

Defensie



WIA en IP PROTOCOL

WIA en IP protocol ©

Dit protocol is opgebouwd uit twee delen:

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

Beide delen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden

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

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

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

Den Haag, April 2007

Voorwoord, opdracht en aanpak

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

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

Opdracht

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

Doel

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

Samenstelling medische werkgroep:

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

Externe adviseurs:

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

Aanpak

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

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

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

Dit protocol is afgestemd met de verzekeringsartsen van het ABP.

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

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

J.H. Paulusma – de Waal, voorzitter werkgroep

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE	3
PROTOCOL WIA EN IP BEOORDELING	5
INLEIDING	5
DE WIA – IP (DV) BEOORDELING.....	5
<i>Stroomdiagram WIA, IP en WIA – IP(DV) beoordeling</i>	7
<i>Ad 2: Basis Verzekeringsgeneeskundige (en WIA) beoordeling</i>	8
<i>Ad 3: Basis Invaliditeitsbeoordeling</i>	8
<i>Ad 4: De toets op behandeling en begeleiding</i>	10
TOELICHTING VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING	11
INLEIDING	11
VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE (EN WIA) BEOORDELING ALGEMEEN	11
1. <i>Wetgevend kader, standaarden en richtlijnen</i>	11
2. <i>Rapportage</i>	11
3. <i>De functionele mogelijkheden lijst (FML)</i>	15
4. <i>Herstelgedrag</i>	16
5. <i>Toets op consistentie / plausibiliteit</i>	16
6. <i>Probleemanalyse / Hervatting Sociale rol</i>	17
7. <i>Samenwerking met de arbeidsdeskundige</i>	18
8. <i>Coaching en kwaliteit bevordering</i>	19
9. <i>Toetsing</i>	19
MEDISCH ONDERZOEKSVERSLAG WIA	21
VRAAGSTELLING	21
ONDERZOEK	21
ONDERZOEKSACTIVITEITEN:	21
ONDERZOEKSgegevens:	21
<i>Dossiergegevens</i>	21
<i>Anamnese</i>	21
<i>Visie en toekomstverwachting van cliënt ten aanzien van haar belastbaarheid:</i>	22
<i>Onderzoeksbevindingen:</i>	22
<i>Informatie van de behandelende sector:</i>	22
DIAGNOSE:	22
BESCHOUWING	22
OVERWEGINGEN EN BELASTBAARHEID:	22
PROGNOSE BEPERKINGEN T.A.V. DE AANGEGEVEN BELASTBAARHEID:.....	22
REACTIE CLIËNT:.....	23
CONCLUSIE:	23
PLANNING:	23
TOELICHTING MILITAIRE INVALIDITEITSBEOORDELING	24
INLEIDING	24
DE IP - BEOORDELING	24

DIENSTVERBAND AANDOENING	25
<i>A 1: Arbeidsongeschiktheid met Dienstverband</i>	26
<i>A 2: Invaliditeit met Dienstverband</i>	26
<i>Toekenning Dienstverband</i>	26
B 1: PROCESVERBAAL VAN ONGEVAL	26
B 2: RAPPORT MEDISCHE AANGELEGENHEDEN (ARTIKEL 10 REGELING).....	27
<i>Lijst casus posities</i>	28
CAUSALITEIT BEOORDELING	28
<i>C1: Juridische causaliteit</i>	28
<i>C 2: De medische causaliteit</i>	29
D: INVALIDITEIT	32
E: DE INVALIDITEITSSCHATTING	32
<i>De WPC schaal</i>	32
VOORBEELD CASUÏSTIEK / MEDIPRUDENTIE FYSIEKE AANDOENINGEN	33
CONCRETISERING IP BEOORDELING	33
<i>Schematische voorstelling IP beoordeling / Rapportage</i>	33
STROOM DIAGRAM	35
COACHING, KWALITEITSBEVORDERING EN TOETSING IP BEOORDELING	35

Protocol WIA en IP beoordeling

Inleiding

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

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

De WIA – IP (DV) beoordeling

De WIA-IP keuring bestaat uit diverse componenten:

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

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

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

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

van de IVA) alleen voor de WIA beoordeling van toepassing zijn en niet bij de IP beoordeling sec worden gebruikt.

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

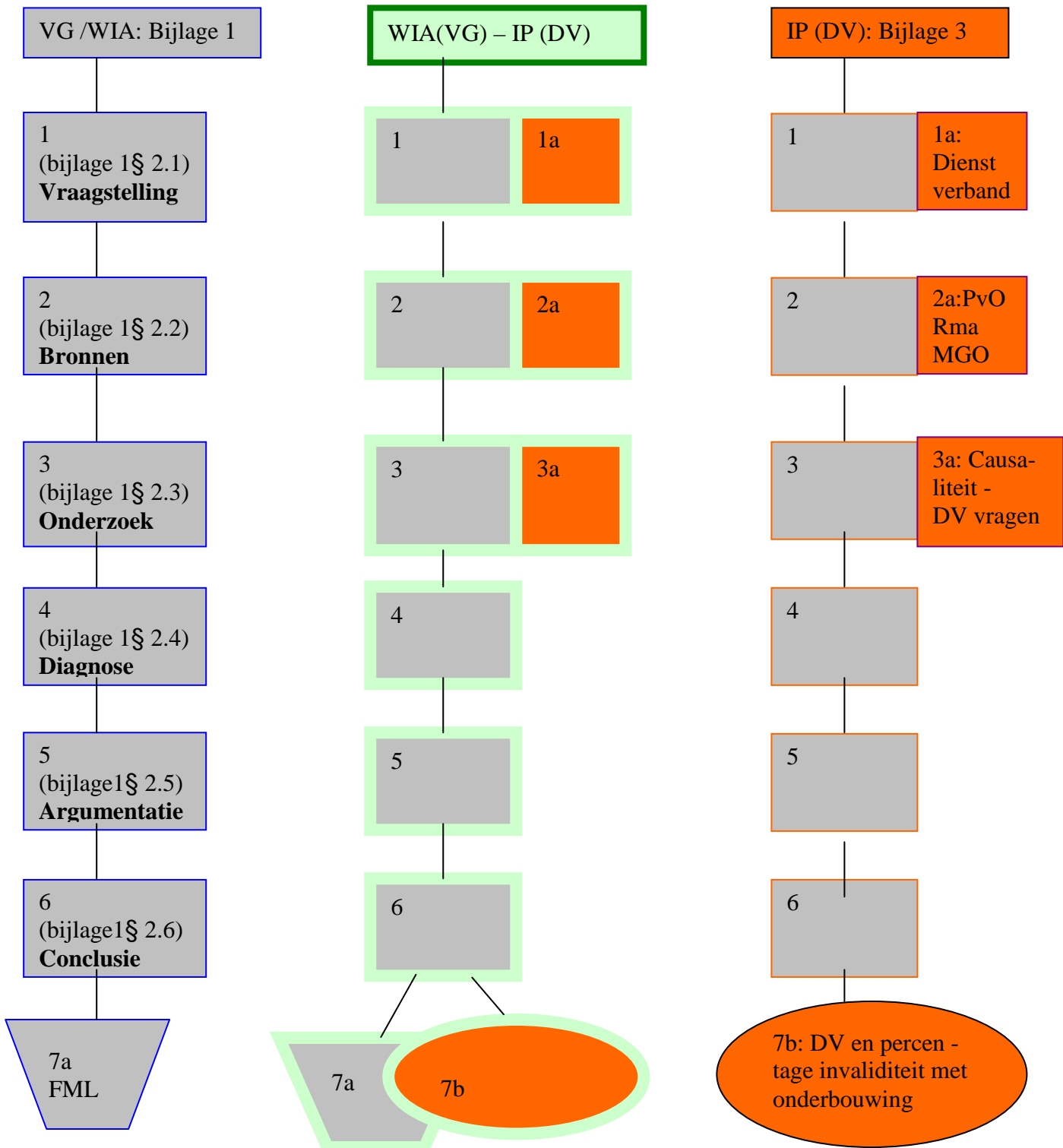
Voor de vierde component (de toets op behandeling en begeleiding) zal aansluiting worden gezocht bij de zogenaamde "3b richtlijnen", zodra deze beschikbaar zijn. Deze zijn (2007) onder auspiciën van de Gezondheidsraad in ontwikkeling. Onderstaand worden de componenten nader toegelicht en in bijbehorende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

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

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

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

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



Ad 2: Basis Verzekeringsgeneeskundige (en WIA) beoordeling

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

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

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

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

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

Ad 3: Basis Invaliditeitsbeoordeling

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

De volgende aspecten komen bij de invaliditeitsbeoordeling aan de orde:

- 1 **De Dienstverband beoordeling in het kader van een IP recht:** er moet sprake zijn van "invaliditeit met dienstverband". Deze aandoening moet zijn ontstaan tijdens en door de uitoefening van de militaire dienst onder buitengewone omstandigheden (uitzending, oefeningen e.a) en bij actieve militairen hebben geleid tot blijvende dienstongeschiktheid op medische gronden.
PM: De Dienstverband beoordeling in het kader van bedrijfsongevallen en "arbeid gerelateerde aandoeningen" onder reguliere omstandigheden (arbeidsongeschiktheid met dienstverband) wordt nu niet separaat benoemd, want hierbij bestaat geen IP recht. In bijlage 3 wordt deze vorm van dienstverband wel nader toegelicht.
- 2 **De Juridische causaliteit beoordeling:** de juridische causaliteitscriteria van de militaire pensioenwetgeving zijn bepalend en richtinggevend. Juridisch moet allereerst worden voldaan aan het begrip dienstverband. Vervolgens moet dit dienstverband nader worden ingevuld met de begrippen "oorzakelijk" of "verergerend". Deze begrippen worden wettelijk als volgt omschreven:

Oorzakelijk:

- aanwezigheid van een invaliditeit van tenminste 10% tengevolge van verwonding, ziekten of gebreken, welke zijn veroorzaakt door de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden.

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

Verergerend:

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

3 De medische causaliteit beoordeling: In dit kader dienen de volgende vragen te worden beantwoord:

- is er sprake van een verwonding, ziekte of gebrek
- is er sprake van een verband tussen deze verwonding, ziekte of gebrek en de buitengewone omstandigheden?
- Is er sprake van een verband tussen de geconstateerde beperkingen en de door de bijzondere omstandigheden ontstane verwonding, ziekte of gebrek? Of te wel: is er medisch een causaal verband tussen het letsel en het geclaimde onvermogen?

De beantwoording van de medische causaliteitsvragen is primair een professionele verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts.

Het is van belang dat de medische causaliteit kan worden getoetst aan nog op te bouwen mediprudentie. Ook Intervisie en intercollegiale toetsing onderling en met derden spelen hierbij een belangrijke rol.

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

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

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

Ad 4: De toets op behandeling en begeleiding

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

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

Toelichting Verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Inleiding

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

Verzekeringsgeneeskundige (en WIA) beoordeling Algemeen

De verzekeringsarts doet een claimbeoordeling en stelt daarbij de functionele mogelijkheden vast van de cliënt binnen het wettelijk kader, onder toepassing van de vigerende standaarden.

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

1. Wetgevend kader, standaarden en richtlijnen

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

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

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

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

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

2. Rapportage

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling is opgebouwd uit diverse onderdelen. De beoordeling wordt weergegeven in een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) en een Rapportage. De FML bevat een *schematische conclusie met zonodig een toelichting* van de

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

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

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

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

- 2.5.5 prognose en duurzaamheid
- 2.5.6 reactie cliënt op de directe terugkoppeling van de arts.
- 2.6 *Conclusie waarin beantwoording vraagstelling.*

Toelichtingen bij rapportage onderwerpen

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

Ad 2.3.1: Beoordelingsgesprek gericht op het functioneren van betrokkene

De verzekeringsarts richt zich in het gesprek op de beoordeling conform het biopsychosociaal model (naast medische aspecten ook meewegen van de sociale context en relevante omgevingsfactoren).

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

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

- wat verstaat een cliënt die op het spreekuur kan komen onder de mededeling dat hij zich 'arbeidsongeschikt' vindt?
- waarom kan een cliënt bijvoorbeeld wel op maandag werken maar niet op dinsdag als het menselijke bioritme zich elke 24 uur herhaalt?
- zijn het dagverhaal en het functioneren in alle sociale rollen consistent met een aanmerkelijke claim?
- welke prioriteiten stelt de cliënt in zijn dagelijks leven?
- hoe wordt de cliënt op zijn werk vervangen?
- wat ziet de cliënt als oplossing van zijn probleem en wat heeft hij er concreet aan gedaan anders dan medische hulp zoeken?
- wat zijn de plezierige en wat de minder plezierige aspecten van het werk en welk (arbeid) perspectief ziet de cliënt voor zichzelf?
- wat er zou gebeuren wanneer de cliënt morgen zijn werk/ activiteiten helemaal zou hervatten?
- wat ziet de cliënt als de oorzaak van het voortduren van zijn klachten en eventueel de (gedeeltelijke) werkloosheid?
- is er sprake van rolwisseling met of voorbeeldgedrag van de partner?

Wanneer een cliënt geen referentie in 'zijn arbeid' heeft (bijvoorbeeld claims bij al langdurig werkloze arbeidsongeschikten,) verplaatst het zwaartepunt zich naar het dagelijks functioneren. Of naar het functioneren op school, in stages en naar wat de cliënt denkt dat hem in arbeid zou beperken.

Het een en ander impliceert dat een claimbeoordeling in principe steeds plaatsvindt op grond van een *persoonlijke* confrontatie met de cliënt. De standaard 'onderzoeksmethoden' geeft daarbij aan dat de onderzoeker zich baseert op *binnen de beroepsgroep algemeen aanvaarde reguliere* (sociaal-)medische onderzoeksmethoden.

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

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

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

Ad 2.3.3: Eigen onderzoek en observaties

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

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

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

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

Ad 2.3.4: Informatie van derden

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

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

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

Ad 2.5.3: Probleemanalyse

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

Ad 2.5.4: Motivering beperkingen

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

Het accent van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek ligt zoals eerder gesteld, niet op de klassieke medische anamnese, maar op het *beoordelingsgesprek* waarin het *functioneren in arbeid* (of de relevante sociale rol) centraal staat. Daarbij brengt de verzekeringsarts zorgvuldig in kaart welke *belemmeringen in functioneren* de cliënt ervaart – ook wel *claimklacht* genoemd. Deze inventarisatie betreft zowel de belemmeringen die de cliënt spontaan naar voren brengt als die waarnaar de verzekeringsarts vraagt, gelet op het medische beeld. De rubrieken en items van de FML kunnen daarbij als leidraad dienen. Aan de hand van medische of gedragskundige gegevens, observaties en eventueel ook arbeidskundig onderzoek beoordeelt de onderzoeker vervolgens in hoeverre de belemmeringen ook aanleiding geven *beperkingen* vast te stellen. In veel gevallen zullen beperkingen betrekking hebben op *gedragsmogelijkheden* in verband met een vorm van ervaren pijn of moeheid. Voorzover de onderzoeker de ervaren belemmeringen als beperkingen wil beoordelen, zullen deze daarom een per definitie globaal karakter hebben.

Ad 2.5.5: Prognose en duurzaamheid

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

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

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

3. De functionele mogelijkheden lijst (FML).

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

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

Het FML bestaat uit 6 rubrieken nl: I: persoonlijk functioneren; II: Sociaal functioneren; III: Aanpassing aan fysieke omgevingseisen; IV: dynamische handelingen; V: Statische houdingen; VI: werktijden. Bij iedere beoordeling worden alle rubrieken ingevuld.

4. Herstelgedrag

Dit komt in essentie neer op de vraag of betrokkene al het mogelijke doet, niet alleen om van zijn klachten af te komen, maar vooral om met zijn klachten te (blijven) functioneren. Welke aanpassingen van zijn taken heeft betrokkene gevonden of proberen te vinden om zijn sociale rol of andere rollen te behouden? De beoordeling van herstelgedrag omvat vragen naar de sociale situatie, arbeidssituatie, een eventuele beroepskeus, arbeidsperspectief en plezier in het werk. Vaak wordt herstelgedrag voornamelijk 'medisch' opgevat, namelijk als het zoeken van (para)medische diagnostiek en behandeling. Dat is onjuist omdat het meestal goed mogelijk is onder behandeling – of op een wachtlijst voor behandeling – te blijven functioneren, al dan niet volledig, al dan niet met werkaanpassingen of met hulpmiddelen. Anderzijds mag inderdaad van een cliënt die zo ernstige gezondheidsproblemen ervaart dat hij meent niet naar behoren te kunnen werken, verwacht worden dat hij of zij (para)medische hulp zoekt. Als dat niet is gebeurd, maakt dat de claim van belemmeringen minder aannemelijk. Langdurige behandeling of 'shoppen' wijst regelmatig juist op het ontbreken van herstelgedrag. Berucht zijn de eindeloze (fysio/psycho)therapeutische 'behandelingen en controles'. In die gevallen heeft de behandeling een legitimerende en vaak een afhankelijk makende betekenis gekregen. Talloze werkenden hebben ernstige aandoeningen en zijn jaren onder behandeling. De verzekeringsarts houdt cliënten voor wat er kan gebeuren als zij passief blijven. Hun reacties geven vaak een aardig beeld van hun gedragspatroon en aanpassingsstrategie. Wanneer er vrijwel geen *functioneel* herstelgedrag bestaat, roept dat vragen op over de ernst van de belemmeringen en dus of er wel beperkingen (in die mate) bestaan. Indien het herstelgedrag niet adequaat is toetst de verzekeringsarts in hoeverre dit verwijtbaar, c.q. aan te rekenen is aan de cliënt. Bij bepaalde ziektebeelden (denk bijvoorbeeld aan psychoses, ernstige verslaving) kan het zijn dat dit niet verwijtbaar is aan cliënt. Daarnaast hangt een en ander ook samen met de aard van de behandeling en eventuele risico's die daaruit voortkomen. Een cliënt kan bijvoorbeeld niet gedwongen worden om zich te laten opereren in het kader van het herstelproces.

5. Toets op consistentie / plausibiliteit

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

- 5.1 een toets op de *consistentie* tussen stoornis, ervaren belemmering en handicap
- 5.2 een toets op de *interne en externe consistentie* van die *belemmeringen* zelf
- 5.3 een toets op *plausibiliteit*

Ad 5.1: Consistentie tussen stoornis, ervaren belemmering en handicap.

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

Het bestaan van een stoornis impliceert allerm minst dat ervaren belemmeringen en handicap daarmee vanzelfsprekend consistent zijn. Naarmate een stoornis minder duidelijk valt te benoemen in de betekenis van de oorspronkelijke definitie – een aanwijsbare gestoorde lichamelijke of geestelijke functie – zal de onderzoeker een dergelijke consistentie moeilijker

kunnen vaststellen en in elk geval pas na een volledig onderzoek op alle levensterreinen en met de nodige nieuwsgierigheid en soms zelfs met scepsis.

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

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

Ad 5.2: Interne en externe consistentie:

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

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

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

Ad 5.3: Plausibiliteit

De ervaren belemmeringen moeten *plausibel* zijn, wat wil zeggen dat zij redelijkerwijs passen (komt dit naar de ervaring van de onderzoeker vaker voor?) bij het medische beeld en/of de arbeidssituatie.

Net als bij inconsistentie geldt dat aangegeven belemmeringen die ook bij doorvragen niet plausibel blijken tot terughoudendheid ten aanzien van het aannemen van beperkingen horen te leiden. De kwaliteit van de claimbeoordeling is in belangrijke mate afhankelijk van de bereidheid van de cliënt om relevante informatie te verstrekken. Blijft die informatie ook bij vakkundig en volledig doorvragen tegenstrijdig of vaag, dan is dat een gerede aanleiding zeer terughoudend te zijn met het vaststellen van beperkingen.

6. Probleemanalyse / Hervatting Sociale rol

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

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

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

Door de claimklacht op deze manier in zijn sociale context te plaatsen is het doorgaans goed mogelijk tot een redelijke argumentatie over de beperkingen te komen. Die argumentatie mag best aanvechtbaar zijn. En professionele motivering vereist juist controleerbaarheid. In hoeverre kan een duurbepanking aan de orde zijn bij cliënten met *functionele syndromen*, ‘aanpassingsstoornissen, somatoforme beelden, neurasthenie, pijnsyndromen’ en dergelijke? Een overweging kan zijn dat een normale dagelijkse werkweek van 40 uur de gezondheid in zulke situaties doorgaans niet zal schaden. Uitgaande van de veronderstelling dat er doorgaans toch sprake is van een inadequate coping en verminderde stressbestendigheid is het vaak redelijk wel beperkingen aan te nemen ten aanzien van excessieve mogelijkheden zoals lange werkdagen of nachtdiensten. Wanneer er sprake is van een evident gestoorde slaap met bijvoorbeeld middelenafhankelijkheid en sterk afwijkend algemeen dagelijks functioneren in gefixeerde situaties kan de onderzoeker soms meer beperkingen aannemen. Daarbij zal hij zich kunnen laten leiden door de slaapanamnese, het dagverhaal en de overweging dat chronische pijn moe maakt. Uiteraard moet daarbij ook overwogen worden in hoeverre er vermijdingsgedrag en gewenning is opgetreden. Bij cliënten die geen multifactorieel / multidisciplinair onderzoek en training hebben ondergaan of dat niet willen, zal er weinig reden zijn dergelijke beperkingen aan te nemen.

Over het algemeen zal een méér dan lichte beperking van arbeidsduur niet aan de orde komen.

7. Samenwerking met de arbeidsdeskundige.

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

Bij de WIA aanvraag toetst de arbeidsdeskundige als eerste het reïntegratieverslag en laat zich hiervoor zonedig bijstaan door de verzekeringsarts. Indien het reïntegratieverslag akkoord is bevonden wordt de WIA aanvraag opgestart. Nadat de verzekeringsarts de functionele mogelijkheden (FML) in kaart heeft gebracht, zie 7a in stroomdiagram, wordt door de arbeidsdeskundige de resterende verdien capaciteit vastgesteld en wordt een reïntegratie visie gemaakt, die als leidraad geldt bij de verdere reïntegratie van cliënt. Indien uit de toetsing blijkt dat het reïntegratie traject onvoldoende optimaal is doorlopen, wordt de WIA aanvraag niet in behandeling genomen. Deze wordt opgeschort (maximaal 52 weken) tot het moment dat werkgever en werknemer aantonen de tekortkomingen hersteld

te hebben en verzoeken de WIA aanvraag alsnog in behandeling te nemen. Over de tussenliggende periode dient de werkgever het loon door te betalen.

8. Coaching en kwaliteit bevordering.

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Toetsing

De kwaliteit van het handelen van de verzekeringarts, aangaande de Algemene Verzekeringsgeneeskundige en WIA beoordeling wordt getoetst door de stafva door middel van dossier onderzoek, geaggregeerde gegevens omtrent de uitkomsten van de beoordeling, terugkoppeling van bezwaar- en beroepszaken, klachten, en sinds kort ook bijwonen van het spreekuur. Door deze gegevens kan de stafva gerichte feedback/ terugkoppeling geven op het handelen en de attitude van de verzekeringarts, ook in de spreekkamer op individueel niveau.

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

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

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

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

Bijlage 2 bij WIA –IP protocol

MEDISCH ONDERZOEKSVERSLAG WIA

Naam cliënt : () Registratienummer :
Woonplaats : Burgerservicenummer :

Naam rapporteur : Datum rapportage : Afdeling : AG Team : geen

BETREFT:

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

VRAAGSTELLING

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

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

ONDERZOEK

Onderzoeksactiviteiten:

[DUBBELKLIK]

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

Onderzoeksgegevens:

Dossiergegevens

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

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

Fysieke belasting: #

Psychische belasting: #

Samenvattend is er sprake van #.

Anamnese

Actuele situatie:

Cliënt werkt #

Huidig werk: #

Huidige claimklachten, ervaren beperkingen en klachtenverloop: #

Herstelgedrag: #

Tractus anamnese: bijkomende ziektes/aandoeningen: #

Persoonlijk en sociaal functioneren (waaronder het dagverhaal):

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

#

Visie en toekomstverwachting van cliënt ten aanzien van haar belastbaarheid:

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

Onderzoeksbevindingen:

Algemene indruk:

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

Cliënt is # verzorgd gekleed.

De mimiek vertoont een # expressie.

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

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

Zij ontziet zich niet in bewegingen.

Er zijn # geen vegetatieve kenmerken aanwezig.

Het contact wordt op # gelegd. Cliënt maakt een # indruk. Het oogcontact is #.

De spraak is #. Cliënt brengt het verhaal op een # wijze.

De houding maakt een coöperatieve indruk.

Onderzoek psyche:

Aan het bewustzijn, aandacht, oriëntatie en waarnemen zijn geen afwijkingen op te merken.

Het intellect ligt naar schatting rond de norm. Het denken is qua vorm normaal en qua inhoud normaal.

Het geheugen maakt een normale indruk. De concentratie is tijdens het gesprek normaal. De stemming komt # over. Er zijn geen wanen of hallucinaties. Het affect is stabiel en moduleert # mee met het verhaal. Het gevoelsleven is # in balans. In de karakterstructuur zijn # kenmerken aan te geven.

[DUBBELKLIK]

Lichamelijk onderzoek status localis:

[DUBBELKLIK]

Informatie van de behandelende sector:

[DUBBELKLIK]

DIAGNOSE:

[DUBBELKLIK]

BESCHOUWING

Overwegingen en belastbaarheid:

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

[DUBBELKLIK]

Prognose beperkingen t.a.v. de aangegeven belastbaarheid:

[DUBBELKLIK]

Reactie cliënt:

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

CONCLUSIE:
[DUBBELKLIK]

PLANNING:
[DUBBELKLIK]

[DUBBELKLIK=VASTLEGGEN]

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

Toelichting Militaire Invaliditeitsbeoordeling

Woord vooraf

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

Inleiding

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

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

De IP - beoordeling

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

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

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

1. MP 32-500/1400; Besluit AO/IV aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen militairen 2001
2. MP 31-109/1150; Regeling proces-verbaal van ongeval en rapportage medische aangelegenheden
3. MP 31-101 / 31101; Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen.
4. Brief HDP Defensie dd.26 oktober 2006; P/2006034896: Sociale rechtspositie bij deelname aan vredesmissies. *Toelichting*: In de brief van 26 oktober 2006 van HDP, nr. P/2006034896, wordt aangegeven dat voor elk incident tijdens een uitzending in het kader van een vredesmissie, verband met de uitoefening van de militaire dienst onder bijzondere omstandigheden wordt aangenomen. Met "incident" wordt een ongeval bedoeld. Onder een ongeval wordt verstaan: een van buitenaf intredende geweldsinwerking welke direct letsel tot gevolg heeft. Ingevolge de militaire pensienoorschriften dient voor de toekenning van een invaliditeitspensioen wel altijd sprake te zijn van een oorzakelijk of verergerend verband tussen het incident en de gebreken. Voor ziekten, waaronder psychische aandoeningen, geldt eveneens dat sprake moet zijn van een oorzakelijk of verergerend verband met de uitzending. Wanneer een militair ten tijde van de buitengewone omstandigheden komt te overlijden zal altijd worden uitgegaan van dienstverband.
5. Rapport "Schade in Schalen, commissie WPC – Schaal juni 2004.

Dienstverband aandoening

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

Defensie onderscheidt twee soorten dienstverband:

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

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

A 1: Arbeidsongeschiktheid met Dienstverband

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

Voor de mate van Arbeidsongeschiktheid geldt de WIA - beoordeling.

A 2: Invaliditeit met Dienstverband

Om in aanmerking te komen voor een militair invaliditeitspensioen moet sprake zijn van een "invaliditeit met dienstverband": De aandoening / invaliditeit moet zijn ontstaan tijdens en door de uitoefening van de militaire dienst *onder buitengewone omstandigheden* (uitzending, oefeningen e.a) en bij actieve militairen hebben geleid tot blijvende militaire dienstongeschiktheid op medische gronden. Overigens wordt bij ziekten / gebreken die **tijdens** uitzendingen ontstaan, *juridisch* in principe uitgegaan van invaliditeit met dienstverband, tenzij medisch duidelijk is dat het niet door de buitengewone omstandigheden komt/ kan komen. Begrippen als predispositie en pre – existentie spelen hierbij een rol. Bij ongevallen **tijdens** uitzendingen wordt juridisch altijd uitgegaan van invaliditeit met dienstverband, zie bijlage 4. (Overigens volgt binnenkort nog een nadere toelichting op deze bijlage)

De begrippen oorzakelijk en verergerend dienstverband komen in de paragraaf causaliteit beoordeling nader ter sprake. Ook zullen deze begrippen daar aan de hand van in ontwikkeling zijnde voorbeeld casuïstiek te zijner tijd worden verduidelijkt.

Toekenning Dienstverband

Actief dienende Militairen kunnen op verschillende manieren erkenning van eventuele dienstverbandaanspraken vragen:

- door de commandant te verzoeken een proces-verbaal van ongeval te laten opstellen, zie B1.
- door een Rapportage van Medische Aangelegenheden (RMA) aan te vragen, zie B2.
- na vaststelling van militaire dienstongeschiktheid op medische gronden (Militair Geneeskundig Onderzoek, zie bijlage 3)

Postactieve militairen kunnen zonder voorbehoud een aanspraak bij het ABP neerleggen.

B 1: Procesverbaal van ongeval

Volgens artikel 147 AMAR is iedere militair verplicht, zodra hij hiertoe redelijkerwijs in staat is aan zijn commandant kennis te geven van een hem tijdens de dienst overkomen ongeval.

Hiervan dient dan zo spoedig mogelijk een proces verbaal te worden opgemaakt.

Voor een omschrijving van deze procedure wordt verwezen naar de Regeling Proces Verbaal van ongeval en rapportage medische aangelegenheden. Kort samengevat komt het op het volgende neer:

Een door de commandant aangewezen functionaris maakt een rapport op. Hierin staan vermeld de omstandigheden, de aard van de dienstverrichtingen, de dienstbevelen en de bevindingen van de functionaris. Tevens is een verklaring van betrokkene bijgevoegd, vergezeld van zo mogelijk twee getuigenverklaringen. Ook een verklaring van de behandelende arts over de aard van het letsel dient in het rapport aanwezig te zijn. De commandant geeft gemotiveerd aan of naar zijn mening sprake is van een dienstverband. Dit

rapport wordt opgestuurd naar ABP – BRD (Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds - Bijzondere regelingen Defensie), Postbus 4490, 6401 CZ Heerlen. ABP- BRD is door de minister gemandateerd tot het nemen van een besluit op het proces verbaal van ongeval.

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

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

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

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

B 2: Rapport Medische aangelegenheden (artikel 10 regeling)

Anders dan het PvO wordt het RMA door een arts beoordeeld zonder tussenkomst van het ABP. Het RMA is speciaal bedoeld voor het vastleggen van mogelijke aandoeningen ten gevolge van de uitoefening van de dienst, waarbij geen sprake is geweest van een ongeval. Dit rapport kan dan worden gebruikt, ten behoeve van eventuele aanspraken later. Als voorbeelden worden genoemd opgelopen gehoorverlies door blootstelling aan lawaai en mogelijke gevolgen na astbest blootstelling.

De militair die meent (mogelijk) schade te hebben opgelopen door de uitoefening van de dienst of meent dit in de toekomst alsnog te krijgen, verzoekt de BMB, door een arts een RMA te laten opmaken. Deze arts is lid van een geneeskundige commissie als bedoeld in artikel 3 van het besluit “procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioen keuringen militairen”. Voor een omschrijving van deze procedure wordt eveneens verwezen naar de Regeling Proces Verbaal van ongeval en rapportage medische aangelegenheden.

Dit RMA kan inhoudelijk globaal en algemeen van karakter zijn. Relevante medische gegevens worden genoteerd, naast verklaringen van betrokkene en eventuele derden. Over een mogelijke medische causaliteit wordt de mening van de arts gevraagd, echter niet staat omschreven waarop deze mening moet zijn gebaseerd. Menigmaal beperkt de rapportage zich tot een verklaring dat betrokkene meent klachten / beperkingen te hebben opgelopen door de dienst, zonder dat een causale relatie verder wordt uitgediept of wordt uitgesproken.

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

Lijst casus posities

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

Causaliteit beoordeling

Bij de causaliteit dient onderscheid te worden gemaakt tussen:

1. De Juridische causaliteit
2. De Medische causaliteit

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

C1: Juridische causaliteit

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

Oorzakelijk:

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

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

Toelichting Oorzakelijk dienstverband

Nadat een invaliditeit met dienstverband is vastgesteld moet worden beoordeeld of er sprake is van een oorzakelijk of verergerend dienstverband. Het vermoeden op oorzakelijk dienstverband wordt uitgesproken indien de aandoening rechtstreeks verband houdt met het ongeval of de blootstelling tijdens de bijzondere omstandigheden. Bij een oorzakelijk verband wordt de volledige invaliditeit, inclusief alle verergeringen in de toekomst toegerekend aan Defensie. Dit geldt ook voor verergeringen veroorzaakt door omstandigheden waarvoor Defensie niet verantwoordelijk is. De vervolgitkeringen kunnen dus (extreem) toenemen. Voorbeeld: iemand loopt ten gevolge van de uitzending een lichte PTSS op waarvoor 10% invaliditeit is toegekend. 5 Jaar later maakt hij als burger een overval mee in een supermarkt en houdt hier een zeer ernstige PTSS aan over met ernstige beperkingen, oplopend naar 70% invaliditeit. Defensie moet dan 70% van de pensioengrondslag uit gaan keren.

Verergerend:

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

Toelichting Verergerend dienstverband

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

Aandoeningen welke multicausaal zijn bepaald en dus door meer factoren worden veroorzaakt dan alleen de bijzondere omstandigheid vallen normaliter in de categorie "verergerend dienstverband".

Bij een verergerend verband wordt de volledige invaliditeit toegerekend aan Defensie, echter, verergeringen in de toekomst niet of nauwelijks.

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

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

C 2: De medische causaliteit

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

- is er sprake van een verwonding, ziekte of gebrek

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

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

De beantwoording van de medische causaliteitsvragen is primair een professionele verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts. De beoordelende arts dient actuele inhoudelijke kennis en kunde te hebben van oorzaken, beloop, prognose, behandelingsmethoden en gevolgen van ziekten/ gebreken.

Voor het beantwoorden van bovenstaande vragen c.q. het vaststellen van de medische causaliteit moeten gegevens uit het dossier, uit de anamnese, uit het onderzoek, uit de professionele kennis en ervaring, uit de organisatie en anderszins worden gewogen. De volgende vragen/ feiten kunnen hierbij ondersteunend zijn:

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

De beoordeling van de medische causaliteit kent enkele discussie punten:

- 1 Bij een verergerend dienstverband betreft dit de toekenning van een volledige vergoeding van de invaliditeit, ook al zijn er (veel) pre-existente, predisponerende en andere belastende factoren aanwezig. Deze factoren zijn medisch gezien vaak meer bepalend voor de ernst van de beperkingen dan de dienst.

Vooralsnog zal toch op basis van jurisprudentie: "de militaire dienst moet een overwegende / belangrijke / duidelijk aanwezige factor zijn geweest bij het ontstaan van de blijvende verergering" tot een uitspraak moeten worden gekomen. Indien verergerend verband wordt erkend zal de volledige invaliditeit wordt toegerekend aan de dienst.

2. Het is soms lastig een eenduidig antwoord te krijgen op de vraag of de vastgestelde beperkingen alle door de dienstverband aandoening zijn veroorzaakt. Beperkingen zijn soms niet per aandoening/ fysiologische veroudering/ persoonlijkheidsproblematiek/ sociale omstandigheden te onderscheiden. Voorbeeld: heeft een 60 jarige, bekend met een lichte PTSS, na een herseninfarct concentratiestoornissen en beperkingen gekregen door dit infarct of door een toename van de PTSS?

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

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

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

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

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

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

D: Invaliditeit

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

E: De invaliditeitsschatting

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

De WPC schaal

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

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

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

meegewogen. Het komt er op neer dat bij iedere beoordeling volgens de WPC schaal een individuele afweging moet worden gemaakt. Bij afwezigheid van beperkingen komt men bij de beoordeling meestal tot zeer lage percentages.

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

Voorbeeld casuïstiek / mediprudentie fysieke aandoeningen

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

Mediprudentie dient meerdere doelen:

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

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

Concretisering IP beoordeling

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

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

Schematische voorstelling IP beoordeling / Rapportage

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

1. een vraagstelling (bijlage 1 WIA –IP protocol: paragraaf 2.1) geformuleerd in termen van mogelijkheden en **beperkingen** om te functioneren, **een invaliditeitspercentage, causaliteit en dienstverband. Concreet dienen de volgende 6 vragen te worden beantwoord:**
 - a) **Zijn er verwondingen ziekten of gebreken?**
 - b) **Zo ja, zijn deze veroorzaakt door de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden?**
 - c) **Dan wel, zijn deze het gevolg van verrichtingen of vermoeienissen aan de uitoefening van de militaire dienst in buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden verbonden, dan wel welke tot uiting zijn gekomen onder overwegende invloed van die verrichtingen of vermoeienissen?**
 - d) **Dan wel welke zijn ontstaan, tot uiting zijn gekomen of verergerd mede door inwerking van bijzondere zeer nadelige invloeden waaraan de militair in verband met de uitoefening van de militaire dienst in geval van buitengewone of daarmee vergelijkbare omstandigheden is blootgesteld geweest. (art 2 Besluit Aanvullende AO/IV, artikel 1 Besluit Bijzondere Militaire Pensioenen 65+)**
 - e) **Indien er sprake is van invaliditeit met dienstverband, wat is dan de mate van invaliditeit ten gevolge van de betreffende verwondingen ziekten of gebreken volgens de WPC – schaal en aanvullende richtlijnen zoals omschreven in het WIA - IP protocol en de hiermee, samenhangende (nog in ontwikkeling zijnde) PTSS en LOK protocollen (Deze nadere protocollen zullen hun basis gaan vinden in artikel 13 2^e lid Besluit Procedure Geneeskundig Onderzoek Blijvende Dienstongeschiktheid en Pensioenkeuring Militairen)**
 - f) **Is in voornoemd geval artikel 8 van Besluit AO/IV of artikel 3 BMP van toepassing?**
2. een volledige bronvermelding en eigen onderzoeksactiviteiten (bijlage 1WIA –IP protocol: 2.2) **Met name dient de aandacht gevestigd te worden op: PvO (B1) / RMA (B2) / GO 99, MGO (besluit procedure geneeskundig onderzoek) en bronnen die meer inzicht kunnen geven in de causaliteitsvraag (medische consumptie / functioneren vóór, tijdens en, periode tussen ongeval en aanvraag IP, staat van dienst, commandantenmelding etc)**
3. onderzoeksbevindingen (bijlage 1 WIA –IP protocol: paragraaf 2.3)
 - a. Beoordelingsgesprek gericht op het functioneren van betrokkene
 - i. medische en functionele voorgeschiedenis
 - ii. Activiteiten in werk (aard,zwaarte,omvang) en dagelijks leven
 - iii. huidige klachten, behandeling en functioneren
 - iv. arbeidssituatie en ervaren belemmeringen
 - v. thuissituatie en ervaren belemmeringen
 - vi. dagverhaal
 - vii. **status (medisch, sociaal, beroep) voor, ten tijde en eerste maanden na ongeval, de tijdspanne tussen ongeval en melding van letsel / gezondheidsklachten, predispositie, pre – existentie, aanwezigheid andere factoren welke het geclaimde onvermogen van betrokkene kunnen verklaren. Zie paragraaf C2**
 - b. Visie en toekomstverwachting cliënt ten aanzien van gezondheid; belastbaarheid en werken
 - c. eigen onderzoek en observaties
 - d. informatie van derden

4. diagnose, oorzaak (bijlage 1 WIA –IP protocol: paragraaf 2.4) **met interne SMO code.** In verband met internationale uitwisseling van gegevens is tevens zo spoedig mogelijk een ICD code gewenst) en een uitspraak over causaliteit (C2).
5. argumentatie (bijlage 1 WIA – IP protocol: paragraaf 2.5)
 - a. eerdere beoordelingen
 - b. samenvatting van de claim
 - c. probleemanalyse .
 - d. motivering beperkingen
 - e. prognose en duurzaamheid
 - f. reactie cliënt
6. Conclusie waarin beantwoording vraagstelling (bijlage 1 WIA - IP protocol: paragraaf 2.6)
- 7. Schatting invaliditeitspercentage met onderbouwing en motivering**

Aanvullende opmerkingen

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

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

WIA toekenning versus IP toekenning:

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

Stroom diagram

Zie protocol WIA en IP beoordeling

Coaching, kwaliteitsbevordering en toetsing IP beoordeling

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

Defensie Organisatie. De PvA dient terug te koppelen naar het ministerie. Voor een commissoriale toetsing van de IP beoordeling bestaat geen noodzaak, noch voor de WIA – IP beoordeling.

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

Checklist causaliteit

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