J.G.A. Leijh

BS2016036102 / 21-12-2016

Aan: Ministerie van Defensie
Hoofd Directeur Personeel
Schout-bij-nacht H. Itzig Heine
Postbus 20701
2500 ES 's-Gravenhage

afdeling:
21 DEC 2016
registratiekenmerk:
BS 2016036102

Zoetermeer, 12 december 2016

Geachte Schout-bij-nacht, Beste Henk,

Bijgevoegd doe ik u toekomen de appreciatie behorende bij het door het Universitair Medisch Centrum Groningen in november 2016 opgeleverde onderzoek inzake de toepasbaarheid van het PTSS-protocol.

De door u ingestelde begeleidingscommissie is gedurende het gehele onderzoek nauw betrokken geweest Zij heeft bij haar werkzaamheden op een plezierige wijze met de onderzoekers kunnen samenwerken. De begeleidingscommissie is unaniem van oordeel dat er met de gekozen methodologische aanpak van het onderzoek een stevig fundament ligt onder de door de onderzoekers gepresenteerde resultaten en conclusies. Het onderzoeksrapport biedt de noodzakelijke handvatten om vervolgstappen te zetten in een actualisering/aanpassing van het protocol op een zodanige wijze dat de onderbouwing wordt versterkt en dat het draagvlak voor en acceptatie van het protocol zullen toenemen.

In haar appreciatie gaat de begeleidingscommissie nader in op de conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers. Tevens doet zij - op basis hiervan - voorstellen tot zowel een (inhoudelijke) aanpassing van het protocol als de wijze waarop het protocol in de uitvoering (systematiek en procedures) wordt gehanteerd.

Ik ben gaarne bereid de voorstellen als zodanig toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

J.G.A. Leijh
Luitenant-generaal b.d.
Voorzitter van de Begeleidingscommissie

Appreciatie Begeleidingscommissie

Onderzoek toepasbaarheid PTSS Protocol

Universitair Medisch Centrum Groningen

Toegepast Gezondheidszorg Onderzoek

December 2016

Leden van de begeleidingscommissie

Dr. J. Buitenhuis

Commandeur-arts b.d. dr. A.P.C.C. Hopperus Buma

H.J. Kleian

Luitenant-generaal b.d. J.G.A. Leijh (voorzitter)

Mr J. van Rossum

Prof dr. J.M.L.M. Soeters

Drs. J.M.P. Weerts

Ondersteuning van defensie:

Mr T.A. Groenewoud-Kralt (secretaris)

Kolonel-arts mr. J.H.G. Lankhorst

Appreciatie Begeleidingscommissie

Algemeen:

In 2008 werd bij Defensie het WIA/PTSS protocol geïntroduceerd, dat wordt toegepast bij de beoordeling van beperkingen in het geval van een Posttraumatische Stressstoornis (PTSS) en in combinatie daarmee voorkomende andere psychische aandoeningen (co-morbiditeit). Het protocol heeft als doel een eenduidige en uniforme uitvoering door de verzekeringsartsen (als de feitelijke gebruikers van het protocol) mogelijk te maken, bij de keuring die moet leiden tot het vaststellen van de beperkingen en het daaraan te relateren invaliditeitspercentage. In het totale proces is dit vastgestelde invaliditeitspercentage de basis voor het al of niet toekennen van een Militair Invaliditeitspensioen (MIP), c.q. voor het vaststellen van de hoogte van dit pensioen.

In 2011 heeft de Afdeling Gezondheidswetenschappen van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG/TGO) onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de in het protocol gebruikte schattingssystematiek. In 2012 werd een vervolgonderzoek gedaan waarbij de schattingssystematiek van het PTSS-protocol werd vergeleken met de, in de civiele wereld veel gebruikte systematiek van de American Medical Association, the Guide to the Evaluation of Permanent Impairment sixth edition, kortweg AMA guide 6. Deze onderzoeken hebben aangetoond dat er onder verzekeringsartsen een goede intra- en interdokterbetrouwbaarheid bestond bij de beoordeling van de ernst van beperkingen als gevolg van psychische aandoeningen bij de (post-) actieve militair. Evenzeer bleek er een goede correlatie te bestaan tussen de uitkomsten van een beoordeling volgens de AMA-guide en van een beoordeling volgens het PTSS-protocol. In die zin leek het protocol te voldoen aan de doelstelling om te komen tot een uniforme en eenduidige vaststelling van de mate van beperkingen.

Er bleef echter binnen de veteranengemeenschap onrust bestaan over de wijze waarop het protocol wordt toegepast in relatie tot de hoogte van de vastgestelde invaliditeitspercentages. Veelal wordt daarbij een vergelijking gemaakt met de situatie van voor de invoering van het protocol. Een groot aantal bezwaarschriften en andere juridische procedures is daarvan het gevolg.

In 2014 werd gelet hierop - in overleg met de vakbonden voor militair personeel - een volgende stap gezet: een wetenschappelijk evaluatieonderzoek naar de toepasbaarheid van het protocol. De opzet van dit onderzoek kent twee invalshoeken. Het eerste onderzoeksdeel betreft een nadere (wetenschappelijk) onderbouwde en inhoudelijke evaluatie van de schattingsmethodiek van het PTSS-protocol. Dit deel is min of meer een vervolg op de eerdere onderzoeken uit 2011 en 2012. Het tweede onderzoeksdeel betreft de ervaringen met de toepassing van het PTSS-protocol. In dit deel wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen van alle partijen die op enigerlei wijze met het protocol in aanraking komen: cliënten, verzekeringsartsen, belangenbehartigers, vertegenwoordigers van de vakbonden voor militairen etc. Het onderzoek werd wederom uitgevoerd door het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), de afdeling Gezondheidswetenschappen, Toegepast Gezondheids Onderzoek.

Begeleidingscommissie

Het onderzoek is vanaf het begin aangestuurd door een begeleidingscommissie. In deze begeleidingscommissie waren naast materiedeskundigen ook vertegenwoordigers van de werkgever en werknemers opgenomen.

De begeleidingscommissie had als taak toezicht te houden op de wetenschappelijke kwaliteit en onafhankelijkheid van het onderzoek. De aansturing van het onderzoek omvatte onder andere het vaststellen van de wijze waarop het onderzoek werd uitgevoerd en de reikwijdte van het onderzoek. Voorts apprecieerde de begeleidingscommissie de onderzoeksresultaten voordat deze werden aangeboden. Deze appreciatie wordt toegevoegd aan het onderzoeksrapport en maakt hiervan deel uit. Het rapport en de appreciatie zullen worden aangeboden aan de Centrales van Overheidspersoneel ter behandeling binnen het Sector Overleg Defensie. Ook zal de rapportage worden aangeboden aan de Tweede Kamer, gelet op de eerder in dit kader door de Minister van Defensie gedane toezeggingen.

Het ministerie van Defensie heeft de begeleidingscommissie verzocht in zijn appreciatie aandacht te schenken aan de wijze waarop wordt omgegaan met de jurisprudentie als resultante van de uitspraken in het kader van juridische geschillen rondom de uitvoering van het protocol. Evenzo werd de commissie gevraagd te beschouwen hoe het MIP-percentage zich de afgelopen jaren - na de invoering van het protocol - heeft ontwikkeld, mede in relatie tot de hoogte van dit percentage vóór de invoering van het protocol.

De begeleidingscommissie is vanaf de start betrokken geweest bij de uitvoering van het onderzoek door het UMCG/afdeling Toegepast Gezondheids Onderzoek. In zes bijeenkomsten - gerelateerd aan de fasering binnen het onderzoek – heeft uitvoerig en intensief overleg plaatsgevonden met de onderzoekers en zijn tussenresultaten beschouwd, besproken en daar waar nodig geplaatst binnen de context van de defensieorganisatie. Vertegenwoordigers van de begeleidingscommissie hebben ook geparticipeerd in een bijeenkomst van experts, die in de laatste fase van het onderzoek de voorlopige conclusies nader hebben beschouwd.

Het voorliggende eindrapport is uitgebreid en zorgvuldig door de begeleidingscommissie geanalyseerd en besproken. In haar appreciatie zal de begeleidingscommissie nader ingaan op de opzet en werkwijze van het onderzoek. Voorts doet de begeleidingscommissie voorstellen over hoe met een aantal van de conclusies en aanbevelingen kan worden omgegaan. De begeleidingscommissie constateert dat het rapport de begeleidingscommissie voldoende in staat stelt de relevante aspecten, die te maken hebben met de inhoud en de uitvoering van het thans gehanteerde protocol, te appreciëren. Ten aanzien van de appreciatie van juridische aspecten en de ontwikkeling van het MIP-percentage vóór en na de invoering van het protocol vindt de begeleidingscommissie weinig of geen aanknopingspunten in het rapport. Hierbij dient te worden aangegeven dat deze laatste twee aspecten ook niet vielen binnen de door Defensie met de onderzoekers afgesproken onderzoeksvragen.

De appreciatie kent een volgende ordening:

- Opzet onderzoek en werkwijze;
- Beschouwing over aspecten die direct te relateren zijn aan het onderzoek;
- Beschouwing van overige aspecten: jurisprudentie en ontwikkeling MIP-percentage.

Opzet van het onderzoek en werkwijze

De begeleidingscommissie heeft grote waardering voor de wijze waarop de onderzoekers hun onderzoek vorm hebben gegeven. De keuze voor een tweedeling in het onderzoek is een goede geweest. De *desk study* aan de hand van dossiers, de kwantitatieve analyse en de wetenschappelijke beschouwing daarvan geeft een duidelijk beeld over de vraag hoe het protocol in de praktijk wordt toegepast en tot welke uitkomsten deze onderzoekspraktijk leidt. Het onderzoek - aan de hand van vragenlijsten - naar de ervaringen met het protocol onder alle bij het protocol betrokken groeperingen geeft een helder beeld hoe het protocol (in zijn uitwerking) wordt ervaren door en binnen de diverse groeperingen. Een kwantitatieve verdieping binnen dit ervaringsonderzoek vond plaats door diepte-interviews en focusgroepen, waarbij de resultaten van de vragenlijsten als input zijn gebruikt. Deze gecombineerde kwantitatieve en kwalitatieve benadering heeft een veelheid aan informatie opgeleverd over de vraag, hoe in de praktijk tegen het protocol en de toepassing daarvan wordt aangekeken. Anders dan bij het eerste deel van het onderzoek en de weergave van de resultaten die verkregen zijn aan de hand van de vragenlijsten komt in deze presentatie van op- en bemerkingen ook een beeld naar voren hoe bij diverse betrokkenen het protocol en de uitwerking ervan wordt beleefd. Deze informatie is waardevol bij het zoeken naar een instrument dat door allen gedragen wordt. Het voorleggen van voorlopige conclusies aan een expertgroep heeft een grote toegevoegde waarde gehad, temeer daar vanuit verschillende invalshoeken (Psychiatrie, Psychotrauma & PTSS en Sociale Geneeskunde) tegen de gepresenteerde conclusies kon worden aangekeken, en er geactualiseerd naar huidige inzichten een verdieping kon plaatsvinden.

De begeleidingscommissie stelt zich op het standpunt dat de bij dit onderzoek gekozen methodiek van grote waarde is en dat de onderzoekers op dat punt afgezet tegen eerdere onderzoeken een belangrijke stap voorwaarts hebben gezet. De multi-methodische aanpak, waarbij, zowel een kwantitatieve als kwalitatieve methodes werden toegepast teneinde ervaringen in beeld te brengen en te groeperen, geeft het beeld van een robuust onderzoek.

De belangrijkste conclusie in dit opzicht is wel dat uitkomsten van de verschillende onderzoekselementen een hoge mate van convergentie vertonen: zij wijzen in eenzelfde richting en versterken elkaar. De begeleidingscommissie onderschrijft de opvatting van de onderzoekers dat verder onderzoek niet tot nieuwe, aanvullende inzichten zal leiden. De begeleidingscommissie is dan ook van oordeel dat met de gekozen aanpak er een stevig fundament ligt onder de door de onderzoekers gepresenteerde resultaten en conclusies. Het rapport biedt de noodzakelijke handvatten om vervolgstappen te zetten in een

actualisering/aanpassing van het protocol op een zodanige wijze dat de onderbouwing wordt versterkt en dat het draagvlak voor en acceptatie van het protocol zullen toenemen.

Beschouwing over aspecten die direct te relateren zijn aan het onderzoek

Positieve ervaringen met het protocol

De onderzoekers constateren dat het protocol een gestructureerde wijze van beoordelen en een grotere uniformiteit bij de beoordeling van psychische klachten bevordert (blz.125). Ook worden beoordelingen theoretisch beter onderbouwd en leidt het protocol tot een grotere transparantie zowel tussen professionals[1] onderling, als in de richting van de (post-)actieve militair (blz. 126). De onderzoekers constateren echter ook dat er geen wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor de structuur van de vier hoofdrubrieken en tien subrubrieken (samenvatting pag. 4)

De begeleidingscommissie ziet in deze constateringen een bevestiging dat het protocol als instrument voor de beoordeling van psychische klachten een toegevoegde waarde heeft. De doelstelling om te komen tot een uniforme en eenduidige uitvoering door verzekeringsartsen van de keuring, die moet leiden tot de vaststelling van beperkingen en het daaraan gerelateerde invaliditeitspercentage, is gerealiseerd. Voor de begeleidingscommissie is het evident dat het protocol een plaats heeft binnen de verzekeringsgeneeskundige keuringssystematiek. Met de aanbevelingen uit dit onderzoek als leidraad moet thans bewerkstelligd worden dat het protocol op relevante aspecten en onderdelen wordt aangepast en geactualiseerd, waarbij tegelijkertijd aandacht wordt besteed aan verbeteringen in de wijze van uitvoering van het keuringstraject.

Beleving

In het rapport valt op dat de opvattingen van de verzekeringsartsen en de Pensioen en Verzekeringsautoriteit (Penvaut) aan de ene kant en de cliënten en hun belangenbehartigers aan de andere kant vaak niet met elkaar in overeenstemming zijn. Als een rode draad door het rapport loopt een beeld van het voortdurend verschillend appreciëren van elementen van het protocol.

De begeleidingscommissie neemt hier kennis van, maar geeft in overweging dit te accepteren als een te verklaren verschil. Immers de verzekeringsarts zal *primair* het protocol toepassen als instrument om te komen tot - dat wat van hem/haar verwacht wordt – het vaststellen van beperkingen en daaraan gekoppeld een invaliditeitspercentage. Deze instrumentele aanpak sluit in de praktijk niet altijd goed aan bij het gevoel en de beleving van de cliënt die erkenning en de daaraan verbonden optimale financiële zekerheid verwacht. Deze verschillende invalshoeken zijn lastig bij elkaar te brengen en kunnen het geconstateerde verschil in opvatting en beleving verklaren.

[1] Met professionals wordt hier bedoeld de groep verzekeringsartsen, Penvaut, en psychiaters ingeroepen als extern deskundige

Het meest manifest is het verschil in beleving over de passendheid van het uiteindelijk vastgestelde MIP-percentage. De verzekeringsarts kan niet anders dan het strikt beoordelen volgens de voorgeschreven schattingsmethodiek (blz. 131 e.v.), hetgeen vervolgens leidt tot een MIP-percentage en de cliënt is veelal teleurgesteld over dat percentage en stelt deze uitkomst vervolgens ter discussie, al dan niet via een bezwaar- en beroepsprocedure. Dit laatste omdat de cliënt van mening is dat het vastgestelde percentage niet overeenkomt met de ernst van zijn beperkingen, met andere woorden: niet past bij zijn situatie.

De begeleidingscommissie heeft - mede gegeven het aan haar gedane verzoek – ook de ontwikkeling (in de tijd) van het MIP-percentage alsmede de hoogte van het percentage nader in beschouwing genomen. In een apart punt in deze appreciatie zal de ontwikkeling van het MIP-percentage in de tijd (vóór en na de invoering van het protocol) worden besproken.

Indeling naar rubrieken en subrubrieken

De onderzoekers trekken conclusies over de indeling van het instrument in rubrieken en subrubrieken (blz. 116 e.v.). Met name subrubriek 4 (seksuele functie) lijkt een uitzonderingspositie in te nemen: deze rubriek laat geen enkele samenhang zien met de negen overige subrubrieken. Uit het ervaringenonderzoek komt het voorstel van deelnemers om subrubrieken aan te passen en meer toe te snijden op de 'werkelijkheid van alledag'.

De begeleidingscommissie volgt de bevindingen van de onderzoekers en sluit op dit punt aan bij de opvattingen welke op dit punt ook door de expertgroep ter tafel zijn gebracht (blz. 111 e.v.).

Derhalve doet de begeleidingscommissie het voorstel de huidige indeling nader te beschouwen, waarbij in overweging wordt gegeven de huidige subrubriek seksuele functie te vervangen door een nieuwe subrubriek (intieme) relaties. Daarmee gaat de keuring verder dan het beoordelen van alleen maar beperkingen in de seksuele relatie en strekt de keuring zich ook uit over het bredere relationele netwerk en de eventueel daarin voorkomende beperkingen in het functioneren.

Tevens stelt de commissie voor in lijn met onderzoeksresultaten de subrubriek sociaal functioneren uit te breiden met door respondenten aangedragen onderwerpen als omgaan met geld, zelfregie, zelfredzaamheid en agressie.

De begeleidingscommissie realiseert zich dat het aanpassen van subrubrieken verder gaat dan het vervangen van een titel. Items zullen op een zodanige manier moeten worden beschreven dat het mogelijk is om op beperkingen te worden beoordeeld. Voorts zal over het totaal van instrumenten moeten worden nagegaan welke weging daarbij past en zullen de effecten van die weging op de uitwerking van het protocol moeten worden gevolgd. Het ligt in de rede om na de aanpassing van het instrument - zo daartoe wordt besloten - de uitwerking in de praktijk te monitoren en te evalueren na twee respectievelijk vier jaar.

De begeleidingscommissie geeft tevens in overweging om bij de gedachtevorming over de herverdeling binnen de rubrieken, de beperkingen eenduidig te beschrijven en daarbij vast

te stellen hoe deze beperkingen gemeten kunnen worden, waarbij in die beschouwing tevens meegenomen wordt hoe binnen de diagnostiek wordt omgegaan met de vaststelling en definiëring van deze beperkingen. Hierbij dient de rolneming van enerzijds verzekeringsgeneeskundigen en anderzijds de behandelaars in ogenschouw te worden genomen.

Verergerend en oorzakelijk dienstverband, onderscheid T1-T2.

Uit het onderzoek blijkt dat breed, zowel in toepassing als beleving veel onduidelijkheid bestaat over het onderscheid tussen oorzakelijk en verergerend dienstverband. In de praktijk worden de termen niet eenduidig gehanteerd en toegepast (o.a. blz. 75/76, 100, 106, 114). Evenzeer leven er onduidelijkheden over de toepassing van het onderscheid tussen een T1- en een T2-trauma (o.a. blz. 77, 113, 123), alsmede de interpretatie van co-morbiditeit (o.a. blz. 40,).

De begeleidingscommissie sluit in haar opvatting aan bij de conclusies en aanbevelingen uit het rapport en stelt voor in deze discussie de oplossingsrichting te volgen als voorgesteld door de expertgroep (blz. 113, 114). De begeleidingscommissie staat een benadering voor die zich kenmerkt door eenvoud en transparantie.

De begeleidingscommissie stelt dan ook voor het huidige onderscheid tussen verergerend en oorzakelijk dienstverband, alsmede het onderscheid tussen een T1- en een T2-trauma niet meer te hanteren.

De begeleidingscommissie geeft in overweging een beleidslijn te volgen met de volgende kenmerken:

- In geval van een stoornis/trauma wordt als eerste vastgesteld of de cliënt werkelijk onder buitengewone omstandigheden is ingezet (uitzending en andere aangewezen overige operationele inzet). Deze vaststelling kan geschieden aan de hand van de bij Defensie gehanteerde systemen, waarin het uitzendverleden van militairen is vastgelegd. Vervolgens wordt in een snelle, medische en wellicht papieren beoordeling vastgesteld dat er een vermoeden bestaat van (psychische) klachten die te relateren zijn aan deze operationele inzet. Indien er sprake is geweest van een operationele inzet en het vermoeden bestaat van daaraan te relateren klachten, dan kan aan de cliënt een voorlopige inkomensvoorziening worden toegekend en kunnen nader te bepalen elementen van de Voorzieningenregeling Militaire Oorlogs- en Dienstslachtoffers worden toegekend;
- Vervolgens kan aandacht worden geschonken aan het traject van behandeling en uiteindelijk de verzekeringsgeneeskundige beoordeling (zie tevens de bespreking van de relatie verzekeringsarts-cliënt);
- Er is in het voorstel van de begeleidingscommissie nog slechts een onderverdeling in **oorzakelijk dienstverband** en **geen dienstverband**. Van oorzakelijk dienstverband is hierbij sprake indien betrokken militair onder operationele omstandigheden is ingezet (uitzending dan wel overige aangewezen inzet) en hij/zij daardoor klachten heeft ontwikkeld ten gevolge van deze inzet;

- Bij de verzekeringsgeneeskundige beschouwing dient als beleidsuitgangspunt te gelden: "You take the victim as you accepted him". Immers de militair is bij aanname gekeurd en geschikt bevonden om te dienen bij de Krijgsmacht met inherent daaraan de inzet onder operationele omstandigheden. De conditie van de militair aan het begin van zijn operationele inzet(uitzending) is het uitgangspunt. Predispositie mag gelet hierop in de beschouwing dan ook niet meegewogen worden. Op deze wijze wordt aangesloten bij de civiel gehanteerde systematiek.
- In de spreekkamer bij de verzekeringsarts staat centraal de vraagstelling of er sprake is van een medisch causaal verband tussen de gepresenteerde klachten en de inzet (c.q. het incident) onder operationele omstandigheden. De beoordeling op dat punt leidt tot het (definitieve) al dan niet vaststellen van het dienstverband gekoppeld aan een uitspraak over het invaliditeitspercentage.

Cultuuraspect

De begeleidingscommissie onderschrijft het standpunt dat het cultuuraspect als zodanig niet één op één is onder te brengen in een generiek toepasbaar instrument. Het protocol als instrument is in die zin neutraal en bruikbaar op dezelfde wijze voor alle militairen ongeacht geslacht, afkomst, achtergrond, etc.

Dit wil niet zeggen dat het cultuurelement geen rol speelt bij de toepassing van het protocol. Van behandelaar en verzekeringsarts mag men verwachten dat zij zich inleven in en op de hoogte stellen van de (culturele) achtergrond van de cliënt. De arts moet zich als het ware afvragen wie hij voor zich heeft, waar hij vandaan komt, wat daar gewoonten en gebruiken zijn en vooral ook hoe daar klachten en gezondheid worden beleefd en geïnterpreteerd. Van de verzekeringsarts mag in zijn beoordeling een 'cultural awareness' aangaande zijn cliënt, de klachtenpresentatie, de klachtenbeleving en de thuissituatie worden verwacht.

Daar waar kennis van culturele achtergrond van cliënten bij behandelaar en/of verzekeringsarts niet of onvoldoende aanwezig is geeft de begeleidingscommissie in overweging deze op dit punt te trainen dan wel te laten scholen.

Relatie Verzekeringsarts – Cliënt

Eerder werd ingegaan op het punt van de tegenstelling tussen de verzekeringsarts en de cliënt inzake de wijze van toepassing van het protocol. Er is immers sprake van een instrumentele benadering aan de ene kant versus een beleving van het proces en haar uitkomst aan de andere kant. Een verschil dat we moeten accepteren, maar waarbinnen in een transparante benadering het beeld moet worden weggenomen dat de verzekeringsarts op voorhand de aanspraken van de cliënt wil beperken en daarmee de kant van de organisatie kiest en niet die van de cliënt. Hier gaat het om het duidelijk in beeld brengen van wat de feitelijke rol van de verzekeringsarts is en wat van hem verwacht mag worden. Daarbij past een transparant beeld bij het begin van het proces, waarin de cliënt wordt geïnformeerd over wie of wat de verzekeringsarts is, welke rol hij vervult, wat hij gaat

beoordelen, hoe hij zich een beeld vormt, hoe hij zich voorbereidt met het verzamelen van gegevens, wat hij verwacht van de cliënt etc. De cliënt mag verwachten dat de verzekeringsarts - als onafhankelijke beoordelaar - zich gedegen voorbereidt en inleeft in zijn of haar situatie. Uitgebreide voorlichting op dit punt is essentieel, al was het maar om de cliënt het gevoel te kunnen geven dat hij of zij gehoord en serieus wordt genomen in zijn klachten en zijn/haar beleving daarvan. Voor de cliënt ligt hier veelal het begin van een deel van de erkenning waar hij of zij (mede) naar op zoek is. De begeleidingscommissie geeft in overweging het aspect van voorlichting aan de cliënten nog eens te bezien.

In het onderzoek wordt nog een ander punt geadresseerd dat te maken heeft met de beoordeling van de cliënt, namelijk het inlevingsvermogen van de verzekeringsarts in de situatie, de dagelijkse wereld van de cliënt. Hoe kan de verzekeringsarts in zijn beoordeling komen tot een oordeel dat nauw aansluit bij de werkelijkheid? Voorkomen moet worden dat de verzekeringsarts de situatie niet juist inschat, omdat de presentatie door de cliënt geen juist beeld geeft van zijn of haar werkelijke situatie. Dit kan betekenen dat de verzekeringsarts meer tijd nodig heeft om te komen tot een geaccepteerde beoordeling. In voorkomend geval betekent het dat een tweede gesprek of een huisbezoek tot de mogelijkheden moet behoren. De begeleidingscommissie realiseert zich dat de huidige capaciteit binnen de organisaties van BMB en ABP/SMO hiertoe niet toereikend is en geeft in overweging te bezien hoe hier oplossingen kunnen worden gevonden die recht doen aan de gewenste inzet van de verzekeringsgeneeskundige expertise.

Op het punt van de verslaglegging van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling geeft de begeleidingscommissie in overweging om cliënten in de gelegenheid te stellen het gespreksverslag in te zien en waar nodig gebruik te maken van hun wettelijk correctierecht. Dit leidt tot een door verzekeringsarts en cliënt gezamenlijk gedragen en onderschreven uitgangssituatie voor het vervolg van het traject.

Ook het inbrengen van het correctierecht moet bezien worden in het licht van de toch al hoge werkdruk bij de verzekeringsgeneeskundige organisaties. Bij het beschouwen van de benodigde capaciteit bij BMB en ABP-SMO dient naast het tijdbeslag gekoppeld aan een verzekeringsgeneeskundige beoordeling en het correctierecht ook het punt van doorlooptijden te worden meegenomen.

Relatie Verzekeringsarts – Behandelaar

Het (klinisch) domein van de behandelaar en het verzekeringsgeneeskundig domein van de verzekeringsarts kennen beiden hun eigen dynamiek en uitvoering. De domeinen raken elkaar daar waar de behandelaar op verzoek informatie verstrekt aan de verzekeringsarts.

Daarnaast is ertussen beiden ook een indirecte relatie, die te maken heeft met de onzekerheid over de vaststelling van het uiteindelijke MIP-percentage. De aandacht voor het MIP-percentage verstoort de behandelingsvoortgang. Pas als zorg wordt gedragen voor duidelijkheid over het inkomen (i.c. het MIP) kan herstel plaatsvinden, zo wordt met name door behandelaars betoogd. Evenzeer geldt dat herstel van klachten een matigend effect kan hebben op de hoogte van het uiteindelijke MIP-percentage. In die zin kan een MIP-toekenning als een perverse prikkel gelden omdat een succesvolle behandeling financieel

nadelige consequenties kan hebben (voor de beschrijving van dit dilemma zie o.a. blz. 99, 124).

De onderzoekers doen de aanbeveling om diepgaander onderzoek te doen naar de mogelijke contouren van een aangepaste systematiek die niet wordt gekenmerkt door de huidige intrinsieke tegenstellingen (blz. 128). Op die manier moet een oplossing worden gevonden voor het spanningsveld tussen de behandeling en beoordeling van psychische klachten bij (post)actieve militairen en de doelen die de laatsten daarbij stellen.

De begeleidingscommissie onderschrijft deze observaties van de onderzoekers en geeft in overweging na te gaan hoe het beschreven spanningsveld kan worden weggenomen. De begeleidingscommissie is daarbij van opvatting dat op dit punt een aantal maatregelen kunnen worden genomen waardoor in de samenhang van voorstellen en overwegingen reeds nu het spanningsveld kan afnemen. De volgende beleidslijn - inbegrepen de noodzakelijke aanpassing van vigerende regelgeving - zou in de ogen van de commissie daarbij passen:

- Op het punt van inkomenszekerheid verwijst de begeleidingscommissie naar een eerdere overweging om – in een snelle, medische, wellicht papieren beoordeling - aan het begin van het traject vast te stellen of cliënt onder operationele omstandigheden is ingezet en daaraan te relateren klachten heeft ontwikkeld. Vervolgens aan deze vaststelling waar gewenst een (voorlopige) inkomensvoorziening te koppelen, alsmede het recht op de faciliteiten uit de Voorzieningenregeling Militaire Oorlogs- en Dienstslachtoffers.
- Op die manier kan het behandeltraject beginnen en kunnen de zorgen over het inkomen gedurende deze periode worden weggenomen. Immers afhankelijk van de individuele situatie zijn er mogelijkheden voor inkomen uit werk, een reeds toegekende uitkering of, een voorlopige, bij wet geregelde inkomensvoorziening voor veteranen.
- De begeleidingscommissie is van oordeel dat van de cliënt in beginsel mag worden verwacht dat hij/zij zich openstelt voor behandeling en dat hij/zij actief meewerkt aan het traject. In de voorlichting voor de cliënt moet het belang van werken aan herstel nadrukkelijk worden meegenomen.
- Gedurende het behandeltraject wordt de cliënt niet gekeurd. Op het moment dat de medische eindtoestand in beeld is wordt de cliënt aangemeld voor een keuring door de verzekeringsartsen van BMB of ABP-SMO teneinde het MIP vast te stellen. Deze keuring vindt plaats binnen twee jaar na aanmelding van cliënt bij Defensie/ABP/Veteranenloket (i.c. na aanvang van behandeling). Slechts op verzoek van behandelaar en in het belang van de behandeling van cliënt kan in overleg dit moment, in beperkte mate, worden uitgesteld.
- Na vaststelling van het MIP-percentage blijft daar waar wenselijk en nodig het contact met behandelaar in stand. Alleen de nadruk van behandeling richt zich dan op het onderhouden van een voor de cliënt stabiele situatie.

Externe deskundigen

Binnen het onderzoek wordt geconstateerd dat er ten aanzien van de inzet van externe deskundigheid slechts gebruik wordt gemaakt van een beperkt aantal experts (blz. 123). De begeleidingscommissie acht het onwenselijk dat "dezelfde expert" op diverse momenten in de procesgang van een individuele casus in beeld komt. Evenmin is het wenselijk dat afhankelijk van de expert die wordt ingeroepen, op voorhand al kan worden aangegeven wat zijn oordeel zal zijn. De begeleidingscommissie onderschrijft de conclusie van de onderzoekers dat er in de huidige situatie een tekort bestaat aan externe experts en er discussie is over de mate van onafhankelijkheid van deze experts. Gelet hierop stelt de begeleidingscommissie voor te bezien in hoeverre de "pool" van externe experts kan worden vergroot. De inzet van externe experts dient steeds de uitkomst te zijn van een overleg in deze tussen de verzekeringsarts en de cliënt.

Penvaut

De begeleidingscommissie onderkent de toegevoegde waarde van de Penvaut. Naar opvatting van de begeleidingscommissie heeft de viserende rol van de Penvaut een toegevoegde waarde bij het streven naar uniformiteit van beoordeling door verzekeringsartsen. Door zijn werkwijze draagt de Penvaut bij aan de (inhoudelijke) kwaliteit van beoordelingen en rapportages. De begeleidingscommissie geeft wel in overweging bij het aanbestedingstraject voor de verwerving van een Penvaut de onafhankelijkheid als criterium scherp te wegen, om te voorkomen dat de rol van Penvaut en die van extern expert met elkaar verweven raken. Verzekeringsartsen dienen voorts bij de keuze van een ondersteunende externe expert geen gebruik te maken van externe deskundigen die op enige wijze verbonden zijn aan het medisch adviesbureau dat de functie van Penvaut vervult.

Naamgeving protocol

De onderzoekers vinden dat ongeveer een derde van de deelnemers aan het onderzoek de huidige naam WIA-PTSS-protocol niet passend vindt. De achterliggende reden is dat het protocol niet louter toeziet op de beoordeling bij PTSS gerelateerde klachten, maar evenzeer van toepassing is op alle overige psychische aandoeningen, die geconstateerd worden bij militairen en tot dienstverbandaanspraken kunnen leiden (blz. 41/71). De reikwijdte van het protocol gaat verder dan de aan PTSS gerelateerde psychische klachten.

De begeleidingscommissie onderschrijft de observaties van de onderzoekers. Er is wat voor te zeggen de naamgeving te wijzigen en meer algemeen te maken. Respondenten doen suggesties op dit punt (blz. 42). Aan de andere kant is er gelet op de ontstaansgeschiedenis van het protocol iets voor te zeggen het begrip PTSS in de naamgeving te handhaven. Een alternatief zou kunnen zijn: "Protocol voor PTSS en daarmee samenhangende psychische aandoeningen".

Beschouwing van overige aspecten

DSM-5

De invoering van DSM-5 heeft op het eerste oog geen directe consequenties voor het schattingsinstrument en daarmee ook niet voor het protocol. Wel zal DSM-5 effect hebben op de werkwijze binnen de diagnostiek en binnen het domein van behandelaars. De begeleidingscommissie adviseert bij de aanpassing van rubrieken en omschrijvingen, daar waar gewenst, de van toepassing zijnde delen uit DSM-5 mede in ogenschouw te nemen.

Jurisprudentie

De begeleidingscommissie heeft kennisgenomen van de jurisprudentie aangaande de toepassing van het PTSS-protocol. Door enkele leden van de begeleidingscommissie zijn alle voorliggende uitspraken van Rechtbanken en de Centrale Raad van Beroep bestudeerd. De commissie concludeert dat het merendeel der uitspraken in de uitvoeringsystematiek zijn geïncorporeerd. Tevens stelt een van de uitspraken vast, dat desgevraagd externe deskundigen, die niet in de dagelijkse praktijk werken met het protocol, een uitspraak mogen doen over de wijze waarop het protocol wordt toegepast.

Met de thans voorliggende voorstellen voor wijziging en aanpassing van het protocol als beschreven in het rapport en deze appreciatie worden deze uitspraken ook beleidsmatig verwerkt in het protocol.

De begeleidingscommissie adviseert – daar waar een kwaliteitssysteem nog niet operationeel is – naar de toekomst toe uitspraken van Rechtbanken en de Centrale Raad van Beroep vast te leggen, in een bijlage toe te voegen aan het protocol en in een aanwijzing voor de uitvoering te verspreiden.

MIP- Percentage

Op diverse plaatsen in het rapport (onder andere blz. 23/24, 40, 66/67 en 91) wordt ingegaan op de hoogte van het MIP-percentage (in het onderzoeksrapport ook wel IP genoemd). Twee aspecten zijn daarbij aan de orde. Als eerste de discussie over de vraag hoe de hoogte van het MIP-percentage van voor de invoering van het protocol zich verhoudt tot de hoogte van dat percentage na de invoering van het protocol. Als tweede de vraag of de hoogte van het MIP-percentage na de invoering van het protocol passend is bij de daadwerkelijke situatie waarin de cliënt verkeert.

Vergelijk MIP-percentage voor en na invoering van het protocol

1. *Periode voor de invoering van het protocol.* Bij bestudering van 115 dossiers is er bij 62 dossiers sprake van een MIP-percentage boven de 50%, 19 dossiers laten een MIP-percentage zien tussen de 80 en 100%, het gemiddelde MIP-percentage bedraagt 50,5% (bron ABP nota werkgroep PA 11-04-2014).

2. *Periode na de invoering van het protocol.* Op basis van bestudering van alle dossiers uit de jaren 2011-2015 (n=478) kan het navolgende worden geconcludeerd. Theoretisch kan met het schattingsinstrument een IP worden behaald van maximaal 100%. Het gemiddelde IP is 17,7%, terwijl bij 88% van cliënten het IP tussen de 0% en 25% ligt. Het maximale IP in dit onderzoek is 70%; dit is echter een uitschieter en betreft één geval (blz. 23/24). De officiële score(mogelijkheid) van het (schattings)instrument loopt van 0 tot 100%, maar in de praktijk vallen de scores niet binnen die gehele range. Zelden wordt er boven een score van 50% uitgekomen (blz.120).

3. *Periode na de invoering van het protocol.* Op de vraag of de respondenten onderschrijven dat het MIP-percentage door de invoering van het protocol op een lager niveau dan voor de invoering van het protocol wordt vastgesteld, onderschrijven 35 van de 48 respondenten die deze vraag beantwoord hebben deze stelling, één respondent onderschrijft deze stelling niet en tien respondenten geven aan hier geen zicht op te hebben (blz. 66/67).

4. Het ABP heeft onderzoek gedaan naar de hoogte van het MIP-percentage vóór juli 2008 en de hoogte ervan met toepassing van het protocol. Het betreft derhalve cliënten die met toepassing van zowel de oude systematiek als van de nieuwe systematiek zijn gekeurd en die qua resultaat worden vergeleken. Van de 60 dossiers blijkt er in 17 gevallen sprake van een gelijkblijvend MIP-percentage, in 4 gevallen van een verhoogd MIP-percentage en in 39 gevallen sprake van een verlaagd MIP-percentage (bron ABP nota werkgroep PA 11-04-2014).

De begeleidingscommissie komt op basis van bovenstaande observaties, uit diverse onderzoeken, tot de conclusie dat er inderdaad sprake is van een verschil in hoogte van de vastgestelde MIP-percentages bij een vergelijk van de situatie vóór en na de invoering van het protocol. Aantoonbaar is dat na de invoering van het protocol de hoogte van de vastgestelde MIP-percentages inderdaad lager uitvalt.

Op basis van deze conclusie ligt de vraag voor hoe dit verschil valt te verklaren. Was er voor de invoering sprake van een ruimhartiger benadering en is er altijd sprake geweest van een te hoog uitkeringsniveau, wat nu wordt gecorrigeerd door de invoering van het protocol. Of, is bij de invoering van het protocol uitgegaan van een te strikt beoordelingskader. Dit laatste brengt de begeleidingscommissie op het aspect van de "passendheid" van het schattingsinstrument.

Passendheid van het MIP-percentage na de invoering van het protocol

Zoals eerder gezegd constateert de begeleidingscommissie dat de onderzoekers aangeven dat hoewel het schattingsinstrument een scorebereik heeft van 0 tot 100%, die range in de praktijk echter niet benut wordt en zelden uitkomt boven de 25% (blz.24).

Bovendien blijkt uit het onderzoek dat in de subrubrieken 1, 4 en 5 meer dan 95% van de cliënten in de klasse 0 scoort en in de subrubrieken 2, 8 en 9 meer dan 50% in de klasse 0 scoort. Klasse 0 staat hier voor gedrag waarbij in generlei wijze sprake is van beperkingen.

Verder valt op dat klasse 5, die aangeeft dat er sprake is van extreme beperkingen nauwelijks wordt gescoord (blz. 13 tabel 3.4).

Beide observaties hebben de begeleidingscommissie ertoe gebracht het schattingsinstrument (blz. 131 e.v. bijlage 2) nader te beschouwen, met de voorliggende vraag hoe het mogelijk is dat in een ontworpen schattingssystematiek die uitgaat van een range van 0 tot 100% er in de uitvoeringspraktijk overwegend slechts sprake is van een uitkomst in de range van 0 tot 25%.

De begeleidingscommissie constateert dat de onderverdeling in klassen binnen de diverse subrubrieken een zeer strikte en scherpe formulering kent. Als men een en ander op zich laat inwerken, welke omschrijvingen voor klassen worden gehanteerd, kan men slechts constateren dat de drempels die worden opgeworpen om in een klasse te worden ingedeeld hoog en misschien wel te hoog liggen. Met deze indeling is het niet vreemd dat slechts sporadisch boven de score van 50% wordt gescoord, en dat in feite de score range blijft tussen de 0 en 25%.

Daarom adviseert de begeleidingscommissie te zoeken naar een aanpassing van het schattingsinstrument zodat daadwerkelijk kan worden gescoord binnen het bereik van een range van 0 tot 100%. De begeleidingscommissie geeft ernstig in overweging de operationalisering van de beperkingen binnen de diverse klassen nader te beschouwen en te komen tot een aanpassing die scores in de range van 0 tot 100% mogelijk maakt. Hierbij wordt opgemerkt dat de vertaling van een percentage invaliditeit - vast te stellen op medische gronden, aan de hand van een protocol – naar een uitkeringspercentage of invaliditeitspensioen een rekenkundige handeling betreft. De begeleidingscommissie beseft dat dit een beleidsmatige keuze betreft hoe deze rekenkundige handeling wordt vormgegeven en hoe daarmee een schattingsinstrument ontstaat dat zeker stelt dat het percentage invaliditeit bij psychische aandoeningen passend is bij en daarmee beter recht doet aan de daadwerkelijke situatie waarin een cliënt zich bevindt.

December 2016