

Arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsbeoordeling bij gewezen militairen met psychische stoornissen

DOOR MR. J.G.F.M. VAN KESSEL¹

De arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsbeoordeling bij gewezen militairen met psychische stoornissen als gevolg van uitzendingen is de laatste jaren sterk veranderd. De gewijzigde medisch-psychiatrische en zorginzichten hebben geleid tot een viertal nieuwe protocollen. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de veranderingen. E.e.a. zal zich de komende jaren nog verder moeten uitkristalliseren

I. Inleiding

Bij militairen met psychische stoornissen welke veroorzaakt of verergerd zijn door uitzendingen geldt als vertrekpunt het recht op herstel en compensatie. Beide rechten steunen op de zorgplicht van de Overheid in de situaties, waarin oorzakelijk of verergerend dienstverband kan worden aanvaard en derhalve een aansprakelijkheid voor de schadeopvang geldt. Naast een heldere diagnostiek en medische causaliteitsbeoordeling is voor de invulling van het recht op herstel en compensatie een goede analyse van de schade in termen van invaliditeit en arbeidsongeschiktheid noodzakelijk.² Bij invaliditeit gaat het in eerste instantie om de “voorlopige functionele invaliditeit”, waarbij het invaliditeitspercentage bij elke beoordeling die plaats vindt, gewijzigd (verhoogd of verlaagd) kan worden, naar aanleiding van de onderzoeksbevindingen. Pas als op enig moment een functionele invaliditeit percentage als duurzaam is aangemerkt geldt dit percentage als het laagste percentage dat in de toekomst kan worden toegekend. Verhogingen van dit percentage zijn, met inachtneming van een bepaalde inbeddingstijd, in de toekomst dan wel mogelijk, bijvoorbeeld naar aanleiding van verergeringen van de medische situatie. Verlagen gaan niet verder dan dit percentage. De verhogingen kunnen afhankelijk van de verwachtingen, een voorlopig of duurzaam karakter hebben. Invaliditeit in bovenstaande zin dient onderscheiden te worden van arbeidsongeschiktheid, maar kan hiermede wel samenlopen. Dat hoeft echter niet, want het kan heel goed mogelijk zijn dat de militair, ondanks zijn invaliditeit, toch als burger aan de slag komt en daarmee een volledig inkomen verdient.

De beoordeling van de beide componenten is in de loop der tijd sterk veranderd. Ingevolge artikel 13, eerste lid, van het Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen dient bij de vaststelling van de mate van invaliditeit

¹ Mr J.G.F.M. van Kessel is juridisch beleidsadviseur bij ABP Bijzondere Regelingen Defensie en vaste medewerker van dit blad.

² Brief van Defensie aan de voorzitter en leden van de Sectorcommissie Defensie d.d. 25 november 2010 inzake wijziging ministeriële regeling ter invoering van de medische protocollen en inhoudende invoering van de richtlijn Medische Eindtoestand/ Duurzame invaliditeit en een aanpassing van de overgangsregeling. Vgl. ook J.H.B.M. Willems, J.H. Paulusma- de Waal en J.G.F.M. van Kessel, de beoordeling van psychische invaliditeit bij uitgezonden militairen: een voorstel voor een nieuw instrument, TBV 15/nr.2/februari 2007.

te worden uitgegaan van de zogenaamde War Pensions Committee-schaal (WPC-schaal).³ De WPC-schaal kent echter geen bruikbare tabel aan de hand waarvan een invaliditeitspercentage kan worden vastgesteld voor psychische aandoeningen. Dit bemoeilijkt met name de situatie waarin er sprake is van een posttraumatische stress stoornis (PTSS). Uitgaande van de ruimte die het tweede lid van genoemd artikel 13 biedt, heeft het Ministerie van Defensie dit hiaat in de uitvoeringsrichtlijnen in 2008 opgevangen door met behulp van externe deskundigen het PTSS-protocol te ontwikkelen. Bij ministeriële regeling van 27 juni 2008 is dit geformaliseerd, waarbij 1 juli 2008 als ingangsdatum geldt.⁴

Bij de ministeriële regeling van 27 juni 2008 is behalve het PTSS-protocol ook een protocol uitgebracht voor lichamelijk onverklaarde chronische klachten (LOK). Ook dit is een belangrijk protocol in situaties van psychische of beter gesteld lichamelijk onverklaarde chronische klachten en wordt daarom in deze analyse meegenomen.

Al eerder was op 15 maart 2007 door de voorzitter van de Gezondheidsraad het verzekeringsgeneeskundig protocol Angststoornissen aangeboden aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.⁵ Dit protocol omvat de richtlijnen voor de beoordeling van PTSS in het kader van de uitvoering van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).

Het primaire doel van dit artikel is om de juridische aspecten samenhangend met de nieuwe protocollering nader te belichten. Uiteraard zijn daarbij de inhoud en reikwijdte van de protocollen van belang en de plaatsbepaling binnen de geldende regelgeving. Vervolgens staat centraal een nadere analyse van de invaliditeits- en arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bij psychische stoornissen en de interactie met het aansprakenstelsel. Aansluitend volgt een nadere beschouwing vanuit diverse invalshoeken om vervolgens te eindigen met afsluitende conclusie.

2. Psychische stoornissen

Als een van de voorwaarden om in aanmerking te komen voor herstelmiddelen en vergoedingen ingevolge de militaire pensioenvoorschriften geldt de aanwezigheid van ziekte of gebrek.⁶ Deze begrippen zijn in de regelgeving niet nader uitgewerkt. Als vaste uitvoeringspraktijk, ook al vóór de invoering van de nieuwe protocollen, d.w.z. onder de werking van hoofdstuk 7 van de WPC-schaal betreffende waardering van psychische stoornissen, geldt dat bij een inkomend verzoek op psychische gronden sprake moet zijn van een ziekte in de zin van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV- classificatiesysteem, vierde herziene versie (DSM IV-TR)).⁷ Het doel van dit systeem is het vergroten van de diagnostische betrouw-

³ Besluit van 23 december 1996, houdende een procedure aangaande een geneeskundig onderzoek naar blijvende dienstongeschiktheid en een pensioenkeuring van militairen, Stb. 1997, 67, zoals laatstelijk gewijzigd bij besluit van 3 juli 2006, Stb. 2006, 353.

⁴ Stcrt. 5 augustus 2009, nr. 11661.

⁵ Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten d.d. 31 januari 2006, Stcrt. 2006, 33. Bijlage 6 betreffende verzekeringsgeneeskundig protocol angststoornissen.

⁶ Artikel 2 van het Besluit van 6 februari 2001, houdende vaststelling van de regels rond het recht op militair arbeidsongeschiktheids- of invaliditeitspensioen voor het bereiken van de leeftijd van 65-jaar, Stb. 2001, 140., zoals laatstelijk gewijzigd bij besluit van 2 oktober 2006, Stb. 2006, 450 (verder ook te noemen: Besluit IP/AO/65-).

⁷ Publicatie van de American Psychiatric Association d.d. juli 2000.

BESCHOUWING

baarheid in de psychiatrie. Het tracht een heldere beschrijving te geven van alle diagnostische categorieën en is opgesteld door internationale werkgroepen van de American Psychiatric Association. Zo zijn o.a. voor de diagnose PTSS de voorwaarden in dit systeem nauwkeurig omschreven: blootstelling aan traumatische ervaring, herbeleving, vermijden van prikkels, verhoogde prikkelbaarheid, duur langer dan een maand en in belangrijke mate veroorzaken van lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig of algemeen maatschappelijk functioneren. Dit geldt niet voor LOK (medical unexplained physical symptoms/ lichamelijk onverklaarde chronische klachten), omdat dit eigenlijk een nieuw containerbegrip is om niet nauwkeurig te duiden klachten na uitzendingen toch tot erkenning te brengen. Daarentegen zijn wel weer nader omschreven: angststoornis, depressieve stoornis, aanpassingsstoornis, persoonlijkheidsstoornis, posttraumatische karakterverandering, stemmingsstoornis, somatoforme stoornis, slaapstoornis, stoornis in de impulsbeheersing, dissociatieve stoornis etc.

Behalve de multidisciplinaire duiding van het wel of niet aanwezig zijn van een psychische stoornis (multidisciplinaire diagnosestelling) is ook de beoordeling van de juridische causaliteit van groot belang bij gewezen militairen met psychische problemen. Illustratief is in dit verband de recente, hoog opgelopen discussie in Amerika over de vraag welke bewijskracht mag worden toegekend aan een eigen verklaring van de militair over de relatie met de militaire dienstuitoefening van zijn posttraumatische stressstoornis. Dit heeft in de Amerikaanse wetgeving voor veteranen recent tot het volgende aanvullende voorschrift geleid:⁸

*“(3) If a stressor claimed by a veteran is related to the veteran’s fear of hostile military or terrorist activity and a VA psychiatrist or psychologist, or a psychiatrist or psychologist with whom VA has contracted, confirms that the claimed stressor is adequate to support a diagnosis of posttraumatic stress disorder and that the veteran’s symptoms are related to the claimed stressor, in the absence of clear and convincing evidence to the contrary, and provided the claimed stressor is consistent with the places, types, and circumstances of the veteran’s service, **the veteran’s lay testimony alone may establish the occurrence of the claimed in-service stressor.** For purposes of this paragraph, “fear of hostile military or terrorist activity” means that a veteran experienced, witnessed, or was confronted with an event or circumstance that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of the veteran or others, such as from an actual or potential improvised explosive device; vehicle-imbedded explosive device; incoming artillery, rocket, mortar fire; grenade; small arms fire, including suspected sniper fire; or attack upon friendly military aircraft, and the veteran’s response to the event or circumstance involved a psychological or psycho-physiological state of fear, helplessness, or horror.”*

De vetgedrukte tekst maakt duidelijk dat door de VA (Veterans Administration) vergaande bewijskracht wordt toegekend aan de eigen verklaring van betrokkene.

Voor militaire oorlogs- en dienstslachtoffers in Nederland geldt de normering van het Besluit IP/AO/65- als vertrekpunt, waarbinnen onderscheid wordt gemaakt tussen oorzakelijk en verergerend dienstverband. Voor het aannemen van juridische causaliteit voor voorvallen tij-

⁸ Federal Register/ vol. 75, No 133, 13 juli 2010/ Rules and Regulations. Department of Veterans Affairs, 38 CFR Part 3, RIN 2900-AN32, Stressor Determinations for Posttraumatic Stress Disorder

BESCHOUWING

dens vredesmissies is van belang de uitvoeringsaanwijzing van de Hoofddirecteur Personeel d.d. 26 oktober 2006, kenmerk P/2006034896. Ongevallen/voorvallen onder die omstandigheden gelden conform het beleid van Defensie altijd als een dienstongeval, hetgeen de bewijslast aanmerkelijk heeft vergemakkelijkt. Daarnaast heeft juridische causaliteit altijd te maken met een redelijke toerekening van verantwoordelijkheid voor de gevolgen van de psychische stoornis, waarbij altijd de vraag meespeelt of en in hoeverre er sprake was van eigen verantwoordelijkheid of vermijd-baarheid. Juridisch geldt altijd de toerekening van de volle verantwoordelijkheid voor de aanwezige invaliditeit, d.w.z. ook bij verergerend dienstverband, waarbij anders dan bij oorzakelijk dienstverband de psychische stoornis is “verergerd mede door inwerking van bijzondere, zeer nadelige invloeden, waaraan de militair in verband met de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden is blootgesteld geweest”.

Behalve de juridische causaliteit is ook de medische causaliteit een belangrijke voorwaarde. Dit impliceert dat door de verzekeringsgeneeskundigen voor het vaststellen van een medisch-psychiatrisch verband tussen b.v. voorgeschiedenis, oorlogshandelingen en huidige stoornis een medisch causaal verband tussen twee gebeurtenissen of feiten moet kunnen worden aangetoond.⁹ Dit hoeft niet het volledig kennen van alle tussenstappen in de causale keten te impliceren, maar wel het doorslaggevend kunnen laten zijn van de mate van samenhang tussen de bij het geneeskundig onderzoek vastgestelde feiten of gebeurtenissen.

Illustratief zijn in dit verband enkele oude uitspraken van de CRvB, d.w.z. van vóór de nieuwe protocollering van 1 juli 2008: o.a. uitspraak CRvB d.d. 27 oktober 1983, A.M.P. 1981/19 en uitspraak CRvB d.d. 12 februari 1993, A.M.P. 1991/28.¹⁰ De redenering van de Raad in deze uitspraken is als volgt: Als omstandigheden samenhangend met de militaire dienstuitoefening mede van invloed zijn geweest op de beperkingen verband houdende met de geconstateerde persoonlijkheidsstoornis en er om die reden tot verergerend verband moeten worden geconcludeerd voor de beoordeling van de pensioenaanspraken, dan zullen

“bij de bepaling van het invaliditeitspercentage mede betrokken dienen te worden de factoren, gelegen in de vroegere lichaams- en zielstoestand van de militair of in de andere omstandigheden die geen verband houden met de uitoefening van de militaire dienst”. Anders gezegd: geldt de militaire dienst als een medebepalende factor, dan dient alle schade te worden gewaardeerd en in het pensioen te worden meegenomen.

Dient de invaliditeit later bij een herbeoordeling opnieuw te worden beoordeeld, dan mag naar het oordeel van de Raad ook bij psychische invaliditeit meer genuanceerd worden: “Bij latere pensioenvaststellingen voor de betrokkene zal, deze invaliditeit als uitgangspunt genomen, tevens betrokken dienen te worden een toename van de invaliditeit die als het ware het gevolg is van het autonome beloop van de aandoening waarvoor pensioen is toegekend. Het zou evenwel te ver voeren om, wanneer zich naderhand van buiten komende oorzaken voordoen die de invaliditeit doen toenemen en ook bij een niet-gelaedeerde invaliditeit teweeg zouden brengen ook daarvoor de overheid in het ka-

⁹ Th.K. de Graaf, H.Hermse, W.S. de Loos en W. Op den Velde, Aanbevelingen voor de beoordeling van de causaliteit en de mate van posttraumatische psychische invaliditeit bij oorlogsveteranen. Doorn april 2003. Bijlage H.

¹⁰ Zie mijn naschrift bij uitspraak CRvB d.d. 2 oktober 2008, 07/1859 MPW, LJN: BG 1053 in MRT jaargang 102-2009, aflevering 4.

der van meergenoemde wetsbepaling aansprakelijk te stellen en deze in het invaliditeitspercentage te verdisconteren. Kortom wanneer duidelijk aanwijsbare factoren, zoals b.v. een nadien ontwricht huwelijk of een neurotische verwerking van de chronische pijn- en bewegingsbeperking als gevolg van een later ontstaan fysiek letsel, de invaliditeitstoename medebepaald hebben, dan mag dit op de totale invaliditeit worden gecorrigeerd”.

Ook in het nieuwe PTSS- en LOK-protocol komt de beoordeling van de medische causaliteit uitvoerig terug. Een belangrijk verschil met de oude situatie is dat de beoordelend arts minder vrijheid van handelen toebedeeld krijgt. Hierdoor wordt beoogd de resultaten van de beoordelingen beter toetsbaar en reproduceerbaar te maken om aldus het geheel ook meer transparant te maken.

3. Nadere plaatsbepaling en reikwijdte van het PTSS-Protocol

In de kern geldt PTSS als een psychiatrisch ziektebeeld. Om die reden is er dan ook een link te leggen met het begrip ziekte in de geldende regelgeving en heeft de diagnose PTSS op vier plaatsen een verschijningsvorm in de voorschriften:

- als element in de ontslagdefinitie ter zake van ziekten of gebreken;
- als element bij de beoordeling van de WIA-uitkering in verband met de voorwaarde van een arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een ziekte of gebrek;
- als element bij de beoordeling van het verhoogd arbeidsongeschiktheidspensioen in verband met de voorwaarde van een arbeidsongeschiktheid met dienstverband tengevolge van een ziekte, gebrek of verwonding.
- als element bij de beoordeling van het militair invaliditeitspensioen in verband met de voorwaarde van een invaliditeit met dienstverband ten gevolge van een ziekte, gebrek of verwonding;

Strikt genomen heeft het nieuwe PTSS-protocol alleen betekenis voor de laatste situatie. Voor de eerste situatie geldt juridisch gezien de normering van het Militair Keuringsreglement.¹¹ In de tweede situatie is van belang dat de Gezondheidsraad in maart 2007 een verzekerings-geneeskundig protocol Angststoornissen heeft ontwikkeld, waartoe ook PTSS wordt gerekend. De richtlijnen in dit protocol van de Gezondheidsraad dienen te worden toegepast bij de WIA-beoordeling. In de derde situatie is het bepaalde in artikel 2, achtste lid van het Besluit IP/AO 65- relevant. Indien voor een ziekte (PTSS) invaliditeit met dienstverband is vastgesteld, betekent dit dat automatisch arbeidsongeschiktheid met dienstverband wordt verondersteld, als de vastgestelde arbeidson-geschiktheid in overwegende mate haar oorzaak vindt in de invaliditeit met dienstverband.

Het PTSS-protocol wordt sinds 1 juli 2008 door de verzekeringsartsen van het ABP/BRD toegepast voor nieuwe aanvragen en verzoeken om hoger pensioen, waarvan het verzoek na 1 juli 2008 is binnengekomen en voor de termijnbeoordelingen, waarbij de uitnodiging na 1 juli 2008 is verzonden. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan artikel 2 van de Ministeriële regeling van 27 juni 2008. Via een uitvoeringsaanwijzing is nadien het protocol van toepassing verklaard op alle vormen van psychische invaliditeit, zodat dit in feite in de plaats is getreden van hoofdstuk 7 van

¹¹ Besluit van 16 augustus 1960, houdende vaststelling van een nieuw reglement op het geneeskundig onderzoek omtrent de geschiktheid voor de militaire dienst, zoals geldend op 24 juli 2010.

de WPC-schaal. Het protocol wordt derhalve gezien als een nadere invulling van de WPC-schaal op deze gebieden en brengt geen wijziging in de WPC-schaal overigens met zich mee.

De toepassing van het nieuwe protocol houdt naast een transparante vraagstelling in dat de verzekeringsarts zich door het stellen van vragen en eigen inzichten een mening vormt over het ziektebeeld van betrokkene en zijn beperkingen. Er wordt meer teruggevallen op informatie uit de behandelende sector en er worden derhalve minder externe expertises ingehuurd.

De wetgever heeft onderkend dat met de invoering van het nieuwe PTSS-protocol in de praktijk de situatie zich kan voordoen dat een herkeuring na 1 juli 2008 leidt tot een lager invaliditeitspercentage. In die situatie blijft het oorspronkelijk vastgestelde percentage van kracht. Deze uitzondering geldt niet indien sprake is van een herkeuring bij een eerder vastgesteld voorlopig invaliditeitspercentage. Een voorlopig invaliditeitspercentage wordt veelal vastgesteld in geval betrokkene nog onder behandeling/begeleiding is, dan wel er nog geen sprake is van een medische eindtoestand. Na afronding van die behandeling, dan wel het bereiken van een medisch stabiele situatie, kan het invaliditeitspercentage nog wijzigen. Door de recente nadere definiëring van het begrip “medische eindtoestand/duurzame functionele invaliditeit” zijn veel interpretatieverschillen rondom deze regels weggenomen en is ook de periode tot het stellen van een eindtoestand aanzienlijk verkort.¹² Daarnaast zijn ook voor de al langer lopende voorlopige percentages aanvullende praktische overgangsregels geformuleerd, die voorkomen dat iemand met al vele jaren een vrij stabiel voorlopig percentage, ineens terugvalt naar een veel lager percentage bij toepassing van de nieuwe protocollen. Een eindtoestand wordt dan op basis van de situatie van vóór 1 juli 2008 aangenomen. Evenmin hoeft bij een herbeoordeling na 1 juli 2008, indien en zolang nog geen sprake is van een eindtoestand, een verbetering van de situatie niet te worden vertaald in een verlaging van het voorlopige percentage.

Overigens is nog niet vaststaand dat de voorlopige percentages invaliditeit ook in de toekomst geschat dienen te blijven. Momenteel vindt die schatting plaats bij wijze van voorlopige werkwijze. Tijdens de periode van behandeling en begeleiding voorafgaande aan die toestand, waarin de verzekeringsarts mogelijk een meer proactieve benadering zal moeten gaan aannemen, zou ook een rechtspositionele voorziening denkbaar zijn, die meer gericht is op herstel en re-integratie. In de Tweede Kamer wordt door een aantal partijen in die richting gedacht.¹³

4. Nadere plaatsbepaling en reikwijdte van het WIA/IP- en het MUPS/LOK-protocol

Naast het PTSS-protocol zijn bij de ministeriële regeling van 27 juni 2008 nog twee andere protocollen geformaliseerd: het protocol voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen (WIA/IP Protocol) en het MUPS/LOK Protocol voor de bepaling van invaliditeit bij medical unexplained physical symptoms/ lichamelijke onverklaarde chronische klachten.

Het eerste Protocol houdt verband met de – met de Tweede Kamer gemaakte – afspraak dat militairen voortaan op één moment aan een verzekeringsgeneeskundig onderzoek zullen worden onderworpen om de aanspraken vast te kunnen stellen in het kader van de Wet

¹² Zie voetnoot bij 1.

¹³ Artikel 5.6. van het Initiatief-wetsontwerp Veteranenwet, Kamerstukken II, 2009-2010, 32414 nr. 2.

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

Ervaring met de gecombineerde beoordeling was bij de introductie per 1 juli 2008 nog niet aanwezig. Door Defensie is met nadruk gewezen op het feit dat dit protocol moet worden gezien als een start / groei document. Vanuit de praktijk zal nadere invulling moeten worden gegeven. Voorbeeld - casuïstiek, praktijkervaringen en consensus voortkomend uit intercollegiale toetsing (ICT) en uit diverse professionele werkgroepen zullen bij de doorontwikkeling een belangrijke rol moeten spelen.

Met de uitvoerder van de WIA, het UWV, is overeengekomen dat de WIA/IP keuring door een verzekeringsarts van het UWV en een verzekeringsarts van de uitvoerder van de bijzondere defensieregelingen van het ABP, onder behoud van ieders eigen verantwoordelijkheid, op één moment op één locatie zal plaatsvinden. Tot op heden wordt de gecombineerde keuring slechts sporadisch toegepast. Waar dit speelt is dit bij het ontslagmoment en niet op een latere tijdstip bij verlate gevolgen van PTSS. In de Tweede Kamer gaan stemmen op om de combinatie keuring verder te verruimen.¹⁴

In het tweede protocol worden de diagnostiek, de behandeling, het dienstverband, de causaliteit en de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van MUPS/LOK bij militairen na uitzendingen verwoord. Het protocol hanteert voor deze “ziekte” de volgende definitie: er is sprake van MUPS/LOK bij militairen na uitzendingen, wanneer voor dergelijke klachten een somatische noch psychiatrische afdoende verklaring is gevonden, deze klachten gedurende ten minste zes maanden het normale dagelijkse functioneren aanzienlijk hebben belemmerd en die niet zijn te vangen in een specifiek syndroom met een vast patroon of omschreven beeld. De patiënt koppelt ontstaan of verergering van de klachten aan de uitzending, hetgeen niet noodzakelijkerwijs inhoudt dat er een oorzakelijk verband bestaat.

Het protocol kan worden gezien als de vastlegging van een nieuw medisch beleid bij MUPS/LOK na uitzendingen. De causaliteitstoets binnen dit protocol is overigens vrij zwaar. Aan de volgende 6 criteria dient te zijn voldaan:

- een afdoende medische diagnose of medische verklaring, ook in de psychiatrische classificatie, ontbreekt;
- beoordeling/behandeling heeft plaatsgevonden door of via de LOK poli;
- de klachten mogen vóór de uitzending niet aanwezig zijn geweest;

¹⁴ Artikel 5.7. van het Initiatief-wetsontwerp Veteranenwet.

BESCHOUWING

- de MUPS/LOK klachten moeten zich tijdens tot binnen 2 jaar na de uitzending hebben voorgedaan met daaraan gekoppeld een noodzaak tot medische behandeling;
- de MUPS/LOK klachten moeten langer dan 6 maanden aanwezig zijn;
- de MUPS/LOK klachten/beperkingen moeten bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling worden vastgesteld door toetsing op plausibiliteit en consistentie.

De overgangsregels opgenomen in de eerdergenoemde ministeriële regeling gelden ook voor dit protocol.

5. Plaatsbepaling en reikwijdte van het protocol Angststoornissen

Ingevolge de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten dienen de verzekeringsartsen van het UWV – zoals eerder gezegd - ingaande 1 oktober 2007 bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid in het kader van WAO/WIA rekening te houden met het protocol Angststoornissen. PTSS wordt in dit protocol onder angststoornissen begrepen. Kort gezegd staat de verzekeringsarts van het UWV voor de taak vast te stellen of en in hoeverre iemands functionele mogelijkheden tot het verrichten van arbeid beperkt zijn door zijn PTSS. Op dit punt formuleert het protocol Angststoornissen enkele overwegingen die bij de diagnose in kwestie van bijzonder belang zijn. Het geeft ook een lijstje van aspecten van het menselijk functioneren, die bij PTSS speciale aandacht verdienen.

Evenals bij de militaire pensioenvoorschriften geldt ook voor de WAO/WIA de DSM-IV classificatie als vertrekpunt voor de PTSS-diagnosticering. Verwacht mag dan ook worden dat erkenning van PTSS voor de toepassing van de WAO/WIA ook leidt tot erkenning voor de toepassing van de militaire pensioenvoorschriften en andersom. De combi-keuring kan deze verwachting in de praktijk veilig stellen. Ook kan de behandeling van de PTSS in goed overleg worden afgestemd.

De verzekeringsarts die bij een verzekerde met een PTSS na twee jaar arbeidsongeschiktheid de functionele mogelijkheden moet beoordelen, dient zich te realiseren dat PTSS weliswaar enkele specifieke kenmerken ((interpersoonlijke problemen (wantrouwen of sociaal isolement) en beperkingen in de beroepsfeer)) heeft, maar dat de feitelijke beperkingen in belangrijke mate individueel bepaald zijn. Het spectrum van mogelijke functiebeperkingen kan variëren van zeer breed tot soms zeer specifiek en is ook afhankelijk van mogelijke comorbiditeit. De verzekeringsarts zal derhalve moeten vertrouwen op een nauwkeurige analyse van de individuele situatie, mede aan de hand van de handreikingen die in het protocol worden geboden. Ondanks deze handreikingen is het goed inschatten van de functionele mogelijkheden bij PTSS uiterst lastig.

Op het psychische vlak gelden voor de toepassing van de WAO/WIA naast het protocol Angststoornissen ook nog de volgende protocollen: overspanning, depressieve stoornis, chronisch vermoeidheidssyndroom en schizofrenie.

6. De invaliditeitsbeoordeling conform de nieuwe protocollering

Volgens vaste jurisprudentie sinds 1971 dient onder invaliditeit te worden verstaan: de in een percentage uit te drukken mate van lichamelijke en/of geestelijke tekortkomingen en beperkingen die de betrokkene in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in

het dagelijks leven ondervindt.¹⁵ Bij de waardering wordt behoudens vanaf 1 juli 2007 bij psychische stoornissen nog steeds uitgegaan van de uit 1953 stammende WPC-schaal.¹⁶ De mate van invaliditeit bij deze schaal is per aandoening aangegeven, gebaseerd op een vergelijking van het vermogen tot het volbrengen van de normale levensfuncties met dat vermogen van een niet-invalide persoon.

In het Voorwoord van de schaal werd invaliditeit door de ontwerpers omschreven als:

1. Definitions: "Disablement" means any reduction of anatomical integrity or of functional capacity of the individual.

"Disable" means suffering such disablement.

2. Disablement is assessed by comparing the disabled person's capacity for fulfilling the functions of a normal life, with that expected of nondisabled person.

The estimate is determined by the degree of loss in general of functional capacity due to the disablement, and not by the person's capacity or failure of capacity to follow any particular trade or occupation. The degree of disablement is expressed by a percentage from 1 to 100%.

Merkwaardig is dat in de Nederlandse vertaling van het Voorwoord de voorlaatste zin als volgt is vertaald: "De waardering daarvan wordt bepaald door de algemene graad van verlies aan arbeidsvermogen tengevolge van de invaliditeit en niet door het overgebleven arbeidsvermogen in een bepaald bijzonder beroep". In wezen is deze vertaling misleidend, maar bezien in de historische context wel begrijpelijk. Aan de WPC-schaal is echter door de ontwerpers niet een fysiek of economisch arbeidsongeschiktheidsbegrip ten grondslag gelegd, maar een fysiek invaliditeitsbegrip. Met dit begrip als uitgangspunt wordt via de WPC-schaal het integriteits- en functieverlies gekwantificeerd.¹⁷

Het feit dat in de originele Engelse tekst een omschrijving van het invaliditeitsbegrip voorkomt, die van een geheel andere visie uitgaat, heeft in de jurisprudentie van de CRvB tot 1971 geen enkele consequentie gehad.¹⁸ De oude definitie bleef overeind: de mate van ongeschiktheid tot arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen. In 1971 is echter, zoals hierboven reeds gezegd, een belangrijke kentering opgetreden. Het fysieke arbeidsongeschiktheidsbegrip, dat voorheen in combinatie met de WPC-schaal werd gehanteerd, werd verlaten en een fysiek invaliditeitsbegrip is er voor in de plaats gekomen. Met deze kentering ontstond een duidelijk contrast tussen het begrip arbeidsongeschiktheid in de militaire pensioenwetgeving aan de ene kant en het begrip invaliditeit aan de andere kant. In wezen sporen de invaliditeitsomschrijving en het Voorwoord van de WPC-schaal vanaf dat moment met elkaar.

M.b.t. de kwantificering van psychische invaliditeit bevat de WPC-schaal overigens niet veel nadere richtlijnen. De enige richtlijn is neergelegd in nr. 0712 inzake Psychoneurosen en neurosen, waarin het volgende is beschreven:

" Deze groep omvat de angstreacties, obsessies, fobieën, neurastenie, hysterie en mengvor-

¹⁵ Vgl. uitspraak CRvB d.d. 2 december 1971, AMP 1971/3. Vgl. ook J.G.F.M. van Kessel, *Arbeitsongeschiktheid van militairen, ambtenaren en werknemers*. Antwerpen/Amsterdam 1981, pag. 195 e.v..

¹⁶ Vgl. aangehaald eigen werk onder 15, pag. 98 e.v..

¹⁷ Vgl. ook CRvB d.d. 4 april 1978, AMP 1977/5.

¹⁸ Vgl. aangehaald eigen werk onder 15, pag. 114 e.v.

BESCHOUWING

men, waarvan de terminologie wisselt in de verschillende betrokken landen. 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.”

In de vroegere uitvoeringspraktijk heeft Defensie zich geconformeerd aan een toelichting van Prof. Dr. M. Kuilman op de WPC-schaal in de psychiatrie.¹⁹ In deze toelichting worden verschillende aspecten van het dagelijks functioneren opgesomd aan de hand waarvan de invaliditeit kan worden bepaald:

- Communicatieve en sociale vaardigheden;
- Kwaliteit en omvang van sociale contacten;
- De algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL);
- De mate waarin een persoon zich zelfstandig kan handhaven, dan wel de mate waarin hij aangewezen is op al dan niet professionele zorg en begeleiding;
- De mate waarin een persoon voor zijn functioneren afhankelijk is van medicamenten, als ook de impact van eventuele bijwerkingen op zijn gedrag.
- De geografische actieradius;
- Activiteiten in de recreatieve sfeer, door de persoon in kwestie benut om zijn dagen in te vullen c.q. de verveling te verdrijven;
- De kwaliteit en het niveau van het cognitief functioneren;
- Het niveau van stress- en frustratie-tolerantie. Anders gezegd en meer in het algemeen: de weerbaarheid van de persoon in kwestie en zijn vermogen om de dagelijkse teleurstellingen en tegenslagen te incasseren.

Voorts wordt in de toelichting gesteld dat meer in het algemeen een percentage van 50 toekomt aan degene bij wie nog een beperkte sociale omgang mogelijk is en die nog tot enige nuttige bezigheden in staat is (hetgeen aansluit bij WPC-code 0703 betreffende een psychose) en dat 40% is gerechtvaardigd wanneer de stoornis een beperkte sociale omgang en activiteit toelaat (hetgeen aansluit bij WPC-codes 0708 en 0711 betreffende dementieën).

Overigens werd in de uitvoeringspraktijk van vóór 1 juli 2008 niet alleen gewerkt met voorgaande richtlijnen.²⁰ Zo werd aan externe psychiaters expliciet gevraagd de ernst van het toestandbeeld c.q. de beperkingen in beeld te brengen met gebruikmaking van de klassenindelingssystematiek van de AMA-guides, d.w.z. op basis van het functioneren op micro-, meso- en macroniveau. Daarenboven werd in die vraagstelling verzocht de ernst van de symptomen te waarden middels een GAF-score. In het inventariseren van het functioneren op mesoniveau betreft de AMA-schaal ook het vermogen te functioneren ten aanzien van werk en carrière. Daarenboven is de GAF-score eveneens deels geënt op het werk. Zodoende werden beroepsactiviteiten feitelijk toch in enigermate in de vaststelling van de mate van invaliditeit betrokken.

Doordat derhalve in de vraagstellingen zowel de ernst van de symptomen (GAF-score), als de ernst van de beperkingen (systematiek van de AMA-schaal) werd uitgevraagd, was het

¹⁹ Vgl. uitspraken van de CRvB: d.d. 8 augustus 2002 99/1910 MPW; d.d. 8 augustus 2002 99/2610 en 99/3031 MPW; d.d. 23 mei 2001 98/6219 MPW.

²⁰ Vgl. Schade in schalen, de psyche in beeld. Adviescommissie WPC-PIM, 's-Gravenhage juni 2005, pag. 12 e.v.

gevolg dat de externe psychiaters beide scores als vertrekpunt namen voor hun uiteindelijke percentage-bepaling. Een overeenkomstige werkwijze wordt beschreven door Th. K. de Graaf, H. Hermse, W.S. de Loos en W. Op den Velde in hun “Aanbevelingen voor de beoordeling van de causaliteit en de mate van posttraumatische psychische invaliditeit bij oorlogsveteranen”, april 2003.

In wezen kan gesteld worden dat de WPC-schaal de beoordelend arts een grote vrijheid van handelen geeft, doordat geen richtlijnen zijn opgenomen over hoe de beperkingen moeten worden beoordeeld en gegradeerd. Dit maakt begrijpelijk dat een werkwijze kon groeien, die in feite een mengsel van alles was met als groot nadelig gevolg, dat de resultaten van de beoordelingen weinig tot niet toetsbaar, reproduceerbaar of transparant waren. Door meenemen van “werk” op mesoniveau werd ook de duidelijke invaliditeitsdefinitie van de CRvB geweld aangedaan.

Conform de geldende regelgeving en de daarop gebaseerde jurisprudentie worden in het nieuwe PTSS-protocol onder het begrip “tekortkomingen en beperkingen in het dagelijks leven in het algemeen” in duidelijke bewoordingen verstaan de beperkingen in de ADL (algemene dagelijkse levensactiviteiten c.q. het kunnen verrichten van de basale levensbehoeften) en de BDL (bijzondere dagelijkse levensactiviteiten). Derhalve de beperkingen, die als een vermindering of verlies van de mogelijkheid tot het uitvoeren van een voor de mens normale activiteit kunnen worden gezien. Beroepsactiviteiten dienen vanwege de kentering in de jurisprudentie in 1971 uitdrukkelijk buiten beschouwing te blijven. Ook klachtenbeleving, lijdensdruk en gederfde levensvreugde gelden derhalve niet als tekortkoming of beperking. Vervolgens wordt benadrukt dat de beperkingen op een objectieve manier dienen te worden vastgesteld met als kernwoorden: plausibel, toetsbaar, consistent en reproduceerbaar. Om die reden wordt er ook voor gekozen om niet langer externe psychiaters in te schakelen vanwege de betrekkelijk vrije hand die een beoordelend psychiater heeft met als gevolg dat eigen inzichten, normen en waarden gemakkelijk in het advies worden verwerkt.

In het nieuwe protocol is er voor gekozen om de invaliditeitsschatting, uitgaande van ADL- en BDL-beperkingen, in vier hoofdrubrieken onder te brengen: 1. activiteiten van het dagelijks leven, 2. sociaal functioneren, 3. concentratie, doorzettingsvermogen en tempo en 4. adaptatie aan stressvolle omstandigheden. Deze hoofdrubrieken zijn verder verbijzonderd naar subrubrieken en beschrijvingen van clusteractiviteiten. Door de ernst van de waargenomen beperkingen vervolgens te relateren aan de geformuleerde normen, waaraan een gemiddeld individu van gelijke leeftijd en geslacht geacht wordt te kunnen voldoen, wordt een geobjectiveerd beeld van betrokkene verkregen. Via een goed gekozen wegingssystematiek worden de resultaten van de beoordelingslijst (op basis van inschatting van de ernst van de beperkingen naar geen, gering, mild, matig, ernstig en extreem vaststellen van de gemiddelde rubriekscore) vertaald in een invaliditeitspercentage, waarbij de geldende gradaties van de militaire pensioenwetgeving worden gevolgd (omrekening naar een invaliditeitspercentage door de gemiddelde rubriekscore te relateren aan een schaal van 0 – 5 met hantering van een klasse-indeling van 5% en afronding naar beneden, b.v. berekende rubriekscore van 2,7 geeft 54%, dus klasse 50 – 54 en afgerond 50%.

In vergelijking tot de WPC-schaal is het nieuwe protocol beter afgestemd op de geldende invaliditeitsdefinitie. Immers alleen de beperkingen op ADL en BDL niveau worden geïnventariseerd en arbeid wordt expliciet buiten beschouwing gelaten. Evenmin worden klachten,

lijdensdruk en gederfde levensvreugde in de schatting meegewogen. Uiteindelijk wordt alleen de ernst van de beschreven beperkingen geconverteerd naar een invaliditeitspercentage. Het is geen verrassing dat door deze bijstellingen ook andere uitkomsten – in vergelijking tot de vroegere uitvoeringspraktijk - te voorschijn kunnen komen.

7. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling conform de nieuwe protocollering

In het Nederlandse militaire pensioenstelsel zijn het arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsrisico strikt gescheiden. Het arbeidsongeschiktheidsrisico is gekoppeld aan de regelgeving voor de WIA en kent daardoor een eigen schattingsmethodiek en ook een eigen protocollering voor PTSS. Via het WIA-IP-protocol vindt wel tot op zekere hoogte een stroomlijning plaats van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, maar in de kern behouden ABP en UWV ieder hun eigen verantwoordelijkheid. Omdat problemen bij het krijgen en vooral ook het volhouden van een werkkring één van de meest voorkomende complicaties bij PTSS vormen, dient de schattingswijze bij PTSS binnen het arbeidsongeschiktheidsstelsel zelfstandig te worden gezien.

Als een (gewezen) militair met PTSS een WIA-uitkering aanvraagt of wordt uitgenodigd voor een herbeoordeling, heeft hij een gesprek met de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige van UWV. De arts beoordeelt zijn gezondheidssituatie. Hij kijkt daarbij niet alleen naar zijn beperkingen, maar vooral naar wat betrokkene nog wel kan. Aan de hand van zijn bevindingen vult de arts een lijst in met een overzicht van de mogelijkheden en beperkingen voor betrokkene. Dit is de zogenaamde Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) met een onderverdeling in 6 categorieën:

- persoonlijk functioneren: concentreren, herinneren;
- sociaal functioneren: spreken, schrijven, omgaan met conflicten;
- aanpassing aan fysieke omgevingseisen (de werkplek): hitte, tocht, geluid;
- dynamische handelingen (bewegen): lopen, tillen, werken met toetsenbord en muis;
- statische houdingen: zitten, staan;
- werktijden: aantal uur dat per dag of per week gewerkt kan worden.

Aan de hand van deze beperkingen bekijkt vervolgens de arbeidsdeskundige welk werk betrokkene met zijn PTSS nog kan doen en wat hij daarmee kan verdienen. Om te bepalen wat betrokkene nog zou kunnen verdienen, selecteert de arbeidsdeskundige drie soorten werk die passen bij zijn mogelijkheden en beperkingen. Hij kiest de drie soorten werk waarmee betrokkene nog het meest zou kunnen verdienen. Het middelste loon van de drie vergelijkt hij met het loon dat betrokkene verdiende voordat hij ziek werd. Het verschil tussen beide bepaalt het arbeidsongeschiktheidspercentage.

Het risico bestaat dat bij PTSS het voorgaande een tamelijk theoretische exercitie wordt, die veraf kan staan van de daadwerkelijke gezondheids- en werksituatie. Er kan een behandeling en begeleidingstraject spelen over langere tijd. Is dan altijd sprake van een arbeidsongeschiktheid van 80-100%? Vaak komt het ook voor dat eerst nog een traject van arbeidsactivering of maatschappelijke activering doorlopen dient te worden. Wat is dan de mate van arbeidsongeschiktheid? Ook kan de kans om daadwerkelijk weer aan de slag te komen door de PTSS aanmerkelijk zijn verminderd en dan rijst de vraag hoe de daardoor ontstane langdurige werkloosheid dient te worden opgevangen. E.e.a. vereist een nauwkeurig volgen door het UWV van betrokkene en een zo goed mogelijk afstemmen van de arbeidsongeschiktheidssituatie op de feitelijke ver-

anderingen en ontwikkelingen. Goede gegevensuitwisseling met het Zorgloket is om die reden uitermate belangrijk, vooral ook omdat de hoofdrubrieken van de ADL- en BDL-bepkeringen dicht in de buurt liggen van de 6 categorieën binnen de FML.

8. Nadere beschouwing van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bij psychische stoornissen in samenhang

8.1. Splitsing van risico's vergt nauwkeurige onderlinge afbakening.

De samenloop van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit wordt in de herstel- en vergoedingsstelsels voor veteranen telkens op een verschillende wijze tegemoet getreden. Veelal – b.v. in het Duitse, Franse, Belgische, Amerikaanse en Canadese stelsel – is sprake van geïntegreerde en exclusieve stelsels, waarbij beide componenten in één wetgeving en in één risico-omschrijving zijn verankerd, maar ook komt een strikte splitsing voor.²¹ Zo is in het Nederlandse stelsel invaliditeit onderdeel van de bijzondere wetgeving voor de veteranen en heeft arbeidsongeschiktheid zijn vertrekpunt in het sociale verzekeringsstelsel. Ook doen zich stelsels voor, waarbij in de behandel- en re-integratiefase de schade in termen van arbeidsongeschiktheid wordt gedefiniëerd en aansluitend wordt overgestapt op het invaliditeitsbegrip, zodra sprake is van een duurzame functionele invaliditeit.²²

Strikte splitsing van beide risico's of fase-afhankelijke risico-omschrijving vereist een nauwkeurige risico-definiëring, hetgeen veelal een bron van permanente discussie vormt over de onderlinge afbakening en ook het gevaar in zich heeft dat een van de beide risico's naar het tweede plan verschuift. Met name bij volledige samenloop van beide risico's en onderbrenging in verschillende stelsels, zoals in de Nederlandse situatie, is dat niet denkbeeldig. Dit kan in de praktijk de werkelijke schade vertroebelen. Deze vertroebeling zou nog verder kunnen toenemen als nog een derde zelfstandig stelsel zou gaan interveniëren, namelijk dat van de civiele schadeloosstelling voor de niet afgedekte restschade. In de Nederlandse situatie is deze mogelijkheid alleszins reëel sinds de positieve bemiddeling van de Nationale Ombudsman. Een derde methodiek voor de schadebepaling doet dan zijn intrede (AMA-guides?), waardoor een goed overzicht van de totale schade-problematiek kan vervagen c.q. verdwijnen.²³ Een integrale en exclusieve regeling heeft derhalve vanuit dit oogpunt de voorkeur, maar vereist wel een

²¹ Zie voor Frankrijk: Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre van 8 augustus 1947. Voor Duitsland: Bundesversorgungsgesetz van 20 december 1950 (BGBl. S. 791). Voor Engeland: Royal Warrant concerning Retired Pay, Pensions and other grants for Members of the Military Forces and of the Nursing and Auxiliary Services thereof disabled, and for the Widows, Children, Parents and other Dependents of such Members deceased, in consequence of Service after the 2nd September, 1939. Mei 1949. Ministry of Pensions. Voor België: Basiswet van 1948, zijnde de door het besluit van de Regent van 5 oktober 1948 samengeordende wetten op de vergoedingspensioenen (Belg. Stb. 17-10 – 1948). Voor Canada: Canadian Forces Members and Veterans Re-establishment and Compensation act, S.C. 2005, c.21. Voor de informatie over de Verenigde Staten van Amerika heeft nauwe afstemming plaatsgehad met Dr. F.C.L. Donkers. Betrokkene is verbonden aan de University of North Carolina, Chapel Hill. Duke-UNC Brain Imaging en Analysis Center (Autisme, Schizofrenie en PTSD). Vanuit zijn onderzoekersfunctie heeft hij regelmatig contact met de Veterans Administration in Durham North Carolina.

²² Vgl. part 2 en 3 van de Canadian Forces Members and Veterans Re-establishment and Compensation act, S.C. 2005, c.21.

²³ Brief van de Nationale Ombudsman d.d. juni 2010, nr. 2008.08464.010 gericht aan de Minister van Defensie, alsook het persbericht d.d. 1 juni 2010 van de Nationale Ombudsman.

ingrijpende wetgevingsexercitie. Een andere oplossing zou zijn om voor de schadevaststelling nadere regels te stellen bij amvb of ministeriële regeling.

8.2. Vele vragen in omgaan met arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bij veteranen met psychische stoornissen moeten nog uitkristalliseren

Bij de oprichting van het Zorgloket is getracht het herstel- en compensatieproces bij beide risico's beter op elkaar af te stemmen door de SMO- en UWV-keuringsartsen waar mogelijk een gecombineerde keuring te laten doen volgens de spelregels van het VWIA/IP-protocol. De praktijk zal moeten uitwijzen in hoeverre dit een succes kan worden, met name ook bij verlate gevolgen van PTSS. Tot nu toe komt de gecombineerde aanpak nog slechts sporadisch van de grond. Met name bij de specifieke keuringssituaties, zoals:

- vaststelling van voorlopige invaliditeit;
- percentagebepaling bij ondergaan van behandeling c.q. reïntegratietraject;
- percentagebepaling bij feitelijk niet kunnen werken in samenhang met verminderde kans op werk;
- percentagebepaling bij verminderde zelfwerkzaamheid;
- percentage- en aansprakenbepaling bij PTSS met verlate gevolgen

is het interessant om te blijven volgen, waartoe de toepassing van beide risico-definities in de praktijk zal leiden. Er zit nog voldoende ruimte in de protocolteksten en de arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsregelgeving, waarmee ook voor deze specifieke keuringssituaties goede oplossingen te vinden zijn. Uiteindelijk zal ook de jurisprudentie van de CRvB in dit opzicht een belangrijke rol kunnen spelen. Bovendien zal het Zorgloket-idee ongetwijfeld de komende jaren verder ontwikkeld worden, waardoor mogelijk een gecombineerde arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitskeuring toch nog een meer centrale plaats kan gaan innemen en aldus de samenhang tussen beide risico's beter in de gaten kan worden gehouden ter ondersteuning van de zorg- en herstel filosofie.

Overigens lijken de gemaakte keuzes binnen de nieuwe protocollering heel logisch en rationeel. Toch is niets zo weerbarstig als consensus m.b.t. de standaards voor het schatten van de psychische arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Met het oog op dit laatste is het ook goed aan de hand van jaarlijkse evaluaties van de uitvoeringspraktijk en de jurisprudentie te bezien of aanpassing van de protocolvoorschriften geboden is, eventueel later gevolgd door aanpassing van de wettelijke schadefinities. Dit met het oog op een nog betere afstemming van de opvang van psychische stoornissen op de huidige zorginzichten.

8.3. Gelijkwaardige uitkomsten?

Dat de nieuwe manier van beoordelen van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bij veteranen met psychische stoornissen sinds 1 juli 2008 kan leiden tot een andere uitkomst dan in het verleden is een gegeven dat inherent is aan het wijzigen van een beoordelingsmethodiek. Een vergelijking van de uitkomsten van de oude met de nieuwe wijze van beoordelen is derhalve niet relevant en gaat voorbij aan de reden voor de ontwikkeling en invoering van de protocollen. Tot 1 juli 2008 ontbraken immers goede richtlijnen voor de beoordeling van het verband tussen de militaire dienst en de invaliditeit en arbeidsongeschiktheid bij psychisch letsel, met als gevolg dat er onverklaarbare verschillen konden ontstaan in de uitkomsten van de beoordelingen. Uiteraard kunnen die uitkomsten in het voordeel van een belanghebbende zijn geweest. Met de

protocollen is echter uitsluitend beoogd om door middel van goede richtlijnen de verzekerings-geneeskundige beoordeling en de vastlegging van de mate van invaliditeit transparant, toetsbaar en verklaarbaar te maken. Dit vormt m.i. een valide motivering voor deze nieuwe richtlijnen.²⁴

8.4. Sluitend zijn van vergoedingen binnen het materiële zorgstelsel nog moeilijk te beoordelen

Met de op handen zijnde invoering van het WIA-Hoofdlijnenakkoord en de – nog steeds in discussie zijnde - schadeloosstellingsregeling wordt het vergoedingsstelsel voor de militaire oorlogs- en dienstslachtoffers binnenkort naar verwachting ingrijpend gewijzigd. De gevolgen van die nieuwe regels op de concrete arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitssituatie van de militaire oorlogs- en dienstslachtoffers laten zich nog moeilijk beschrijven, met name bij de verlate gevolgen van PTSS. Eerst zullen derhalve nog nadere gegevens in beeld moeten komen om gefundeerd te kunnen beoordelen of sprake is van een sluitend vergoedingenstelsel met een goede interactie tussen de concrete schadesituatie en de daarop aansluitende vergoedingen. Parallel hieraan gaan, zoals eerder opgemerkt, in de Tweede Kamer stemmen op om gedurende de periode van behandeling en re-integratie een basisinkomensgarantie te verzekeren en bij een situatie van een volstrekte onmogelijkheid om aan het werk te komen een afglijden naar de bijstand te voorkomen. Ook dit traject zal uiteindelijk gevolgd dienen te worden door formele wetgeving.

9. Conclusie

De nieuwe medische protocollering is op het eerste gezicht goed te verdedigen en vormt een belangrijke stap voorwaarts. Wel dienen vele zaken zich in de praktijk nog verder uit te kristalliseren, zodat nieuwe ontwikkelingen in de medisch-psychiatrische wetenschap, uitvoeringspraktijk en jurisprudentie nauwlettend dienen te worden gevolgd en geëvalueerd. Buiten de reeds in gang gezette onderwerpen voor regelgeving ligt nieuwe/aanvullende regelgeving in dit stadium niet direct voor de hand.

²⁴ Vgl. in dit opzicht de uitspraak van de CRvB d.d. 10 juli 2008, 05/6832 WAO, LJN: BD8561, waarin het Schattingsbesluit 2004 verenigbaar met Protocol nr. 1 bij het EVRM werd geoordeeld.