



Regeling vaststelling invaliditeit met dienstverband

11 juni 2026

Nr. MINDEF20260043205

De Staatssecretaris van Defensie

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

Besluit:

ARTIKEL I

De Ministeriële regeling van 27 juni 2008, Afdeling Pensioenen, Sociale Zekerheid en Zorg, nr. P/2008011730 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel b wordt 'protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen met een posttraumatische stress stoornis' vervangen door 'protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS'.

2. In onderdeel d vervalt 'Medische eindtoestand'.

B

Artikel 2, vierde lid, vervalt.

C

Na artikel 3 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3a Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling vaststelling invaliditeit met dienstverband.

D

Bijlage 2 wordt vervangen door bijlage 2, opgenomen als bijlage 1 bij deze regeling.

E

Bijlage 4 wordt vervangen door bijlage 4, opgenomen als bijlage 2 bij deze regeling.

ARTIKEL II – OVERGANGSBEPALING

1. In dit artikel wordt verstaan onder:

Besluit:

het Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen;

betrokken dossier:

een dossier dat is gevormd in verband met de vaststelling van een oorspronkelijk invaliditeitspercentage op grond van het Besluit, niet zijnde:

- een dossier waarbij de gevolgen van het vastgestelde invaliditeitspercentage zijn geregeld in een met de betrokken militair of gewezen militair gesloten vaststellingsovereenkomst, waarbij is afgesproken dat het vastgestelde invaliditeitspercentage niet meer kan wijzigen of;
- een dossier waarbij het invaliditeitspercentage ambtshalve is vastgesteld, al dan niet gebaseerd op een pensioenkeuring.



nieuwe invaliditeitspercentage:

het bij de ambtshalve herbeoordeling op grond van het Besluit vastgestelde invaliditeitspercentage;

oorspronkelijk invaliditeitspercentage:

het in de periode van 1 juli 2008 tot en met 30 juni 2026 op basis van het PTSS-protocol 2008 en op grond van het Besluit definitief vastgestelde invaliditeitspercentage, niet zijnde een voorlopig vastgestelde invaliditeitspercentage;

PTSS-protocol 2008:

Het protocol, opgenomen in bijlage 2 van de Regeling vaststelling invaliditeit met dienstverband, zoals dat gold tot en met 30 juni 2026;

Protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS:

Het protocol, opgenomen in de bijlage 2 van de Regeling vaststelling invaliditeit met dienstverband, zoals dat luidt met ingang van 1 juli 2026;

aanspraak:

een invaliditeitspensioen en/of een bijzondere invaliditeitsverhoging als bedoeld in de artikelen 7 en 8 van het Besluit aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen militairen en de artikelen 2 en 3 van het Besluit bijzondere militaire pensioenen.

2. Onder de verantwoordelijkheid van de geneeskundige autoriteit, in opdracht van de minister, vindt een ambtshalve herbeoordeling plaats van betrokken dossiers op basis van het Protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS. Deze herbeoordelingen vinden plaats vanaf de inwerkingtreding van deze bepaling. Er wordt naar gestreefd deze herbeoordelingen binnen 24 maanden af te ronden.
3. Indien het nieuwe invaliditeitspercentage hoger is dan het oorspronkelijke invaliditeitspercentage, worden met ingang van 1 januari 2026 de aanspraken van de militair danwel gewezen militair gebaseerd op het nieuwe invaliditeitspercentage.
4. Indien het nieuwe invaliditeitspercentage lager is dan het oorspronkelijke invaliditeitspercentage dan blijven de aanspraken van de militair dan wel de gewezen militair gebaseerd op het oorspronkelijke invaliditeitspercentage.
5. Indien de militair of gewezen militair die in aanmerking komt voor de ambtshalve herbeoordeling op of na 1 juli 2026 komt te overlijden voordat er een besluit is genomen naar aanleiding van de ambtshalve herbeoordeling:
 - wordt de ambtshalve herbeoordeling alsnog uitgevoerd voor de aanspraken van de nabestaanden in de zin van het *Besluit bijzondere militaire pensioenen*, waarvoor het invaliditeitspercentage van belang is;
 - indien deze ambtshalve herbeoordeling leidt tot een nieuw invaliditeitspercentage dat hoger is dan het oorspronkelijke invaliditeitspercentage, ontvangen de nabestaanden over de periode van 1 januari 2026 tot de datum van overlijden een nabetaling ter hoogte van het verschil tussen de aanspraken op basis van het oorspronkelijke en het nieuwe invaliditeitspercentage dat de militair of gewezen militair zou hebben gehad en wordt vanaf de datum van het overlijden voor de aanspraken van nabestaanden in de zin van *het Besluit bijzondere militaire pensioenen* rekening gehouden met het nieuwe invaliditeitspercentage.
 - indien deze ambtshalve herbeoordeling leidt tot een nieuw invaliditeitspercentage dat lager is dan het oorspronkelijke invaliditeitspercentage, leidt dit niet tot een wijziging van de aanspraken die de militair of gewezen militair heeft gehad tot de datum van overlijden.

ARTIKEL III – INWERKINGTREDING

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juli 2026.

Deze regeling zal met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Staatssecretaris van Defensie
voor deze
De Hoofddirecteur Personeel
B.J. de Greeff*



TOELICHTING

Algemeen deel

Bij de inwerkingtreding van onderhavige ministeriele regeling¹ kende de regeling drie, als bijlage toegevoegde, protocollen:

- Bijlage 1: Protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen (WIA/IP Protocol);
- Bijlage 2: Protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen met een PTSS (PTSS-protocol 2008);
- Bijlage 3: Protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen met medical unexplained physical symptoms/lichamelijk onverklaarde chronische klachten na uitzending (MUPS/LOK Protocol).

In 2012 is een vierde bijlage aan de regeling toegevoegd aan de hand waarvan de mate van invaliditeit met dienstverband kan worden vastgesteld, namelijk de richtlijn Medische eindtoestand/Duurzame functionele invaliditeit². Deze richtlijn had als doel te komen tot een verkorting van de termijn tot het vaststellen van het definitieve invaliditeitspercentage.

Bijlage 2

Na de invoering van het PTSS-protocol in 2008 is de werking van het protocol een aantal keer geëvalueerd. De uitkomsten van deze evaluaties gaven aanleiding om het protocol te herzien. Deze herziening is uitgevoerd door een groep experts en heeft geresulteerd in het nieuwe Protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS dat is opgenomen in bijlage 2.

Bijlage 4

Sinds de invoering van deze richtlijn is gebleken dat cliënten soms veelvuldig een herkeuring moesten ondergaan voordat de duurzame functionele invaliditeit vastgesteld kon worden. Dit is ongewenst en niet in lijn met het doel van introductie van de richtlijn. Om dit te herstellen worden met deze regeling essentiële wijzigingen doorgevoerd in de richtlijn en gezien de omvang van die wijzigingen wordt de richtlijn in zijn geheel opnieuw vastgesteld.

De centrales van overheidspersoneel hebben ingestemd met de wijzigingen in deze regeling.³

Artikelsgewijs deel

Artikel I, onderdelen A (sub 1) en D

In het Protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS (opgenomen als bijlage 2 bij de regeling) zijn op basis van de meest recente medische inzichten wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van het PTSS-protocol 2008, waaronder aanpassing van de scoringsmethodiek.⁴

Artikel I, onderdelen A (sub 2) en E

In de richtlijn (opgenomen als bijlage 4 bij de regeling) zijn de volgende essentiële wijzigingen doorgevoerd:

- Wanneer de verzekeringsarts geen doorslaggevende argumenten heeft om te kiezen voor de situatie dat er wel of geen verlaging van de functionele invaliditeit te verwachten is, zal de verzekeringsarts ervan uitgaan dat verlaging van de functionele invaliditeit niet (in plaats van: mogelijk nog wel) zal optreden.
- De vereiste minimale behandelduur van twee jaar voor psychische aandoeningen is losgelaten. Er bleek namelijk geen wetenschappelijke basis voor deze eis: sommige cliënten met bijvoorbeeld PTSS verbeteren met enkele behandelingen en hebben geen of nauwelijks beperkingen meer; bij

¹ Stcrt. 2009, 11611.

² Stcrt. 2012, 3183.

³ Georganiseerd overleg sector Defensie: de brief aan de Werkgroep Postactieven van 18 juli 2024, met kenmerk PA/24.0472, waarover blijkens de rapportage van 10 september 2024, met kenmerk PA/24.0526, overeenstemming is bereikt en de brief aan de Werkgroep Postactieven van 27 oktober 2025, met kenmerk PA/25.0677 waarin de tijdens de WG PA van 23 september 2025 gemaakte afspraken (verslag: PA/25.0610) zijn bevestigd.

⁴ Voor een uitgebreide toelichting op de wijzigingen wordt verwezen naar bijlage 2 bij de brief aan de Werkgroep Postactieven van 27 oktober 2025, met kenmerk PA/25.0677.



anderen duurt het langer of is er geen enkele verbetering ondanks adequate en soms langdurige therapie.

- De in stap 3 beschreven beoordeling van de prognose in het eerstkomende jaar tot drie jaar na de beoordeling, is gewijzigd naar tot twee jaar na de eerste beoordeling. Dit is in lijn met de ervaring dat de functionele invaliditeit minder afneemt naarmate de tijd voortschrijdt.
- Het aantal beoordelingen op verzoek van Defensie wordt met deze wijzigingen in principe teruggebracht naar maximaal twee, binnen een periode van maximaal twee jaar
- Een deel van (thans) bijlage 1A is verwijderd. Dit deel had betrekking op de bijzondere invaliditeitsvoorziening (BIV) en de overgangsregeling bij de invoering van de protocollen in juli 2008.

Met inachtneming van de bovenstaande wijzigingen zijn tevens de samenvatting en de inleiding gewijzigd, waarbij de overwegingen zijn weggelaten. Daarnaast zijn er taal- en tekstuele verbeteringen aangebracht die geen inhoudelijke consequenties hebben.

Artikel I, onderdeel B

Deze bepaling voorzag in een overgangsbepaling, die thans is uit gefaseerd. Om die reden wordt deze bepaling ingetrokken.

Artikel I, onderdeel C

Om onbekende redenen heeft deze ministeriële regeling bij de totstandkoming geen eigenstandige benaming of een citeertitel meegekregen. Om de vindbaarheid van deze regeling te vergroten wordt daarom alsnog een citeertitel aan de regeling toegevoegd.

Artikel II

Het PTSS-protocol 2008 is sinds 1 juli 2008 in gebruik bij verzekeringsartsen. Sindsdien is bij meer dan 2000 militaire oorlogs- en dienstslachtoffers een definitief invaliditeitspercentage vastgesteld op basis van dat protocol. Hoewel de hoogste bestuursrechter heeft geoordeeld dat (de toepassing van) het protocol leidde tot rechtmatige besluiten, heeft een uitgevoerde evaluatie tot aanpassing van het protocol en de daarin beschreven beoordelingssystematiek geleid.

De in artikel II geregelde overgangsmaatregel in verband met de ingebruikneming van het Protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS (zoals opgenomen in bijlage 2) door verzekeringsartsen bij vaststelling van het invaliditeitspercentage voorziet in een eenmalige ambtshalve herbeoordeling door de verzekeringsarts van eerder met behulp van de in het PTSS-protocol 2008 vastgestelde invaliditeitspercentages. De verzekeringsarts beoordeelt op basis van het herziene protocol en de gegevens die zich thans al in het dossier bevinden of aanpassing van het invaliditeitspercentage aan de orde is. Daarbij kan het invaliditeitspercentage alleen maar gelijk blijven of worden opgehoogd.

De overgangsmaatregel beoogt te voorkomen dat cliënten zich in gevallen waarin geen sprake is van een medische verslechtering, toch genooddaakt voelen om te verzoeken om een reguliere herbeoordeling teneinde hun invaliditeitspercentage opnieuw te laten vaststellen aan de hand van het herziene protocol, met mogelijk een hoger invaliditeitspercentage als uitkomst. Aldus geeft de overgangsmaatregel voor de belanghebbenden op de minst belastende en minst vertragende wijze uitsluitel over het bij hen op basis van het Protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS hernieuwd vastgestelde invaliditeitspercentage en daarmee corresponderende aanspraken. Een reguliere herbeoordeling op basis van een (en met het daaraan inherente, belastende) verzekeringsgeneeskundig onderzoek kan immers achterwege blijven. Daarnaast dient hernieuwde vaststelling van het invaliditeitspercentage aan de hand van het herziene protocol het belang van het voorkomen van ongelijkheid naar de toekomst. Door eerder uitgevoerde beoordelingen (uitgevoerd in de periode van 1 juli 2008 tot 30 juni 2026) op basis van hetzelfde protocol te beoordelen dat geldt voor dossiers vanaf 1 juli 2026, kan geen discussie ontstaan over (ongerechtvaardigde) verschillen in beoordeling van de invaliditeit van belanghebbenden die voor, respectievelijk na inwerkingtreding van het Protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS door de verzekeringsarts zijn beoordeeld.

Vanuit goed werkgeverschap wordt ten behoeve van de nabestaanden van een militair oorlogs- of dienstslachtoffer, die tot de doelgroep van de eenmalige ambtshalve herbeoordeling behoort en op of na 1 juli 2026 komt te overlijden voordat de ambtshalve papieren herbeoordeling heeft plaatsgevonden, alsnog een dergelijke herbeoordeling uitgevoerd. De ambtshalve herbeoordeling is niet van toepassing als uit een onderzoek in de zin van artikel 8 lid 1 van *het Besluit bijzondere militaire pensioenen* volgt dat er een verband is tussen het overlijden en invaliditeit met dienstverband. Het partner- of wezenpensioen wordt dan immers vastgesteld naar een mate van invaliditeit met dienstverband van 100 procent.



De eenmalige ambtshalve herbeoordeling vergt de nodige capaciteit van verzekeringsartsen. Voor het zo efficiënt mogelijk uitvoeren van de eenmalige ambtshalve herbeoordeling is het daarom noodzakelijk dat de verzekeringsarts de ter beoordeling voorliggende dossiers kan prioriteren. In overleg met de centrales van overheidspersoneel is bepaald dat per 1 juli 2026 wordt gestart met de dossiers van de (gewezen) militairen van 60 jaar en ouder. Vervolgens zullen de dossiers worden behandeld op basis van anciënniteit: er wordt gestart met de dossiers waarin op basis van het PTSS-protocol 2008 het langst geleden een medische eindtoestand is vastgesteld en vanuit daar wordt er teruggewerkt naar de meest recente dossiers. In het kader van behoud van efficiëntie en het voorkomen van vertragingen in de eenmalige ambtshalve herbeoordeling kan in voorkomend geval door de verzekeringsarts van dit uitgangspunt worden afgeweken. Het streven bestaat om de dossiers die voor een eenmalige ambtshalve herbeoordeling in aanmerking komen binnen een periode van 1,5 jaar af te ronden, waarbij de haalbaarheid van dit streven mede afhankelijk zal zijn van de beschikbaarheid van verzekeringsartsen. Voor de ingangsdatum van de mogelijke herziening van aanspraken maakt het moment waarop de ambtshalve herbeoordeling plaatsvindt geen verschil. Deze is voor alle dossiers hetzelfde, namelijk 1 januari 2026.

Bij de eenmalige ambtshalve herbeoordeling worden bijzondere persoonsgegevens in de zin van artikel 9, lid 1, Algemene verordening gegevensbescherming ('AVG') verwerkt, namelijk gezondheidsgegevens. De individuele ambtshalve herbeoordeling vindt immers plaats op basis van het eerder gevormde dossier, dat gezondheidsgegevens bevat. Op de verwerking van gezondheidsgegevens rust in beginsel een verwerkingsverbod, tenzij sprake is van een toepasselijke uitzondering in artikel 9, lid 2, AVG. De grondslag voor de individuele ambtshalve herbeoordeling is gelegen in artikel 9, lid 2, onder b, AVG jo. artikel 30, lid 1, onder a Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming ('UAVG'). Hierin is neergelegd dat het verbod om gegevens over gezondheid te verwerken niet van toepassing is indien de verwerking geschiedt door bestuursorganen, pensioenfondsen, werkgevers of instellingen die te hunnen behoefte werkzaam zijn, en voor zover de verwerking noodzakelijk is voor: een goede uitvoering van wettelijke voorschriften, pensioenregelingen of collectieve arbeids-overeenkomsten die voorzien in aanspraken die afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand van de betrokkene. In het kader van de eenmalige ambtshalve herbeoordeling van het invaliditeitspercentage is de verwerking van gezondheidsgegevens noodzakelijk om te bepalen of en zo ja, in welke mate het invaliditeitspercentage wijzigt. De verwerking van gezondheidsgegevens is dan ook noodzakelijk voor de uitvoering van onderhavige regeling. Daarmee is voldaan aan de voorwaarde van artikel 9, lid 2, onder b, AVG in samenhang met artikel 30, lid 1, onder, a, UAVG.

Artikel III

De regeling treedt inwerking met ingang van 1 juli 2026, omdat vanaf dat moment de bedrijfsprocessen zijn ingericht om uitvoering te kunnen geven aan de (ambtshalve her)beoordelingen onder de nieuwe regeling. Na overleg met de centrales van overheidspersoneel is, mede vanwege het tijdsverloop om te komen tot de implementatie van de herziene regeling, besloten om voor de gevallen als bedoeld in artikel II, lid 3, te bepalen dat gewijzigde aanspraken op basis van de eenmalige ambtshalve herbeoordeling ingaan per 1 januari 2026.

*De Staatssecretaris van Defensie
voor deze
De Hoofddirecteur Personeel
B.J. de Greeff*



BIJLAGE 1 BEHOREND BIJ ARTIKEL I, ONDERDEEL D

BIJLAGE 2 – PROTOCOL VOOR PSYCHISCHE AANDOENINGEN WAARONDER PTSS

Dienstverband en Invaliditeit beoordeling bij militairen en post-actieve militairen met psychische aandoeningen waaronder posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Dit protocol is opgebouwd uit twee delen:

1. een beschrijvend deel, waarin de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychische aandoeningen met dienstverband⁵ wordt verwoord.
2. een bijlage met de beoordelingsmethodiek voor het vastleggen van het invaliditeitspercentage van de beperkingen op ADL en BDL.

Beide delen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Dit protocol is exclusief bedoeld voor artsen werkzaam bij de afdeling Sociaal Medisch Onderzoek (SMO) van het ABP/APG en het bedrijf Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB) van Defensie. Artsen die met dit protocol gaan werken, zullen geïnstrueerd worden in het gebruik van de nieuwe beoordelingsmethodiek. Deze instructie zal intern gegeven worden door ervaren artsen van de genoemde afdelingen.

Dit nu voorliggende protocol is een herziening van het voorgaande PTSS-protocol van 2007. Na evaluaties, uitgevoerd door de afdeling toegepast gezondheidsonderzoek van de universiteit van Groningen en na uitgebreid overleg tussen de vakcentrales en Defensie, is afgesproken om het oude protocol aan te passen en zo te komen tot een beoordelingssystematiek die rekening houdt met recente medische en maatschappelijke ontwikkelingen en inzichten en recht doet aan de beperkingen van de militair of ex-militair met een psychische dienstverbandaandoening. Het is geen vervanging maar een aanpassing van een bestaand en getoetst protocol naar een protocol dat voldoet aan de huidige medisch-wetenschappelijk richtlijnen.

Om te komen tot dit nu voorliggende protocol, is door de Hoofddirecteur Personeel de opdracht gegeven voor de instelling van een werkgroep. De werkgroep is als volgt samengesteld: verzekeringsartsen met ervaring in het werken met het voorgaande PTSS-protocol, een psychiater met kennis van psychiatrische aandoeningen met dienstverband, een methodoloog en de pensioenverzekeringsautoriteit.

De werkgroep is als volgt samengesteld:

- A.J.M. Liefing, bedrijfsarts en verzekeringsarts, KTZ(AR) bd, adviseur van Defensie en projectleider,
- KTZ(AR) A.J. van der Sluis, verzekeringsarts en commandant BMB,
- Dhr. M. Bourier, verzekeringsarts BMB (tevens bedrijfsarts),
- KTZ(AR) P.F. Eland, psychiater BMB,
- Dhr. P.G. Verkerk, verzekeringsarts SMO (tevens jurist),
- Mw. K. Baal, verzekeringsarts SMO,
- Dhr. P. Pliva, verzekeringsarts en pensioenverzekeringsautoriteit,
- Mw. dr. J.A. Wilschut, methodoloog, werkzaam bij de Bestuursstaf Defensie.

Bij de totstandkoming van dit protocol zijn de volgende externe adviseurs betrokken:

- Mw. Prof. Dr. S. J. van der Burg- Vermeulen, bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde en verzekeringsarts,
- Dhr. A.J. Maas, verzekeringsarts en voormalig kwaliteitsfunctionaris medisch bureau SVB,
- Dhr. J.J. Meulenkamp, medisch adviseur RGA.

INHOUD

1. INLEIDING
 - 1.1 Leeswijzer
2. KORT OVERZICHT VAN PSYCHISCHE AANDOENINGEN DIE KUNNEN VOORKOMEN BIJ ONDERZOEK NAAR DIENSTVERBAND
 - 2.1 PTSS
3. VERZEKERINGSGENEESKUNDIG ONDERZOEK
 - 3.1 Diagnose
 - 3.2 Psychiatrische expertise

⁵ De termen dienstverband en causaliteit (ook wel causaal verband genoemd) worden beiden gebruikt om aan te geven dat de aandoening in overwegende mate is ontstaan, tot uiting is gekomen of is verergerd door een incident, trauma, gebeurtenissen of blootstelling tijdens de bijzondere of buitengewone omstandigheden.



- 3.3 Behandeling
- 4. COMORBIDITEIT
- 5. CAUSALITEIT
 - 5.1 Verergerend en oorzakelijk dienstverband
- 6. VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE RAPPORTAGE
 - 6.1 Inzagerecht, correctierecht en blokkeringsrecht
- 7. BEOORDELINGSMETHODIEK OM HET INVALIDITEITSPRECENTAGE VAST TE STELLEN
 - 7.1 Het invaliditeitspercentage.

1. INLEIDING

Bij militairen en ex-militairen met een dienstverbandaandoening, wordt de mate van invaliditeit als gevolg van deze dienstverbandaandoeningen vastgesteld aan de hand van de War Pensions Committee-schaal, de WPC-schaal. Dit is beschreven in artikel 13, eerste lid van het Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen. De WPC-schaal dateert van 1953 en kent geen bruikbare tabel voor het vaststellen van de mate van invaliditeit als gevolg van PTSS. In de WPC-schaal staat bij psychische stoornissen: 'Het is niet mogelijk of raadzaam gebleken een schaal op te maken waarnaar de invaliditeit vastgesteld kan worden. Ieder geval is met zijn individuele factoren als afzonderlijk probleem te beschouwen en moet daarnaar beoordeeld worden.' Mede daarom heeft de commissie 'WPC-Psychische invaliditeit militairen (PIM)' in 2005 in opdracht van het Ministerie van Defensie een schattingsmethodiek voor de beoordeling van de psychische invaliditeit ontwikkeld. Deze methodiek staat beschreven in het rapport 'Schade in schalen, de psyche in beeld' ook genoemd het 'PIM-rapport'. De methodiek werd positief beoordeeld door leden van de Gezondheidsraad. Het Ministerie van Defensie heeft, per ministeriële regeling d.d. 27 juni 2008, nr. P/2008011730, drie medische protocollen ingevoerd voor de invaliditeitsbeoordeling bij militairen. Het voorgaande PTSS-protocol was er een van. In dit protocol werd de nieuwe methodiek geïntroduceerd om de mate van invaliditeit bij PTSS vast te stellen.

De WPC-schaal was echter ook niet toereikend voor andere psychische aandoeningen dan PTSS, zoals chronische depressie en angststoornissen. In de afgelopen jaren is het PTSS-protocol daarom ook gebruikt voor de berekening van invaliditeit voor alle psychische aandoeningen die het gevolg waren van gebeurtenissen tijdens de uitoefening van de militaire dienst in buitengewone of bijzondere omstandigheden. Diverse rechtelijke uitspraken ondersteunen deze praktijk.⁶

De beoordelingsmethodiek beschreven in het voorgaande en het voorliggende protocol, beschrijft de beperkingen die mensen ondervinden bij algemeen dagelijkse (ADL) en bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (BDL) in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd. Verlies van vermogen tot verkrijgen van inkomen uit arbeid, valt hier niet onder. Het maakt hierbij dus niet uit welke psychische aandoening aan de klachten en diens gevolge de beperkingen ten grondslag ligt. De naam van het protocol is daarom aangepast. Omdat PTSS een van de meest voorkomende psychische aandoeningen met dienstverband is en om recht te doen aan deze groep (ex-) militairen, is gekozen voor de naam 'Protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS'.

In de jaren na invoering van het PTSS-protocol, zijn door Universiteit van Groningen diverse onderzoeken uitgevoerd betreffende de betrouwbaarheid van de schattingsmethodiek. Evaluaties van de toepasbaarheid van het protocol hebben in 2011, 2012 en 2016 plaats gevonden. Belangrijke conclusies van deze evaluaties waren dat het protocol tot een structurele wijze van beoordelen leidt en grote uniformiteit kent⁷, dat het een betrouwbaar instrument is en dat het invaliditeitspercentage met het PTSS-protocol gemiddeld hoger uitkomt dan met de AMA-guides⁸ waarmee maximaal 50% invaliditeit bereikt kan worden⁹. Door gebruik van het protocol is de beoordeling theoretisch beter onderbouwd. Daarnaast is een aantal verbeterpunten geformuleerd¹⁰. Bij de evaluatie van 2016 is een begeleidingscommissie ingesteld door Defensie. De begeleidingscommissie, onder voorzitterschap van Luitenant-generaal b.d. J.G.A. Leijh, is gedurende het onderzoek van de Universiteit van Groningen nauw betrokken geweest en heeft een appreciatie geschreven met daarin veertien adviezen voor de

⁶ ECLI:NL:CRVB:2014:1520, ECLI:NL:RBDHA:2017:10797

⁷ Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol, de intra- en interdoktervariatie van de schattingsmethodiek ter beoordeling van de mate van invaliditeit bij psychische aandoeningen bij post-actieve militairen, AS. Fokkens, JW Groothoff, JLL van der Klink en J. Tuinstra, December 2011

⁸ Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol II, een vergelijking tussen de schattingsmethodiek PTSS-protocol, het PIM rapport en de schattingsmethodiek AMA-guides 6^e druk bij psychische aandoeningen, AS. Fokkens, JW Groothoff, JLL van der Klink en J. Tuinstra, December 2012

⁹ Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol II, een vergelijking tussen de schattingsmethodiek PTSS-protocol, het PIM rapport en de schattingsmethodiek AMA-guides 6^e druk bij psychische aandoeningen, AS. Fokkens, JW Groothoff, JLL van der Klink en J. Tuinstra, December 2012

¹⁰ Evaluatie schattingsmethodiek PTSS-protocol, AS. Fokkens, RH. Bakker, S. Brouwer, A. Holwerda, J. Tuinstra en GJ. Dijkstra, december 2016

herziening van het protocol¹¹. In de jaren erna is uitgebreid overleg geweest over deze adviezen. In december 2022 is overeenstemming bereikt over de wijzigingen, genoteerd in een plan van aanpak¹². Hierin staat de afspraak om het protocol te herschrijven.

In dit herziene protocol voor psychische aandoeningen waaronder PTSS worden de wijzigingen ten opzichte van het voorgaande protocol waar mogelijk aangegeven. Er wordt ingegaan op psychische aandoeningen algemeen en PTSS in het bijzonder. Vervolgens worden diagnostiek en behandeling in relatie tot de verzekeringsgeneeskundige beoordeling beschreven. Aandacht wordt gegeven aan psychiatrische ziektebeelden die tegelijkertijd kunnen voorkomen (comorbiditeit). De herziene beoordelingsmethodiek, ten slotte, is de methode voor de vertaling van met psychische aandoeningen samenhangende klachten, naar hierdoor veroorzaakte beperkingen in ADL en BDL en geeft richtlijnen voor het vaststellen van het invaliditeitspercentage. Alle wijzigingen zijn verder genoteerd in de toelichting bij dit protocol.

Dit protocol moet worden gezien als een groeidocument. Voortschrijdend inzicht, mediprudentie (praktijkvoorbeelden), jurisprudentie en evaluatie van de met dit protocol verkregen invaliditeitspercentages, kunnen aanleiding zijn om dit op enig moment in het protocol te verwerken. Daarom zal uiterlijk binnen twee jaar na invoering van het aangepaste protocol een evaluatie moeten starten op initiatief van Defensie, die binnen twaalf maanden tot een definitief eindrapport moet leiden. Daarnaast wordt zes maanden na de invoering van het herziene protocol een tussentijdse indicatieve rapportage opgesteld, of, indien dan nog niet voldoende personen aan de hand van dit protocol zijn beoordeeld, zo kort mogelijk na die periode van zes maanden. In deze evaluatie wordt in ieder geval ook gekeken naar de met dit protocol verkregen invaliditeitspercentages.

1.1 Leeswijzer

Dit protocol is de exclusieve competentie van artsen werkzaam bij de afdeling Sociaal Medisch Onderzoek (SMO) van het ABP/APG en het bedrijf Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB) van Defensie. Het protocol beschrijft het verzekeringsgeneeskundig onderzoek bij militairen en ex-militairen naar de mogelijke aanwezigheid van een psychische dienstverbandaandoening. Hiervoor is verzekeringsgeneeskundige expertise en ervaring nodig. Diagnostiek, behandeling, comorbiditeit en het beoordelen van een causaliteit worden beschreven vanuit het oogpunt van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en zijn in dit protocol aparte hoofdstukken, toepasbaar voor alle psychische aandoeningen, al dan niet met dienstverband.

Het protocol gaat na de inleiding verder in hoofdstuk 2 met een kort overzicht van psychische aandoeningen. Het is niet mogelijk alle psychische aandoeningen waarvoor een dienstverband mogelijk is, uitgebreid te beschrijven in een protocol. PTSS is de psychische aandoening waarmee cliënten zich het meest melden voor onderzoek naar dienstverband en invaliditeit.

In hoofdstuk 2 worden ook enkele epidemiologische gegevens vermeld zoals die gelden op moment van verschijnen van het protocol. Deze gegevens kunnen in de loop der tijd veranderen waarmee het protocol niet zijn geldigheid verliest.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Het belang van informatie van partners of naasten wordt aangegeven, het verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt toegelicht, net als de samenhang van alle onderdelen van het onderzoek om te komen tot een beoordeling. In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op het vaststellen van correctheid van de gestelde diagnose, de mogelijkheden voor psychiatrische expertise en de beoordeling van de gevolgde behandeling.

In hoofdstuk 4 wordt kort ingegaan op het voorkomen van meerdere aandoeningen tegelijkertijd, de comorbiditeit en hoe deze beoordeeld dient te worden in het kader van een mogelijk dienstverband.

Hoofdstuk 5 gaat over de causaliteit; het vaststellen of er een oorzakelijk of verergerend verband is tussen de aandoening en een incident, trauma, gebeurtenissen of blootstelling tijdens de dienstverrichting.

Hoofdstuk 6 beschrijft de verzekeringsgeneeskundige rapportage en het recht van de cliënt op inzage, correctie of blokkering.

Hoofdstuk 7 beschrijft de herziene beoordelingsmethodiek en de wijze waarop een invaliditeitspercen-

¹¹ Appreciatie begeleidingscommissie onderzoek toepasbaarheid PTSS-protocol, december 2016, BS2016036102

¹² Vierde plan van Aanpak opvolging adviezen naar aanleiding van de evaluatie van het PTSS-protocol, BS2023005871



tage bij psychische aandoeningen berekend moet worden.

Tot slot

Voor de leesbaarheid is dit protocol geschreven in de hij-vorm. Met de cliënt wordt bedoeld de militair of ex-militair waarbij een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt verricht in het kader van een pensioenkeuring.

In dit protocol wordt gebruikt gemaakt van de term verzekeringsarts. Dit kan ook zijn de arts in opleiding tot verzekeringsarts of de (algemeen militair) arts die onder supervisie van een verzekeringsarts werkt.

Waar geschreven wordt in enkelvoud, zoals een trauma, een diagnose of een dienstverbandaandoening, kan ook sprake zijn van meervoud

2. KORT OVERZICHT VAN RELATIEF VAAK VOORKOMENDE PSYCHISCHE AANDOENINGEN BIJ ONDERZOEK NAAR DIENSTVERBAND

Militairen kunnen door hun werkzaamheden, of gebeurtenissen tijdens de werkzaamheden, een psychische aandoening krijgen. PTSS is een van de vaker voorkomende psychische aandoeningen en wordt in dit protocol apart benoemd omdat dit protocol een herziening is van het voorgaande PTSS-protocol. Er is een selectie gemaakt om enkele andere veel voorkomende psychische aandoeningen hier kort te benoemen. De beschrijving is zeker niet volledig en zoals eerder gesteld, kunnen criteria in de toekomst veranderen en aandoeningen verdwijnen of nieuwe aandoeningen worden geclassificeerd.

Onder de verzamelnaam psychische aandoeningen kan een scala aan aandoeningen geschaard worden. Psychische aandoeningen kunnen aangeboren zijn of verworven, op de kinderleeftijd tot uiting komen of ontstaan op latere leeftijd. Ze kunnen ontstaan door invloeden van buitenaf zoals PTSS of van binnenuit door een somatische aandoening. Voorbeelden van dat laatste zijn depressie als gevolg van endocrinologische ziekten bijvoorbeeld suikerziekte of als gevolg van neurologische aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson.

Het voorkomen van psychische aandoeningen is ook afhankelijk van de maatschappelijke context. Enkele voorbeelden hiervan: (1) Freud verklaarde eind van de 19^e eeuw elke neurose vanuit onverwerkte, naar het onbewuste verdrongen belevingen en hystérie was destijds een veel voorkomende erkende ziekte. Mensen met psychische aandoeningen werden geesteszieken genoemd en ooit als onbehandelbaar en gevaarlijk in gevangenissen opgeborgen of vastgeketend in instellingen. Vanaf 1841 verbeterde de zorg door inwerkingtreding van de krankzinnigenwet en kwam er gaandeweg ruimte voor behandeling gericht op genezing; (2) Tijdens de eerste wereldoorlog waren er veel soldaten die lichamelijk niets leken te mankeren, maar vanwege voornamelijk psychische klachten niet meer konden functioneren. Gedacht werd dat de soldaten onder de militaire plicht uit wilden komen en velen werden ter dood veroordeeld voor verraad of desertie. In 1915 werd gedacht dat luchtverplaatsing van ontploffende granaten de oorzaak was, vandaar de naam shellshock. Militaire 'zenuwgestoorden' werden vanaf september 1915 in daarvoor bestemde ziekenhuizen opgenomen waarmee de aandoening medisch behandelbaar werd geacht.

De maatschappelijke context is dus relevant. In de huidige maatschappij komen steeds vaker psychische aandoeningen voor waarbij de stijging het grootst is bij studenten en jongvolwassenen¹³. Ondanks het vaker voorkomen van psychische aandoeningen, bestaat er een stigma voor psychische aandoeningen. In het algemeen lijken er in onze maatschappij negatieve vooroordelen te bestaan over psychische aandoeningen en personen met psychische aandoeningen kunnen deze vooroordelen internaliseren. Hierdoor praten zij niet met anderen over hun klachten en aandoening en zoeken zij minder snel hulp. Dit geldt ook voor militairen. Uit een studie uit 2023 blijkt dat 60% van actieve militairen met een psychische aandoening hiervoor geen hulp zocht terwijl ze wel baat zouden hebben bij professionele hulp. Militairen hebben in het algemeen een duidelijke voorkeur om problemen zelf op te lossen.¹⁴

Om een diagnose van psychische aandoeningen waaronder PTSS te kunnen stellen, wordt gebruik

¹³ Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic, M ten Have et al, World Psychiatry 2023; 22: 275-285

¹⁴ Stigma as a barrier to sustainable employment and well-being of workers with mental issues and illnesses. A mixed methods study in the Dutch military. R.I. Bogaers. Thesis 2023

gemaakt van de op dat moment geldende officiële psychiatrische richtlijnen. Deze staan op het moment van het opstellen van dit herziene protocol verwoord in het diagnostisch handboek, de 'Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM)' van de American Psychiatric Association. Sinds november 2022 is er een Nederlandstalige DSM-5-TR (Tekst Revision), met voornamelijk veranderingen in de begeleidende teksten. Wanneer nieuwe richtlijnen door de betreffende beroepsgroepen in Nederland als standaard gaan gelden, dient ook de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychische aandoeningen volgens deze richtlijnen te geschieden.

Hieronder worden enkele psychische aandoeningen beschreven met gegevens zoals bekend op moment van schrijven van dit protocol.

Angststoornissen. Angststoornissen worden tegenwoordig onderverdeeld in (1) de angststoornissen, waaronder paniekstoornis en fobieën, (2) de obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen en (3) de trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Angststoornissen ontstaan meestal op de kinderleeftijd, maar kunnen ook ontstaan op volwassen leeftijd. Ongeveer 15% van de volwassen Nederlanders tussen 18 en 75 jaar had in de voorgaande 12 maanden een angststoornis gehad. Daarmee behoren angststoornissen tot de meest frequent voorkomende psychische stoornissen. Angststoornissen komen steeds vaker voor en komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.¹⁵

Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Op basis van een schatting uit gegevens van een steekproef onder de Nederlandse bevolking heeft 7,4% van de Nederlandse bevolking tussen 18 en 80 jaar, ooit in het leven PTSS gehad. PTSS kan bij iedereen voorkomen, maar in bepaalde beroepsgroepen komt dit vaker voor. Dit geldt vooral bij beroepen waar een bedreigende situatie eerder kan voorkomen, zoals politie, brandweer, ambulance- en ziekenhuispersoneel en militairen. En er is een categorie beroepen waar ongevallen een belangrijke oorzaak van PTSS vormen, zoals bus- en vrachtwagenchauffeurs en treinmachinisten.^{16,17}

Stemmingsstoornissen. In Nederland heeft naar schatting 9,8% van de volwassenen tussen 18 en 75 jaar een stemmingsstoornis. Depressie vormt het grootste deel en de jaarprevalentie daarvan wordt geschat op 8,5%. Depressie komt steeds vaker voor en er wordt zelfs verwacht dat depressie in 2030 de meest voorkomende aandoening zal zijn in de ontwikkelde landen.¹⁰

2.1 PTSS

Ernstige schokkende gebeurtenissen laten niemand onberoerd. Na een schokkende gebeurtenis kan een acute stressreactie ontstaan. De stressreacties zijn onaangenaam, maar worden als normale reacties beschouwd. Gemiddeld maakt ongeveer 60% van de mannen en 50% van de vrouwen in hun leven eens een buitengewoon schokkende gebeurtenis mee. Zo worden in Nederland jaarlijks 5 per 100 inwoners in Nederland slachtoffer van een of meer geweldplegingen. Veel mensen zijn na een schokkende ervaring van slag, maar dat betekent nog niet dat ze aan een stoornis lijden. De meeste mensen herstellen na enkele dagen of weken en pakken de draad weer op. Slechts een klein deel ontwikkelt PTSS. Een trauma kan ook leiden tot een andere aandoening bijvoorbeeld depressie, een paniekstoornis, vermoeidheidssyndroom of een verslaving.¹⁸

PTSS is sinds 1980 opgenomen in de DSM. Bij het vaststellen van de diagnose PTSS, of de beoordeling van de correctheid van die diagnose, wordt naar de criteria in het vigerende DSM gekeken.

Er zijn diverse risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS. Dat kunnen factoren zijn die in de persoon gelegen zijn voorafgaand aan het trauma, zoals eerdere psychische problemen, eerdere traumatische ervaringen, et cetera; maar ook factoren die te maken hebben met de gebeurtenis, zoals de aard en de ernst van het trauma, of er sprake is van een waargenomen levensbedreiging, interpersoonlijk geweld, de ernst van de verwonding en of er sprake is van langdurige traumatisering, et cetera. En tenslotte zijn er factoren die na de gebeurtenis van invloed kunnen zijn op het ontstaan van PTSS, zoals een geringe mate van sociale steun, additionele stressvolle levensomstandigheden en wel of geen erkenning door de omgeving en verantwoordelijken.^{19,20}

¹⁵ Prevalence and trends of common mental disorders from 2007–2009 to 2019–2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic, M ten Have et al, *World Psychiatry* 2023; 22: 275–285

¹⁶ The lifetime prevalence of traumatic event and posttraumatic stress disorder in the Netherlands, GJ de Vries en M Olff, *J Trauma Stress*. 2009; 22: 259–67

¹⁷ Nationaal Kompas volksgezondheid 2018, Het risico op PTSS in de totale beroepsgroep

¹⁸ De posttraumatische stressstoornis. M. Olff, *Ned. Tijdsch. Geneesk.* 2013; 157: A5818

¹⁹ Nationaal Kompas volksgezondheid 2018, Het risico op PTSS in de totale beroepsgroep

²⁰ De posttraumatische stressstoornis. M. Olff, *Ned. Tijdsch. Geneesk.* 2013; 157: A5818



De term complexe PTSS (cPTSS) wordt nog steeds door diverse behandelaren gehanteerd bij klachten die samenhangen met herhaalde, langdurige en vaak interpersoonlijke, schokkende gebeurtenissen. De klachten duren vaak langer en de symptomen zijn ernstiger. Complexe PTSS komt als diagnose echter niet voor in de DSM-5-TR en wordt in dit protocol niet als aparte aandoening gezien. Hetzelfde geldt voor late-onset-PTSS. Hierbij ontstaan klachten langer dan 6 maanden na de traumatische gebeurtenis. Ook deze aandoening is geen aparte diagnose in de DSM-5-TR en wordt in dit protocol niet als aparte aandoening gezien.

Een deel van de militairen die op uitzending zijn, maakt tijdens die missie potentieel traumatische gebeurtenissen mee. Uit een onderzoek onder Nederlandse militairen die hebben gewerkt in Uruzgan blijkt bijvoorbeeld dat een groot deel van hen is beschoten (niet gericht ca. 62%; gericht ca. 39%), menselijk leed heeft aanschouwd (59%), gewonden (47%) of doden (37%) heeft gezien, of slachtoffers binnen de eigen eenheid heeft meegemaakt (45%). Van de militairen die tijdens een uitzending één of meer potentieel traumatische gebeurtenissen meemaken, krijgt een deel PTSS.²¹

Kenmerkend voor een uitzending is dat militairen soms maanden weg zijn en gescheiden zijn van hun thuisfront. Het thuisfront heeft moeten accepteren dat er een risico is voor de militair en heeft de verantwoordelijkheid voor het gezin alleen moeten dragen. De optelsom van deze ervaringen kan leiden tot onderling onbegrip. Een op de vijf veteranen geeft na thuiskomst aan dat de partnerrelatie is veranderd. Dit hangt voornamelijk samen met het niet of nauwelijks kunnen praten over de uitzending. Na het meemaken van traumatische gebeurtenissen, kan de ontwrichtende uitwerking op het gezin uitgesproken worden. Partners ervaren minder sociale steun, meer slaapproblemen en somatische klachten

3. VERZEKERINGSGENEESKUNDIG ONDERZOEK

De verzekeringsarts legt bij aanvang (en later bij de afronding) van het onderzoek allereerst de procedure uit aan de cliënt.

Na uitvoering van het onderzoek stelt de verzekeringsarts op basis hiervan de functionele mogelijkheden en de beperkingen van de cliënt vast. Het onderzoek bestaat uit een gesprek en observaties. Het voeren van dergelijke gesprekken valt onder de competenties van de verzekeringsarts.

De wijze waarop anamnese en onderzoek worden uitgevoerd is afhankelijk van zowel de cliënt als van de verzekeringsarts. De verzekeringsarts verzamelt de informatie strak gestructureerd of meer het verhaal van betrokkene volgend, waarbij de volgorde dus niet vastligt. Het is bekend dat herinneringen minder betrouwbaar worden in de loop der tijd. Hier dient de verzekeringsarts rekening mee te houden.

De cliënt ontvangt informatie over het onderzoek vooraf bij het maken van de afspraak. Informatie van partners of een andere naaste kunnen belangrijke inzichten geven en dienen zeker meegewogen te worden. Vooral bij psychische aandoeningen is dit van belang. Partners of andere naasten worden daarom uitgenodigd om, mits de cliënt daarmee instemt, bij het onderzoek aanwezig te zijn.

De wijze waarop cliënten hun ervaringen en hun klachten beschrijven, kan verschillen afhankelijk van bijvoorbeeld opvoeding, voorgeschiedenis, culturele achtergrond, religieuze achtergrond en hoe ze hun aandoening hebben ervaren binnen Defensie. Hier dient de verzekeringsarts rekening mee te houden en het gesprek op aan te passen. Het is van groot belang dat cliënten hun verhaal op hun eigen wijze en in het vertrouwen op begrip voor hun persoonlijke context, kunnen vertellen.

De verzekeringsarts vraagt, indien hij daartoe aanleiding ziet, medische informatie op bij behandelaren van de cliënt. Indien noodzakelijk zal de verzekeringsarts ook een psychiatrische expertise aanvragen. Lichamelijk onderzoek kan onderdeel uitmaken van het onderzoek, maar is in het algemeen slechts aan de orde wanneer er sprake is van lichamelijke beperkingen. Een huisbezoek is mogelijk, indien de verzekeringsarts dit noodzakelijk acht en de cliënt daartoe toestemming geeft.

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek bestaat uit meerdere gegevens die allen van belang zijn voor de oordeels- en besluitvorming aangaande het vastleggen van de beperkingen in relatie tot de psychische aandoening. Het gesprek wordt weergegeven in een gespreksverslag waarin de claim van de cliënt en de reeds ontvangen medische informatie worden genoteerd evenals het verhaal van de cliënt omtrent diens functioneren voor het incident, trauma, gebeurtenissen of blootstelling en het verloop van het ontstaan van klachten en beperkingen daarna. De cliënt krijgt dit verslag toegestuurd zodat hij gebruik kan maken van het correctierecht en het verslag kan controleren op feitelijke

²¹ Factsheet 'Posttraumatische stressstoornis na uitzending' Nederlands veteranen instituut, febr. 2020

onjuistheden (zie voor toelichting paragraaf 6.1). De verzekeringsarts kan medische informatie opvragen en een psychiatrische expertise laten uitvoeren. Deze gegevens leiden samen met bevindingen uit het onderzoek van de verzekeringsarts tot vaststelling van de diagnose; vaststelling van een eventuele comorbiditeit; een beoordeling omtrent herstelgedrag; de beoordeling van een mogelijke relatie met de werkzaamheden in bijzondere of buitengewone omstandigheden ('dienstverband' – zie hoofdstuk 5); beoordeling van mogelijke aanwezigheid van pre-existente of luxerende factoren en een beoordeling van de prognose.

De gegevens en de wijze waarop de beoordelingen tot stand zijn gekomen, worden genoteerd in een verzekeringsgeneeskundig conceptrapport. Het conceptrapport wordt naar de cliënt gestuurd ter inzage, opdat hij gebruik kan maken van het blokkeringsrecht. De cliënt krijgt vooraf en bij toesturen van het conceptrapport informatie over deze rechten en de mogelijke gevolgen van het gebruik van het blokkeringsrecht. Wanneer de cliënt aangeeft dat hij het conceptrapport niet wil blokkeren, wordt het verzekeringsgeneeskundig rapport definitief en wordt de conclusie verstuurd naar de uitkerende instantie (zie ook paragraaf 6.1).

Voor meer informatie over het verzekeringsgeneeskundig onderzoek: zie hoofdstuk 6 van dit protocol en het WIA-IP protocol.

3.1 Diagnose

De verzekeringsarts heeft bij de diagnostiek vooral een toetsende rol: hij toetst of de diagnose op een professionele manier tot stand is gekomen. Zo moet de diagnose gesteld zijn door een professional die gekwalificeerd en bevoegd is om de diagnose te stellen. In het algemeen is dit een BIG-geregistreerde zorgverlener zoals een psychiater of GZ-psycholoog. De diagnose wordt bovendien gesteld aan de hand van het vigerende DSM (zie ook hoofdstuk 2).

De verzekeringsarts motiveert waarom hij uitgaat van een bepaalde diagnose.

3.2 Psychiatrische expertise

Wanneer uit het onderzoek sprake blijkt te zijn van een consistent, plausibel en inzichtelijk verhaal dat duidelijk leidt naar de conclusies omtrent diagnose, behandeling en herstel gedrag, dan is een psychiatrische expertise niet noodzakelijk. De verzekeringsarts zal dus lang niet altijd een expertise aanvragen. Indicaties voor het aanvragen van een psychiatrische expertise kunnen zijn:

- Twijfel over de door de curatieve sector gestelde diagnose, bijvoorbeeld wanneer de verzekeringsarts constateert dat de symptomen onvoldoende overeenkomen met de criteria in de DSM-classificatie,
- Vermoeden op comorbiditeit, welke onvoldoende lijkt te zijn onderzocht,
- Het bestaan van onduidelijkheid over de invloed van ziekte-onderhoudende factoren, zoals dysfunctionele persoonlijkheidstrekken en herstel belemmerende coping stijlen,
- Meer in het algemeen: onduidelijkheid bij de verzekeringsarts over ziekte en gebrek in relatie tot dienstverband en beperkingen.

Ook wanneer er nog geen diagnose is gesteld, kan de verzekeringsarts een expertise-onderzoek laten uitvoeren.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie hanteert richtlijnen aangaande rapportage en psychiatrisch onderzoek. Belangrijke aandachtspunten hierin zijn:

- Aanwezigheid van pre-existente, luxerende en ziekte-onderhoudende factoren met daarbij het duiden van deze factoren,
- Aanwezigheid van comorbiditeit,
- Eventueel aanwezige gemotiveerde relatie tussen deze comorbiditeit en de militaire dienstverrichting, naast de weging van deze relatie,
- Weging van comorbiditeit bij het duiden van de beperkingen, als deze comorbiditeit geen relatie heeft tot de dienstverrichting,
- Het geprotocolleerd duiden van de beperkingen en de ernst hiervan.

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

3.3 Behandeling

Van de cliënt wordt verwacht dat hij al het mogelijke doet om van de klachten af te komen of met de

klachten te kunnen blijven functioneren. De verzekeringsarts beoordeelt of de cliënt de op dat moment meest passende behandelingen heeft gevolgd. De beoordeling daarvan omvat niet alleen vragen omtrent de gevolgde (para)medische behandelingen en de effecten van de behandeling, maar ook vragen omtrent de sociale situatie, de arbeidssituatie, aanpassingen in het werk of aanpassingen in de privésituatie. Bij het vaststellen van de duurzaamheid van beperkingen, is van belang of de cliënt de meest passende behandeling heeft gevolgd. Daarnaast volgt de verzekeringsarts het gestelde in de richtlijn *Duurzame functionele invaliditeit*.

Behandeling van psychische aandoeningen is niet universeel. Wat voor de ene cliënt goed werkt, hoeft dat niet te zijn bij een andere cliënt. De verzekeringsarts dient te beoordelen of deze cliënt de voor hem de meest passende behandeling, volgens de op dat moment geldende wetenschappelijke inzichten en richtlijnen, heeft gevolgd.

Voor een optimale behandeling is het van belang om onderscheid te maken tussen pre-existente, luxerende en ziekte-onderhoudende factoren. Afhankelijk van de zwaarte van deze factoren, kan de zorg en behandeling anders zijn. Duurt bijvoorbeeld een posttraumatische stressstoornis langer dan gemiddeld, dan is extra aandacht noodzakelijk voor eventueel aanwezige ziekte- onderhoudende factoren.

Bij de behandeling is het van groot belang dat de verzekeringsarts alle facetten in kaart heeft gebracht. Iemand zonder toekomstperspectief door schulden, zonder werk, zonder uitkering, is in de therapeutische zin niet te behandelen als er niet (ook) aan oplossingen wordt gewerkt op deze terreinen. Verder moet uitgesloten zijn dat er lichamelijke aandoeningen zijn die een rol spelen. Deze moeten dan immers vaak eerst behandeld worden, om vast te kunnen stellen welke symptomen van psychische aandoeningen dan nog reesteren en voor behandeling in aanmerking komen. Het is daarom mogelijk dat de daadwerkelijke behandeling pas na verloop van de tijd kan starten

4. COMORBIDITEIT

Comorbiditeit betekent dat er meerdere aandoeningen tegelijkertijd aanwezig zijn waarbij er een (1) hoofddiagnose is en er andere aandoeningen zijn die daarnaast voorkomen. Comorbiditeit bestaat zowel bij psychische als somatische aandoeningen en onderling, bijvoorbeeld depressie als comorbide aandoening bij een chronische somatische ziekte. Bij psychische aandoeningen komt comorbiditeit met een andere psychische aandoening veel voor. Zo komt bij PTSS vaak ook een depressie voor en is er bij depressie frequent sprake van een angststoornis. In het eerste geval is PTSS de hoofddiagnose en is depressie comorbiditeit. In het tweede geval is depressie de hoofddiagnose en is angststoornis de comorbiditeit. Een psychische aandoening kan dus zowel een hoofddiagnose zijn als een comorbide diagnose²².

Het is van belang dat de verzekeringsarts nagaat welke aandoeningen er zijn, wanneer de klachten zijn ontstaan, welke klachten of beperkingen bij de diverse aandoeningen horen en wat het verband is tussen de aandoeningen. De verzekeringsarts gaat na of er sprake is van comorbiditeit en onderbouwt dit aan de hand van medische informatie van behandelaars en aan de hand van de anamnese, meer in het bijzonder de voorgeschiedenis. Zo nodig kan psychiatrische expertise gevraagd worden. Wanneer causaliteit voor een comorbide aandoening door de verzekeringsarts is vastgesteld, worden de beperkingen die hier het gevolg van zijn meegeteld. Wanneer er geen sprake is van causaliteit, worden die beperkingen niet meegeteld.

Er is bij psychische aandoeningen regelmatig sprake van een overlap van symptomen. Symptomen die bij PTSS voorkomen, komen ook voor bij mensen met ADHD, bijvoorbeeld slaapproblemen, hyperactiviteit, onrust, gebrek aan concentratie, impulsiviteit. En bij autisme komen net als bij PTSS sociale terugtrekking en sensorische gevoeligheden voor, zoals angst voor harde geluiden of zich oncomfortabel voelen bij aanrakingen. Dit maakt het lastig om beperkingen van elkaar te onderscheiden. De verzekeringsarts moet voor deze beperkingen nagaan of deze in overwegende mate toe te schrijven zijn aan de aandoening met dienstverband of aan de aandoening zonder dienstverband, zoals ADHD of autisme. Wanneer de verzekeringsarts niet kan vaststellen of beperkingen in overwegende mate bij de aandoening met dienstverband of bij de aandoening zonder dienstverband horen, dient de cliënt het voordeel van de twijfel te krijgen. De verzekeringsarts zal deze beperkingen dan meenemen in de berekening van het invaliditeitspercentage

5. CAUSALITEIT

De verzekeringsarts beoordeelt of er sprake is van een dienstverbandaandoening. Er is sprake van een

²² Richtlijn depressie, Federatie Medisch Specialisten, 1 maart 2024

dienstverbandaandoening wanneer er een verband is tussen het ontstaan van de aandoening en de uitvoering van de dienst onder bijzondere of buitengewone omstandigheden. De *Militaire Pensioenvoorschriften* en het *Besluit aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen Militairen* zijn hierbij leidend. Hoe de medische causaliteit beoordeeld moet worden, staat beschreven in het WIA-IP protocol.

De verzekeringsarts gaat voor de beantwoording van de vraag of de klachten en beperkingen grotendeels het gevolg zijn van een incident, trauma of gebeurtenissen tijdens de uitvoering van de dienst na, of er factoren zijn die voor of tegen de causaliteit pleiten. Daarvoor vraagt de verzekeringsarts na wat de cliënt is overkomen. Dat geldt voor zowel lichamelijke als psychische aandoeningen.

Een verband tussen een incident en een lichamelijk letsel kan zonder meer duidelijk zijn, maar is dat niet voor alle lichamelijke aandoeningen en is dat vaak niet voor psychische aandoeningen. Er is meestal sprake van een interval tussen een incident of blootstelling tijdens de uitoefening van de dienst en het tot uiting komen van de psychische aandoening. Voor de trauma- en stressorgerelateerde stoornissen is het van belang om na te gaan om welk trauma of stressor het gaat en wanneer en op welke wijze de aandoening tot uiting is gekomen.

In het verleden werd onderscheid gemaakt tussen een type 1 en een type 2 trauma. Inmiddels zijn de medische inzichten op dit punt veranderd en is dit onderscheid niet meer relevant voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

Specifiek voor psychische aandoeningen gaat de verzekeringsarts in ieder geval de volgende factoren en de invloed op de aandoening na:

- Wat is de aard en ernst van het incident, trauma of de gebeurtenissen
- Wat is de tijdsduur tussen blootstelling en claim?
- Is er sprake van een 'knik' in het functioneren?
- Zijn er (andere) life-events die van invloed kunnen zijn?
- Zijn er comorbide stoornissen?
- Zijn er pre-existente factoren?
- Zijn er luxerende factoren geweest?
- Zijn er ziektebestendige factoren die het voortbestaan van ziekte ondersteunen of versterken zoals een schadelijke leefstijl, of zijn er herstelbelemmerende factoren die het herstel bemoeilijken of vertragen, zoals gebrek aan motivatie of angst?
- Zijn er stressoren in de privé of werkomgeving die van belang zijn?
- Zijn er lichamelijke klachten en beperkingen aanwezig?
- Is de meest passende behandeling volgens de op dat moment geldende medische inzichten en richtlijnen gevolgd?
- Waarop richtte zich de behandeling vooral? Hoe verliep het herstel en wat zijn de belangrijkste belemmeringen voor herstel geweest?
- Wat is het huidige niveau van functioneren?
- Is het verhaal plausibel; passen presentatie en beperkingen bij de aard en de ernst van het ziektebeeld?
- Is er sprake van consistentie; vormt het verhaal van de cliënt over zijn klachten, beperkingen en functioneren een logisch geheel?

Het is bij psychische problematiek vaak moeilijk om vast te stellen of er sprake is van tegelijkertijd voorkomende aparte aandoeningen, of dat er sprake is van een oorzaak-gevolg relatie tussen de aandoeningen. Bijvoorbeeld: depressie kan een gevolg zijn van een stressorgerelateerde stoornis zoals PTSS; het kan een gevolg van een tegelijkertijd voorkomende chronische somatische aandoening; of het kan een op zichzelf staande aandoening zijn. Het is daarom moeilijk te bepalen of de comorbiditeit wél of géén causaal verband heeft met de dienst. Partiële toerekening behoort niet tot de wettelijke mogelijkheden. De verzekeringsarts moet dus een 'alles of niets' uitspraak doen. Het komt voor dat de verzekeringsarts niet voldoende argumenten heeft om met zekerheid een dienstverband toe te kennen, maar dat er wel verschillende aanwijzingen zijn dat er sprake zou kunnen zijn van een dienstverband. Defensie heeft een zorgplicht voor haar militairen en voelt zich betrokken en verantwoordelijk voor hen. In dergelijke situaties dient de cliënt daarom het voordeel van de twijfel te krijgen en neemt de verzekeringsarts causaliteit aan.

5.1 Verergerend en oorzakelijk dienstverband

Voor psychische aandoeningen is het soms lastig vast te stellen of er sprake is van pre-existente psychische aandoeningen of eerdere trauma's die hebben geleid tot een bepaalde mate van kwetsbaarheid. Een nieuw trauma kan op zichzelf leiden tot een angststoornis, PTSS of andere psychische aandoening, maar kan ook een trigger zijn voor het opvlammen van deze kwetsbaarheid.

De verzekeringsarts heeft de mogelijkheid om causaliteit vast te stellen als oorzakelijk dienstverband of verergerend dienstverband. Bij oorzakelijk dienstverband is het incident de enige oorzaak van het ontwikkelen van de aandoening. Bij een verergerend dienstverband is er sprake van een bestaande aandoening die verergerd is door de uitoefening van de dienst of een bestaande kwetsbaarheid waarbij de uitoefening van de dienst een trigger is geweest voor het tot uiting komen van de aandoening. In beide gevallen is er sprake van een dienstverbandaandoening met invaliditeit in overeenstemming met de regelgeving.

Het is vaak moeilijk om vast te stellen of de toename van psychische klachten en beperkingen puur het gevolg is van een incident of blootstelling tijdens de uitoefening van de dienst, zodat er feitelijk sprake is van een nieuwe psychische aandoening, of dat er sprake is van een verergering van een bestaande aandoening.

Hetzelfde geldt voor incidenten of blootstellingen in de toekomst: is er sprake van een nieuwe psychische aandoening waarbij er dus geen sprake is van een dienstverband of is er sprake van een verergering van de dienstverbandaandoening door het nieuwe incident? Zoals in het WIA-IP protocol beschreven, worden toegenomen beperkingen in de toekomst alleen toegerekend aan de dienstverbandaandoening wanneer er sprake is van een oorzakelijk dienstverband en geldt dat in principe niet voor een verergerend dienstverband.

Overwogen is om een verergerend dienstverband niet meer toe te kennen voor psychische aandoeningen en alleen uit te gaan van een oorzakelijk dienstverband. Op die manier zouden verergeringen in de toekomst altijd toegeschreven worden aan het dienstverband. Het is echter van belang dat de verzekeringsarts de mogelijkheid heeft om verergerend dienstverband vast te stellen. Wanneer de verzekeringsarts namelijk concludeert dat er geen sprake is van een duidelijk oorzakelijk dienstverband, zou de cliënt immers geen dienstverband toegekend kunnen krijgen.

Zowel bij psychische aandoeningen met een oorzakelijk dienstverband als bij psychische aandoeningen met een verergerend dienstverband, geldt met ingang van dit protocol, dat toename van de beperkingen als gevolg van incidenten in de toekomst, altijd toegeschreven zullen worden aan het dienstverband en worden meegenomen in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling²³. Dit is een uitzondering op het gestelde in het WIA-IP protocol, waarin staat dat verergeringen in de toekomst, in geval van verergerend dienstverband, niet worden toegerekend aan Defensie tenzij de toename onderdeel is van het gebruikelijke ziekteverloop²⁴. Deze uitzondering is nadrukkelijk niet van toepassing voor lichamelijke dienstverbandaandoeningen.

Het komt voor dat de verzekeringsarts onvoldoende argumenten heeft om met zekerheid een onderscheid te kunnen maken tussen een oorzakelijk of een verergerend dienstverband. In dat geval krijgt de cliënt het voordeel van de twijfel en kent de verzekeringsarts een oorzakelijk dienstverband toe. Hoewel het onderscheid voor psychische aandoeningen niet meer van belang is voor de toekenning van verergering van de beperkingen in de toekomst, kan het onderscheid wel van belang zijn voor de erkenning van hetgeen de cliënt overkomen is.

6. VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE RAPPORTAGE

Na onderzoek komt de verzekeringsarts tot een beargumenteerde uitspraak over de diagnose, de beperkingen en de mogelijkheden tot functioneren, de duurzaamheid van de beperkingen²⁵, de adequaatheid van het herstelgedrag en de maatregelen ter behoud en herstel van het functioneren. Daarbij moeten de professionele verzekeringsgeneeskundige standaarden gebruikt worden.

Uit de verzekeringsgeneeskundige rapportage moet duidelijk worden dat gegevens zijn verzameld in een aantal domeinen rondom de claim. Alle gegevens zijn de basis voor de verzekeringsgeneeskundige oordeels- en besluitvorming aangaande de psychische beperkingen en de mogelijke relatie met een incident, trauma, gebeurtenis of blootstelling tijdens buitengewone of bijzondere omstandigheden. Hieronder worden de domeinen beknopt besproken.

- Aanwezige informatie: De aanvraag en de daarbij verzonden informatie, beschikbaar voor aanvang van het onderzoek.
- Medische voorgeschiedenis: Aandoeningen voor indiensttreding en het beloop hiervan. Van belang is vooral of er psychische aandoeningen waren in de jeugd en of er psychische hulpverlening is geweest.
- Psychische klachten en stoornissen en het beloop hiervan: Het gaat hier om de huidige klachten en

²³ Vierde Plan van Aanpak opvolging adviezen naar aanleiding van de evaluatie van het PTSS-protocol, BS2023005871

²⁴ WIA-IP protocol 2007, pagina 29

²⁵ Richtlijn duurzame functionele invaliditeit

- de gestelde diagnose. Daarbij geldt de informatie van de curatieve sector als uitgangspunt. Naast het onderzoek naar de psychische aandoening, dienen comorbide ziekten apart te worden gediagnosticeerd. De behandelingen moeten bekend zijn. Somatische klachten en stoornissen moeten worden nagevraagd en worden uitgesloten als oorzaak van de psychische aandoening. Hierbij is behalve eigen onderzoek, op indicatie ook informatie van de curatieve sector van belang.
- Werk: De loopbaan voor indiensttreding en tijdens de dienstperiode. Het huidige werk. De aanwezigheid van chronische stressoren of loopbaanproblematiek zoals ervaren door de cliënt.
 - Persoonlijk en sociaal functioneren: De sociale situatie, de burgerlijke staat, deelname aan sport of verenigingen. Daarbij ook de jeugd en opleiding. De aanwezigheid van chronische stressoren zoals ervaren door cliënt. Inzicht in de balans werk/privé.
 - Dagverhaal/functioneringsniveau: Het dagverhaal c.q. het functioneringsniveau betreft het gemiddelde functioneren in de periode voor het onderzoek. De verzekeringsarts moet vooral een globaal beeld krijgen van waaruit hij consistentie kan afleiden over een bepaalde tijdspanne. Het betreft dus niet een specifiek onderzoek naar één bepaalde dag, zoals de dag vóór het onderzoek.
 - Voorgeschiedenis: De verzekeringsarts besteedt aandacht voor de aard en de ernst van het incident, het trauma of de gebeurtenissen, het functioneren van betrokkene de jaren daarvoor en daarna en voorafgaand aan de claim.
 - Onderzoek: Dit betreft het onderzoek van de verzekeringsarts: de algemene indruk en de eigen observaties van affect, gedrag, stemming, coherentie van het verhaal, realiteitszin, aangevuld met gegevens van het eigen psychisch onderzoek, eventueel aan de hand van vragenlijsten.
 - Persoonlijkheidskenmerken: De verzekeringsarts brengt deze in kaart vanwege zowel het pre-existente aspect als het ziektebestendige aspect. Copingstijlen en levensfaseproblematiek kunnen van belang zijn.
 - Visie van betrokkene: De visie van cliënt wordt verwoord met betrekking tot de ernst van zijn beperkingen en mogelijkheden. De cliënt geeft zijn mening over de causaliteit.
 - Opgevraagde informatie: De noodzakelijk geachte medische en overige informatie die is opgevraagd en ontvangen.
 - Expertise aanvraag: Wanneer expertise geïndiceerd is wordt dit hier beschreven en de uitslag ervan wordt genoteerd.
 - Beschouwing: In de beschouwing noteert de verzekeringsarts de weging van alle informatie. Op basis hiervan stelt hij de diagnose en medische causaliteit vast, net als de beperkingen ten aanzien van ADL en BDL met verwijzing naar de beoordelingsmethodiek.
 - Conclusie: Deze volgt eenduidig uit de beschouwing en geeft antwoord op de vraag of er sprake is van een dienstverbandaandoening; of de claim gehonoreerd wordt; welk invaliditeitspercentage aan de beperkingen toegekend wordt en of er sprake is van duurzame functionele invaliditeit.
 - Oordeel van de pensioenverzekeringsautoriteit: Conform het gestelde in het *Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen* stelt de pensioenverzekeringsautoriteit de aanspraken van de cliënt vast.

6.1 Inzagerecht, correctierecht en blokkeringsrecht

Op drie momenten wordt de cliënt geïnformeerd over het inzage- en blokkeringsrecht: voorafgaand aan het onderzoek, bij aanvang van het onderzoek en bij afsluiting van het onderzoek. De informatie wordt zowel mondeling als schriftelijk aangeboden.

Voor zowel actief dienende als post-actieve militairen geldt dat de cliënt allereerst recht heeft op inzage en correctie van het gespreksverslag dat hem na het gesprek met de verzekeringsarts wordt toegestuurd. Het gaat bij correctie om feitelijke onjuistheden, bijvoorbeeld van een datum van een gebeurtenis. Het correctierecht strekt niet zover dat de cliënt het professionele oordeel van behandelaren en de verzekeringsarts mag wijzigen. Een cliënt heeft dus geen recht op correctie van diagnoses van behandelaren, van het onderzoek door de verzekeringsarts of van de conclusie van het rapport.

De cliënt heeft blokkeringsrecht. De cliënt kan, als een psychiatrische expertise heeft plaatsgevonden, zijn blokkeringsrecht toepassen op dit expertiserapport. Dit geldt voor zowel actief dienende militairen als post-actieve militairen. Hierbij geldt dat het blokkeringsrecht alleen toegepast kan worden op het gehele expertiserapport en dus niet op delen ervan. In geval van blokkeren van het psychiatrische expertiserapport, kan de verzekeringsarts geen conclusie trekken en eindigt het onderzoek zonder verzekeringsgeneeskundig rapport.

De post-actieve militair heeft recht van inzage in het verzekeringsgeneeskundig rapport en kan ook het verzekeringsgeneeskundig rapport blokkeren. Ook hier kan hij alleen het hele rapport blokkeren en niet delen ervan. In geval van blokkering geeft de verzekeringsarts de conclusie van het rapport niet door aan de pensioenuitkerende instantie en eindigt feitelijk de claim van de cliënt. Wanneer de cliënt het rapport niet blokkeert, wordt het verzekeringsgeneeskundig rapport definitief en wordt de conclusie verstuurd naar de pensioenuitkerende instantie.

Actief dienende militairen hebben alleen blokkeringsrecht op een medisch expertiserapport. Dit wordt hem door de expertise-verlener ter inzage toegestuurd, voordat deze het – na toestemming van de cliënt – naar BMB zendt. Zij krijgen het verzekeringsgeneeskundig rapport toegestuurd nadat het is afgerond. Zij hebben geen recht op blokkering van het verzekeringsgeneeskundig rapport, omdat dit deel uitmaakt van het onderzoek naar de dienstgeschiktheid. De uitslag dienstgeschikt/dienstongeschikt wordt altijd meegedeeld aan de aanvragende commandant. De commandant ontvangt niet het gehele rapport, enkel de conclusie

7. BEOORDELINGSMETHODIEK OM HET INVALIDITEITSPRECENTAGE VAST TE STELLEN

Voor het vaststellen van een invaliditeitspercentage dient de verzekeringsarts van de volgende punten uit te gaan:

- *De militaire pensioenvoorschriften*
Er moet sprake zijn van een dienstverband aandoening. Zie voor de eisen hiervoor artikel 2 van *het Besluit aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen militairen*.
- *Het ziektebegrip*
Bij een pensioenaanvraag voor beperkingen vanwege een psychische aandoening moet sprake zijn van een ziekte die herleidbaar is naar het vigerende DSM of de vigerende officiële psychiatrische richtlijnen die zijn overeengekomen tussen de betreffende beroepsgroepen in Nederland en als standaard gelden.
- *De causaliteit*
De causaliteitscriteria van de militaire pensioenwetgeving zijn bepalend: voldaan moet worden aan het begrip oorzakelijk of verergerend dienstverband.
- *De invaliditeitsdefinitie*
De in een percentage uit te drukken mate van lichamelijke en geestelijke tekortkomingen en beperkingen, welke de cliënt in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in het dagelijks leven in het algemeen ondervindt: bij vaststelling van het invaliditeitspercentage dient daarom uit te worden gegaan van beperkingen en niet van de ernst van symptomen. Arbeid dient buiten beschouwing te blijven. Klachten, lijdensdruk en gederfde levensvreugde worden niet meegewogen.
- *De invaliditeitsschatting*
Deze dient te gebeuren aan de hand van de beoordelingsmethodiek waarin de ernst van de beperkingen wordt weergegeven.

De indeling in rubrieken hieronder komt overeen met andere indelingen van beperkingen zoals van de WHO. De beperkingen worden onderverdeeld in rubrieken en subrubrieken. De opbouw van de rubrieken is als volgt:

Rubriek		Subrubriek
1 ADL	1	Zelfzorg en huishoudelijke taken
	2	Mobiliteit
	3	Slapen
2 BDL: Cognitief functioneren	4	Structuur aanbrengen en concentratie
3 BDL: Sociaal functioneren	5	Persoonlijke en intieme relaties
	6	Sociale activiteiten/ Sociaal functioneren
4 BDL: Adaptatie stressvolle gebeurtenissen	7	Omgaan met stressvolle gebeurtenissen

Beperkingen in algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) worden beoordeeld in rubriek 1 en beperkingen in de bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (BDL) staan in de rubrieken 2, 3 en 4. In de structuur is uitgegaan van een oplopende schaal van complexiteit van taken die mensen in het dagelijks leven moeten uitoefenen.

Bij elke subrubriek is een beschrijving gegeven van de uitvoering van de activiteit zonder beperkingen. Een normaalwaarde is namelijk niet aan te geven. Het functioneren kan per persoon verschillen en er zijn variaties in het functioneren van een persoon in de tijd. De beschrijving is met opzet niet uitputtend opgesteld, hierdoor is er ruimte voor de verzekeringsarts om activiteiten onder een subrubriek te scharen en te scoren. De methodiek is namelijk geen vragenlijst waarbij alle items exact uitgevraagd moeten worden of die de cliënt van tevoren kan doornemen. De beoordeling is maatwerk die aansluit op hetgeen de cliënt zelf vertelt omtrent de beperkingen die hij ervaart in het dagelijks leven. Het is van belang dat de verzekeringsarts nagaat dat alle subrubrieken gescoord kunnen worden en zo nodig stelt hij aanvullende vragen.

De verzekeringsarts houdt bij de beoordeling rekening met de culturele en sociale context van de cliënt en neemt de input van een partner of naaste daarbij mee. De verzekeringsarts gaat bij het beoordelen van het functioneren na hoe het functioneren was voorafgaande aan het incident, trauma, gebeurtenissen of blootstelling en daarna, en hoe het functioneren is op moment van het onderzoek. Hij gaat na of er sprake is van een knik in het functioneren in de tijd: beperkingen worden alleen gewogen als de activiteit voorheen wel mogelijk was. Alle beperkingen worden per subrubriek door de verzekeringsarts in de rapportage omschreven en gewogen. De verzekeringsarts geeft aan in welke klasse de beperkingen vallen en waarom.

7.1 Het invaliditeitspercentage

De beoordelingsmethodiek gaat uit van zeven subrubrieken, verdeeld over vier rubrieken. Per subrubriek wordt de ernst van de beperkingen geduid. Dit kan zijn de frequentie van het voorkomen of de mate van de beperkingen en het effect op ADL of BDL. De ernst van de beperkingen is onderverdeeld in vijf klassen, lopend van 0 (geen beperking) tot en met 4 (ernstige of dagelijks voorkomende beperkingen). De ernst of frequentie van de beperking is per klasse nader gedefinieerd. De scores van alle subrubrieken, behorend tot dezelfde rubriek, worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal subrubrieken. Voor rubriek 1 moet dus worden gedeeld door drie. Op deze wijze wordt de rubriekscore verkregen.

Alle rubriekscores worden vervolgens bij elkaar opgeteld en daarna gedeeld door vier. Dit getal wordt lineair vertaald naar het invaliditeitspercentage.

Bijlage 1: Beoordelingslijst vastleggen psychische beperkingen

Opmerkingen vooraf

Deze lijst is ontwikkeld voor het vastleggen van de psychische beperkingen in het kader van de invaliditeitsbeoordeling. De lijst is exclusief voor gebruik door een terzake deskundig arts. Het invullen van de scoringslijst is telkens het resultaat van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek met een rapportage waarin de bevindingen en overwegingen duidelijk zijn verwoord.

De activiteiten en de hierbij behorende functionele mogelijkheden of beperkingen zijn ingedeeld in rubrieken en subrubrieken. De ernst van de beperkingen is onderverdeeld in vijf klassen, lopend van 0 (geen beperking) tot en met 4 (ernstige of dagelijks voorkomende beperkingen). De ernst of frequentie van de beperking is per klasse nader gedefinieerd.

In de beschrijving van de subrubriek staat beschreven wanneer gesproken kan worden van geen beperkingen. In enkele beschrijvingen is aangegeven vanaf wanneer er gesproken kan worden van beperkingen.

Allereerst worden de beperkingen per subrubriek vastgesteld en genoteerd. Vervolgens wordt per rubriek de subscore bepaald door de scores van de subrubrieken bij elkaar op te tellen en de som te delen door het desbetreffende aantal subrubrieken. Daarna worden de subscores van de vier rubrieken bij elkaar opgeteld en gedeeld door vier. Dit getal is een getal tussen de 0-4 en komt lineair overeen met een percentage tussen de 0-100%. Zo wordt een gemiddelde rubriekscore van 0,25 herleid naar een invaliditeitspercentage van 6,25% en een gemiddelde rubriekscore van 1,83 naar een invaliditeitspercentage van 45,75%.

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

- Beperkingen mogen alleen worden geduid als er een causaal verband is tussen de aandoening en de bijzondere of buitengewone dienstverrichtingen.
- Beperkingen mogen alleen worden gescoord als deze op psychische gronden verklaard kunnen worden.
- In het kader van dit protocol blijven activiteiten die door lichamelijke beperkingen verminderd kunnen zijn, buiten beschouwing. Deze worden beoordeeld met het protocol voor lichamelijke aandoeningen.
- Beperkingen dienen plausibel 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.
- Wanneer er binnen een (1) subrubriek beperkingen zijn in verschillende klassen, wordt de hoogste klasse toegekend.
- Leeftijd en de hiermee gepaard gaande vermindering van het functioneren, dienen als matigende factor te worden meegewogen.
- Stress gerelateerde lichamelijke spanningsklachten die leiden tot beperkingen, kunnen worden meegewogen.

1. Activiteiten van het dagelijks leven		
Subrubriek 1 Zelfzorg en huishoudelijke taken		
Beschrijving: Deze subrubriek beschrijft de zelfredzaamheid ten aanzien van algemeen dagelijkse levensverrichtingen betreffende wassen en aankleden, eten en drinken, inname van medicatie en persoonlijke hygiëne en daarbij ook de zelfredzaamheid bij de uitvoering van de meest primaire huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, handelingen noodzakelijk voor het voeren van een huishouden, koken, kleren wassen en schoonmaken van het huis. Hierbij is voldoende concentratie, initiatief en probleemoplossend vermogen nodig.		
Score	Klasse	Beschrijving kenmerken klasse
0	Klasse 0	Er zijn geen beperkingen in de zelfzorg en het verrichten van huishoudelijke taken.
1	Klasse 1	Onderkent dat zelfzorg en/of huishoudelijke taken tekortschieten, maar kan het zelf grotendeels corrigeren, zo nodig met aansporing van anderen. Geen hulp of begeleiding nodig.
2	Klasse 2	Er is hulp of begeleiding nodig bij zelfzorg en/of huishoudelijke taken. De aard van de hulp of begeleiding is substantieel.
3	Klasse 3	Er is professionele zorg nodig. Bijvoorbeeld met eten klaarmaken of boodschappen halen. In zijn algemeenheid is dit betaalde hulp.
4	Klasse 4	Er is meerdere keren per week tot dagelijks professionele begeleiding nodig, bijvoorbeeld met PGB indicatie.
Subrubriek 2 Mobiliteit		
Beschrijving: Deze subrubriek beschrijft het vermogen om zich op normale wijze, overal naar toe te verplaatsen met behulp van één van de gebruikelijke vervoermiddelen, zoals auto, fiets en openbaar vervoer. Op normale wijze betekent op alle momenten van de dag, ook tijdens drukte zoals de spits, over bekende en onbekende routes, binnen en buiten de woonplaats. Begeleiding kan bestaan uit familie of bekenden die meerijden of die besturen. Begeleiding moet substantieel zijn en voorwaardelijk. Gebruik van taxi of patiëntenvervoer tijdens intensieve behandeling wordt hier buiten beschouwing gelaten.		
Score	Klasse	Beschrijving kenmerken klasse
0	Klasse 0	Er zijn geen beperkingen in de mobiliteit. Kan zelfstandig van A naar B reizen.
1	Klasse 1	Kan niet altijd normaal van A naar B reizen. Bijvoorbeeld niet op alle uren van de dag of niet alle afstanden. Kan dit dan wel zelfstandig.
2	Klasse 2	Kan wel op normale wijze van A naar B reizen, maar heeft hierbij begeleiding nodig. Begeleiding kan bestaan uit een familielid of bekende die meerijdt. Reizen met een taxi wordt hier onder gerekend wanneer de cliënt alleen kan reizen met een taxi
3	Klasse 3	Kan ondanks begeleiding niet altijd op normale wijze van A naar B reizen. Bijvoorbeeld niet op alle uren van de dag of alle afstanden.
4	Klasse 4	Kan ondanks begeleiding nauwelijks reizen.
Subrubriek 3 Slapen		
Beschrijving: Deze subrubriek beschrijft hoe iemand slaapt en wakker wordt. De slaap is voor elke persoon verschillend. Dat geldt voor de tijd die iemand nodig heeft om in slaap te vallen, de inslaaptijd en of iemand wel of niet tussendoor wakker wordt voor bijvoorbeeld toiletbezoek en hoeveel tijd het kost om weer in te slapen, het doorslapen. Verder varieert de lengte van de benodigde slaap voor iedereen en ook met de leeftijd. De slaap is niet elke dag hetzelfde en iemand kan in het algemeen prima functioneren na een periode van minder goede slaap zonder overmatige slaperigheid of op ongelegen momenten in slaap vallen. Dromen en nachtmerries komen vaak voor en meestal worden deze weer snel vergeten en iemand slaapt snel weer in. Bij het scoren van beperkingen wordt rekening gehouden met de inslaaptijd, het doorslapen en de frequentie van nachtmerries. Het gebruik van slaapmedicatie is bij de beoordeling van de beperkingen geen noodzakelijke voorwaarde. Iemand kan om diverse redenen slaapmedicatie niet kunnen of willen gebruiken, bijvoorbeeld vanwege bijwerkingen.		
Score	Klasse	Beschrijving kenmerken klasse
0	Klasse 0	Geen in- of doorslaapproblemen als gevolg van de dienstverbandaandoening.
1	Klasse 1	Heeft sporadisch, niet vaker dan eenmaal per week, moeite met inslapen, bijvoorbeeld vanwege anticipatie-angst voor nachtelijke herbelevingen en/of moeite met doorslapen, bijvoorbeeld door hyperarousal en/of nachtmerries als gevolg van de dienstverbandaandoening. Heeft geen moeite om de dagelijkse activiteiten vol te houden en heeft geen noodzaak tot slapen overdag.
2	Klasse 2	Heeft soms, niet elke nacht, moeite met inslapen, bijvoorbeeld vanwege anticipatie-angst voor nachtelijke herbelevingen en/of moeite met doorslapen, bijvoorbeeld door hyperarousal en/of nachtmerries als gevolg van de dienstverbandaandoening. Slaapt soms, niet elke nacht onrustig. Heeft enige moeite om gebruikelijke dagelijkse activiteiten vol te houden, maar kan ze wel aan. Heeft geen noodzaak voor slapen overdag.



1. Activiteiten van het dagelijks leven		
3	Klasse 3	Heeft meerdere keren per week moeite met in slaap vallen. Heeft meerdere keren per week moeite met doorslapen, bijvoorbeeld door hyperarousal en/of nachtmerries als gevolg van de dienstverbandaandoening. Slaapt vaak onrustig. Heeft daarom moeite om gebruikelijke dagelijkse activiteiten vol te houden maar kan ze wel aan. Heeft regelmatig tussendoor slaap nodig.
4	Klasse 4	Er is sprake van een verstoord slaappatroon of dag- en nachtritme. Staat niet goed uitgerust op, waardoor dagelijks gebruikelijke activiteiten niet zonder meer uitgevoerd kunnen worden. Heeft meerdere keren per week slaap overdag nodig. Valt soms ongewild op ongelegen momenten in slaap.
Rubriek 1 subscore: (score subrubriek 1 + subrubriek 2 + subrubriek 3) : 3 = getal A		

2. Cognitief functioneren		
Subrubriek 4 Structuur aanbrengen en concentratie		
Beschrijving: Deze subrubriek beschrijft de mogelijkheden die iemand heeft om meer complexe taken in het dagelijks leven uit te voeren, bijvoorbeeld planning van activiteiten, het overzicht hebben in en kunnen bijhouden van de administratie zoals financiën, het volgen van opleidingen, het doen van klussen, etc. Iemand kan dit doelmatig uitvoeren en binnen de gebruikelijke tijd. Doelmatig betekent inzicht wanneer de taak niet volbracht kan worden en zo nodig aanpassen van de acties. Hiervoor is inzicht en concentratie nodig, maar ook de mogelijkheid om zich aan te passen wanneer iets niet lukt of wanneer er tegenslagen zijn.		
Score	Klasse	Beschrijving kenmerken klasse
0	Klasse 0	Heeft voldoende concentratie en aandacht om zelfstandig de meer complexe taken in het dagelijks leven in de daarvoor gebruikelijke tijd en doelmatig te voltooien. Kan zich concentreren op een boek, beeldscherm, krant en herinnert zich tijdig relevante zaken. Kan ook de aandacht zo nodig verdelen over meerdere informatiebronnen.
1	Klasse 1	Heeft niet altijd voldoende concentratie en aandacht waardoor de meer complexe taken meer tijd kosten. Herkent dit en kan zelf tijdig actie nemen bijvoorbeeld uitstel vragen of taken prioriteren. Kan zich minder goed concentreren, onderkent dit en maakt gebruik van eenvoudige oplossingen bijvoorbeeld een takenlijst.
2	Klasse 2	Kan chaotisch zijn waardoor taken worden vergeten of uitgesteld. Ondanks gebruik van hulpmiddelen bijvoorbeeld een takenlijst, worden taken soms te laat of niet gedaan. Onderkent dit maar heeft soms hulp nodig om dit te corrigeren. Kan verder zelfstandig functioneren.
3	Klasse 3	Heeft onvoldoende concentratie en aandacht, waardoor taken niet worden uitgevoerd. Herkent dit niet altijd zelf en heeft daarom regelmatig begeleiding en aansporing nodig. Kan met deze structurele hulp nog wel zelfstandig functioneren.
4	Klasse 4	Heeft vrijwel dagelijks moeite om taken uit te voeren, kan dit niet zelfstandig en is vrijwel volledig afhankelijk van hulp of ondersteuning.
Rubriek 2 subscore: score subrubriek 4 = getal B		

3. Sociaal functioneren		
Subrubriek 5 Persoonlijke en intieme relaties		
Beschrijving: Deze subrubriek beschrijft het kunnen aangaan en onderhouden van relaties met affectie met bijvoorbeeld partner, kinderen of andere familieleden. Hierbij worden de als gebruikelijk geziene uitingen zoals knuffelen, aaien en aanraken beoordeeld ten opzichte van de periode voordat er sprake was van de dienstverbandaandoening. Seksuele intimiteit valt ook in deze subrubriek. NB Bij alle rubrieken, maar zeker bij deze rubriek, is het van belang niet alleen het verhaal van de cliënt te volgen, maar ook de input van de naaste mee te nemen.		
Score	Klasse	Beschrijving kenmerken klasse
0	Klasse 0	Kan relaties met partner, gezin en familie onderhouden. Gaat respectvol en zorgzaam om met personen die nabij staan. Heeft geen beperkingen ten aanzien van intimiteit en seksualiteit.
1	Klasse 1	Is incidenteel minder respectvol en zorgzaam omgaan met personen die nabij staan, bijvoorbeeld uitend in verbale agressie. Heeft enige moeite ten aanzien van affectie en intimiteit. Kan nog wel genieten van knuffelen en aanraken van personen die nabij staan, zoals partner, kinderen of huisdieren, maar minder vaak of minder intens dan voor het ontstaan van de psychische aandoening. Initieert de intimiteit ook zelf. Heeft een iets verminderde seksuele behoefte, zich uitend in verminderd initiatief, hetgeen door betrokkene als probleem wordt ervaren.

3. Sociaal functioneren		
2	Klasse 2	Kan regelmatig, wekelijks, minder respectvol en zorgzaam zijn, bijvoorbeeld door verbale agressie. Knuffelen of aaien komt niet uit zichzelf, maar wordt geïnitieerd door personen die nabij staan zoals partner of kinderen. Kan daarvan nog wel genieten. Heeft verminderde seksuele behoefte, zich uitend in verminderd initiatief, hetgeen door betrokkene als probleem wordt ervaren.
3	Klasse 3	Is zeer regelmatig, vrijwel dagelijks, minder respectvol of zorgzaam, bijvoorbeeld door verbale agressie en soms ook fysieke agressie. Knuffelt nog wel of laat zich aanraken, maar voelt daarbij nauwelijks tot geen warmte of genegenheid. Er is sterk verminderde seksuele behoefte, zich uitend in verminderd initiatief, hetgeen door betrokkene als probleem wordt ervaren. Er zijn soms nog wel lustgevoelens.
4	Klasse 4	Is dagelijks verbaal en fysiek agressief. Verdraagt nauwelijks enige aanraking en gaat dit uit de weg. Geen enkele seksuele behoefte meer.
Subrubriek 6 Sociale activiteiten / sociaal functioneren		
Beschrijving: Deze subrubriek beschrijft het geheel aan gedragingen wat sociaal functioneren mogelijk maakt, bijvoorbeeld het vermogen om contact te leggen met vrienden, kennissen, mensen uit de buurt, instanties, autoriteiten (gezag) en onbekenden. Het gaat ook om het participeren in groepsverband zoals verenigingen en maatschappelijke participatie en zingeving en het hebben van recreatieve activiteiten. Bij psychische problematiek kunnen er problemen ontstaan in gedragingen die te maken hebben met eigen gevoelens uiten zoals onvoorspelbaar gedrag, zelf agressie uitlokken of moeite met het hanteren van conflicten bijvoorbeeld bij agressie van anderen of bij problemen met instanties. Ook kunnen er problemen zijn met het inlevingsvermogen naar anderen zoals meevoelen en meedenken.		
Score	Klasse	Beschrijving kenmerken klasse
0	Klasse 0	Geen moeite in de omgang met burens, vrienden en kennissen. Kan de eigen gevoelens uiten en met anderen samenwerken. Kan met instanties communiceren. Heeft een normale conflicthantering. Kan zich op normale wijze uiten.
1	Klasse 1	Heeft minder vrienden en kennissen dan voorheen, heeft nog wel goed contact met burens. Minder deelname aan sport, club of vereniging. Heeft afspraken nodig bij samenwerken. Gaat onbekenden liever uit de weg. Heeft enige moeite met de communicatie met instanties, maar dit lukt wel. Kan gedrag zelf corrigeren. Heeft geen hulp nodig.
2	Klasse 2	Heeft nog weinig vrienden en kennissen over. Hoofdzakelijk solistische hobby's. Heeft duidelijke afspraken nodig bij samenwerken. Heeft moeite met de communicatie met instanties. Raakt snel geprikkeld en blijft er in gedachten nog lang mee bezig. Kan gedrag niet altijd zelf corrigeren. Heeft bij sommige activiteiten hulp nodig.
3	Klasse 3	Heeft vrijwel geen vrienden of kennissen. Kan vrijwel niet samenwerken. Heeft zelden nog recreatieve activiteiten, alleen solistische of geen hobby's. Raakt snel in conflict en heeft daardoor ook wel contacten met politie en justitie. Kan gedrag moeilijk corrigeren. Heeft bij veel activiteiten hulp nodig.
4	Klasse 4	Er is niets in groepsverband mogelijk. Geen recreatieve activiteiten. Veel conflicten, bij herhaling contacten met politie en justitie. Is in zeer geringe mate te corrigeren. Heeft dagelijks hulp nodig. Of er zijn gestoorde percepties of gestoorde zintuiglijke waarnemingen (zoals hallucinaties, wanen).
Rubriek 3 subscore: (score subrubriek 5 + subrubriek 6) : 2 = getal C		

4. Adaptatie aan stressvolle gebeurtenissen		
Subrubriek 7 Omgaan met stressvolle gebeurtenissen		
Beschrijving: Deze subrubriek beschrijft het vermogen om onder spanning de gebruikelijke levensactiviteiten vol te houden en taken tot een goed einde te brengen. Het is niet ongebruikelijk om even van slag te zijn bij spanningen of life-events, maar mensen kunnen na een periode weer door met de normale levensactiviteiten zoals voorheen en hebben daar dan geen verdere hulp bij nodig. Een periode van professionele begeleiding om life-events beter te kunnen verwerken, wordt niet als beperking gezien wanneer de begeleiding tijdelijk is en leidt tot herstel en het weer kunnen oppakken van de levensactiviteiten. Het gaat hier niet om de reguliere behandeling voor de primaire psychische aandoening.		
Score	Klasse	Beschrijving kenmerken klasse
0	Klasse 0	Heeft het vermogen om reguliere levensactiviteiten te ondernemen en de verantwoordelijkheden te dragen die bij de ontwikkeling en de leefomstandigheden van betrokkene als passend beschouwd worden (bijvoorbeeld t.a.v. werk en gezin). De spanning van alledaagse meer of minder stressvolle omstandigheden en kleine tegenslagen ontregelen betrokkene niet buitensporig en betrokkene kan zich in een dergelijk geval herpakken en activiteiten kunnen worden voortgezet.



4. Adaptatie aan stressvolle gebeurtenissen		
1	Klasse 1	Heeft soms, niet elke dag, moeite om onder de spanning van alledaagse stress bovengenoemde activiteiten vol te houden. Raakt gemakkelijk geïrriteerd bij kleine, frequent voorkomende tegenslagen en/of is meer en langer van slag bij life-events dan voorheen. Mijdt confrontaties, maar kan deze doorgaans wel aan. Onderkent het probleem en kan het zelf corrigeren/compenseren. Heeft geen hulp of begeleiding nodig.
2	Klasse 2	Heeft vrijwel dagelijks moeite om onder de spanning van alledaagse stress reguliere activiteiten vol te houden. Is van slag bij kleine tegenslagen. Stelt taken en beslissingen uit. Onderkent dit probleem, maar kan dit niet steeds zelf compenseren. Heeft hulp of begeleiding nodig maar niet structureel. Kan verder zelfstandig functioneren.
3	Klasse 3	Kan gestelde taken, verantwoordelijkheden en verplichtingen zonder hulp niet meer aan of verzaakt verregaand verantwoordelijkheden en verplichtingen waardoor anderen deze (ouden) moeten overnemen. Heeft moeite met het nemen van zelfstandige beslissingen maar hoeft de regie niet volledig over te geven aan een ander. Heeft voortdurend professionele hulp of begeleiding nodig.
4	Klasse 4	Is niet meer in staat om taken te vervullen of beslissingen te nemen. Heeft voortdurend zorg en hulp nodig. Kan niet zelfstandig functioneren.
Rubriek 4 subscore: score rubriek 7 = getal D		

Gemiddelde rubriekscore: (getal A + getal B + getal C + getal D) : 4 = getal E
Invaliditeitspercentage: (getal E x 100) : 4 = ..%

BIJLAGE 2 BEHOREND BIJ ARTIKEL I, ONDERDEEL E

BIJLAGE 4 – RICHTLIJN DUURZAME FUNCTIONELE INVALIDITEIT

Samenvatting

Bij de beoordelingen van de hoogte van de invaliditeit die een cliënt heeft als gevolg van een dienstverbandaandoening, wordt de verzekeringsarts gevraagd een uitspraak te doen of verlaging van de invaliditeit mogelijk is. Deze uitspraak is gebaseerd op een beoordeling van de functionele invaliditeit ten aanzien van algemene en bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (ADL en BDL).

Met duurzame functionele invaliditeit wordt bedoeld dat verlaging van de functionele invaliditeit niet meer te verwachten is.

Deze richtlijn, met beoordelingskader en procesbeschrijving, biedt criteria voor het beoordelen van de duurzaamheid van functionele invaliditeit en de stappen die in het beoordelingsproces daarvan moeten worden genomen.

De kernpunten van de richtlijn zijn:

1. Van duurzaamheid wordt uitgegaan als de verwachting is dat de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar niet af zal nemen.
2. Als duurzaamheid is vastgesteld, kan een blijvend percentage invaliditeit worden gegeven. Dit blijvend percentage kan in de toekomst nooit meer dalen. Wel kan de cliënt zelf vragen om een herbeoordeling, namelijk wanneer er sprake is van een duurzame verergering van zijn medische situatie.
3. Als de verzekeringsarts significante verlaging van de functionele invaliditeit verwacht, kent hij een voorlopig invaliditeitspercentage toe.
4. Er wordt in deze richtlijn als richtsnoer uitgegaan een periode van maximaal twee jaar tussen een eerste en tweede beoordeling, waarbij in principe tijdens de tweede beoordeling de duurzame functionele invaliditeit wordt vastgesteld (indien dit niet al tijdens de eerste beoordeling is gebeurd). In bepaalde gevallen, ter beoordeling aan de verzekeringsarts, kan hiervan afgeweken worden.

Inleiding

Bij de beoordeling van het recht op een militair invaliditeitspensioen, vindt onder meer een beoordeling plaats van de medische toestand op tijdstippen die in het kader van de regelgeving relevant zijn, namelijk datum beoordeling, datum rekest en een (1) jaar voorafgaand aan het rekest.

De vraag moet worden beantwoord of er sprake is van een functionele invaliditeit waarvan verlaging niet meer te verwachten is, c.q. welke duurzaam is. Hiermee valt de verzekeringsgeneeskundige beoordeling uiteen in twee delen, die met elkaar verweven zijn:

1. Is er sprake van een eindtoestand die blijvend, onveranderlijk is?
2. Zijn voldoende behandel- en revalidatiemogelijkheden benut waarvan verbetering mag worden verwacht?

De begrippen 'blijvend', 'onveranderlijk' en 'eindtoestand' verwijzen naar een toekomstverwachting. Men wil een prognose horen van de arts. Medisch is het is echter vaak lastig de toekomst te voorspellen. Sommige ziektebeelden tonen een weinig voorspelbaar verloop. Over het algemeen is bovendien de prognose bij psychische aandoeningen minder betrouwbaar dan bij somatische aandoeningen. Ook kan de arts niet voorspellen welke nieuwe behandelmogelijkheden in de toekomst ter beschikking komen.

Deze onzekerheden leiden ertoe dat de prognoses onbetrouwbaarder worden naarmate de termijn langer wordt, waarover ze worden gegeven.

Visie

Om verschillen in de beoordeling tussen verzekeringsartsen te beperken moet, gelet op het hiervoor staande, de duur waarover de prognose wordt gevraagd beperkt blijven. Daarnaast zal de functionele invaliditeit over het algemeen minder afnemen naarmate de tijd voortschrijdt.

Het is realistisch het volgende uitgangspunt te hanteren: als de functionele invaliditeit in het komende jaar niet of nauwelijks afneemt, dan zal dit in beginsel ook niet gebeuren in de periode daarna. De functionele invaliditeit dient dan als 'duurzaam' te worden geïdentificeerd. Er moet een heel goede reden zijn om van dit uitgangspunt af te kunnen wijken.

Dat is het geval wanneer op grond van kennis en ervaring vaststaat dat een behandeling, gegeven de aard of de complexiteit van het ziektebeeld pas na langere tijd tot verlaging van de functionele invaliditeit kan leiden. In deze situaties moet een 'voorlopig' percentage functionele invaliditeit worden toegekend.

Bij 'voorlopige functionele invaliditeit' kan het invaliditeitspercentage bij herbeoordeling gewijzigd (verhoogd of verlaagd) worden, naar aanleiding van de bevindingen. Pas als de functionele invaliditeit als duurzaam is aangemerkt, geldt dat het bijbehorende percentage het laagste percentage is dat in de toekomst kan worden toegekend.

Verhogingen van dit percentage zijn, met inachtneming van een bepaalde latentietijd, in de toekomst dan nog wel mogelijk, bijvoorbeeld naar aanleiding van blijvende verergeringen van de medische situatie. De verhogingen kunnen afhankelijk van de verwachtingen een voorlopig of een duurzaam karakter hebben.

Verlagingen gaan niet verder dan dit percentage.

Hieronder staat dit nader uitgewerkt en schematisch weergegeven.

Beoordelingskader voor bepaling van de duurzaamheid van een functionele invaliditeit

In dit beoordelingskader vindt u de criteria voor het beoordelen van de duurzaamheid van een functionele invaliditeit. Dit kader is zowel van toepassing op een eerste beoordeling als een herbeoordeling.

Vertrekpunt

Een cliënt bij wie sprake is van een verergerend of oorzakelijk dienstverband overeenkomstig het Besluit aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen militairen (Besluit AO/IV).

Definitie 'Duurzame functionele invaliditeit'

Van duurzame functionele invaliditeit is sprake als:

1. verbetering van de functionele invaliditeit is uitgesloten of
2. verbetering van de functionele invaliditeit nauwelijks te verwachten is.

Verlaging van de functionele invaliditeit is uitgesloten als de functionele invaliditeit naar verwachting stabiel blijft of nog verder zal toenemen. De verzekeringsarts spreekt zich hierbij niet uitsluitend uit over het beloop van het ziektebeeld of de aard en de ernst van de ziekteverschijnselen. Het ziektebeeld kan nog fluctueren, terwijl de functionele invaliditeit ongeveer op hetzelfde niveau zal blijven.

Van belang is dat de verzekeringsarts niet constateert dat de functionele invaliditeit stabiel is of eventueel toeneemt, maar tot het oordeel komt dat verlaging van de functionele invaliditeit niet meer tot de mogelijkheden behoort.

Of en in welke mate verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden, hangt af van vele cliëntgebonden en andere factoren. De effecten daarvan zijn vaak moeilijk voorspelbaar en dit des te meer naarmate een langere termijn moet worden overzien. Als gevolg hiervan zal voor een deel van de cliënten pas enige tijd na de initiële beoordeling duidelijk worden of er sprake is van duurzame functionele invaliditeit.

Het is van groot belang ervoor te zorgen dat mogelijkheden tot verbetering van de functionele mogelijkheden daadwerkelijk worden benut. Daarom geldt als uitgangspunt dat de cliënt adequaat herstelgedrag moet vertonen. Is dit niet het geval, dan wordt per definitie uitgegaan van de verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden als gevolg van op de actuele stand van de medische wetenschap gebaseerde behandeling, tenzij het inadequate herstelgedrag het gevolg is van een ziekte of handicap.

Cliëntgebonden factoren kunnen alleen als een belemmering voor verlaging van de functionele invaliditeit worden geaccepteerd, indien er sprake is van verlies aan autonomie. Hiervan is sprake als cliënt, ten gevolge van ziekte of handicap, geen keuzevrijheid heeft en niet meer de rol kan vervullen die hij zou willen en moeten vervullen.

De verzekeringsarts spreekt zich uit over de periode aansluitend aan het moment van beoordeling. Dit is het moment waarop de verzekeringsarts zijn definitieve conclusie trekt. Meestal is dat het moment waarop hij cliënt daadwerkelijk onderzoekt. Als de verzekeringsarts vervolgens nog aanvullende informatie ontvangt en mede daarop zijn oordeel baseert, is het moment van beoordeling het moment

waarop hij deze informatie in zijn conclusie en in zijn rapport verwerkt.

De verzekeringsarts betreft bij zijn prognosestelling de op dat moment beschikbare medische kennis en de actuele stand van de medische wetenschap. Hij loopt niet vooruit op nieuwe ontwikkelingen waarvan de mogelijkheden en resultaten nog onvoldoende zijn onderzocht.

Oordeelsvorming

De verzekeringsarts spreekt zich uit over de prognose van de functionele invaliditeit van cliënt, uitgaande van de medische situatie zoals die is op het moment van de beoordeling/de rapportage. De verzekeringsarts doorloopt hierbij onderstaande stappen. Deze staan tevens schematisch weergegeven in het 'Stroomschema voor beoordelingen'.

Stap 1

De verzekeringsarts beoordeelt of verlaging van de functionele invaliditeit mogelijk is, of is uitgesloten. Dat laatste is het geval als er sprake is van:

- a. een progressief ziektebeeld zonder behandel mogelijkheden of
- b. een stabiel ziektebeeld zonder behandel mogelijkheden.

Situatie 1a:

Als sprake is van een progressief ziektebeeld geldt in het algemeen dat verlaging van de functionele invaliditeit niet zal optreden. Meestal is geen behandeling aan te wijzen die kan leiden tot verbetering van de functionele invaliditeit. Een behandeling is dan uitsluitend gericht op het afremmen van het ziekteproces. De functionele invaliditeit zal in dat geval niet verminderen. In beginsel bestaat er een theoretische mogelijkheid dat de functionele invaliditeit van een cliënt door revalidatiebehandeling (tijdelijk) afneemt. Deze mogelijkheid wordt buiten beschouwing gelaten, omdat de progressie van het ziektebeeld het bereikte resultaat teniet zal doen.

Situatie 1b:

Bij een stabiel ziektebeeld is spontane verbetering uitgesloten. De verzekeringsarts betreft in die situatie de resterende behandel mogelijkheden bij zijn oordeelsvorming. Deze behandel mogelijkheden moeten op twee niveaus worden beoordeeld (die overigens in elkaars verlengde liggen):

- behandel mogelijkheid in 'medische' zin – gericht op het ziekteproces als zodanig;
- behandel mogelijkheid in 'functionele' zin – gericht op herstel van het functioneren dan wel het ontwikkelen van compensatiemogelijkheden (revalidatie).

Hoewel de gezondheidsschade definitief kan zijn, betekent dat nog niet dat belangrijk herstel van functioneren ook is uitgesloten. Daarom concludeert de verzekeringsarts pas dat verlaging van de functionele invaliditeit is uitgesloten als noch in medische zin, noch in functionele zin een behandel mogelijkheid resteert.

In dit verband is het van belang er scherp op te letten dat aspecten van langdurige inactiviteit en daarmee samenhangende deconditionering geen rol spelen. Is dat wel het geval dan houdt de verzekeringsarts daar alleen rekening mee voor zover er een rechtstreekse samenhang bestaat met het ziekteproces. In alle andere situaties gaat de verzekeringsarts ervan uit dat een op activering gerichte behandeling tot de mogelijkheden behoort en er op die grond sprake is van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden.

Als er nog een verlaging van de functionele invaliditeit mogelijk is (situatie 1a of 1b zijn dan niet van toepassing), volgt stap 2.

Stap 2

Als verlaging van de functionele invaliditeit nog mogelijk is, beoordeelt de verzekeringsarts in hoeverre die verlaging in het eerstkomende jaar kan worden verwacht.

De verzekeringsarts gaat na of één van de volgende twee mogelijkheden aan de orde is:

- a. er is een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar zal optreden;
- b. verlaging van de functionele invaliditeit is nauwelijks te verwachten in het eerstkomende jaar.

Als voor de keuze tussen situatie 2a of 2b doorslaggevende argumenten ontbreken, gaat de verzekeringsarts uit van een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar niet zal optreden (situatie 2b).

Situatie 2a:

In een deel van de gevallen is zonder meer duidelijk dat er een redelijke of goede verwachting bestaat ten aanzien van verlaging van de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar. Hetzij spontaan, hetzij met hulp van een – zo nodig nog op te starten – behandeling. In dat geval kan de verzekeringsarts meteen concluderen dat de functionele invaliditeit niet duurzaam is.

Situatie 2b:

Als er geen redelijke of goede verwachting op verlaging van de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar bestaat, is de vervolgvraag of verlaging van de functionele invaliditeit in het tweede jaar te verwachten is (zie stap 3).

Stap 3

Als in het eerstkomende jaar nauwelijks verbetering van de functionele invaliditeit kan worden verwacht (situatie 2b is van toepassing) beoordeelt de verzekeringsarts of op langere termijn wel verbetering mogelijk is.

Ook nu zijn er twee mogelijkheden:

- Er is een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de functionele invaliditeit zal optreden na het eerstvolgende jaar; dit is alleen het geval als van een behandeling vaststaat dat die eerst op langere termijn kan zijn gericht op verbetering van de belastbaarheid. In dit geval wordt de herbeoordeling vastgesteld op twee jaar na de eerste beoordeling.
- Verbetering van de belastbaarheid is nauwelijks te verwachten: alle overige gevallen. In dit geval stelt de verzekeringsarts alsnog duurzame functionele invaliditeit vast.

Toelichting keuze situatie 3a of 3b:

De betrouwbaarheid van een medisch oordeel over de te verwachten ontwikkeling van een ziektebeeld neemt af naarmate de termijn waarover deze uitspraak wordt gedaan langer is. Alleen wanneer de periode kort is kan een dergelijke uitspraak met een redelijke betrouwbaarheid worden gedaan.

Verzekeringsartsen moeten zich uitspreken over de functionele invaliditeit als afgeleide van de aard en de ernst van het ziektebeeld. Daarbij leggen niet-medische factoren veelal extra gewicht in de schaal. Uitspraken over de ontwikkeling van de functionele invaliditeit die een langere termijn beslaan zijn vaak onvoldoende betrouwbaar.

Het is dan ook niet goed mogelijk om een onderscheid te maken tussen een te verwachten verlaging van de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar (vanaf het moment van beoordeling) en daarna. Daarnaast zal de functionele invaliditeit over het algemeen minder afnemen naarmate de tijd voortschrijdt.

Daarom wordt uitgegaan van het volgende uitgangspunt: de verzekeringsarts zal in stap 3 van de meest ongunstige verwachting uitgaan, om onnodig verlengen van de onzekerheid over het invaliditeitspercentage en daarmee samenhangende stress te voorkomen (situatie 3b).

Er moet dus een goede reden zijn hiervan af te wijken. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer meerdere psychische aandoeningen achtereenvolgens behandeld moeten worden, zoals verslavingsproblematiek in combinatie met PTSS, en de behandeling van PTSS is nog niet gestart of loopt nog.

Begrippen:

Progressief ziektebeeld

Een progressief ziektebeeld is een ziektebeeld waarvan de ernst van de symptomen en daarmee de ernst van de beperkingen toeneemt.

Er kan ook sprake zijn van een progressief ziektebeeld als het ziektebeeld enige tijd, al dan niet dankzij behandeling, stil staat en vervolgens op een later moment weer toeneemt.

Behandeling

Onder behandeling wordt verstaan een al lopende of nog te starten evidence based medische behandeling of een anderszins in de reguliere gezondheidszorg op dat moment gebruikelijke behandeling.

Verder gaat het erom of van een behandeling in het algemeen (enig) resultaat mag worden verwacht, gelet op de diagnose en los van cliëntgebonden factoren.

Aard en doel van de behandeling

Voor een beoordeling van het mogelijke resultaat van een behandeling kan het nuttig zijn het volgende onderscheid te maken:

- Behandelingen gericht op genezing. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is altijd sprake van een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden.

2. Behandelingen gericht op revalidatie. Dergelijke behandelingen zijn gericht op toename van mogelijkheden of op compensatie van verloren gegane mogelijkheden. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is meestal sprake van een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden, soms echter pas op de langere termijn.
3. Behandelingen gericht op stabilisatie. Dergelijke behandelingen zijn gericht op behoud van mogelijkheden. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is verlaging van de functionele invaliditeit nauwelijks te verwachten.

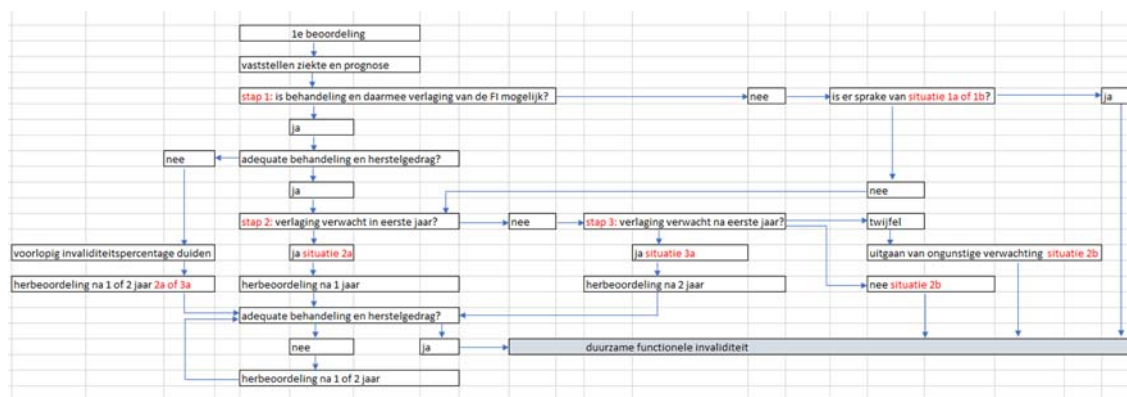
Cliëntgebonden factoren

Onder cliëntgebonden factoren worden al die factoren verstaan die niet met het ziekteproces als zodanig te maken hebben maar wel van invloed kunnen zijn op de functionele invaliditeit van de cliënt.

Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de volgende aspecten:

- eigenschappen van de cliënt in de zin van copingmechanismen;
- activiteiten van de cliënt in de zin van herstelgedrag;
- de reactie van de cliënt op omgevingsfactoren.

STROOMSCHEMA VOOR BEOORDELINGEN



Uit dit stroomschema blijkt dat in principe maximaal twee beoordelingen zullen plaatsvinden binnen maximaal twee jaar.