhoudelijk evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

- a) Wat is de samenhang, structuur en opbouw van de vier rubrieken en tien subrubrieken van het schattingsinstrument?
- b) Hoe zien op basis van de momenteel binnen defensie beschikbare gegevens de uitkomstmaten van het schattingsinstrument eruit, te weten het Invaliditeitspercentage (IP) en het Militair Invaliditeits Pensioen (MIP)?

Samenhang, structuur en opbouw

Uit het onderzoek naar de rubrieken en subrubrieken van het schattingsinstrument, dat is gedaan aan de hand van gegevens van Defensie blijkt dat op de subrubrieken 1 (persoonlijke hygiëne en zelfzorg), 4 (seksuele functie) en 5 (basale communicatie) in meer dan 97% van de gevallen de klasse '0' (normaal) wordt gescoord. Deze bevinding wordt ondersteund vanuit zowel de gegevens van het vragenlijstonderzoek, de interviews als de focusgroepen. In het vragenlijstonderzoek heeft een

aantal respondenten aangegeven dat deze niet of nauwelijks gescoorde subrubrieken naar hun mening overbodig zijn en ook een enkele geïnterviewde deelde deze mening.

Vanuit de deelnemers aan het interview is de suggestie gedaan deze drie subrubrieken te vervangen door meer 'valide' subrubrieken, omdat zij het invaliditeitspercentage min of meer kunstmatig in neerwaartse zin zouden beïnvloeden. Voor deze neerwaartse beïnvloeding wordt bescheiden ondersteuning gevonden vanuit de statistische analyses: wanneer de nauwelijks of laag scorende subrubrieken uit de berekening van het invaliditeitspercentage (IP) worden gehaald is er sprake van een lichte stijging van het IP.

Er zijn echter ook tegenstanders van het standpunt om subrubrieken met altijd een lage of '0'-score te verwijderen, zo blijkt vooral uit de focusgroepen, maar ook uit het vragenlijstonderzoek. Hun belangrijkste redenering is dat de subrubrieken 1, 4 en 5 op basis van inhoudelijke argumenten onderdeel van het schattingsinstrument uitmaken, omdat het volgens hen wel degelijk functies zijn die een rol kunnen spelen bij PTSS en andere potentieel tot invaliditeit leidende psychische klachten. Het feit dat sommige van deze subrubrieken, zoals persoonlijke hygiëne en zelfzorg, nauwelijks worden gescoord houdt in hun ogen geen verband met het feit dat ze er niet toe doen, maar meer met het feit dat belangrijke gegevens om tot een goede score te komen zich buiten het gezichtsveld van de verzekeringsarts afspeelen, namelijk in de thuissituatie van de cliënt. In dat kader wordt door een voorstander van handhaving van laag of met '0' gescoorde subrubrieken ook de suggestie gedaan om hun 'gewicht' bij de invaliditeitsberekening naar beneden bij te stellen.

Voor het beperkt scoren van subrubriek 4 (seksuele functie) worden vanuit cliëntenvertegenwoordigers en case-coördinatoren andere argumenten aangedragen, namelijk dat dit moeilijk bespreekbare onderwerpen zijn, zeker indien het cliënten betreft van een andere cultuur. Daarbij kan volgens hen ook de communicatievaardigheid van de verzekeringsarts een rol spelen.

Een andere conclusie van het onderzoek naar de rubrieken en subrubrieken van het schattingsinstrument betreft het feit dat subrubriek 4 (seksuele functie) als enige subrubriek geen enkele samenhang laat zien met één van de andere negen subrubrieken. Dat is opmerkelijk omdat deze subrubriek met drie andere subrubrieken wel deel uitmaakt van eenzelfde rubriek, namelijk rubriek 1 (activiteiten van het dagelijks leven). Uit de factoranalyse die is uitgevoerd, wordt dit beeld dan ook bevestigd: subrubriek 4 vormt geen factor met de andere drie subrubrieken van rubriek 1 en

vormt op zich een 'losstaande' component. Dat leidt tot de conclusie dat er geen onderbouwing bestaat om 'seksuele functie' als een onderdeel van een overkoepelende rubriek 'activiteiten van het dagelijks leven' aan te merken, die verder wordt gevormd door de subrubrieken 'persoonlijke hygiëne en zelfzorg', 'mobiliteit' en 'slapen'. Uit de factoranalyse blijkt dat niet alleen de subrubriek 'seksuele functie' geen deel uit maakt van de rubriek waaronder deze bij het schattingsinstrument is ondergebracht. Voor *alle* 10 subrubrieken geldt dat zij niet overeenkomen met de rubrieksindeling van het schattingsinstrument. Daarmee kan uit dit onderzoek worden geconcludeerd dat voor de beoogde structuur van de vier rubrieken met de daaronder vallende tien subrubrieken geen onderbouwing is. De indeling in de rubrieken zorgen er echter wel voor dat de subrubrieken waar vaker hogere klassen op worden gescoord zwaarder meewegen in de berekening naar het IP.

Ook bij het toetsen van de hiërarchische ordening van het schattingsinstrument aan de hand van een Mekkenschaalanalyse neemt subrubriek 4 'seksuele functie' een uitzonderingspositie in. Dit blijkt namelijk de enige subrubriek te zijn die niet aan de minimale homogeniteitseis (H-waarde) voldoet. Een mogelijke reden voor de uitzonderingspositie die subrubriek 4 inneemt kan het feit zijn dat er pas op gescoord kan worden onder een bepaalde voorwaarde, namelijk dat een eventueel disfunctioneren op dit terrein met de behandelaar moet zijn besproken. Over deze voorwaarde, zo blijkt uit zowel de interviews als de focusgroepen is het nodige te doen, wat eveneens ten grondslag kan liggen aan de aparte positie die deze subrubriek inneemt. Zo zijn er professionals die vinden dat seksueel disfunctioneren bij (post)actieve militairen met psychische klachten geen aparte behandeling behoeft, omdat dit disfunctioneren niet op zichzelf staat, maar verband houdt met het algehele toestandsbeeld en dit vanzelf verdwijnt naarmate de psychische klachten verminderen. Andere professionals vinden het niet terecht dat er aanvullende eisen aan het scoren van een subrubriek worden gesteld, die kennelijk de bedoeling hebben de verifieerbaarheid te vergroten, terwijl die voorwaarden bij andere subrubrieken niet worden gesteld.

Tot slot vertoont subrubriek 4 ook geen samenhang met de uitkomstmaat, het IP. Samenvattend kan gesteld worden dat vanuit *alle* databronnen van het onderzoek naar voren is gekomen dat deze subrubriek een uitzonderingspositie heeft.

Wat betreft de samenhang, structuur en opbouw van het schattingsinstrument van het PTSS-protocol is daarnaast een belangrijke conclusie dat vanuit het vragenlijstonderzoek en de interviews is gebleken dat er een overlap bestaat tussen een aantal subrubrieken. Dit betreft met name de subrubrieken 6 (communicatief sociaal functioneren) en 7 (communicatieve emotionele vaardigheid) en de subrubrieken 8 (structuur aanbrengen) en 9 (huishoudelijke activiteiten). Vanuit de hoek van de verzekeringsartsen / pensioenverzekeringsautoriteiten wordt aangegeven dat het soms arbitrair is in welke subrubriek je sommige beperkingen bij het scoren onderbrengt, maar dat in een aantal gevallen de Beleids Incident Richtlijnen (BIR) en Adviezen, met name BIR-advies 14 hier een beslissing kunnen vergemakkelijken.

Verder kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de verzekeringsartsen, penvauts, externe experts en behandelaren die aan het vragenlijstonderzoek hebben deelgenomen, van mening zijn dat alle vier rubrieken van het schattingsinstrument van even groot belang zijn voor het bepalen van de hoogte van het invaliditeitspercentage. Een groot aantal van hen geeft aan dat er naar hun mening geen enkele rubriek ontbreekt. Toch meldt een aantal respondenten dat enkele aspecten van menselijk functioneren niet worden geadresseerd in het instrument, zoals verslavingsproblematiek, (intieme) relatieproblematiek, financiële problemen, de factor arbeid, agressie, suïcidaliteit, het ervaren van perspectief en lijdensdruk. Dezelfde aspecten worden overigens soms zowel onder gemiste rubrieken als onder gemiste subrubrieken genoemd.

Het Militair Invaliditeits Pensioen (MIP)

Uit het onderzoek naar de rubrieken en subrubrieken van het schattingsinstrument blijkt dat het MIP voor het merendeel (nagenoeg negen van de tien) van de (post)actieve militairen tussen de 0 en 25% ligt.

Bij zowel het vragenlijstonderzoek als bij de interviews is (de hoogte van) het MIP uitgebreid aan de orde geweest. Vanuit verschillende perspectieven blijkt er verschillend te worden gedacht over de hoogte van het bepaalde percentage invaliditeit. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de meerderheid van de verzekeringsartsen en penvauts van mening is dat het met de schattingsmethodiek uiteindelijk bepaalde percentage invaliditeit (meestal) passend is voor de situatie van de (post)actieve militair. De cliëntenvertegenwoordigers / belangenbehartigers geven

juist unaniem aan dat dit percentage meestal te laag is. Ook de meerderheid van de zorgcoördinatoren / casemanagers en de helft van de behandelaren vindt dit percentage te laag.

Een andere conclusie op basis van dit onderzoek is dat de hoogte van het IP over het geheel genomen lager is geworden sinds de invoering van het protocol in 2008. Dit wordt vanuit verschillende kanten tijdens de interviews bevestigd. De meningen over de vraag of de huidige percentages beter passen bij de daadwerkelijke mate van invaliditeit van (post)actieve militairen dan de percentages van vóór 2008 zijn echter verdeeld. Wat opvalt, is dat bij de open vragen van de vragenlijst een aantal respondenten hebben aangegeven dat ze de invaliditeitspercentages voor de ingebruikname van het protocol te hoog vonden. Vanuit de hoek van de casemanagers wordt aangegeven dat bij (post)actieve militairen die zowel met de oude als met de nieuwe systematiek zijn beoordeeld soms substantiële verlagingen van het invaliditeitspercentage voorkwamen, die niet gepaard gingen met een verbetering van de medische status.

Een vaak gehoorde opmerking tijdens de interviews is dat van lichamelijke klachten eerder het invaliderend karakter wordt aangenomen dan van psychische klachten, terwijl voor de eerste vaak goede oplossingen voorhanden zijn die de invaliditeit verminderen, zoals bijvoorbeeld bij een verbrijzelde knie. Het invaliderend karakter van psychische klachten wordt door een aantal geïnterviewden als vaak veel ingrijpender aangemerkt, terwijl er een tendens is dat dat juist lager wordt ingeschat dan bij lichamelijke klachten. In dat kader wordt ook genoemd dat de officiële score van het instrument van 0 tot 100% loopt, maar dat de scores in de praktijk die gehele range niet benutten en zelden boven de 50% uitkomen.

9.2 Ervaringenonderzoek naar de toepassing van het PTSS-protocol

Bij het ervaringenonderzoek naar de toepassing van het PTSS-protocol stonden twee vragen centraal, waarvan de resultaten hieronder zoveel mogelijk geïntegreerd besproken worden:

1. Wat zijn de ervaringen met het PTSS-protocol vanuit de perspectieven van verschillende professionals die ermee te maken hebben?
2. Hoe wordt de toepasbaarheid van het protocol ervaren: wat zijn positieve ervaringen en welke verbeterpunten en knelpunten zijn er?

Aansluitend op deze vragen worden hieronder per onderwerp de meest in het oog springende conclusies van de resultaten van zowel het vragenlijstonderzoek, de interviews als de focusgroepen gepresenteerd, waarbij deze -waar mogelijk- met elkaar in verband worden gebracht.

De titel van het protocol

De titel van het protocol wordt door veel deelnemers aan zowel het vragenlijstonderzoek als de interviews als niet passend ervaren. De belangrijkste reden daarvoor is dat het protocol ontworpen is voor meer dan alleen PTSS, namelijk ook voor andere psychische stoornissen die verband kunnen houden met een opgelopen trauma, zoals traumagerelateerde angststoornissen, aanpassingsstoornissen, geïsoleerde slaapstoornissen, dissociatieve stoornissen en depressie. Daarbij wordt de vrees geuit dat bij de ontwikkeling van het protocol het ziektebeeld PTSS een grotere rol heeft gespeeld dan andere traumagerelateerde psychische aandoeningen die tot (een bepaalde mate van) invaliditeit kunnen leiden. Binnen zowel de focusgroepen als de interviews wordt in dat kader aangegeven dat de naam 'PTSS-protocol' er ook toe zou kunnen leiden dat andere diagnoses op het terrein van aan dienstverband te relateren psychische klachten het risico lopen te worden gemist.

De bruikbaarheid van het protocol

Het merendeel van de respondenten van het vragenlijstonderzoek dat zicht had op de vraag naar de bruikbaarheid van het protocol, heeft aangegeven dat het protocol goed bruikbaar is. Over het efficiency-aspect binnen die bruikbaarheid wordt aangegeven dat het protocol niet kostenbesparend is in de uitvoering en veel tijd vraagt, mede door de voortdurende discussie die erover gevoerd wordt. Op de vraag of het protocol zorgt voor een rechtvaardige wijze van vaststelling van het invaliditeitspercentage wordt door verzekeringsartsen, penvaats en zorgcoördinatoren positiever geantwoord dan door cliëntenvertegenwoordigers en beleidsmedewerkers / managers. Zo geven de laatsten aan dat het protocol soms geen recht doet aan de belangen en beperkingen van de cliënt. Ook lijkt het instrument niet per definitie geschikt voor (post)actieve militairen met een andere culturele achtergrond. Deze laatste mening zijn vooral behandelaren en cliëntenvertegenwoordigers toegegaan, de verzekeringsartsen onderschrijven dit veel minder. Vanuit verschillende kanten wordt aangegeven dat de bruikbaarheid van het protocol verhoogd zou kunnen worden als de cliënt er zorgvuldig over wordt voorgelicht, zodat deze op de hoogte is wat hem of haar te wachten staat. Dat

geldt niet alleen ten aanzien van de inhoud van het protocol, maar ook ten aanzien van de aard van het gesprek met de verzekeringsarts, waarin van het protocol gebruik wordt gemaakt. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat veel (post)actieve militairen verwachten dat dit gesprek bijdraagt aan een gevoel van erkenning, terwijl dat niet de primaire focus ervan is. Vanuit de interviews is aangegeven dat in de ogen van (post)actieve militairen het op onterechte gronden uitblijven van erkenning tot gevolg kan hebben dat deze erkenning door hen dan eerder wordt gekoppeld aan de hoogte van het MIP.

Wat betreft de acceptatie van het protocol, eveneens een factor die de bruikbaarheid bepaalt, lijkt het erop dat het protocol beter wordt geaccepteerd door de professionals die er beroepshalve mee te maken hebben dan door de (post)actieve militairen, die ermee worden beoordeeld. Ook hier kan voorlichting een functie hebben en acceptatie-bevorderend werken.

Knelpunten per onderdeel van het protocol

Het protocol structureert de beoordeling van traumagerelateerde psychische klachten bij (post)actieve militairen, maar lijkt er niet goed in te slagen om een aantal onduidelijkheden bij onderdelen van die beoordeling adequaat op te lossen.

Zo wordt door een meerderheid van de respondenten uit het vragenlijstonderzoek die de vraag kregen voorgelegd, aangegeven dat met het protocol het doen van een eenduidige uitspraak over een oorzakelijk versus een verergerend dienstverband niet wordt bevorderd. Deze bevinding is bevestigd tijdens de interviews; ook hieruit blijkt dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over deze termen en dat zij in de praktijk niet eenduidig gehanteerd worden. Sommige professionals pleiten er in dat kader voor om het onderscheid af te schaffen. Eén van de signalen uit de focusgroep hierover was dat er tussen professionals verwarring bestaat over de manier waarop het onderscheid gehanteerd dient te worden. Het gevolg van deze verwarring is dat er zelfs door verschillende verzekeringsartsen verschillend mee wordt omgegaan. In de focusgroepen pleitten zowel enkele professionals als nagenoeg alle aanwezige (post)actieve militairen om die reden eveneens voor afschaffing van het onderscheid. Aangegeven werd dat moet worden volstaan met het toetsen van 'al of geen dienstverband.

Een ruime meerderheid (73,3%) van de respondenten van het vragenlijstonderzoek is van mening dat er met het protocol geen eenduidige uitspraak kan worden gedaan over de beperkingen en de co-

morbiditeit die wel en die geen verband hebben met de uitzending. Vanuit de (post)actieve militairen in de focusgroepen wordt over co-morbiditeit naar voren gebracht dat die veeleer wordt gehanteerd om causaliteit met het dienstverband te weerleggen.

Een laatste conclusie in dit verband is dat door ruim driekwart van de respondenten van het vragenlijstonderzoek die stellingen kregen voorgelegd over de bruikbaarheid van het protocol, is aangegeven dat het protocol er niet aan bijdraagt dat er een eenduidige uitspraak kan worden gedaan over de verschillende vormen van PTSS bij de (post)actieve militair, zoals T1 PTSS, T2 PTSS, latente of later manifeste PTSS en Desnos. Een bevestiging daarvan kan voor wat betreft T1 en T2 trauma in de resultaten van de interviews worden gevonden, waar wordt gesteld dat de discussie over oorzakelijk versus verergerend dienstverband eerder wordt gecompliceerd dan vergemakkelijkt door dit onderscheid.

De inzet van externe expertise bij gebruik van het protocol

Er zijn binnen de resultaten van het onderzoek uiteenlopende aanwijzingen voor het bestaan van knelpunten over de externe expertise die de verzekeringsarts kan inroepen bij twijfel over de diagnose. Zo is vanuit de focusgroepen aangegeven dat goede psychiaters in de rol van externe experts niet gemakkelijk te vinden zijn. Het gevolg is dat doorgaans gebruik wordt gemaakt van steeds dezelfde externe experts, waarvan vanuit meerdere resultaten (vragenlijsten, interviews en focusgroepen) lijkt dat hun visie op PTSS-gerelateerde problematiek bekend is en hun oordeel vaak kan worden voorspeld. Ook wordt gesteld dat de externe experts te veel kijken met een 'acute PTSS-bril' en andere psychische problematiek die aan dienstverband gerelateerd kan zijn onvoldoende op hun netvlies hebben. De diensten van *dezelfde* externe expert worden soms twee keer ingeroepen: de eerste keer bij twijfel van de verzekeringsarts over de diagnose, de tweede keer in de rechtbank, indien een casus tot een bezwaarzaak heeft geleid. Vanuit de hoek van de cliëntenvertegenwoordigers wordt dat als zeer onwenselijk aangemerkt. Bij de focusgroep met professionals wordt de onafhankelijke positie van (sommige) externe experts ter discussie gesteld. De suggestie wordt in de focusgroep gedaan dat klinisch psychologen wellicht eveneens als externe deskundige zouden kunnen functioneren. Concluderend blijkt er een tekort aan externe experts, bestaat er discussie over hun onafhankelijkheid en wordt als mogelijke oplossing aangedragen ook klinisch psychologen in de rol van externe experts te plaatsen.

Waarheidsvinding

Ook indirecte confrontatie met een ingrijpend incident kan tot psychische klachten leiden. Om die reden geven meerdere professionals aan dat waarheidsvinding in de vorm van een check of een (post)actieve militair ook daadwerkelijk met een door hem of haar opgevoerd *incident* geconfronteerd is geweest, complex is en daarom wellicht onhaalbaar.

Zowel tijdens de interviews als in de focusgroep met professionals blijkt dat er desondanks vanuit de verzekeringsartsen soms de behoefte bestaat op waarheidsvinding terug te vallen, wanneer er bijvoorbeeld twijfels bestaan over de juistheid van de gegevens die volgens de cliënt oorzaak zijn voor het ontstaan van psychische klachten. Tegelijkertijd signaleren zij een zekere terughoudendheid binnen Defensie om aan waarheidsvinding te doen. Tijdens de focusgroep met professionals en veteranen kwam naar voren dat het invoeren van een duidelijk beleid over de inzet van waarheidsvinding een complexe aangelegenheid is. Niet alles wordt door Defensie gerapporteerd, zo wordt door de deelnemers aangegeven, sommige incidenten hebben jaren geleden plaatsgevonden, waardoor het niet mogelijk is om de goede dossiers terug te vinden en daarnaast kunnen incidenten onderdeel zijn geweest van geheime missies. Toch zou een check of iemand al of niet bij de door hem of haar opgevoerde *missie* aanwezig is geweest in sommige gevallen de verzekeringsarts kunnen helpen om de juistheid van gegevens te verifiëren. Tegelijkertijd wordt gesteld dat het aantal (post)actieve militairen dat een missie opvoert, waaraan hij of zij nooit heeft deelgenomen, beperkt lijkt te zijn.

Keerzijden van het huidige systeem van behandeling en beoordeling

Verschillende resultaten van het onderzoek wijzen op een spanning tussen de behandeling van klachten enerzijds en de beoordeling van beperkingen anderzijds. Het protocol lijkt daarin geen positieve bijdrage te hebben. Zo wordt vanuit de behandelaren aangegeven dat het voor het behandelen van traumagerelateerde psychische klachten van belang is dat deze behandeling zo min mogelijk wordt verstoord door factoren die te maken hebben met toekenning van een (tijdelijk) MIP en periodieke herkeuringen. Het belang daarvan is des te groter, omdat behandeling en beoordeling qua gewenst resultaat op gespannen voet staan. De behandeling heeft tot doel om de psychische klachten van de (post)actieve militair zo snel mogelijk te verminderen c.q. op te lossen. De beoordeling heeft daarentegen tot doel om de beperkingen van de cliënt ten gevolge van de

psychische problematiek vast te stellen, te bepalen in hoeverre die beperkingen aan het dienstverband zijn toe te schrijven en zo ja, welk (al of niet tijdelijk) invaliditeitspercentage en invaliditeitspensioen hieraan gekoppeld kan worden. Het is duidelijk dat dit eventuele pensioen hoger uitvalt naarmate de beperkingen groter zijn. Een cliënt die (al of niet vanuit een argument van erkenning) graag een zo hoog mogelijk invaliditeitspensioen wil ontvangen wordt daarmee met een perverse prikkel geconfronteerd: een succesvolle behandeling betekent een laag of geen invaliditeitspensioen.

Vanwege deze perverse prikkel pleiten behandelaren en casemanagers ervoor om het MIP niet bij de start van de behandeling reeds aan te vragen, maar in een latere fase, als de cliënt grotendeels is 'gestabiliseerd.' Meerdere professionals en (post)actieve militairen hebben mede om die reden tijdens de interviews en focusgroepen voor een nieuwe beoordelings- en financieringssysteematiek gepleit, waarbij eerst het eventuele dienstverband wordt bepaald, daarbij een soort basisfinanciering wordt geregeld (WIA met een aanvulling), dan de behandeling in gang wordt gezet en na een paar jaar een beoordeling waarbij voor een lumpsum bedrag wordt gekozen. Dit laatste bedrag zou indien nodig in termijnen kunnen worden uitgekeerd, om het risico te vermijden dat cliënten het uitgekeerde bedrag in één keer besteden. Op die manier kan worden bewerkstelligd dat cliënten maximaal inzetten op herstel van hun klachten en minder bezig zijn met het krijgen van (erkenning via) een MIP. Ook de jarenlange afhankelijkheid van cliënt van Defensie wordt met deze optie doorbroken, zo wordt door een aantal deelnemers betoogd. En tenslotte zal deze vernieuwde systeematiek zich naar verwachting vertalen in een forse afname van het aantal bezwaarzaken.

Positieve ervaringen

Behalve inzicht in gesignaleerde knelpunten ten aanzien van het protocol, de discussiepunten die er spelen en suggesties ter verbetering van de praktijk rondom beoordeling van invaliditeit vanwege psychische klachten heeft de evaluatie van het PTSS-protocol ook inzicht gegeven in de aspecten van (het gebruik van) het protocol die positief worden ervaren. De volgende door deelnemers gesignaleerde punten zijn daarbij het meest vaak genoemd:

- het protocol bevordert een gestructureerde wijze van beoordelen en een grotere uniformiteit bij de beoordeling van psychische klachten;

- door het gebruik van het protocol wordt de beoordeling theoretisch beter onderbouwd. De gebieden die erin worden uitgevraagd zijn ook gebieden die er in het kader van psychische problematiek na uitzending daadwerkelijk toe doen en kunnen in die zin als valide worden aangemerkt;
- het feit dat van een protocol gebruik wordt gemaakt leidt tot een grotere transparantie, zowel tussen professionals onderling, als in de richting van de (post)actieve militair;
- het protocol sluit goed aan op de AMA-guides (in tegenstelling tot de opmerking onder tabel 5.18 van het vragenlijstonderzoek, waarbij gesuggereerd wordt dat deze aansluiting moet worden verbeterd).

9.3 Discussiepunten naar aanleiding de conclusies

Op basis van de belangrijkste conclusies van dit onderzoek is een aantal vragen geformuleerd die zich onderwerp van bespreking waren in de expertgroep, te weten:

Ten aanzien van rubrieken en subrubrieken

1. Wat te doen met niet of nauwelijks scorende subrubrieken en de bestaande overlap tussen enkele subrubrieken?
2. Wat te doen met subrubriek 4 die uit alle analyses valt en binnen het instrument een uitzonderingspositie inneemt?
3. Wat te doen met subrubrieken die door respondenten worden gemist? Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat het niet alleen gaat om een subrubriek toe te voegen, maar dat er ook een scoring voor mogelijk moet zijn.
4. Wat te doen met het feit dat de structuur van de 10 subrubrieken en hun indeling in de 4 rubrieken, niet terugkomt in de resultaten van het onderzoek?

Ten aanzien van andere gesignaleerde knelpunten

1. Wat te doen met het onderscheid tussen het vaststellen van een oorzakelijk en verergerend dienstverband en T1 en T2 trauma (dat tot veel discussie en onduidelijkheid leidt)?

2. Wat te doen voor de door respondenten gerapporteerde beperktere bruikbaarheid van het protocol voor (post)actieve militairen met een uiteenlopende culturele achtergrond?

Ten aanzien van de gehele systematiek van beoordeling en behandeling van psychische klachten

1. Dient de huidige systematiek van beoordeling en behandeling van psychische klachten, die wordt gekenmerkt door een onderling spanningsveld tussen keuring en behandeling, te worden aangepast en zo ja, op welke manier? Hoe zou de procedure idealiter eruit moeten zien en wat betekent dit voor het inkomen van een cliënt?

9.4 Kanttekeningen bij het onderzoek

In deze evaluatie van het PTSS-protocol is van verschillende methoden gebruik gemaakt, te weten statistische analyse op gegevens van Defensie vragenlijsten, interviews en focusgroepen. Deze aanpak heeft veel inzicht gegeven in de complexiteit van de beoordeling van beperkingen door psychische klachten van (post)actieve militairen en alles wat daaromheen een rol speelt, meer dan op basis van een enkelvoudige methode mogelijk zou zijn geweest. Punten die respondenten van het vragenlijstonderzoek naar voren brachten konden tijdens de interviews verder worden uitgediept en de gegevens van de vragenlijsten en interviews tezamen leidden tot stellingen die tijdens de focusgroepen onderwerp van bespreking waren. Deze pluriforme aanpak bleek zeer adequaat om opgeworpen aandachtspunten rondom het PTSS-protocol van meerdere zijden te belichten en heeft de nuance hierin geoptimaliseerd. Daarnaast zijn er ook enkele kanttekeningen bij de gehanteerde methode te plaatsen.

De eerste betreft de relatief kleine 'n' van het vragenlijstonderzoek. Zestig respondenten is weinig indien deze een verschillende professionele achtergrond en betrokkenheid bij het protocol hebben. Voor sommige professionals, zoals voor de penvaats, gold echter dat de gehele 'populatie' de vragenlijst heeft ingevuld en dat meer dan drie respondenten met deze achtergrond binnen defensie eenvoudig weg niet werkzaam zijn. Vanwege de uiteenlopende achtergronden kon een aantal vragen en stellingen slechts aan een deel van de participanten worden voorgelegd, dat reduceert weliswaar het aantal respondenten voor de betreffende vraag, maar is onvermijdelijk bij het aanbieden van vragen 'op maat'. Daarnaast is een totale gemiddelde respons van ruim 66%, met een deelname van 86% van de verzekeringsartsen, aan de hoge kant te noemen. Opvallend is evenwel de betrekkelijk

lage respons van cliëntenvertegenwoordigers; met nog geen 50% de subgroep met de laagste respons.

Bij de interviews is bewust telkens naar de mening gevraagd van zes keer (overeenkomend met het aantal verschillende soorten bij het protocol betrokken professionals) een tweetal professionals, die binnen het vragenlijstonderzoek een zo groot mogelijk 'contrast' lieten zien ten aanzien van hun ervaringen met het protocol. De grote hoeveelheid gegevens die daarbij boven tafel is gekomen is kwalitatief geanalyseerd. Keuzes over welk gegeven antwoord daarbij wel en welk minder van belang is voor de evaluatie zijn door twee onderzoekers onafhankelijk gemaakt en lieten wat betreft het ingeschatte belang voor de evaluatie een grote overeenstemming zien. Hetzelfde geldt voor de keuze van de te bespreken stellingen tijdens de focusgroepen. Die keuze werd daarnaast in belangrijke mate bepaald door de participanten zelf, die vooraf de mogelijkheid kregen aangeboden om gespreksonderwerpen in te brengen.

Opvallend is dat dezelfde items en aandachtspunten in verschillende onderdelen van het onderzoek telkens opnieuw naar boven kwamen, niet alleen in de voorgestructureerde onderdelen ervan, zoals in de vragenlijst en vaste onderdelen van het semi-gestructureerde interviewformat, maar juist ook in open tekstvelden en toelichtingen en in open vragen. Dat duidt op een bepaalde mate van verzadiging en geeft aan dat de kleuring die door de onderzoekers aan de resultaten is gegeven beperkt is gebleven. De onderzoekers en auteurs van dit rapport hebben er bovendien naar gestreefd om alle stappen binnen het onderzoek zo transparant mogelijk te beschrijven om de controleerbaarheid en repliceerbaarheid van het onderzoek te maximaliseren. Tenslotte hebben ook de regelmatige bijeenkomsten met de begeleidingscommissie bijgedragen aan een zo objectief mogelijk perspectief.

9.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Binnen dit onderzoek zijn het protocol en de context waarbinnen van het protocol gebruik wordt gemaakt op meerdere aspecten en vanuit diverse invalshoeken intensief doorgelicht. Hieruit komt het belang naar voren om op zoek te gaan naar oplossingen voor het spanningsveld tussen behandeling en beoordeling van psychische klachten bij (post)actieve militairen en de doelen die de laatsten zich daarbij stellen. Vanuit diverse bronnen zijn in het onderhavige onderzoek signalen naar voren gekomen dat (onderdelen van) de huidige systematiek van beoordeling en behandeling van

psychische klachten tot een perverse prikkel bij de cliënt kan leiden (zie eerder in dit hoofdstuk). Het zou zeer aanbevelingswaardig zijn om in een nieuw uit te voeren onderzoek dieper in te gaan op de mogelijke contouren van een aangepaste systematiek, die niet wordt gekenmerkt door genoemde intrinsieke tegenstellingen. Interviews en focusgroepen met belanghebbende partijen, aangevuld met Delphi-onderzoek en/of een vignettenonderzoek kunnen meer inzicht verschaffen in de aanpassingen die daarvoor van de huidige systematiek gewenst zijn.

Bijlage 1 Organisatie en betrokken partijen

Leden van de begeleidingscommissie

- Dr J Buitenhuis
 - Commandeur-arts b.d. dr APCC Hopperus Buma
 - HJ Kleian
 - Luitenant-generaal b.d. JGA Leijh (voorzitter)
 - Mr J van Rossum
 - Prof dr JMLM Soeters
 - Drs JMP Weerts
-
- Mr TA Groenewoud-Kralt (secretaris)
 - Kolonel-arts mr. JHG Lankhorst

Onderzoeksteam TGO UMCG

- Dr RH Bakker
- Prof dr S Brouwer
- Dr GJ Dijkstra
- Dr AS Fokkens
- Dr A Holwerda
- Dr J Tuinstra
- Drs NP Verheij

Experts expertgroep

- Prof dr S Brouwer
- Prof dr F Koerselman
- Prof dr M Olf

Statistische ondersteuning

- Dr T Hoekstra
- Dr R Popping

Voorzitterschap focusgroepen

- Mr drs AF Boskma

Bijlage 2 De schattingsmethodiek (PIM-rapport, PTSS-protocol)

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 tabel 3

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

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

Activiteiten van het dagelijks leven (rubriek 1)

Persoonlijke Hygiëne, Zelfzorg

(subrubriek 1)*

score	Klasse 0 (Definitie)	In staat tot zelfstandig eten, wassen, gebruik maken van toilet, kleden en toilet maken.
	Klasse 1	Morst soms, echter niet elke dag, met het eten en/ of wast zich niet of onvoldoende en/ of trekt kledingstukken niet of verkeerd aan etc. Onderkent dit en kan dit zelf corrigeren. Behoeft geen hulp.

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

Opmerkingen

* zie opmerkingen vooraf.

Mobiliteit

(subrubriek 2)*

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

Opmerkingen:

* zie opmerkingen vooraf.

Tevens: hoe is betrokkene op het spreekuur gekomen?

Slapen

(subrubriek 3)*

score	Klasse 0 (Definitie)	Binnen ongeveer 1 uur inslapen, gemiddeld 5 maal per week. Minimaal 5 maal per week, zonder slaapmedicatie, minstens 6 uur doorslapen en uitgerust ontwaken.
-------	-------------------------	--

	Klasse 1	Paar maal per week later inslapen en/ of korter doorslapen. Minder dan een maal per week nachtmerrie(s), zich uitend in doorslaapstoornissen.
	Klasse 2	3 dagen of vaker per week later inslapen en/ of korter doorslapen en/ of soms, echter niet elke dag nachtmerrie(s), zich uitend in doorslaapstoornissen.
	Klasse 3	Min of meer permanent slaapmedicatie en gemiddeld 3 dagen of vaker per week later inslapen en/ of korter doorslapen en/ of bijna dagelijks nachtmerrie(s) zich uitend in doorslaapstoornissen. Tevens tegelijkertijd niet fit opstaan.
	Klasse 4	Gebruik slaapmedicatie en meeste nachten later inslapen en/ of korter doorslapen en/ of elke nacht nachtmerries zich uitend in doorslaapstoornissen. Tevens tegelijkertijd niet fit opstaan en soms, niet elke dag, op ongelegen momenten in slaap vallen.
	Klasse 5	Volledig verstoord slaappatroon, dagelijks overdag op ongelegen momenten in slaap vallen.

Opmerkingen

* zie opmerkingen vooraf..

Seksuele functie

(subrubriek 4)*

score	Klasse 0 (Definitie)	Het hebben van seksuele gedachten/ voorstellingen en het hierbij optreden van erecties of bijpassende fysiologische reacties. Seksueel getinte handelingen waaronder aanraken, strelen, kussen van/ door anderen, zelf uitvoeren of ondergaan. Het kunnen bereiken van een seksueel hoogtepunt.
	Klasse 1	Normale lustbeleving. Masturbatie normaal. Komt incidenteel, ongeveer 1maal per 3 maanden tot seksuele handelingen met een partner.
	Klasse 2	Wel lustbeleving, incidenteel masturbatie en/ of paar maal per jaar seksuele handelingen met een partner.
	Klasse 3	Wel lustbeleving, geen/ sporadisch masturbatie, geen seksuele handelingen met een partner.
	Klasse 4	Geen lustbeleving, geen masturbatie, geen seksuele handelingen met een partner.
	Klasse 5	Verdraagt nauwelijks enige aanraking.

Opmerkingen

* zie opmerkingen vooraf.

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

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

Sociaal functioneren (rubriek 2)

Basale Communicatie (cognitieve aspecten)

(subrubriek 5)*

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

Opmerkingen

* zie opmerkingen vooraf.

* Voor communicatief sociale vaardigheden zie subrubriek 6

Sociale activiteiten (communicatief sociaal functioneren, sociale en recreatieve activiteiten)

(subrubriek 6)*

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>
<p><i>Opmerkingen</i></p> <p>* zie opmerkingen vooraf.</p> <p>* Tevens: pas op voor verwarren persoonlijkheidstrekken en/ of anti-sociaal gedrag met ziekte</p>		
<p>Communicatieve (emotionele) vaardigheden/ activiteiten</p> <p>(subrubriek 7)*</p>		
score	Klasse 0 (Definitie)	<p>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.</p> <p>Leefomgeving: een band kunnen aangaan met mensen uit de leefomgeving en deze band onderhouden door aandacht, respect en zorg voor de ander te tonen.</p> <p>Intermenselijke contacten: zich vrijwillig onder vreemden kunnen begeven (theater, film, sport, evenementen, café etc. bezoek) <u>en</u> hierbij contacten met onbekende mensen kunnen aangaan.</p>
	Klasse 1	<p>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.</p> <p>Leefomgeving: durft/ kan banden aangaan met mensen, echter onderhoudt deze contacten weinig frequent en oppervlakkig.</p> <p>Intermenselijke contacten: beperkt zich bewust tot die activiteiten waarbij contact met onbekende mensen weinig voorkomt.</p> <p>Onderkent zijn tekortkomingen en weet deze te corrigeren of te compenseren. Geen hulp nodig.</p>

	Klasse 2	<p>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.</p> <p>Leefomgeving: alleen banden met de directe leefomgeving (buren etc). Trekt er meestal alleen op uit.</p> <p>Intermenselijke contacten: moeite om contacten met onbekende mensen aan te gaan.</p> <p>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.</p>
	Klasse 3	<p>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.</p> <p>Leefomgeving: weinig tot geen band met de directe leefomgeving. En/ of trekt er uitsluitend alleen op uit.</p> <p>Intermenselijke contacten: gaat contacten met onbekenden uit de weg.</p> <p>Heeft voor sommige van bovengenoemde activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp nog wel zelfstandig functioneren.</p>
	Klasse 4	<p>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.</p> <p>Leefomgeving: verlaat nauwelijks het huis. Gaat anderen uit de weg. Of vertoont juist zwerfneiging.</p> <p>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.</p>
	Klasse 5	<p>Niet in staat tot enig betekenisvol sociaal contact of relatie met partner of kinderen, catatonie 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.</p>

Opmerkingen

* zie opmerkingen vooraf.

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

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

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

Concentratie doorzettingsvermogen en tempo (rubriek 3)

Structuur aanbrengen

(subrubriek 8)*

score	Klasse 0 (Definitie)	Het vermogen om concentratie en aandacht lang genoeg vol te houden en te verdelen om, met inzicht in eigen handelen, zelfstandig complexe taken in het algemeen dagelijks leven, in de daarvoor gestelde termijn doelmatig te voltooien. Schat eigen mogelijkheden redelijk in. Handelt doelmatig: start op tijd, in juiste volgorde, controleert zichzelf en eindigt als doel bereikt is, of niet bereikt kan worden. In staat om eigen rekening en betalingsverkeer te beheren. Regelt op tijd, in een normale tijdsperiode en gestructureerd, op een logische wijze, taken in en rond het huis en de leefgemeenschap, waaronder vakantieplanning, periodiek onderhoud, voorraadplanning, gezinsactiviteiten, veranderingen, etc. In staat op gestructureerde logische wijze in het vereiste tempo cursussen/ opleidingen/ werkopdrachten uit te voeren en succesvol af te ronden. Kent zijn grenzen.
	Klasse 1	Heeft soms moeite met het doelmatig, gestructureerd verrichten van bovenstaande activiteiten. Kan chaotisch bezig zijn waardoor enkele malen per maand taken kunnen worden vergeten of niet op tijd/ niet adequaat worden voltooid. Onderkent dit probleem en kan het zelf corrigeren/ compenseren.
	Klasse 2	Heeft moeite met het doelmatig, gestructureerd verrichten van bovenstaande activiteiten. Kan chaotisch bezig zijn waardoor wekelijks taken kunnen worden vergeten of niet op tijd/ niet adequaat worden voltooid. Onderkent dit probleem maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/ begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren.
	Klasse 3	Pakt complexe taken vaak, bijna dagelijks, onlogisch, chaotisch en in een inadequaat tempo aan. Deze taken worden bijna dagelijks vergeten of worden niet op tijd/ niet adequaat voltooid. Kan slechts enkelvoudige en eenvoudige taken zelfstandig uitvoeren. Is voor complexe taken aangewezen op hulp van anderen. Kan dankzij deze hulp nog wel zelfstandig functioneren.
	Klasse 4	Is voor zowel de complexe als ook de meer eenvoudige taken afhankelijk van hulp/ ondersteuning. Kan het grootste deel van de dag niet zonder hulp.
	Klasse 5	Het doelmatig, zelfstandig, tijdig, gestructureerd verrichten van taken is volstrekt onmogelijk. Volledig afhankelijk van hulp.

Opmerkingen

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

Huiselijke activiteiten

(subrubriek 9*)

score	Klasse 0 (Definitie)	Het vermogen om de dagelijkse (huishoudelijke) taken als het verzorgen van de maaltijden, het doen van boodschappen, het opruimen en schoonhouden van de woning/ tuin/ auto/ schuur (woonomgeving), het verrichten van kleine reparaties en klein onderhoud etc. op een zelfstandige doelmatige manier, in de juiste volgorde in een gebruikelijk tempo te verrichten. Minstens ½ uur concentratie mogelijk op boek, documentaire, krant etc. Kan minstens ½ uur aandacht verdelen over meerdere informatiebronnen. Herinnert zich meestal tijdig relevante zaken.
	Klasse 1	Alleen met gebruikmaking van hulpmiddelen als taaklijsten en boodschappenlijsten etc. in staat bovengenoemde taken uit te voeren. Moeite om taken te overzien zich uitend in verminderde planning over een periode van een of meer dagen en het verrichten van taken na elkaar in plaats van tegelijkertijd. Onderkent dit probleem en kan het zelf corrigeren/ compenseren. Volledig zelfstandig.

	Klasse 2	Ondanks gebruikmaking bovenstaande hulpmiddelen, wekelijks problemen om bovengenoemde taken adequaat te verrichten: vergeet taken, voert ze slordig uit. Boodschappen worden soms te laat of niet gedaan. Verzorging maaltijden geeft in het algemeen geen problemen. Huishoudelijke taken lukken wel aangaande de dagelijkse routine bezigheden. Noodzakelijke wekelijkse opruim en schoonmaak werkzaamheden of weinig voorkomende taken worden uitgesteld of niet verricht zonder aansporing van derden. Inzicht en structuur om dit aan te pakken ontbreekt. Hierdoor woon en leefomgeving regelmatig rommelig/ niet opgeruimd en niet schoon. Concentreren op één onderwerp lukt ± ½ uur. Onderkent dit probleem maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/ begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren. Nog wel zelfstandig.
	Klasse 3	Heeft voor bovengenoemde taken dagelijks begeleiding en aansporing nodig. Kan niet zonder een paar uur dagelijkse hulp zelfstandig leven. Eenvoudige warme maaltijden bereiden of opwarmen is mogelijk. Woonomgeving dreigt zonder begeleiding te vervuilen en maakt een rommelige indruk door gebrek aan overzicht en problemen met opruimen. Kan zich ± ¼ uur concentreren op één informatiebron.
	Klasse 4	Niet in staat de eigen woonomgeving te verzorgen of eigen (warme)maaltijden te bereiden. Woonomgeving vervuult en toont chaos. Kan alleen nog wat simpele huishoudelijke werkzaamheden onder aansporing zelfstandig verrichten. Aangewezen op hulp een groot aantal uren per dag. Kan zich niet langer dan 5 minuten concentreren op één informatiebron. Kan alleen korte berichten reproduceren.
	Klasse 5	Niet in staat om ook maar één van bovengenoemde taken zelfstandig te verrichten. 24 uur per dag hulp nodig. Niet in staat iets uit de media te reproduceren.

Opmerkingen

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

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

Adaptatie stressvolle gebeurtenissen (rubriek 4)

Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

(subrubriek 10)*

score	Klasse 0 (Definitie)	Het vermogen de normale levensactiviteiten vol te houden, sociale contacten voort te zetten en gestelde taken (beslissingen nemen, verplichtingen aangaan, opdrachten uitvoeren etc) tot een goed einde te brengen, onder de spanning van alledaagse meer of minder stressvolle omstandigheden en kleine tegenslagen (file, afspraak/ aansluiting missen, iets beschadigen/ kleine ongelukjes, belasting aanslag etc.). Zichzelf na een bepaalde periode hervinden/ herpakken na een life-event (b.v. overlijden naaste, ziekte, ontslag, huwelijk, geboorte verhuizing etc) en doorgaan met de normale levensactiviteiten als vóór de gebeurtenis. Het zodanig hebben verwerkt van een traumatische gebeurtenis (gebeurtenis die een feitelijke of dreigende dood of en ernstige verwonding met zich meebracht of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen), dat een confrontatie met deze gebeurtenis niet leidt tot psychische beperkingen bij de dagelijkse levensactiviteiten.
	Klasse 1	Heeft soms, niet elke dag, moeite om onder de spanning van alledaagse stress bovengenoemde activiteiten vol te houden. Raakt makkelijk geïrriteerd bij kleine frequent voorkomende tegenslagen En/ of is meer en langer dan normaal van slag bij life-events. Mijdt confrontaties, maar kan deze wel aan Onderkent het probleem en kan het zelf corrigeren/ compenseren. Geen hulp nodig.

	Klasse 2	Heeft vrijwel dagelijks moeite om onder de spanning van alledaagse stress bovengenoemde activiteiten vol te houden. Is soms kortdurend van slag bij kleine tegenslagen. Stelt taken en beslissingen uit. Hierdoor vrijwel wekelijks problemen met het goed afronden van taken. Onderkent dit probleem maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Behoeft bij sommige activiteiten ondersteuning/ begeleiding. Heeft niet gestructureerd voortdurend bij bepaalde activiteiten hulp nodig. Kan verder zelfstandig functioneren. En/ of heeft voor life-events naast een langere recuperatietijd soms kortdurend begeleiding nodig. Dit geldt ook voor confrontaties aan een traumatische gebeurtenis
	Klasse 3	Dagelijks door de spanning van alledaagse stress niet in staat verplichtingen tot een goed einde te brengen. Schuift voortdurend beslissingen en verantwoordelijkheden voor zich. Heeft voor sommige van deze activiteiten dagelijks hulp nodig. Kan dankzij deze hulp zelfstandig functioneren. Is recidiverend van slag door betrekkelijk frequente kleine tegenslagen en heeft hiervoor dan begeleiding nodig. Heeft bij life-events en/ of confrontatie aan een traumatische gebeurtenis een lange recuperatietijd nodig en vaak ook kortdurende begeleiding
	Klasse 4	Kan gestelde taken, verantwoordelijkheden en verplichtingen zonder hulp niet meer aan. Niet meer in staat zelfstandig beslissingen te nemen. Groot deel van de dag hulp nodig. En/ of is frequent van slag door alledaagse tegenslagen. Heeft dan hiervoor recidiverend, terugkerend begeleiding nodig. Life-events en confrontaties vereisen langdurige begeleiding.
	Klasse 5	Op geen enkele wijze in staat taken op zich te nemen of beslissingen te nemen. 24 uur per dag hulp nodig. Is door het minste of geringste volledig van slag.

Opmerkingen

*zie opmerkingen vooraf.

Rubriek 4 subscore ...

(gemiddelde) Rubriekscore:

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

Berekening

De score van alle subrubrieken, behorend tot dezelfde rubriek worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal subrubrieken. Daarna worden de subscores van de 4 rubrieken bij elkaar opgeteld en gedeeld door vier. Dit quotiënt, een getal tussen de 0 en 5, geeft de gemiddelde rubriekscore aan. De waarden 0-5 vertegenwoordigen een percentage tussen de 0 en 100 procent. De vertaalslag van rubriekscore naar invaliditeitspercentage verloopt vervolgens lineair en wordt weergegeven in stappen van 5%. Zo komt een gemiddelde rubriekscore van 2,4 uit op een percentage van 48%.

Bijlage 3 Vragenlijst evaluatie PTSS-protocol

Vragenlijst Evaluatie PTSS-protocol

Toelichting

Met deze online vragenlijst inventariseren we wat uw ervaring is met het gebruik van het PTSS-protocol en welke mening u heeft over de verschillende onderdelen ervan.

De vragenlijst start met enkele algemene vragen over uw achtergrond en ervaring met het protocol en uw eerste algemene mening hierover. Daarna wordt ingegaan op specifieke aspecten van het protocol, zoals de titel, de structuur en de inhoud en de bruikbaarheid.

Alle vragen zijn meerkeuze vragen waarbij u het antwoord kunt aankruisen dat het meest van toepassing is op uw situatie of dat het beste overeenkomt met uw mening. Daarnaast vragen we bij een groot aantal vragen een korte toelichting. De invultijd van deze vragenlijst schatten we op ongeveer 30-45 minuten. We willen benadrukken dat er vertrouwelijk met uw gegevens en antwoorden wordt omgegaan. Ze zijn alleen bekend bij het onderzoeksteam en worden volledig anoniem verwerkt. Geen van de gegevens in het eindrapport zijn naar personen te herleiden.

Mocht u vragen hebben over deze vragenlijst dan kunt u die via de mail stellen aan dr. R (Roel)

Bakker: r.h.bakker@umcg.nl

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Namens het onderzoeksteam,

Dr Andrea Fokkens

dr Roel Bakker

dr Jolanda Tuinstra

prof dr Sandra Brouwer

Routing

VA= verzekeringsarts

BH=behandelaar

ZC/CM=zorgcoordinator/casemanager

BM=beleidsmedewerker

MAN=manager CLIE=vertegenwoordiger cliënt/belangenbehartiger

PVA=pensioenverz.-autoriteit

IED=iedereen

EE=externe experts

Algemeen (IED)

De volgende vijf vragen gaan in op uw achtergrond, uw kennis en ervaring met het protocol en uw algemene beoordeling van het PTSS-protocol.

1. Wat is uw functie?

- verzekeringsarts
- zorgcoördinator / casemanager
- beleidsmedewerker
- behandelaar, namelijk:
- manager
- cliëntenvertegenwoordiger/belangenbehartiger
- pensioenverzekeringsautoriteit
- anders, namelijk:

2. Op welke manier heeft u met het PTSS-protocol te maken?

- ik pas het zelf toe
- ik heb er indirect mee te maken
- anders, namelijk:

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

3. Hoe schat u uw kennis van het PTSS-protocol in?

- ruim voldoende kennis
- voldoende kennis
- matige kennis
- beperkte kennis
- geen kennis

4. Hoe vaak maakt u gebruik van het protocol / past u het protocol toe?

- dagelijks
- wekelijks
- maandelijks
- een paar keer per jaar
- nooit (past niet bij mijn functie)
- anders, namelijk:

5. Wat zijn tot nu toe uw ervaringen met het PTSS-protocol (vanuit het perspectief van uw functie)?

- uitsluitend positief
- overwegend positief
- zowel positief als negatief
- overwegend negatief
- uitsluitend negatief
- Ik kan geen ervaringen met het protocol benoemen want die heb ik niet

6. *Wilt u hieronder in hoofdlijnen uw positieve en negatieve ervaringen met het PTSS-protocol noemen?*

Positief

1.
2.
3.

Negatief

1.
2.
3.

Ik kan geen ervaringen met het protocol benoemen want die heb ik niet

Titel en Inhoud PTSS-protocol (IED)

De volgende twee vragen gaan in op de titel en de inhoud van het PTSS-protocol.

7. *Het is passend om de term PTSS in de titel van het protocol (PTSS-Wia-IP-protocol) te hanteren.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

Indien u het niet eens bent met de titel, heeft u een suggestie voor een beter passende titel?

.....
.....

8. *De inhoud van het PTSS-protocol is:*

- zowel compleet als duidelijk
- wel compleet, maar niet altijd duidelijk
- wel duidelijk, maar niet compleet
- noch duidelijk, noch compleet
- daar heb ik geen zicht op

Indien u van mening bent dat het protocol niet altijd duidelijk is, welke onderdelen vragen met name om verheldering?

.....
.....

Indien u van mening bent dat het protocol niet compleet is, welke onderdelen ontbreken?

.....
.....

Doelstelling (IED)

Het PTSS-protocol heeft als doel om tot een goede samenhang te komen tussen de verzekeringsgeneeskundige, de dienstverband- en de invaliditeitsbeoordeling bij (post)actieve militairen met psychische klachten. Daarnaast vormt het een aanvulling op het WIA-IP-protocol van het ministerie van Defensie. De volgende twee stellingen gaan in op de doelstelling.

9. *Het PTSS-protocol leidt tot een goede samenhang tussen de verzekeringsgeneeskundige, de dienstverband- en de invaliditeitsbeoordeling bij (post-actieve) militairen met psychische klachten.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....

.....

.....

.....

10. *Het PTSS-protocol en het WIA-IP-protocol sluiten goed op elkaar aan.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....

.....

.....

.....

Structuur en Inhoud Schattingsmethodiek (VA, PVA, BH, EE)

De volgende vragen gaan over de schattingsmethodiek, als onderdeel van het PTSS-protocol. Ze gaan in op het belang van de (sub)rubrieken voor het bepalen van het invaliditeitspercentage, op de classificatie van de ernst van de beperkingen en op uw mening of de schattingsmethodiek tot een 'passende' bepaling van de mate van invaliditeit leidt.

11. Kunt u in de onderstaande tabel met een kruisje aangeven hoe belangrijk u de vier rubrieken van de schattingsmethodiek vindt voor het bepalen van (de hoogte van) het invaliditeitspercentage?

Rubriek	Belang voor het bepalen van invaliditeitspercentage				
	zeer groot	groot	matig	gering	geen
1. Activiteiten van dagelijks leven					
2. Sociaal functioneren					
3. Concentratie, doorzettingsvermogen en tempo					
4. Adaptatie aan stressvolle omstandigheden					

Graag een korte toelichting

.....

Zijn er rubrieken die naar uw mening ontbreken?

.....

Zijn er rubrieken die naar uw mening overbodig zijn?

.....

12. Kunt u in de onderstaande tabel met een kruisje aangeven hoe belangrijk u de tien subrubrieken van de schattingsmethodiek vindt voor het bepalen van (de hoogte van) het invaliditeitspercentage?

Subrubriek	Belang voor het bepalen van invaliditeitspercentage				
	zeer groot	groot	matig	gering	geen
Subrubrieken onder de rubriek activiteiten van dagelijks leven					
1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg					
2. Mobiliteit					
3. Slapen					
4. Seksuele functie					
Subrubrieken onder de rubriek sociaal functioneren					
5. Basale communicatie (cognitieve aspecten)					
6. Sociale activiteiten (communicatief sociaal functioneren, sociale en recreatieve activiteiten)					
7. Communicatieve (emotionele) vaardigheden/activiteiten					
Subrubrieken onder de rubriek concentratie, doorzettingsvermogen en tempo					
8. Structuur aanbrengen					
9. Huishoudelijke activiteiten					
Subrubrieken onder adaptatie aan stressvolle omstandigheden					
10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen					

Graag een korte toelichting

.....
.....

Zijn er subrubrieken die naar uw mening ontbreken?

.....
.....

Zijn er subrubrieken die naar uw mening overbodig zijn?

.....
.....

De volgende vraag gaat over de beschrijving van de klassen van ernst van 0 tot en met 5 ('normaal' tot en met 'extreme beperkingen') die bij elk van de tien subrubrieken wordt gegeven.

13. In het schattingsinstrument worden rubrieken, subrubrieken en klassen van ernst van de beperkingen onderscheiden. Kunt u in onderstaande tabel met een kruisje aangeven wat uw mening is over de eenduidigheid waarmee alle klassen van ernst zijn beschreven? Zijn de klassen van ernst zodanig beschreven dat de situatie van de (post)actieve militairgemakkelijk in één van de klassen te duiden is?

Subrubriek	Ik vind de beschrijving van de klassen van ernst van de beperkingen binnen deze subrubriek:			
	Zeer eenduidig	Eenduidig	Niet zo eenduidig	Niet eenduidig
Subrubrieken onder de rubriek activiteiten van dagelijks leven				
1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg				
2. Mobiliteit				
3. Slapen				
4. Seksuele functie				
Subrubrieken onder de rubriek sociaal functioneren				
5. Basale communicatie (cognitieve aspecten)				
6. Sociale activiteiten (communicatief sociaal functioneren, sociale en recreatieve activiteiten)				
7. Communicatieve (emotionele) vaardigheden/activiteiten				
Subrubrieken onder de rubriek concentratie, doorzettingsvermogen en tempo				
8. Structuur aanbrengen				
9. Huishoudelijke activiteiten				
Subrubrieken onder adaptatie aan stressvolle omstandigheden				
10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen				

Indien u de beschrijving van klassen van ernst van de beperkingen bij één of meerdere subrubrieken niet (zo) eenduidig vindt, kunt u dan hieronder advies geven ter verbetering van deze eenduidigheid?

.....
.....
.....
.....

Nu volgt een vijftal stellingen over de subrubrieken en de klassen van het schattingsinstrument.

14. *Er bestaat geen overlap tussen de subrubrieken van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

15. *De toenemende mate van ernst van de beperkingen van de klassen 0 naar 5, c.q. van 'normaal' naar 'extreme beperkingen', verloopt in de schattingsmethodiek bij alle subrubrieken in gelijke stappen.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

Heeft u suggesties ter aanpassing van de beschrijving van de klassen?

.....
.....

16. *Door de uitgebreide omschrijving van de verschillende klassen bij elke afzonderlijke subrubriek weet ik telkens zonder twijfel de juiste keuze te maken.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

.....
17. *Het stellen van randvoorwaarden bij het scoren van enkele subrubrieken (voorbeeld: bij 'slapen' mag klasse 3 alleen worden gescoord als er daadwerkelijk slaapmedicatie wordt gebruikt) doet afbreuk aan de bruikbaarheid van het instrument.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

18. *Het met de schattingsmethodiek uiteindelijk bepaalde percentage invaliditeit vind ik passend bij de situatie van de (post-actieve) militair (IED)*

- ja, dit percentage is altijd passend
- ja, dit percentage is meestal passend
- nee, dit percentage is altijd te hoog
- nee, dit percentage is meestal te hoog
- nee, dit percentage is altijd te laag
- nee, dit percentage is meestal te laag
- anders, namelijk:
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

Indien dit percentage niet passend is, heeft u suggesties ter verbetering van de aansluiting van de uitkomsten van de schattingsmethodiek op de situatie van de (post-actieve) militair?

.....
.....

19. *Het door de pensioenverzekeringsautoriteit met de schattingsmethodiek uiteindelijk bepaalde percentage invaliditeit komt altijd overeen met het advies dat de verzekeringsarts daarover heeft gegeven. (VA, EE, PVA)*

- ja, dit percentage komt altijd overeen
- ja, dit percentage is meestal overeen
- nee, dit percentage is altijd hoger dan dat van de verzekeringsarts
- nee, dit percentage is meestal hoger dan dat van de verzekeringsarts
- nee, dit percentage is altijd lager dan dat van de verzekeringsarts
- nee, dit percentage is meestal lager dan dat van de verzekeringsarts
- anders, namelijk:
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

Indien dit percentage niet overeenkomt met het advies van de verzekeringsarts, heeft u suggesties ter verbetering van de onderlinge aansluiting van hun adviezen?

.....
.....

Bruikbaarheid (IED)

De volgende vijf stellingen gaan over de rol van het PTSS-protocol in het totale beoordelingsgesprek, op de efficiency van het protocol, op het effect van het protocol op intercollegiale communicatie en samenwerking en op de (algemene) bruikbaarheid van het protocol.

20. Het PTSS-protocol helpt om alle relevante aspecten in het beoordelingsgesprek aan bod te laten komen.

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Indien een aspect ontbreekt, overbodig is of u een knelpunt signaleert, graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

21. Het PTSS-protocol zorgt ervoor dat het invaliditeitspercentage op een efficiënte wijze wordt vastgesteld.

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

22. Het PTSS-protocol zorgt ervoor dat het invaliditeitspercentage op een rechtvaardige wijze wordt vastgesteld.

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens

daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

23. Het PTSS-protocol bevordert intercollegiale communicatie en samenwerking.

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

24. Het PTSS-protocol is goed bruikbaar.

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

Heeft u suggesties ter verbetering van de bruikbaarheid van het PTSS-protocol?

.....
.....

25. Het PTSS-protocol wordt geaccepteerd door zowel de (post)actieve militairen, als door de professionals die er gebruik van maken.

- mee eens
- deels eens en deels oneens: wel door de cliënten, maar minder door de professionals
- deels eens en deels oneens: wel door de professionals, maar minder door de cliënten
- mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

Indien u een beperkte acceptatie door de cliënten signaleert, heeft u suggesties ter verbetering van hun acceptatie van het protocol?

.....
.....
Indien u een beperkte acceptatie door de professionals signaleert, heeft u suggesties ter verbetering van hun acceptatie van het protocol?

.....
.....
De inbedding van het PTSS-protocol (VA, BH, EE)

De volgende vragen gaan in op de verhouding van het protocol tot andere standaarden die momenteel in gebruik zijn of in gebruik genomen gaan worden.

26. *Het PTSS-protocol sluit goed aan op de momenteel in gebruik zijnde DSM-IV.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

27. *Het PTSS-protocol sluit goed aan op de in de toekomst te gebruiken DSM-V.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

28. *Het PTSS-protocol sluit goed aan op het verzekeringsgeneeskundig protocol angststoornissen van de Gezondheidsraad.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....
.....

Diagnosestelling en het PTSS-protocol (IED)

De volgende stellingen gaan in op de wijze waarop het protocol het stellen van een diagnose mogelijk maakt, over het vaststellen van de causaliteit en over het onderscheidend vermogen van het protocol.

29. *Het PTSS-protocol is een instrument dat voor alle (post)actieve militairen te gebruiken is, ongeacht leeftijd, geslacht, opleidingsniveau of culturele achtergrond.*

- helemaal mee eens
- mee eens
- mee oneens
- helemaal mee oneens
- daar heb ik geen zicht op

Graag een korte toelichting op uw antwoord:

.....

.....

De volgende vijf stellingen staan in een tabel en gaan in op de mate waarin er met het protocol tot eenduidige uitspraken gekomen kan worden

30. *Met het PTSS-protocol kan er eenduidig een uitspraak worden gedaan over : (Routing: A en B: IED A,B,C,D,E: VA, PVA, BH, EE)*

	Helemaal mee eens	Mee eens	Mee oneens	Helemaal mee oneens	Heb ik geen zicht op
.... A. de causaliteit van de beperkingen van de te beoordelen (post-actieve) militair					
.... B. een oorzakelijk versus een verergerend dienstverband bij PTSS					
.... C. de verschillende vormen van PTSS bij de te beoordelen (post)actieve militair (zoals T1 PTSS, T2 PTSS, latente, later manifeste PTSS en Desnos).					
.... D. het onderscheid tussen co-morbiditeit (klachten) welke wel en welke geen causaal verband hebben met de militaire dienst.					
.... E. het onderscheid tussen beperkingen welke wel en welke geen causaal verband hebben met de militaire dienst bij een bestaand PTSS					

Graag een korte toelichting op uw antwoord(en):

- A.
.....
- B.
.....
- C.
.....
- D.
.....
- E.
.....

Gevolgen PTSS-protocol voor invaliditeitspercentage en Juridische aspecten (IED)

De laatste vraag gaat in op de gevolgen van het PTSS-protocol voor de toegang voor het verkrijgen van een invaliditeitspensioen en het realiseren van een eenduidige invaliditeitsbeoordeling.

31. *Uit de praktijk komen signalen dat de hoogte van het invaliditeitspercentage door de komst van het PTSS-protocol lager is geworden. Onderschrijft u deze signalen?*

- ja, zeer zeker
- ja, een beetje
- nee
- daar heb ik geen zicht op

Indien u deze signalen onderschrijft, wat is volgens u de verklaring daarvoor?

.....
.....

Indien u deze signalen niet onderschrijft, heeft u een idee waarop deze gebaseerd zijn?

.....
.....

Indien u nog algemene opmerkingen heeft over de vragen in de vragenlijst of nog iets anders kwijt wilt dan kunt u dat hieronder aangeven:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dit is het einde van de vragenlijst. Wij danken u heel hartelijk voor het invullen ervan!

In een volgende fase van het project wordt een aantal personen over (het gebruik van) het PTSS-protocol geïnterviewd en een aantal groepsgesprekken (focusgroepen) georganiseerd. Indien u bereid bent aan een dergelijk interview of aan een focusgroep deel te nemen, zou u dan uw naam, emailadres en/of telefoonnummer hieronder willen opgeven? Uiteraard worden deze gegevens vertrouwelijk behandeld en niet gekoppeld aan uw antwoorden op de vragen van de vragenlijst. Alvast hartelijk dank!

Naam:
Emailadres:
Telefoonnummer:

U kunt mij benaderen voor:

- een interview
- een focusgroep
- zowel een interview als een focusgroep

Ik beslis op dat moment definitief over mijn deelname.

Bijlage 4 Door participanten genoemde knel- en verbeterpunten tijdens de interviews en focusgroepen

Uitspraak	VA	PV	BH	CV	ZC	BM	VE
Somatische dienstgerelateerde beperkingen worden hoger 'ingeschaald' dan psychische dienstgerelateerde beperkingen	X	X					
MIP was voor gebruik van het protocol te hoog en is terecht lager geworden	X	X					
Huidige beoordelings- en uitkeringsstelsel dient geheel op de schop				X	X	X	X
Protocol en verzekeringsarts zouden meer rekening moeten houden met culturele verschillen cliënten	X		X	X	X		
Naam protocol is ongelukkig gekozen	X	X	X	X	X		X
Het tegelijk met de behandeling opstarten van MIP-aanvraag en periodieke herkeuringen staat een adequate behandeling in de weg			X	X	X		X
Door gebrek aan empathie verzekeringsarts en gebrek aan voorlichting cliënt bestaat er een risico dat het gevoel van erkenning bij (post)actieve militairen zich 'verplaatst' naar de hoogte van het toe te kennen MIP				X	X		
Er is bij professionals die met het PTSS-protocol te maken hebben onvoldoende duidelijkheid over het onderscheid tussen oorzakelijk en verergerend dienstverband	X	X	X		X	X	X
Onderscheid oorzakelijk en verergerend dienstverband wordt verder gecompliceerd door een ander onderscheid, namelijk tussen T1 en T2 trauma	X	X		X			
Het onderscheid tussen T1 en T2 trauma heeft geen wetenschappelijk fundament in de context van diagnosestelling bij psychische klachten	X	X					
Het afgeven van een verergerend dienstverband leidt bij (post)actieve militairen tot een gevoel retrospectief 'gek' te worden verklaard			X	X	X		
Het is twijfelachtig of het stellen van een juiste diagnose tezamen met het vaststellen van het dienstverband in één beoordelingsgesprek van de verzekeringsarts wel goed mogelijk is	X	X		X	X		
Een verergerend dienstverband zou bij een goede aanstellingskeuring eigenlijk niet moeten kunnen bestaan			X	X	X		
Indien tien militairen met hetzelfde incident worden geconfronteerd is het niet te voorspellen wie van hen PTSS ontwikkelt	X	X	X				
De thuissituatie wordt onvoldoende meegewogen bij het scoren van het schattingsinstrument				X	X		X
Met '0' of nauwelijks hoger gescoorde subrubrieken van het schattingsinstrument moeten worden vervangen							
Met '0' of nauwelijks hoger gescoorde subrubrieken van het schattingsinstrument moeten gehandhaafd blijven, er is theoretische grond voor het feit dat zij onderdeel van het instrument uitmaken	X	X					X
De weging van de subrubrieken waar veelvuldig "0" op worden gescoord moeten aangepast worden zodat ze het IP minder 'drukken'				X	X		
Het bestaan van de diagnose 'partiële PTSS' is bediscussieerbaar	X	X					

VA = Verzekeringsarts

PV = Pensioenverzekeringsautoriteit

BH = Behandelaar

CV = Cliëntenvertegenwoordiger / belangenbehartiger

ZC = Zorgcoördinator / casemanager

BM = Beleidsmedewerker / manager

VE = Veteraan

Uitspraak	VA	PV	BH	CV	ZC	BM	VE
Assertiviteit en naar buiten gekeerd zijn van cliënten hebben een opwaartse invloed op de hoogte van de afgegeven invaliditeit. Introvertheid en naar binnen gekeerd zijn hebben juist een neerwaartse invloed	X	X		X	X		
Het protocol bevordert transparantie van de aspecten waarop wordt beoordeeld	X	X	X	X	X	X	X
Het protocol bevordert eenduidigheid in de beoordeling	X	X	X	X	X	X	X
De interpretatieruimte van verzekeringsartsen heeft niet alleen te maken met gebruik van een protocol, maar vooral in de wijze waarop ermee omgegaan wordt	X	X					
Defensie zou bij twijfel over de dienstgerelateerdheid van klachten minder terughoudend moeten zijn in het toepassen van waarheidsvinding	X	X					
De voorwaarde om de subrubriek 4: seksuele functie te koppelen aan een behandeling om tot scoren op deze subrubriek te kunnen komen dient te vervallen	X	X	X	X	X		X
Sommige beperkingen kunnen in meerdere subrubrieken van het schattingsinstrument worden ondergebracht	X	X					
Het verschil tussen sommige klassen van subrubrieken is te groot	X	X					
Bij (post)actieve militairen die zowel met de oude als de nieuwe beoordelingsystematiek zijn beoordeeld is soms sprake van een significante daling van het MIP, terwijl aan de medische status niets is veranderd				X	X		
Het uitbreiden van het aantal beoordelingsgesprekken bij de beoordeling van psychische klachten bij (post)actieve militairen tot twee (met onafhankelijke verzekeringsartsen) is niet wenselijk	X	X	X		X		
Cliënten moeten beter worden voorgelicht over de status en inhoud van het beoordelingsgesprek en de procedure	X	X	X	X	X		X
Behandelaren geven te weinig of onduidelijke informatie aan de verzekeringsarts	X	X					X
Verzekeringsartsen benaderen zelden of nooit de behandelaar met een verzoek om informatie			X				
De kwaliteit en de onafhankelijkheid van externe experts is bediscussieerbaar	X	X	X		X		
Verzekeringsartsen zijn te vaak van mening dat de oorzaak van de psychische klachten gelegen is in co-morbiditeit of in de voorgeschiedenis							X
Cliënten zouden ook een verzoek moeten kunnen doen om externe expertise aan te vragen							X
De bejegening van cliënten door de verzekeringsarts laat vaak te wensen over					X		
Teveel m(post)actieve militairen krijgen een percentage van rond de 9,5% toegewezen, terwijl 10% tot een uitkering leidt			X				
Vrije toegankelijkheid van het protocol op het internet draagt bij aan aggraveren door de cliënt	X	X					X
De politiek stelt de normen van het MIP vast, niet de verzekeringsgeneeskundige sector	X	X					
Bij een aanstellingskeuring doen mensen zich beter voor dan ze zijn, bij een uitkeringskeuring juist slechter	X	X					
Percentages invaliditeit zijn sinds de invoering van het protocol aanmerkelijk verlaagd	X	X	X	X	X	X	X

VA = Verzekeringsarts
PV = Pensioenverzekeringsautoriteit
BH = Behandelaar
CV = Cliëntenvertegenwoordiger / belangenbehartiger

ZC = Zorgcoördinator / casemanager
BM = Beleidsmedewerker / manager
VE = Veteraan

Bijlage 5 Verdeling scores subrubrieken per jaar

Na de invoering van het PTSS-protocol in 2008 heeft er discussie plaatsgevonden tussen verzekeringartsen en penvauts over de wijze van beoordeling. Op basis hiervan zijn de zogenaamde Beleidsincidentenrapporten (BIR) opgesteld, waarin afspraken zijn gemaakt over de wijze van beoordeling en over de door de penvauts te toetsen onderwerpen in de door de verzekeringarts opgestelde rapportages. In de begeleidingscommissie kwam de vraag aan de orde of het effect van de BIR terug te zien zijn in de scores per subrubriek, doordat bijvoorbeeld vanaf een bepaald jaar dat een BIR van kracht is hoger of lager gescoord is. Hieronder staan de frequenties tabellen van de 10 subrubrieken per jaar.

TABEL 1: FREQUENTIES KLASSEN VAN DE 10 SUBRUBRIEKEN PER JAAR*

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	65 (91,5)	5 (7,0)	1 (1,4)	0	0	0
2012	108	102 (94,4)	3 (2,8)	0	2 (1,9)	1 (0,9)	0
2013	98	96 (98,0)	2 (2,0)	0	0	0	0
2014	125	122 (97,6)	3 (2,4)	0	0	0	0
2015	67	67 (100)					

Subrubriek 1 Persoonlijke hygiëne en zelfzorg

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	43 (60,6)	15 (21,1)	9 (12,7)	4 (5,6)	0	0
2012	108	69 (63,9)	21 (19,4)	8 (7,4)	4 (3,7)	4 (3,7)	2 (1,9)
2013	98	69 (70,4)	18 (18,4)	3 (3,1)	4 (4,1)	3 (3,1)	1 (1,0)
2014	125	78 (62,4)	32 (25,6)	10 (8,0)	2 (1,6)	3 (2,4)	0
2015	67	29 (43,3)	24 (35,8)	11 (16,4)	2 (3,0)	1 (1,5)	0

Subrubriek 2 Mobiliteit, 3. Slapen

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	8 (11,3)	14 (19,7)	34 (47,9)	12 (16,9)	3 (4,2)	0
2012	108	10 (9,3)	18 (16,7)	55 (50,9)	21 (19,4)	4 (3,7)	0
2013	98	7 (7,1)	31 (31,6)	39 (39,8)	15 (15,3)	5 (5,1)	1 (1,0)
2014	125	10 (8,0)	20 (16,0)	65 (52,0)	27 (21,6)	3 (2,4)	0
2015	67	5 (7,5)	11 (16,4)	33 (49,3)	13 (19,4)	5 (7,5)	0

Subrubriek 3 Slapen

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	71 (100)	0	0	0	0	0
2012	108	106 (98,1)	0	1 (0,9)	1 (0,9)	0	0
2013	98	98 (100)	0	0	0	0	0
2014	125	121 (96,8)	0	3 (2,4)	0	1 (0,8)	0
2015	67	65 (97,0)	2 (3,0)	0	0	0	0

Subrubriek 4 Seksuele functie

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	67 (94,4)	3 (4,2)	1 (1,4)	0	0	0
2012	108	107 (99,1)	1 (0,9)	0	0	0	0
2013	98	97 (99,0)	1 (1,0)	0	0	0	0
2014	125	123 (98,4)	2 (1,6)	0	0	0	0
2015	67	66 (98,5)	1 (1,5)	0	0	0	0

Subrubriek 5 Basale communicatie

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	20 (28,2)	16 (22,5)	22 (31,0)	12 (16,9)	1 (1,4)	0
2012	108	31 (28,7)	38 (35,2)	22 (20,4)	9 (8,3)	8 (7,4)	0
2013	98	34 (34,7)	37 (37,8)	16 (16,3)	9 (9,2)	2 (2,0)	0
2014	125	41 (32,8)	43 (34,4)	33 (26,4)	5 (4,0)	3 (2,4)	0
2015	67	17 (25,4)	19 (28,4)	24 (35,8)	7 (10,4)	0	0

Subrubriek 6 Communicatief sociaal functioneren

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	16 (22,5)	25 (35,2)	23 (32,4)	6 (8,5)	1 (1,4)	0
2012	108	34 (31,5)	32 (29,6)	25 (23,1)	9 (8,3)	8 (7,4)	0
2013	98	34 (34,7)	35 (35,7)	22 (22,4)	5 (5,1)	2 (2,0)	0
2014	125	45 (36,0)	35 (28,0)	37 (29,6)	8 (6,4)	0	0
2015	67	18 (26,9)	28 (41,8)	18 (26,9)	2 (3,0)	1 (1,5)	0

Subrubriek 7 Communicatieve (emotionele) vaardigheid

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	31 (43,7)	22 (31,0)	15 (21,1)	3 (4,2)	0	0
2012	108	44 (40,7)	35 (32,4)	21 (19,4)	6 (5,6)	2 (1,9)	0
2013	98	56 (57,1)	26 (26,5)	14 (14,3)	2 (2,0)	0	0
2014	125	74 (59,2)	30 (24)	18 (14,4)	3 (2,4)	0	0
2015	67	37 (55,2)	26 (38,8)	4 (6,0)	0	0	0

Subrubriek 8 Structuur aanbrenge

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	48 (67,6)	15 (21,1)	6 (8,5)	2 (2,8)	0	0
2012	108	61 (56,5)	31 (28,7)	11 (10,2)	1 (0,9)	4 (3,7)	0
2013	98	63 (64,3)	21 (21,4)	12 (12,4)	2 (2,0)	0	0
2014	125	91 (72,8)	21 (16,8)	10 (8,0)	3 (2,4)	0	0
2015	67	38 (56,7)	23 (34,3)	6 (9,0)	0	0	0

Subrubriek 9 Huishoudelijke activiteiten

	N	0	1	2	3	4	5
2011	71	6 (8,5)	23 (32,4)	34 (47,9)	7 (9,9)	1 (1,4)	0
2012	108	8 (7,4)	46 (42,6)	41 (38,0)	7 (6,5)	6 (5,6)	0
2013	98	7 (7,1)	52 (53,1)	35 (35,7)	3 (3,1)	1 (1,0)	0
2014	125	7 (5,6)	70 (56,0)	42 (33,6)	6 (4,8)	0	0
2015	67	5 (7,5)	29 (43,3)	33 (49,3)	0	0	0

Subrubriek 10 Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

**van 9 dossiers is het beoordelingsjaar niet bekend*

In tabel twee staan de gemiddelden en standaard deviaties per jaar, per subrubriek weergegeven. Deze zijn getoetst op significantie met one-way Anova, waarbij een post hoc test is uitgevoerd met Bonferroni en LSD.

TABEL 2: GEMIDDELDE (SD) PER JAAR PER SUBRUBRIEK

Subrubriek	2011	2012	2013	2014	2015
n	71	108	98	125	67
1	0,1 (0,3)	0,1 (0,6)	0,02 (0,1)	0,02 (0,2)	0,0 (0,0)
2	0,6 (0,9)	0,7 (1,2)	0,5 (1,1)	0,6 (0,9)	0,8 (0,9)
3	1,8 (1,0)	1,9 (0,9)	1,8 (1,0)	1,9 (0,9)	2,0 (1,0)
4	0,0 (0,0)	0,1 (0,3)	0,0 (0,0)	0,08 (0,5)	0,03 (0,2)
5	0,1 (0,31)	0,01 (0,1)	0,01 (0,1)	0,02 (0,1)	0,02 (0,1)
6	1,4 (1,1)	1,3 (1,2)	1,1 (1,0)	1,1 (1,0)	1,3 (1,0)
7	1,3 (1,0)	1,3 (1,2)	1,0 (1,0)	1,1 (1,0)	1,1 (0,9)
8	0,8 (0,9)	1,0 (1,0)	0,6 (0,8)	0,6 (0,8)	0,5 (0,6)
9	0,4 (0,7)	0,7 (1,0)	0,5 (0,8)	0,4 (0,7)	0,5 (0,7)
10	1,6 (0,8)	1,6 (0,9)	1,3 (0,7)	1,4 (0,7)	1,4 (0,6)

**van 9 dossiers is het beoordelingsjaar niet bekend*

1. Persoonlijke hygiëne en zelfzorg, 2. Mobiliteit, 3. Slapen, 4. Seksuele functie, 5. Basale communicatie, 6. Communicatief sociaal functioneren, 7. Communicatieve (emotionele) vaardigheid, 8. Structuur aanbrengen, 9. Huishoudelijke activiteiten, 10. Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

In tabel 3 staan de significanties weer gegeven per subrubriek.

TABEL 3: SIGNIFICANTIES PER SUBRUBRIEK.

	Sig.
1	0,044*
2	0,337
3	0,655
4	0,264
5	0,086
6	0,112
7	0,174
8	0,001*
9	0,154
10	0,04*

*significant <0.05

Voor de variabele 'jaartal' is een significant verschil bij de subrubrieken 1, 8 en 10 gevonden. Voor subrubriek 1 wordt post hoc een significant verschil gevonden met het jaar 2012 vergeleken met het jaar 2013, 2014 en 2015. In 2012 wordt twee keer klasse 3 gescoord, in de andere jaren niet. Voor subrubriek 8 wordt een verschil gevonden tussen het jaar 2012 vergeleken met de jaren 2013, 2014 en 2015. In 2012 wordt hier minder vaak klasse 0 gescoord. Voor subrubriek 10 is een verschil gevonden met het jaar 2011 vergeleken met het jaar 2013, 2014; en met het jaar 2012 vergeleken met 2013 en 2014. Na 2012 wordt er minder vaak klasse 3 en 4 gescoord.

Er is alleen een verschil tussen jaren gevonden ten opzichte van het jaar 2012. BIR 28 is in 2012 uitgebracht, maar betreft slaapmedicatie, hetgeen geen invloed kan hebben op de subrubrieken 1, 8 of 10.

Geraadpleegde literatuur

- ¹ Reijnen, A., Rademaker, A. R., Vermetten, E. & Geuze, E. (2014). Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to Afghanistan: A 2-year longitudinal analysis. *European Psychiatry*, 30, 341–46.
- ² Advies Commissie WPC-PIM (2005). *Schade in Schalen – de psyche in beeld. Het vaststellen van de mate van psychische invaliditeit in het kader van militaire pensioenvoorschriften*. 's-Gravenhage
- ³ Besluit aanvullende arbeidsongeschiktheids en invaliditeitsvoorzieningen militairen:
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0012223/2015-01-01>
- ⁴ PTSS protocol – PTSS WIA IP Protocol (2007), Project WIA ZORG wet, Ministerie van Defensie
- ⁵ Fokkens, A.S., Groothoff, J.W.G., Van der Klink, J., & Tuinstra, J. (2011). *Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol*. Groningen: Toegepast GezondheidsOnderzoek, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- ⁶ Fokkens, A.S., Groothoff, J.W.G., Van der Klink, J., & Tuinstra, J. (2012). Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol, II. Een vergelijking tussen de schattingsmethodiek PTSS-protocol/PIM rapport en de schattingsmethodiek AMA-guides 6^e druk bij psychische aandoeningen.
- ⁷ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, 2000
- ⁸ Discovering statistics using spss, Andy field, 2005, Sage publications London
- ⁹ Polit D.P. and Hungler B.P. *Nursing Research, Principles and Methods*, zesde editie 1999 Lippincott
- ¹⁰ Heinen S., Bakker R.H., Popping R., Reneman M., Soer R. (2014) Betrouwbaarheid en validiteit van de Groninger Werkbeleving Screeningslijst (GWS), *TBV 22* (1), 15-21.
- ¹¹ Loevinger, J. (1948). "The technique of homogeneous test compared with some aspects of 'scale analysis' and 'factor analysis'." *Psychological Bulletin*, 45: 507-530.
- ¹² Mokken, R.J. (1971). *A theory and procedure of scale analysis*. The Hague/Berlin: Mouton/De Gruyter.
- ¹³ Schuur H. Van. (2003) Mokken Scale Analysis: Between the Guttman Scale and Parametric Item Response Theory. *Political Analysis* 11: 139-63.
- ¹⁴ Guttman, L. (1950). *The basis for scalogram analysis*. In S.A. Stouffer, L. Guttman, E.A. Suchman, P.F. Lazarsfeld, S.A. Star, & J.A. Clausen (Eds.), *Measurement and prediction* (pp. 60–0). Princeton, NJ: Princeton University Press.

