

University of Groningen

Ervaringen van belanghebbenden met het PTSS-protocol van Defensie

van der Woude, Hillebrant; Bakker, Roel H.; Sanderman, Robbert

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Publication date:
2016

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van der Woude, H., Bakker, R. H., & Sanderman, R. (2016). *Ervaringen van belanghebbenden met het PTSS-protocol van Defensie*. Science Shop, University of Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



**rijksuniversiteit
groningen**

**Ervaringen van belanghebbenden met het
PTSS-protocol van Defensie**

*Stakeholders' experiences with the Dutch Military's
PTSD-protocol*

**Masterthese Klinische Psychologie
Onderzoeksverslag**

Hillebrant K. van der Woude

Studentnummer: 1955993

Datum: Augustus 2016

Afdeling Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Examinator: Dr. R.H. Bakker

Tweede beoordelaar: Prof. Dr. R. Sanderman

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	2
ABSTRACT	3
SAMENVATTING	3
INLEIDING	4
METHODE	7
VRAGENLIJSTONDERZOEK	7
<i>Deelnemers</i>	7
<i>Materiaal</i>	8
<i>Procedure</i>	8
SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS	8
<i>Deelnemers</i>	8
<i>Analyse</i>	9
<i>Procedure</i>	9
RESULTATEN	10
<i>Respons op het vragenlijstonderzoek</i>	10
<i>Verlaagde Invaliditeitspercentages</i>	10
DISCUSSIE	17
REFERENTIES	19
BIJLAGEN	21
BIJLAGE 1: INTERVIEWSCHEMA	21
BIJLAGE 2: TABELLEN	22

Abstract

In 2008 the Dutch military's new PTSD-protocol has been introduced. With this protocol, clients who have psychological problems related to their military deployment, are assessed. The goal of this thesis is to investigate what the experiences with the PTSD-protocol are, and if the disability percentage that the protocol issues is the same as the actual level of a client's disability. To attain this goal, two research methods are used: a questionnaire, developed by Bakker, Tuinstra & Brouwer, and interviews, conducted with a number of therapists. The survey reveals wide disparity between opinions concerning the correctness of the given disability percentage: from correct to very incorrect. Also, no correlation is found between the frequency of use of the protocol and the extent to which stakeholders find determination of the disability percentage just. In addition, no correlation is found between the degree of knowledge stakeholders claim to have of the protocol and the extent to which they think the disability percentage fits the actual level of disability. Finally, a number of recommendations is made that may make future assessment and treatment of deployment related psychological problems more efficient.

Samenvatting

Sinds 2008 is het nieuw PTSS-protocol van Defensie ingevoerd. Hiermee worden cliënten waarvan een vermoeden is dat zij psychische klachten aan een uitzending hebben overgehouden beoordeeld. Het doel van deze these is om te onderzoeken wat de ervaringen met dit protocol zijn en of het invaliditeitspercentage dat door het protocol afgegeven wordt klopt met de daadwerkelijke mate van invaliditeit van de cliënt. Hiervoor worden twee methoden gebruikt, namelijk een vragenlijst onderzoek, ontwikkeld door Bakker, Tuinstra & Brouwer, en een aantal interviews met behandelaren. Uit het onderzoek komt naar voren dat de meningen over de correctheid van het invaliditeitspercentage bij verschillende belanghebbenden sterk uiteenlopen: van correct tot zeer incorrect. Ook wordt er geen verband gevonden tussen de frequentie van gebruik van het protocol en de mate waarin de belanghebbenden de vaststelling van het invaliditeitspercentage rechtvaardig vinden. Tevens wordt er geen verband gevonden tussen de mate van kennis die belanghebbenden van het protocol zeggen te hebben en de mate waarin zij het invaliditeitspercentage passend vinden. Tenslotte wordt een aantal aanbevelingen gedaan waardoor beoordeling en behandeling van uitzend gerelateerde problematiek in de toekomst wellicht efficiënter kan verlopen.

Inleiding

Het is een normale avond op kamp Castor, het Nederlandse kamp in Mali waar zo'n 400 Nederlandse militairen zitten in het kader van de VN missie MINUSMA. De jaarwisseling ligt inmiddels achter ons en de uitzending zit er bijna op. Met nog een paar dagen te gaan kan onze eenheid terugkijken op een rustige uitzending die zonder noemenswaardige incidenten is verlopen. Net na middernacht word ik wakker van een harde dreun en ik denk: 'wie gooit er nou midden in nacht zo hard met de deur'. Er volgt nog een dreun die een stuk dichterbij klinkt. Vervolgens gaat het alarm af. Er schiet van alles door m'n hoofd: 'Wat gebeurt er? Zou iemand geraakt zijn? Hoe is het met de mensen die in de normale tenten in plaats van gepantserde containers slapen?'. Achteraf blijkt niemand gewond te zijn geraakt en de schade mee te vallen. Het waren een aantal raketten die vanaf de overzijde van de rivier de Niger richting ons kamp zijn afgevuurd, waarbij de dichtstbijzijnde op zo'n 150 meter van het kamp insloeg. (Anekdote van mijn uitzending naar Mali)

Hoewel de bovenstaande gebeurtenissen zeker indruk op de auteur hebben gemaakt, zijn zij mild in vergelijking met andere verhalen die veteranen soms vertellen. Het blijkt dan ook dat bij een aanzienlijk deel van de Nederlandse uitgezonden militairen psychische klachten ontstaan, bijvoorbeeld in de vorm van een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) (Reijnen et al., 2014).

In deze these zal onderzocht worden wat de ervaringen zijn met een in 2008 door defensie ingevoerd protocol dat invaliditeit bij militairen met psychische klachten vaststelt. Allereerst wordt besproken welke klachten een PTSS behelst en, met het oog daarop, wat het belang van dit onderzoek is. Vervolgens wordt er behandeld wat het Militair Invaliditeitspensioen (MIP) is, welk beoordelingsprotocol daarvoor in gebruik is en welke studies daar tot dusver naar verricht zijn. Tenslotte worden de hoofdvraag en de subvragen van deze these weergegeven.

PTSS is een stoornis die het gevolg is van een traumatische gebeurtenis waarbij de persoon een vermeende of daadwerkelijke bedreiging ervoer (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. [DSM-5], American Psychiatric Association [APA], 2013). De persoon ervaart na dit trauma intrusies in de vorm van bijvoorbeeld nachtmerries over of flashbacks naar dit trauma, wat zorgt voor opwinding en stress. Daarnaast probeert de persoon stimuli die met het trauma te maken hebben te vermijden en zorgt herinnering aan het trauma voor negatieve verandering in emoties en gedachten. Iemand kan bijvoorbeeld last hebben van geheugenverlies rondom belangrijke aspecten van het trauma, zoals wie er aanwezig waren en wat de chronologische volgorde van de gebeurtenissen was. Andere veranderingen kunnen zijn dat iemand een korter lontje heeft dan voorheen, negatieve gevoelens heeft of problemen heeft met concentratie. Deze symptomen zijn een maand of langer aanwezig en hebben een versturende werking op het dagelijks leven van de persoon. Hoewel er steeds meer belangstelling is voor het identificeren van objectieve biomarkers van PTSS, wordt de diagnose PTSS op dit moment gesteld aan de hand van zelfrapportage van de symptomen

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

(Christova, 2015). De vaststelling ervan geschiedt dus niet aan de hand van een foto, zoals dat bijvoorbeeld bij een gebroken ledemaat gebeurt, maar wordt gedaan door het houden van beoordelingsgesprekken met en het doen van observaties van de betreffende cliënt.

De prevalentie van PTSS onder Nederlandse militairen varieert volgens verschillende onderzoeken. Zo zijn er bronnen die spreken over vier á vijf procent (Unck, 2008) waarbij anderen oplopen tot 9 procent (Veteraneninstituut, 2015b). Daarnaast is het volgens het Veteraneninstituut (2015a) zo dat van alle uitgezonden militairen, 15 procent één of twee symptomen van PTSS vertoont. Uit longitudinaal onderzoek van Reijnen et al. (2014) onder Nederlandse militairen die naar Afghanistan zijn uitgezonden, blijkt dat over twee jaar tijd de prevalentie van PTSS varieert tussen 5,6 en 8,9 procent van de gevolgde militairen. In een studie van Eekhout et al. (2016) komt naar voren dat het percentage mensen dat PTSS klachten heeft niet constant is. Zij vinden een piek in het aantal mensen met PTSS klachten in de eerste zes maanden na de uitzending en op de langere termijn een piek van mensen met PTSS klachten rond vijf jaar na de uitzending. Zij concluderen in hun studie dan ook dat het belangrijk is de militairen voor langere tijd na hun uitzending te monitoren, aangezien vroegtijdige behandeling van de symptomen gerelateerd is aan verbeterde psychische gezondheid.

PTSS is al sinds 1900 een bekende stoornis onder militairen (Jones & Wessely, 2005). De afgelopen decennia is er echter meer aandacht en erkenning voor de stoornis gekomen en is de roep vanuit de samenleving om betere zorg voor veteranen met PTSS eveneens luider geworden. Daarnaast speelt ook het financiële aspect van deze zorg een belangrijke rol in de maatschappelijke discussie over PTSS. Uit onderzoek van Harrison, Satterwhite & Rudy (2010) blijkt dat de geschatte kosten voor de zorg van uit Irak teruggekeerde Amerikaanse militairen met PTSS rond de 200 miljoen dollar liggen. Het is voor te stellen dat er naast de directe zorgkosten ook andere kosten een rol zullen spelen. Zo zullen de financiële consequenties ook voelbaar zijn bij de families en werkgever van de militair met PTSS, bijvoorbeeld door inkomstenderving of arbeidsongeschiktheid (McCrone, Knapp & Cawkill, 2003). Dat dit onderwerp ook in Nederland actueel is blijkt wel uit de recente toekenning van een schadevergoeding aan Libanon veteraan Chris Kriznaric (Dagblad van het Noorden, 2015). De Centrale raad van Beroep oordeelde in deze zaak dat Defensie onvoldoende psychische zorg voor, tijdens en met name na zijn uitzending naar Libanon heeft verleend en zodoende niet aan haar zorgplicht heeft voldaan. In navolging van deze zaak hebben 120 andere Libanon veteranen een claim ingediend bij het Ministerie van Defensie omdat zij vinden dat ook bij hen de psychische hulp tekortgeschoten heeft (RTL Nieuws, 2016). Wat de uitkomst van deze claims ook zal zijn, het blijkt wel dat er een groep veteranen is die tot op de dag van vandaag rondlopen met klachten die veroorzaakt zijn door hun uitzending, die soms al tientallen jaren geleden heeft plaatsgevonden, en die zich onvoldoende gesteund voelen door Defensie.

Maar hoe gaat Defensie vandaag de dag om met militairen die (psychische) klachten ondervinden als gevolg van hun diensttijd? Als een (post-actieve) militair (deels) arbeidsongeschikt is dan kan hij recht hebben op een Militair Invaliditeitspensioen. Het MIP is een uitkering die men krijgt, bovenop

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

bijvoorbeeld de WAO-uitkering, wanneer de invaliditeit het gevolg is van omstandigheden die tijdens diensttijd hebben plaatsgevonden (ABP, z.d.). Deze invaliditeit kan ook het gevolg zijn van psychische klachten. Sinds 1 juli 2008 gebruikt het ministerie van defensie een nieuw protocol om het invaliditeitspercentage door toedoen van psychische klachten en PTSS te bepalen. Oude schattingsinstrumenten, zoals de War Pensions Committee (WPC) schaal en de American Medical Association (AMA) guides 5^e druk, waren kwalitatief een stuk minder goed (Fokkens et al., 2012) en zijn vervangen door het PTSS-protocol dat is opgesteld aan de hand van het Psychische Invaliditeit Militairen (PIM) rapport van juni 2005 (Advies Commissie WPC-PIM, 2005). Dit protocol bestaat uit een scoringslijst die wordt ingevuld door een verzekeringsarts na een verzekeringsgeneeskundig gesprek. In een onderzoek naar de betrouwbaarheid van het PTSS-protocol door Fokkens et al. (2011) bleek dat zowel de interdoktervariatie als de intradoktervariatie zeer klein zijn en het instrument dus zeer betrouwbaar is. In een daaropvolgend onderzoek van Fokkens et al. (2012) werd gekeken hoe dit nieuwe instrument zich verhoudt tot een ander vergelijkbaar instrument, namelijk de AMA Guides 6^e druk. Hierbij werd bij beide methoden weinig variatie tussen onafhankelijke artsen gevonden, maar bleek wel dat de PIM-methode gemiddeld een hoger invaliditeitspercentage weergeeft dan de AMA-methode.

Dit onderzoek richt zich op de ervaring die de verschillende belanghebbenden met het WIA PTSS-protocol hebben en dan met name over wat zij van de veranderde situatie vinden. Er komen geluiden vanuit het werkveld dat er een gemiddeld een lager invaliditeitspercentage wordt gescoord dan in de oude situatie. Past dit lagere invaliditeitspercentage volgens de belanghebbenden beter bij de situatie zoals die in werkelijkheid is? De hoofdvraag in deze these is dan ook: is het invaliditeitspercentage zoals het PTSS-protocol dat geeft passend bij de daadwerkelijke mate van invaliditeit van de cliënt? De eerste deelvraag behandelt het onderwerp 'rechtvaardigheid' en luidt: is er een verband tussen de mate waarin belanghebbenden vinden dat het PTSS-protocol een rechtvaardig invaliditeitspercentage geeft en de frequentie waarmee zij het protocol gebruiken? De tweede deelvraag neemt de kennis van het protocol van personen die er beroepsmatig mee te maken hebben in ogenschouw en luidt: Is er een verband tussen de kennis die deze personen zeggen te hebben van het protocol en de mate waarin zij vinden dat het PTSS-protocol een invaliditeitspercentage geeft dat past bij de daadwerkelijke situatie van de cliënt?

Methodie

Deze these is onderdeel van een groter onderzoek dat wordt gedaan naar de knelpunten rondom het nieuw ingevoerde PTSS-protocol van Defensie. De hoofdvraag in deze these is of het invaliditeitspercentage zoals het PTSS-protocol dat geeft past bij de daadwerkelijke mate van invaliditeit van de cliënt. Deze vragen worden op zowel kwantitatieve als kwalitatieve manier onderzocht. De kwantitatieve methode vindt plaats in de vorm van een vragenlijstonderzoek, met een vragenlijst ontwikkeld door Bakker, Tuinstra & Brouwer, dat wordt gedaan onder verschillende belanghebbenden die onder het ‘Deelnemer’ kopje beschreven staan. De belanghebbenden zijn aangeschreven voor het onderzoek dat Bakker, Tuinstra & Brouwer doen naar de ervaringen met het PTSS-protocol. De analyses in deze these zijn gedaan op basis van de gegevens die voor het bovengenoemde onderzoek zijn verzameld. Voor deze these is vervolgens een aantal relevante vragen geselecteerd, zoals beschreven onder het kopje ‘Vragenlijstonderzoek’. Het kwalitatieve gedeelte wordt uitgevoerd in de vorm van een aantal semigestructureerde interviews met verschillende behandelaren die werkzaam zijn bij de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ). Hieronder wordt eerst de methode van het vragenlijstonderzoek en daarna die van de interviews beschreven.

Vragenlijstonderzoek

Deelnemers

Het ministerie van Defensie heeft een selectie gemaakt van een aantal belanghebbenden en deze lijst bij het onderzoeksteam aangeleverd. De lijst bestaat uit mensen met verschillende functies, namelijk: verzekeringsartsen, zorg coördinatoren, beleidsmedewerkers, behandelaren, managers, cliënt vertegenwoordigers/belangenbehartigers en pensioensverzekeringsautoriteiten. Verzekeringsartsen beoordelen militairen met het PTSS protocol en bepalen de hoogte van het eventuele invaliditeitspercentage. Zorg coördinatoren vormen voor (post)actieve militairen in principe het eerste aanspreekpunt bij een hulpvraag. Zij hebben een ondersteunende functie waarbij er geen zorggerichte cliëntinformatie met hen gedeeld wordt. Beleidsmedewerkers zijn betrokken bij de totstandkoming van beleid rondom het behandelings- en beoordelingsproces van (post) actieve militairen.

Behandelaren behandelen cliënten met psychische klachten.

Cliëntvertegenwoordigers/belangenbehartigers kunnen bijvoorbeeld vakbondsmensen zijn die voor de belangen van de cliënten opkomen. Pensioensverzekeringsautoriteiten controleren de procedure rondom het gebruik van het PTSS protocol zoals deze door de verzekeringsarts gevolgd is. Dit betreft een papieren exercitie, waarbij zij de cliënt die beoordeeld wordt niet in levende lijve zien.

Materiaal

De door Bakker, Tuinstra & Brouwer aangeschreven belanghebbenden kregen het verzoek de ‘Vragenlijst PTSS-protocol’ in te vullen. Deze lijst is door hen ontwikkeld in het kader van een inventarisatie van de ervaringen met het nieuwe PTSS-protocol. De aangeschreven belanghebbenden konden deze vragenlijst digitaal invullen in de periode van 27 november 2015 tot 8 februari 2016. In deze vragenlijst staan 32 items waarmee ervaringen met en meningen over het protocol op verschillende vlakken worden geïnventariseerd. Omdat niet alle vragen van deze vragenlijst relevant zijn voor de onderzoeksvraag in deze these, is er een selectie gemaakt van een aantal vragen dat zal worden geanalyseerd. Deze items gaan in op de kennis van de geïnterviewden van het PTSS-protocol, de frequentie waarmee zij het protocol gebruiken, de rechtvaardigheid en de veranderingen in hoogte van het afgegeven invaliditeitspercentage en de mate waarin de belanghebbenden het invaliditeitspercentage passend vinden. De concrete vragen en hun antwoord categorieën zijn te zien in tabel 1 in bijlage 2.

Procedure

Belanghebbenden hadden tot februari 2016 de mogelijkheid om de vragenlijst van Bakker et al. (2015) in te vullen. De gegevens uit de vragenlijst zullen beschrijvend worden geanalyseerd. Tevens wordt er ter beantwoording van de twee deelvragen gebruik gemaakt van de correlaties tussen: vraag 4 en vraag 19 voor uit tabel 1 voor deelvraag 1, en vraag 3 en 15 uit tabel 1 voor deelvraag 2. Om het beeld dat in de vragenlijst geschetst wordt verder in te kleuren is als volgende stap een aantal belanghebbenden voor een interview uitgenodigd (zie ‘Semigestructureerde Interviews’, volgende paragraaf). Gezien de hoofdvraag en de achtergrond van deze these is ervoor gekozen deze interviews af te nemen bij een aantal behandelaren van de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ).

Semigestructureerde Interviews

Deze interviewmethode is parallel aan de vragenlijst methode gebruikt. Dit houdt concreet in dat de personen die voor deze these zijn geïnterviewd, niet de vragenlijst hebben ingevuld.

Deelnemers

Drie willekeurig gekozen behandelaren (psychologen) van de MGGZ zijn bereid gevonden tot een interview. Deze behandelaren hebben niet meegedaan aan het vragenlijstonderzoek. De interviews zijn gedaan aan de hand van een vooraf opgesteld interviewschema met algemene vragen dat vooral diende als leidraad. Dit interviewschema is terug te vinden in bijlage 1.

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

Analyse

De interviews zijn verbatim getranscribeerd en dienen ter uitbreiding en verduidelijking van de punten die belanghebbenden in de vragenlijst naar voren hebben gebracht. De transcripties zijn geanalyseerd en vergeleken om de opvallende zaken en bruikbaarheid van, en overeenkomsten en/of verschillen tussen hun opvattingen te detecteren en te beschrijven.

Procedure

De interviews vonden plaats op verschillende dagen op de verschillende werklocaties van de behandelaren. De interviews duurden gemiddeld plusminus 15 minuten. Alle geïnterviewden waren enthousiast en wilden graag hun visie geven. Zij zijn in de interviews bevraagd naar hun bevindingen met (de gevolgen van) het PTSS-protocol. Zo is er gevraagd naar wat volgens hen de oorzaak van de verandering in invaliditeitspercentage is, of de nieuwe methode een onderschatting van de daadwerkelijke invaliditeit is en wat de effecten van het invaliditeitspercentage in de behandelkamer zijn. In de praktijk wordt de term Militair Invaliditeitspensioen (MIP) vaak gebruikt. De hoogte van het MIP wordt bepaald door het invaliditeitspercentage. Deze termen worden in de interviews door elkaar gebruikt, maar refereren naar hetzelfde, namelijk: het percentage invaliditeit en de daaraan gekoppelde vergoeding. Er is door de geïnterviewden toestemming gegeven om passages uit de interviews anoniem op te nemen in deze these.

Resultaten

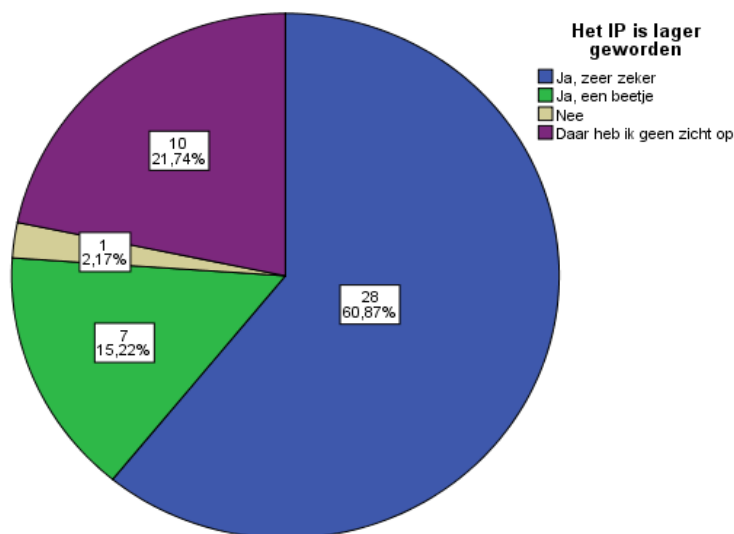
In deze sectie zal allereerst worden gekeken naar de respons op de vragenlijst. Vervolgens zullen zowel de resultaten van het vragenlijstonderzoek als die van de interviews worden besproken om zodoende te kijken of belanghebbenden de verlaging in het invaliditeitspercentage na invoering van het PTSS-protocol, zoals deze in de inleiding naar voren is gekomen, herkennen. Uiteindelijk zullen de deelvragen en hoofdvraag die in de inleiding geformuleerd zijn beantwoord worden.

Respons op het vragenlijstonderzoek

Voor het vragenlijstonderzoek zijn uiteindelijk 96 belanghebbenden aangeschreven. Vier personen hebben zich afgemeld en van de overige 92 personen hebben 66 een ingevulde vragenlijst ingestuurd. Deze 66 belanghebbenden bestaan uit: 13 Verzekeringartsen, 16 zorgcoördinatoren, twee beleidsmedewerkers, zes behandelaren (psychiaters en psychologen), drie managers, zeven cliëntvertegenwoordigers/belangenbehartigers, vijf pensioensverzekeringsautoriteiten en acht personen met een functie die zij als ‘anders’ omschrijven. Uit de vragenlijst bleek dat deze laatste categorie ‘anders’ bestaat uit: een maatschappelijk werker, een oud militair arts en verschillende medewerkers van aan Defensie gelieerde organisaties zoals vakbondsmedewerkers, werknemers van het veteranenloket en een medewerker van het Centrale Adviescommissie Draaginsigne Gewonden. Niet alle respondenten hebben alle vragen ingevuld, waardoor de N per vraag niet altijd gelijk is.

Verlaagde Invaliditeitspercentages

Zoals in de inleiding naar voren kwam is één van de opvallendste geluiden uit het werkveld dat sinds de invoering van het nieuwe PTSS protocol het gegeven invaliditeitspercentage een stuk lager is geworden. Deze vraag is ook in de vragenlijst naar voren gekomen zoals te zien in bijlage 2, tabel 1. De reacties hierop zijn te zien in de onderstaande grafiek 1.



Grafiek 1. Verlaagde invaliditeitspercentage na invoering PTSS protocol.

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

Ruim 76% procent van de belanghebbenden beaamt de verlaging van het invaliditeitspercentage onder het nieuwe protocol. Slechts één persoon is het hier niet mee eens en tien personen hebben hier geen zicht op.

Ter beantwoording van de eerste deelvraag is gekeken naar het verband tussen frequentie van het gebruik van het PTSS-protocol en de mate van ervaren rechtvaardigheid in deze beoordeling. Hiervoor is de respons op de vragenlijst gebruikt. De eerste deelvraag luidt:

Is er een verband tussen de mate waarin de beoordeling van het invaliditeitspercentage aan de hand van het protocol rechtvaardig wordt gevonden en frequentie waarmee het protocol gebruikt wordt?

Om deze vraag te beantwoorden zijn de respondenten allereerst ingedeeld in groepen met een uiteenlopende frequentie waarmee door hen het protocol gebruikt wordt. Hierbij spreken de meeste categorieën voor zich, enkel de categorie ‘Anders’ behoeft enige uitleg. Wanneer gekeken wordt naar de toelichting op de antwoorden die de respondenten die de rubriek ‘anders’ hebben ingevuld hebben gegeven dan blijkt dat de meeste personen indirect met het protocol te maken hebben, bijvoorbeeld doordat dienstmaten of cliënten erdoor beoordeeld worden, maar het zelf eigenlijk nooit gebruiken. Met deze gegevens was op één persoon na, iedereen in te delen in één van de categorieën tussen ‘Dagelijks’ en ‘Nooit’. Dit is handmatig gedaan, wat de onderstaande tabel 2 oplevert.

Tabel 2. *Het PTSS-protocol zorgt voor een rechtvaardige vaststelling van invaliditeitspercentage*

Frequentie gebruik:	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Jaarlijks	Nooit	Anders
Protocol zorgt voor rechtvaardig vaststelling:						
Mee eens	4	7	1	0	8	0
Daar heb ik geen zicht op	0	0	0	1	13	0
Mee oneens	1	4	0	0	7	1

De frequentie van gebruik is verschillend. De helft van de belanghebbenden gebruikt het protocol überhaupt niet. Van de mensen die dagelijks het protocol gebruik vinden vier van de vijf mensen dat het invaliditeitspercentage rechtvaardig wordt vastgesteld. Bij de mensen die het protocol wekelijks gebruiken is dit bijna driekwart van de ondervraagden. Van de mensen die het protocol nooit gebruiken zegt bijna de helft van de ondervraagden geen zicht te hebben op de vraag of het invaliditeitspercentage rechtvaardig wordt vastgesteld, vindt iets meer dan één op de vier belanghebbenden dat het invaliditeitspercentage wel rechtvaardig wordt vastgesteld en één op de vier ondervraagden dat het niet rechtvaardig wordt vastgesteld. Om te kijken of er verband is tussen de

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

frequentie van gebruik van het PTSS-protocol en de mate waarin belanghebbenden het resultaat rechtvaardig vinden (deelvraag 1) is de correlatie tussen deze twee variabelen berekend. De categorie ‘Anders’ uit tabel 2 is hierbij buiten beschouwing gelaten, aangezien deze categorie geen duidelijke informatie geeft over hoe vaak een belanghebbende het protocol al dan niet gebruikt. Ditzelfde geldt voor de categorie ‘Daar heb ik geen zicht op’. Een belanghebbende die dit antwoord geeft, heeft naar eigen zeggen niet genoeg informatie om een duidelijke mening over de rechtvaardigheid te hebben. Zodoende is ervoor gekozen ook deze groep buiten beschouwing te laten. De toetsing met een Spearman’s correlatie geeft een zwakke positieve correlatie die bij een 95% betrouwbaarheidsniveau niet significant is ($r=.17$, $p=.36$, $N=31$). Er is dus statistisch gezien geen verband tussen de frequentie waarmee belanghebbenden het protocol gebruiken en hun mening over de rechtvaardigheid waarmee het invaliditeitspercentage wordt vastgesteld.

Als volgende stap is er gekeken naar de tweede deelvraag die in de inleiding naar voren is gekomen, namelijk:

Is er een verband tussen kennis van het protocol en de mate waarmee belanghebbenden het gegeven invaliditeitspercentage passend vinden bij de situatie van de cliënt?

Voor deze deelvraag zijn wederom de vragenlijstgegevens gebruikt en ook hier zijn de belanghebbenden in groepen verdeeld, echter nu aan de hand van hoeveel kennis zij zeggen te hebben van het protocol. Ook hier is een categorie ‘Anders, namelijk’ te zien. Wanneer de tekstresponsen worden bekeken is te zien dat respondenten die ‘Anders, namelijk’ invullen vaak geen mening over het percentage hebben. De resultaten zijn hieronder weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. *Past het afgegeven invaliditeitspercentage bij de daadwerkelijke mate van invaliditeit van de cliënt?*

Het percentage is passend:	Ja, altijd	Ja, meestal	Daar heb ik geen zicht op	Nee, meestal niet	Nee, nooit	Anders	Totaal
Kennis van het protocol							
Voldoende	2	8	5	13	1	4	33
Beperkt	0	0	11	3	1	3	18

Wanneer er naar de totalen gekeken wordt is te zien dat ruim één op de vijf belanghebbenden het invaliditeitspercentage meestal of altijd passend vindt bij de situatie van de cliënt. Ruim een derde vindt het invaliditeitspercentage meestal of altijd te laag en ruim vier op de tien personen heeft er geen zicht op of heeft een andere mening. Wanneer er naar de toelichting in de vragenlijst gekeken wordt blijkt dat mensen die ‘Anders’ invullen vaak vinden dat het invaliditeitspercentage in sommige gevallen correct en in andere gevallen weer incorrect is. Verder is te zien dat twee personen vinden dat het afgegeven invaliditeitspercentage altijd past bij de daadwerkelijke situatie van de cliënt, maar dat

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

de meerderheid in meer of mindere mate negatief is over de mate waarin het toegekende invaliditeitspercentage past bij de situatie van de cliënt. Ook lijkt het op het eerste gezicht dat naarmate iemand minder kennis zegt te hebben van het protocol, deze over het algemeen negatiever denkt over de mate waarin het gegeven invaliditeitspercentage past bij de situatie van de cliënt. Toetsing met een Spearman's correlatie ondersteunt deze trend echter niet ($r=.30$, $p=.12$, $n=28$). Er is een redelijke positieve correlatie die niet significant is op een 95% betrouwbaarheidsniveau. Hieruit blijkt dat er statistisch gezien geen verband is tussen de kennis van het protocol en hoe passend de betreffende belanghebbende het afgegeven invaliditeitspercentage vindt.

Als laatste vraag wordt de hoofdvraag van deze these besproken. De hoofdvraag wordt beantwoord door de gegevens uit de vragenlijst te combineren met de bevindingen die uit de interviews naar voren komen. De hoofdvraag luidt:

Is het invaliditeitspercentage zoals het PTSS-protocol dat geeft passend bij de daadwerkelijke mate van invaliditeit van de cliënt?

Eén van de geïnterviewden zegt geen zicht te hebben op of het afgegeven invaliditeitspercentage passend is bij de situatie van de cliënt en het zodoende niet goed te kunnen beoordelen. Een andere geïnterviewde noemt dat de mate waarin het invaliditeitspercentage passend is zeer wisselend:

“Ik vind het ook altijd heel moeilijk om de causaliteit van de PTSS vast te leggen, dus ja dat is lastig”.

Hierbij hang het volgens een geïnterviewde ook vaak af van omgevingsfactoren en is het de vraag in hoeverre beperkingen, zoals die in het PTSS-protocol uitgevraagd worden, het gevolg zijn van PTSS. Zo noemt één van de geïnterviewden het volgende voorbeeld van hoe omgevingsfactoren een rol kunnen spelen:

“Kijk, als je geen baan hebt, als je in echtscheiding ligt of net hebt gehad en je hebt geen relatie, je een één mans huishouding voert waar weinig controle op is, dan scoor je veel hoger. Dan is nog de vraag of dat voortkomt uit de PTSS of uit iets anders. En iemand anders die bijvoorbeeld behoorlijk lijdt, in de zin van: gescheiden slapen, geen seks, alleen maar werken en dan naar huis en niet meer naar buiten, die krijgt relatief weinig. Terwijl ik bij hem bijvoorbeeld als we naar patiënten kijken wel vindt dat ‘ie een PTSS heeft, alleen wel wil werken.”

Ook in het vragenlijstonderzoek lopen de meningen sterk uiteen. Zo zegt één respondent:

“het percentage is mijns inziens passend bij hoe de maatschappij omgaat met invaliditeit”, en een ander: “Mijn beeld is dat het passend is, maar de acceptatie is meestal laag”. Ook zijn er negatievere geluiden: “Wij zien te vaak dat de praktische belastbaarheid absoluut niet past bij het vastgestelde percentage invaliditeit”, of zoals een andere respondent het verwoordt: “Het sluit niet aan bij de praktijk van de klachten”.

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

Dit gevarieerde beeld is ook te zien wanneer er naar de gegevens uit tabel 4 gekeken wordt. Hier lijkt de meerderheid echter wel negatief te zijn over de vraag of het invaliditeitspercentage passend is. Het is zodoende lastig om antwoord te geven op de hoofdvraag. In de interviews en vragenlijsten komt echter wel een aantal zaken naar voren die opvallend zijn, of die wat betreft de belanghebbenden verbeterd zouden kunnen worden.

Uit de interviews blijkt als eerste dat geïnterviewden weinig te maken hebben met het PTSS-protocol. Zij hebben er niet op een directe manier mee te maken, maar krijgen bijvoorbeeld door deskundigheidsbevorderingen of cliëntcontacten het protocol wel onder ogen. Zo beschrijft één van de geïnterviewde psychologen:

“Ik heb een paar mensen die een MIP hebben, die het daar uiteraard niet mee eens zijn, en die dan dat rapport waarin dat MIP protocol is uitgewerkt hier bespreken. Dus ik heb geen ervaring met afnemen, maar wel met mensen die het ondergaan hebben en het daar al dan niet mee eens zijn”.

Ditzelfde beeld is te zien bij respondenten op het vragenlijstonderzoek. Zo antwoorden zij onder andere:

“Ik ben geen medicus, een arts moet het beoordelen”, en “Ik heb er geen praktijk ervaring mee”.

Tevens beschrijven de geïnterviewden dat ze vooral vanaf de zijlijn hebben meegekregen dat er veranderingen hebben plaatsgevonden in de hoogte van het toegewezen invaliditeitspercentage:

“Ik zag het wel in papiertjes en krantjes dat er iets veranderde, en ik heb het wel eens van een cliënt gehoord dat het ging veranderen”.

Over de vraag of deze veranderingen al dan niet terecht zijn, zijn de meningen verdeeld. Zo zegt één van de respondenten in het vragenlijstonderzoek:

“De schattingssystematiek lijkt een instrument te zijn geworden om de kosten voor Defensie zoveel mogelijk te beperken”.

In de interviews noemt één van de geïnterviewden dat de verandering in zijn ogen onterecht is, omdat de situatie van de cliënt voor en na de invoering van het protocol niet veranderd is. Hij of zij vindt het niet terecht dat twee personen met dezelfde klachten een verschillend invaliditeitspercentage krijgen omdat de ene voor, en de andere na invoering van het protocol is gekeurd. Een ander zegt dat deze hoogte een accurate compensatie moet zijn van hetgeen de cliënt heeft verloren door het dienstverband:

“Mensen die moeten krijgen wat ze verdienen. Dus als je gewond raakt door de inzet van een uitzending, dan moet dat gecompenseerd worden. Ik vind het moeilijk om er nou een exact bedrag aan

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

te verbinden, of dat nou juist of niet juist is. Je moet gaan kijken naar: wat is je arbeidsverlies door PTSS en dat moet gecompenseerd worden. Tenminste, dat zou ik terecht vinden, als dat gecompenseerd wordt. En ik weet niet of dit percentage daaraan voldoet”.

Bij de respondenten op de vragenlijst zijn deze standpunten eveneens te vinden, er zijn echter ook respondenten die de verandering terecht vinden:

“Vroeger werden er exorbitant hoge percentages toegekend zonder goede onderbouwing; door grote subjectieve invloeden van beoordelaars”.

Er lijkt een redelijke overeenstemming te zijn over het standpunt dat het vooral een maatschappelijk en/of politieke aangelegenheid is om een oordeel te geven over de verandering van de hoogte van het invaliditeitspercentage.

Een ander punt dat naar voren komt is dat geïnterviewden vinden dat een aantal mensen onterecht een MIP krijgen, maar dat dit naar hun idee vaak niet opzettelijk gebeurt. Hierover zegt een geïnterviewde:

“Dat is dan denk ik een onbewust iets wat gebeurt, en niet iets heel bewust”.

Ter verduidelijking geeft de geïnterviewde aan dat mensen vaak in een bepaald patroon zitten en niet proberen om ziek te blijven:

“Dus niet heel bewust doet van: “ik ga niet beter worden”, maar meer van: “Ja weet je, dit is ook wel comfortabel”. Soort vanuit een patroon”.

Hiermee geeft de geïnterviewde aan dat sommige cliënten die een MIP ontvangen geen motivatie hebben om hun situatie te verbeteren, omdat zij in de loop van de tijd zijn gewend aan hun situatie. Het leven met de klachten is voor hen normaal geworden, waarbij het verlies van klachten ook zou betekenen dat er een verlies van bepaalde financiële middelen zou optreden. Ook noemt één van de geïnterviewden dat sommige cliënten door co-morbide problematiek, bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek, anders tegen de zaken aankijken:

“Ik zie hier ook heel veel mensen die heel hard juist die klachten niet meer willen en daar heel hard aan werken en daar werk ik ook graag mee. Maar ik zie ook mensen, waarbij met name de persoonlijkheidsproblematiek speelt, die dat toch op een andere wijze invullen”.

Dit punt kwam ook in de vragenlijst naar voren. Wanneer personen een extraverte of theatrale persoonlijkheid hebben scoren zij een hoger invaliditeitspercentage op het PTSS-protocol dan wanneer zij bijvoorbeeld gesloten of angstig zijn en/of hun klachten bagatelliseren, zo wordt aangegeven. Persoonlijkheid is dus volgens deze bevraagden een belangrijke factor in de hoogte van het gegeven

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

invaliditeitspercentage. Wel geven behandelaren aan dat het aandeel cliënten dat misbruik maakt van het MIP naar hun idee zeer miniem is, zo zegt één geïnterviewde:

“Nou ik denk, even ruim en dan zit ik misschien nog wel aan de hoge kant, tussen 2 en 5 procent?”.

Een ander punt dat bij meerdere interviews naar voren komt is dat het volgens behandelaren beter zou zijn wanneer de verwijzende instantie volledig onafhankelijk van de MIP aanvraag zou zijn. Nu is het volgens geïnterviewden zo dat instellingen die zorgdragen voor de aanvraag van het MIP, zoals het veteraneninstituut, er ook belang bij hebben dat er meer MIP's worden aangevraagd:

“Wij van WC eend...vinden dat we meer mensen nodig hebben. Want we hebben dit jaar 500 meer MIP's moeten aanvragen, zonder erbij stil te staan of het een terechte MIP is. En als je eenmaal in de molen zit kom je er bijna niet meer uit en doen ze er ook alles aan om daar niet meer uit te komen. Ik vind dus dat een onafhankelijk instelling, los van het hele zorgtraject, eventueel moet waken over het wel of niet aanvragen van het MIP”. Tevens, zegt één van de geïnterviewden, levert een cliënt met PTSS veel geld op: “Voor veteranen met PTSS wordt heel veel geld vrijgemaakt, voor zorg. Civiel staan alle GGZ instellingen behoorlijk onder spanning door bezuinigingen e.d. dus die willen deze cliënten graag binnen halen omdat ze veel geld opleveren”.

Nog een verbeterpunt, dat alle geïnterviewden aandragen, is dat men vindt dat de aanvraag van een invaliditeitspercentage niet gelijktijdig met de behandeling plaats zou moeten vinden:

“Ik vind op het moment dat je er gelijk een MIP tegenaan gaat zetten dan geef je een dubbele boodschap af. Als je ziek blijft dan krijg je geld en als je behandeling wilt dan verlies je je geld. Dat geeft een hele kromme redenering. En dat vind ik lastig en dat merk ik met name in de behandelkamer, dat het soms hele tegenstrijdige gevolgen kan hebben”.

Zo zou het beter zijn wanneer er een periode tussen de aanvang van de behandeling en de aanvraag van het MIP zou zitten:

“Als behandelaar zou ik zeggen: pas een MIP vast stellen 5 jaar na de behandeling. Dus een soort vertraging instellen waarbij het wel of niet toekennen van een bepaald percentage MIP onafhankelijk is van de behandeling. Op die manier saboteren mensen niet hun verbetering”.

Een vertraging, zoals in dit citaat te lezen is, zou volgens de geïnterviewden ervoor zorgen dat de behandeling en het MIP niet door elkaar lopen. Op die manier is er volgens hen duidelijker te krijgen wat de resterende klachten zijn en in welke mate de betreffende cliënt beperkt is in zijn dagelijks leven. Tevens sturen volgens een geïnterviewde sommige cliënten op dit moment erg aan op PTSS:

“Ik denk dat het voor een percentage begon als erkenning en eindigt als een financiële prikkel, wat herstel in de weg staat”.

Discussie

In deze these is geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag of het invaliditeitspercentage zoals dat onder het PTSS-protocol afgegeven wordt een correcte weergave is van de daadwerkelijke mate van invaliditeit van een persoon die met het protocol beoordeeld wordt. Het bleek dat er geen eenduidig antwoord te geven was op deze vraag, aangezien de meningen sterk uiteen liepen. Zo vindt een aantal vragenlijst respondenten dat het huidige afgegeven invaliditeitspercentage een goede weergave is van het daadwerkelijk verlies van diegene die met het protocol beoordeeld wordt. Andere belanghebbenden hebben echter het standpunt dat het invaliditeitspercentage te laag wordt ingeschat en dat het afgegeven percentage niet in verhouding staat tot hetgeen de beoordeelde heeft verloren door zijn psychische klachten. Wel hebben de meeste critici suggesties voor verbetering van de gang van zaken rondom het vaststellen van het invaliditeitspercentage, welke onder het kopje ‘Aanbevelingen’ zullen worden besproken. Een kanttekening op het onderzoek is dat het aantal geïnterviewde belanghebbenden laag is, namelijk drie.

Naast de hoofdvraag is er gekeken of de respondenten een veel gehoorde opmerking uit het werkveld beamen, namelijk dat sinds invoering van het PTSS-protocol het invaliditeitspercentage is gedaald. Ruim driekwart van de respondenten is het met de stelling eens, wat het aannemelijk maakt dat er inderdaad een verlaging is geweest in de afgegeven percentages.

Er is ook gekeken naar deelvraag één, namelijk of er een verband is tussen de mate van kennis die belanghebbenden van het protocol zeggen te hebben en of zij het door het PTSS-protocol afgegeven invaliditeitspercentage passend vinden bij de daadwerkelijke situatie van de cliënt. Na analyse van de vragenlijstgegevens blijkt er geen significant verband te zijn tussen de mate van kennis van belanghebbenden en de mate waarin zij het afgegeven percentage passend vinden. Een kanttekening bij deze bevinding is dat het aantal respondenten dat de vragen heeft ingevuld die nodig waren voor de analyse van deze deelvraag veel lager is dan het totale aantal respondenten op de vragenlijst, wat de betrouwbaarheid en generalisatie van de bevindingen niet ten goede komt.

Bij de tweede deelvraag is onderzocht of er een verband is tussen de mate waarin belanghebbenden het protocol gebruiken en de mate waarin zij vinden dat het PTSS-protocol een rechtvaardige vaststelling van het invaliditeitspercentage geeft. Ook hier is geen verband gevonden tussen de twee variabelen. Na analyse van de gegevens bleek er een iets sterkere, maar nog steeds lage, niet significante positieve correlatie te zijn tussen de twee variabelen. Dezelfde kanttekening als bij de eerste deelvraag moet ook hier geplaatst worden; een grotere N zou de power van de analyses ten goede komen.

Naast de bovenstaande kanttekening is er een andere beperking die voor beide deelvragen geldt, namelijk dat bij vragen als: ‘Past het gegeven invaliditeitspercentage bij de situatie van de cliënt’, of een stelling als: ‘Het PTSS-protocol zorgt voor een rechtvaardige vaststelling van het invaliditeitspercentage’ veel belanghebbenden geantwoord hebben dat zij geen zicht op bovenstaande

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

zaken hebben. Dit getal lag steeds zo rond de 15 personen, wat het bruikbare aantal respondenten voor deze vragen verder reduceert.

Aanbevelingen

Zoals gezegd lopen de meningen over de hoofdvraag sterk uiteen. Zo komt bijvoorbeeld zowel in de vragenlijst als in de interviews naar voren dat de persoonlijkheid van een cliënt sterke invloed heeft op de hoogte van het gegeven percentage. Iemand die theatraal zijn klachten toelicht zal in een relatief kort gesprek met een verzekeringsarts wellicht meer de indruk wekken dat zijn leven door de PTSS symptomen negatief wordt beïnvloed dan ‘de stoere militair’ die zich groot houdt. Een aanbeveling is dan ook om onderzoek te doen naar het meewegen van een persoonlijkheidstests bij de vaststelling van het invaliditeitspercentage. Op die manier kan zowel mogelijke onder- als over rapportage als gevolg van persoonlijkheidskenmerken sneller gesignaleerd worden en kan daar adequaat naar worden gehandeld.

Een andere suggestie die wordt gegeven aan de hand van het beeld in deze these is om onderzoek te doen naar het vaststellen invaliditeitspercentage na de behandeling, in plaats van voor of tijdens de behandeling, om zodoende een beeld te krijgen van een ‘eindbeeld’ van de klachten. Wel moet daarbij in ogenschouw genomen worden dat uit eerder onderzoek van Reinen et al. (2014) is gebleken dat het percentage teruggekeerde militairen dat last heeft van PTSS symptomen na uitzending fluctueert. Dit impliceert dat het belangrijk is om uitgezonden militairen ook voor langere tijd te monitoren om zodoende eventuele (veranderende) problematiek vroegtijdig op te sporen.

Een derde suggestie is om vervolgonderzoek te doen naar de veranderingen in het invaliditeitspercentage sinds de invoering van het PTSS-protocol. Alhoewel Fokkens et al. (2012) in hun onderzoek vinden dat het PTSS-protocol een hoger invaliditeitspercentage afgeeft dan een vergelijkbare schattingsmethodiek blijkt dat een groot deel van de belanghebbenden die voor dit onderzoek zijn bevraagd vindt dat het invaliditeitspercentage alsnog te laag is. De suggestie is om de exacte cijfers over de invaliditeitspercentages op te vragen en te kijken of het gevoel dat de meerderheid van belanghebbenden in deze these naar voren brengt, correct is. Er zou onderzocht kunnen worden wat de oorzaak is van deze verandering, waar vervolgens het toekomstig beleid op zou kunnen worden aangepast.

Tenslotte zou het interessant zijn om meer onderzoek te doen naar de actuele kosten van psychische problematiek gerelateerd aan uitzendingen bij (oud)militairen. Zoals in de inleiding te lezen is blijkt uit onderzoek van Harrison, Satterwhite & Rudy (2010) en McCrone, Knapp & Cawkill (2003) dat de financiële consequenties van bijvoorbeeld PTSS in de Verenigde Staten groot zijn. De resultaten in dit onderzoek sluiten hierbij aan; het financiële plaatje is volgens belanghebbenden ook in Nederland een belangrijk punt. Door meer inzicht te krijgen in de kosten rondom het proces van diagnosticeren, behandelen en vergoeden van schade door psychische problematiek gerelateerd aan uitzendingen is het wellicht mogelijk dit proces efficiënter te laten verlopen.

Referenties

- ABP. (z.d.). *Militair Invaliditeitspensioen*. Geraadpleegd op 18 februari 2016, van <https://www.abp.nl/pensioen-bij-abp/soorten-pensioen/pensioen-voor-militairen/militair-invaliditeitspensioen.aspx>
- Advies Commissie WPC-PIM (2005). *Schade in Schalen – de psyche in beeld. Het vaststellen van de mate van psychische invaliditeit in het kader van militaire pensioenvoorschriften*. 's-Gravenhage: auteur.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Trauma- and stressor-related disorders. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Washington, D.C.: auteur.
- Christova, P., James, J. M., Engdahl, B. E., Lewis, S. M. & Georgopoulos, A. P. (2015). Diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) based on correlations of prewhitened fMRI data: Outcomes and areas involved. *Experimental Brain Research*, 233(9), 2695-2705.
- Dagblad van het Noorden. (2015, 14 december). *Schadevergoeding Libanonveteraan Bellingwolde*. Geraadpleegd op 14 februari 2016, van <http://www.dvhn.nl/groningen/Schadevergoeding-Libanon-veteraan-Bellingwolde-21092046.html>
- Eekhout, I., Reijnen, A., Vermetten, E. & Geuze, E. (2016). Post-traumatic stress symptoms 5 years after military deployment to Afghanistan: an observational cohort study. *Lancet Psychiatry*, 3, 58–64.
- Engelhard, I. M., Huijding, J., Van den Hout, M. A. & De Jong, P. J. (2007). Vulnerability associations and symptoms of post-traumatic stress disorder in soldier deployed to Iraq. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2317-2325.
- Fokkens, A., Groothoff, J., van der Klink, J., & Tuinstra, J. (2012). *Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol, II*. Groningen: Toegepast GezondheidsOnderzoek, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Fokkens, A., Groothoff, J., Van der Klink, J., & Tuinstra, J. (2011). *Betrouwbaarheid schattingsmethodiek PTSS-protocol*. Groningen: Toegepast GezondheidsOnderzoek, Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Harrison, J. P., Satterwhite, L. F. & Ruday Jr., W. (2010). The Financial impact of post traumatic stress disorder on returning US military personnel. *Journal of Health Care Finance*, 36, 65-74.

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

- Jones, E., & Wessely, S. (2005). Shell shock to PTSD : Military psychiatry from 1900 to the gulf war. *Maudsley monographs, 47*. Hove: Psychology Press
- McCrone, P., Knapp, M. & Cawkill, P. (2003). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the Armed Forces: Health Economic Considerations. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 519-522.
- Reijnen, A., Rademaker, A. R., Vermetten, E. & Geuze, E. (2014). Prevalence of mental health symptoms in Dutch military personnel returning from deployment to Afghanistan: A 2-year longitudinal analysis. *European Psychiatry, 30*, 341–46.
- RTL Nieuws (2016, 8 februari). *120 Libanonveteranen met PTSS dienen megaclaim in van 15 miljoen*. Geraadpleegd op 18 februari 2016, van <http://www.rtlnieuws.nl/nieuws/binnenland/120-libanonveteranen-met-ptss-dienen-megaclaim-van-15-miljoen>
- Unck, F. A. W. (2008), Herkenning van uitzendinggerelateerde psychische klachten bij veteranen. *Bijblijven, 24*(8), 49-54.
- Veteraneninstituut (2015a). *Missiegerelateerde klachten*. Geraadpleegd op 18 februari 2016, van <https://www.veteraneninstituut.nl/zorg/missiegerelateerde-klachten/>
- Veteraneninstituut (2015b, februari). *Posttraumatische Stress Stoornis: Factsheet*. Gedownload op 17 februari 2016, van <https://www.veteraneninstituut.nl/wp-content/uploads/2015/02/FS6-Posttraumatische-stressstoornis-na-uitzending1.pdf>

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewschema

- Wat is precies uw achtergrond en welke werkzaamheden verricht u?
- Heeft u ervaring met het PTSS protocol?
- Heeft u verandering gemerkt in de hoogte van het MIP sinds de invoering van het PTSS protocol in 2007?
- Zo ja: Kunt u beschrijven wat het effect is van het feit dat de invaliditeitspercentages structureel lager uitvallen dan voordat het protocol (2007) werd gebruikt?
- Wat vindt u van het feit dat deze percentages lager uitvallen: betreft dit in uw visie een terechte en daardoor wenselijke verlaging of juist niet en heeft deze tendens misschien zelfs een bezuinigingsoorzaak?
- Is het MIP dat cliënten op dit moment krijgen in uw ogen over het algemeen passend bij de situatie van uw cliënten?
- Welke gevolgen heeft het protocol (en de uitkomst daarop) op de cliënten zelf? Zijn zij hier tevreden mee?
- Welke gevolgen heeft het protocol (en de uitkomst daarop) op de behandeling van uw cliënten?
- Welke verbeteringen zouden er in uw ogen kunnen worden doorgevoerd in de bepaling van het MIP?
- Waar hoopt u op voor de toekomst, kunt u een ideaal beeld schetsen in dit kader

Ervaringen met het PTSS-protocol van Defensie

Bijlage 2: Tabellen

Tabel 1: Geselecteerde vragen

Vraag	Antwoordmogelijkheden
Vraag 3	<p>Hoe schat u uw kennis van het PTSS-protocol in?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruim voldoende kennis - Voldoende kennis - Matige kennis - Beperkte kennis - Geen kennis
Vraag 4	<p>Hoe vaak maakt u gebruik van het protocol/past u het protocol toe?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dagelijks - Wekelijks - Maandelijks - Een paar keer per jaar - Nooit (past niet bij mijn functie) - Anders, namelijk:
Vraag 15	<p>Het met de schattingsmethodiek uiteindelijk bepaalde percentage invaliditeit vind ik passend bij de situatie van de (post-actieve) militair.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja, dit percentage is altijd passend - Ja, dit percentage is meestal passend - Nee, dit percentage is altijd te hoog - Nee, dit percentage is altijd te laag - Nee, dit percentage is meestal te laag - Anders, namelijk:
Vraag 19	<p>Het PTSS-protocol zorgt ervoor dat het invaliditeitspercentage op rechtvaardige wijze wordt vastgesteld.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helemaal mee eens - Mee eens - Mee oneens - Helemaal mee oneens - Daar heb ik geen zicht op
Vraag 28	<p>Uit de praktijk komen signalen dat de hoogte van het invaliditeitspercentage door de komst van het PTSS-protocol lager is geworden. Onderschrijft u deze signalen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja, zeer zeker - Ja, een beetje - Nee - Daar heb ik geen zicht op