

TNO-rapport

15739/25367

**Schalen van invaliditeit AD 2003:
Arbitrair en Discretionair**

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

www.arbeid.tno.nl

T 023 554 93 93
F 023 554 93 94

Datum	17 december 2003
Auteurs	W.E.L. de Boer J. Minderhoud

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2003 TNO

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	5
1 Inleiding.....	7
2 Aanpak.....	9
2.1 Criteria	9
2.2 Leeswijzer.....	10
3 Operationalisering van de begrippen.....	11
3.1 Het beoordelen van menselijke schade	11
3.2 Psychische invaliditeit	16
3.3 Meten en scores.....	17
3.4 Toepasbaarheid	17
3.5 Bestuurbaarheid van de schaal.....	17
3.6 Selectie van schalen	18
4 De schalen voor invaliditeit.....	19
4.1 Nederland, de WPC-schaal	19
4.1.1 Risicobenadering	19
4.1.2 De systematiek van de schatting	19
4.1.3 De discretionaire ruimte.....	20
4.1.4 Toepassing	20
4.1.5 Regie	21
4.2 AMA-Guide, 5 ^e editie.....	22
4.2.1 Risicobenadering	22
4.2.2 Systematiek van de schatting	22
4.2.3 Discretionaire ruimte	23
4.2.4 Toepassing	23
4.2.5 Regie	24
4.3 Duitsland: Minderung der Erwerbsfähigkeit.....	24
4.3.1 Risicobenadering	24
4.3.2 Systematiek van de schatting	25
4.3.3 Discretionaire ruimte	26
4.3.4 Toepassing	26
4.3.5 Regie	27
4.4 België: graad van invaliditeit.....	28
4.4.1 Risicobenadering	28
4.4.2 Systematiek van de schatting	28
4.4.3 Discretionaire ruimte	29
4.4.4 Toepassing	29
4.4.5 Regie	30
4.5 Verenigd Koninkrijk: War pension.....	30
4.5.1 Risicobenadering	30
4.5.2 Systematiek van de schatting	30
4.5.3 Discretionaire ruimte	31
4.5.4 Toepassing	31
4.5.5 Regie	32
4.6 Verenigde Staten: schedule for rating disabilities.....	32
4.6.1 Risicobenadering	32
4.6.2 Systematiek van de schatting	32

4.6.3	Discretionaire ruimte	33
4.6.4	Toepassing	33
4.6.5	Regie	34
5	Vergelijking	35
5.1	Gehanteerde risicobenadering	35
5.2	Systematiek van de schatting	36
5.3	Discretionaire ruimte	37
5.4	Toepassing	37
5.5	Regie	38
5.6	Waardering van de schalen	39
5.7	Mogelijkheden om verder te gaan	39
5.7.1	De AMA guide	40
5.7.2	Defensie specifiek model	40
6	Bronnen	41
A	Bijlage: aanvullende richtlijnen	43

Samenvatting

Voor het beoordelen van menselijke schade worden schalen gebruikt. Deze schalen hebben betrekking op het beoordelingsproces en op de uitkomsten ervan. De manier waarop de schalen zijn opgebouwd en gebruikt kunnen worden, kunnen echter behoorlijk verschillen.

In het kader van de Nederlandse militaire pensioenvoorschriften voor oorlogs- en dienstslachtoffers wordt in de beoordeling gebruik gemaakt van de WPC-schaal. Volgens de staatssecretaris van Defensie is herziening van deze beoordelingen gewenst, reden waarom hij een commissie (de WPC-commissie) heeft ingesteld. Voor de WPC-commissie is door TNO nader onderzoek gedaan naar invaliditeitsbeoordelingssystemen welke voldoen aan de risicodefinitie van de militaire pensioenvoorschriften. Het doel hiervan is de WPC-commissie te ondersteunen in de keuze welke schaal het meest aansluit bij de wensen en behoeftes die op dit moment in de praktijk bestaan.

Daarom zijn in dit rapport zes schalen bestudeerd en op vijf punten met elkaar vergeleken. De vergelijking is gemaakt op de punten: risicobenadering, systematiek van de schatting, discretionaire ruimte, toepassing en regie. De zes schalen zijn afkomstig uit vijf landen: Nederland, Verenigd Koninkrijk, Duitsland, België en de Verenigde Staten. Twee schalen (de AMA-Guide en 'The schedule for rating disabilities') zijn afkomstig uit de Verenigde staten.

De analyse van de schalen toont aan dat er zowel inhoudelijk als in het gebruik veel diversiteit tussen de schalen is. Zo blijkt de discretionaire ruimte per schaal te verschillen en kent bijna iedere schaal weer een eigen nuancering toe aan de risicodefinitie. Ook behelzen de waarderingen van stoornissen en beperkingen veel arbitraire keuzes. Het proces van de beoordelingen vertoont vaak nog de meest overeenkomsten.

Concluderend kunnen we stellen dat het buitengewoon lastig is om een schaal te kiezen die het meest aansluit bij de praktijk van de Nederlandse militaire pensioenwetgeving. Of een schaal meer bruikbaar is dan een ander, hangt af van de wijze waarop en de context waarin de schaal gebruikt wordt. Veel vragen dienen vooraf beantwoord te zijn, zoals: wat dient de schaal aan informatie op te leveren? Hoe groot mag de vrijheid in de beoordeling zijn? Welk risico telt het zwaarst? De informatie die dit rapport oplevert is van waarde voor het inschatten van de bestaande schalen, maar de gegevens zijn dusdanig moeilijk met elkaar te vergelijken dat het te ver zou strekken één specifieke schaal volledig geschikt te benoemen. De informatie uit dit rapport kan daarom gebruikt worden voor het ontwerp van een nieuwe schaal, ofwel om tot de keuze van één van de besproken schalen over te gaan. In het laatste geval ligt de AMA-guide, met de nodige aandacht voor het beoordelingsproces, de implementatie en de regie het meest voor de hand.

1 Inleiding

Het vaststellen van schade kan in het algemeen langs objectieve en uniforme richtlijnen plaatsvinden. Hiertoe zijn diverse methodieken ontwikkeld. Voor het vaststellen van menselijke schade of invaliditeit ligt dit anders. Het verlies aan functionele capaciteiten en de mogelijkheid om in het dagelijks leven te functioneren laten zich moeilijk meten en uitdrukken in een "taal" en systeem die door alle betrokkenen geaccepteerd en begrepen wordt. Een terrein waar deze problematiek zichtbaar wordt, is het beoordelingsproces van menselijke schade in het kader van de militaire pensioenwetgeving.

Voor het monitoren en evalueren van de in gebruik zijnde schaal en voor de advisering over verbetering van de schaal is de WPC-commissie ingesteld.¹ In haar eerste vergadering, op 10 juni 2003, heeft de WPC-commissie geconcludeerd dat aanvullend vergelijkend onderzoek naar invaliditeitsbeoordelingssystemen welke voldoen aan de risicodefinitie van de militaire pensioenvoorschriften voor oorlogs- en dienstsachtoffers nodig is. Hiermee grijpt de commissie terug op het rapport van de werkgroep Baremas² waarin vastgesteld wordt dat het gebruik van de AMA-schaal de voorkeur geniet boven de destijds geldende WPC-schaal. De overstap naar een andere schaal dient plaats te vinden op basis van afgewogen en beredeneerde keuzes. Een vergelijking tussen schalen, een nadere beoordeling van de thans geldende WPC-schaal en een helder inzicht in pro en contra's is daarbij noodzakelijk.

De vraag van de WPC-commissie is om een vergelijkend onderzoek uit te voeren van de AMA schaal met de schalen welke worden gebruikt binnen de uitvoering van de militaire pensioenvoorschriften in Nederland, maar ook in België, Duitsland, Israël, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. De vergelijking dient plaats te vinden langs de volgende vijf aspecten:

1. Risicobenadering;
2. Systematiek van de schatting;
3. Discretionaire ruimte;
4. Toepassing;
5. Regie.

De uitgangspunten bij dit onderzoek zijn dat het plaatsvindt op basis van schriftelijk materiaal en dat er bij bestudering van de schalen uitgegaan wordt van de huidige risicodefinitie, zoals deze zich sinds 1971 in de jurisprudentie van de CRvB heeft ontwikkeld. Deze luidt: "de in een percentage uit te drukken mate van lichamelijke en geestelijke tekortkomingen en beperkingen welke de belanghebbende in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in het dagelijks leven in het algemeen ondervindt." Deze definitie staat dus los van de arbeidsongeschiktheidsdefinitie die afgestemd is op loonderving en de WAO.

De uitkomst van het onderzoek is een overzicht van de schalen die in de diverse landen worden gebruikt, uitgesplitst naar een vijftal toetsingselementen. De toetsingselementen gaan in op zowel het gebruik van de schaal als de inhoudelijke aspecten. Uiteraard zal hierbij ook de AMA-guide uitvoerig aan bod komen. Op basis van dit overzicht zullen we de schalen in een beknopte vergelijking met elkaar vergelijken.

¹ WPC: War Pensions Committee.

² Cats, e.a. 1992

2 Aanpak

Voor internationale vergelijkingen geldt dat contextvariabelen een verstorende rol kunnen spelen. In dit geval werd die kans minder groot geacht omdat schalen voor invaliditeit een tamelijk universeel karakter pretenderen te hebben. De voornaamste variatie, zo was de verwachting, zal in de toepassing zitten. Context en toepassing van instrumenten in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling vormen echter belangrijke determinanten van verschillen in uitkomst³. Er zijn voor dit onderzoek geen gesprekken met toepassers of andere deskundigen gevoerd, afgezien van de leden van de WPC-commissie, noch is er veldwerk verricht. In een later stadium kan een dergelijke aanpak wenselijk zijn als het gaat om nadere invulling van de finesses van de schalen en hun effectiviteit. Ook kan zich de wenselijkheid voordoen om een beoordelingsprocedure te ontwerpen die op verschillende schalen is gebaseerd of zelfs geheel nieuw ontworpen wordt. In dit rapport is daarvoor niet gekozen.

De schriftelijke informatie is verzameld via de reeds bestaande documenten over de Duitse, Belgische en Nederlandse schalen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van contacten met vertegenwoordigers van de departementen van defensie uit de verschillende landen en van beschikbare literatuur. Tenslotte is er gebruik gemaakt van internet. De termen AMA, barema, disability, impairment, invaliditeit, militaire pensioenen en dergelijke bij zoekmachines invoeren - gecombineerd met de betreffende landennaam - levert bruikbare informatie op. Zo is een redelijk uitvoerige omschrijving van de Amerikaanse schaal te vinden op de website van de physical disability agency van het leger van de VS. Tevens verschaffen de internetpagina's van de Ministeries (van Defensie, Volksgezondheid en Sociale Zaken) redelijk veel informatie over de wetgeving en het uitvoeringsbeleid van de militaire pensioenwetgeving.

2.1 Criteria

Om de schalen naar behoren te kunnen analyseren en vergelijken zijn de toetsingscriteria nader uitgewerkt. In overleg tussen de WPC-commissie en TNO is de volgende operationalisering vastgesteld:

1. Gehanteerde risicobenadering:

- Welk risico geeft de schaal weer?
- Welke definitie wordt gehanteerd?
- Wat wordt in de schatting meegenomen en wat wordt er buiten gelaten? (Met name ADL- en BDL-beperkingen).⁴

2. Schattingssystematiek:

- Wat geeft de schaal weer: diagnose, stoornis, beperking of handicap?
- Hoe ziet de schattingsbenadering er uit bij meervoudige invaliditeiten?
- Welke methodiek wordt gebruikt bij psychische invaliditeit?
- Wat betekent het ten aanzien van de restcapaciteit als de schaal 100% beperkingen aangeeft?

3. Discretionaire ruimte:

³ Boer W.E.L de, e.a. 2002

⁴ ADL: Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, zoals eten, wassen, naar het toilet gaan en een huishouden voeren. BDL staat voor: Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen. BDL bevat naast de ADL ook de sociale interacties, omgaan met emoties, het onderhouden van relaties e.d.

- Wat zijn voor de keuringsartsen de vrijheidsgraden?
- Waaruit bestaan de vrijheidsgraden?
- Waar zitten de vrijheidsgraden?

4. Toepassing:

- Welke procesvoorschriften worden gegeven?
- Geeft de schatting een momentopname of wordt er een prognose voor herstel in de toekomst gegeven? (Tijdelijk of blijvend? / statisch of dynamisch?).
- Zijn de uitkomsten betrouwbaar?
- Tot op welk niveau van gedetailleerdheid gaat de schaal?
- Hoe toegankelijk is de schaal?

5. Regie over de schaal :

- Waar ligt de regie over de schaal? (Eigen regie versus afhankelijkheid)
- Wanneer wordt de schaal herzien en geactualiseerd?
- Hoe wordt de actualisering geborgd?

Al deze elementen bijeen dragen bij aan een totaalbeeld waarop de Commissie haar oordeel zal vellen. Per schaal zullen we de elementen bespreken en ingaan op de specifieke details.

2.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de begrippen die we gebruiken in dit rapport. Van belang daarbij is dat we een goed onderscheid voor ogen houden tussen schade, invaliditeit, stoornis, diagnose en ziektebeeld. In hoofdstuk 4 geven we aan welke criteria zijn gebruikt in de selectie van de schalen en dit hoofdstuk beschrijft ook de verschillende schalen volgens het stramien van paragraaf 2.1. Het gaat om de Nederlandse WPC-schaal, de AMA-Guide en schalen die in Duitsland, België, Verenigd Koninkrijk en de VS gebruikt worden voor invaliditeit zoals hier van belang. Daarna wordt in hoofdstuk 5 een vergelijking gemaakt en suggesties gedaan.

3 Operationalisering van de begrippen.

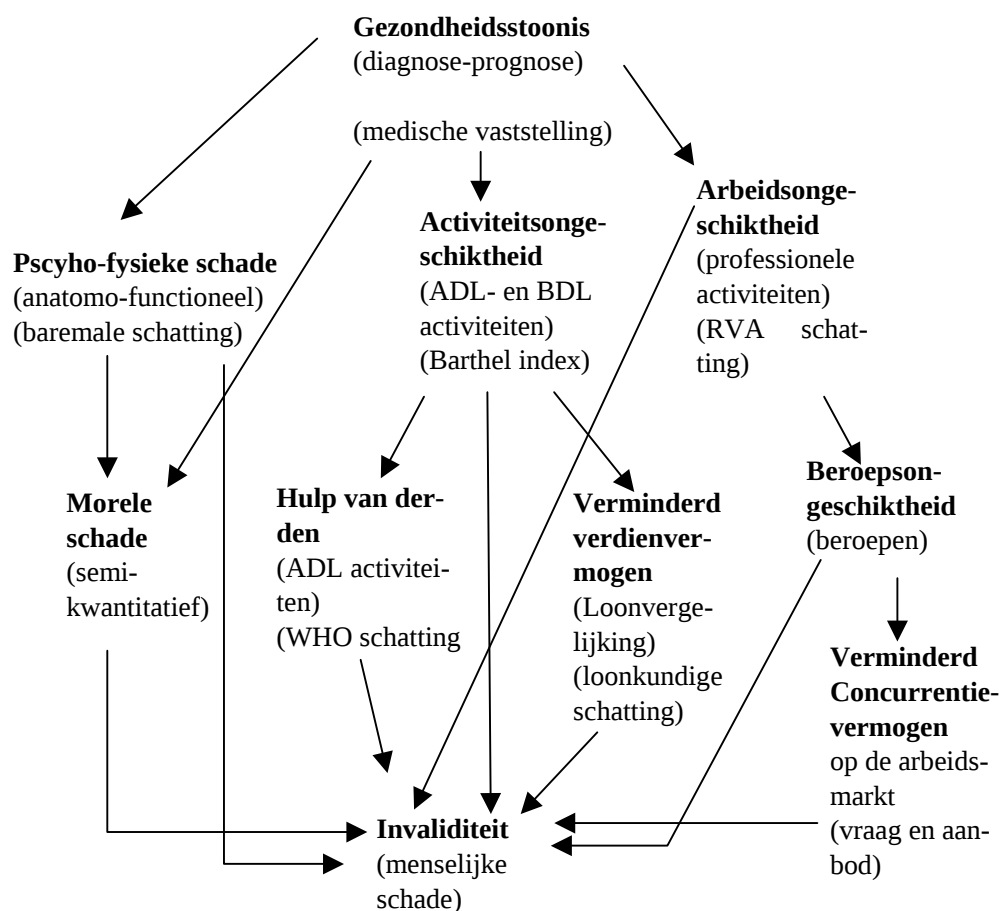
Het gebruik van schalen voor het beoordelen van invaliditeit is een complexe aangelegenheid die ook blootstaat aan kritiek maar vooral ook lijdt onder onduidelijkheid over begrippen, werkwijzen en normen⁵. Schalen worden onbegrijpelijk, onrechtvaardig en ouderwets gevonden. Deels wordt dat veroorzaakt door het feit dat we ons bevinden op het snijvlak van juridisch en medisch redeneren. Deels is het ook een gevolg van het feit dat begrippen van vroeger verouderd zijn in betekenis en van het feit dat begrippen in verschillende contexten worden gebruikt. Om die reden is het raadzaam om de vragen die door de WPC-commissie zijn gesteld nader te operationaliseren en de algemene literatuur die daarover is verschenen te presenteren. Dat helpt om valkuilen tijdig te signaleren en ook om te voorkomen dat algemene problemen worden toegedicht aan bepaalde schalen. De opdracht laat geen groot literatuuronderzoek toe maar de meest voor de hand liggende kunnen wel aan bod komen. Onderstaand volgen we ruwweg de volgorde van de vragen uit de opdracht, zodanig dat de wettelijke en niet-wettelijke begrippen waarop de schalen worden vergeleken zoveel mogelijk eenduidig zijn.

3.1 Het beoordelen van menselijke schade

In de vraag van de commissie is een belangrijk criterium gelegen in het afbakenen van de gehanteerde risicobenadering. De term in de regeling is “invaliditeit.” Diverse benaderingen kunnen gebruikt worden om een beter begrip te krijgen van het object van schadebeoordeling. Dat gaat over de definities en daarmee over het concept van waaruit de beoordelingen gedaan worden. Voor een goed begrip van de antwoorden op die vragen is een explicitering van dat concept op zijn plaats. Er bestaat een veelheid aan termen die te maken hebben met invaliditeit. Lahaye heeft beschreven welke vormen van gezondheidsschade kunnen vallen onder het begrip invaliditeit. Onderstaand geactualiseerd schema biedt meer inzicht:⁶

⁵ Lahaye 1975, Raad van Europa 2001, Marin 2003, Graaf e.a. 2003

⁶ Het schema is ontleend aan een voordracht van Lahaye in 1983 en aangevuld met de BDL-activiteiten bij het onderwerp 'activiteitenongeschiktheid'. Het schema van Lahaye biedt inzicht in de verbanden en relaties die in het algemeen kunnen worden verondersteld tussen de aspecten die leiden tot een schatting van invaliditeit. Voor de specifieke opdracht van de WPC-commissie hebben we het schema iets aangepast.



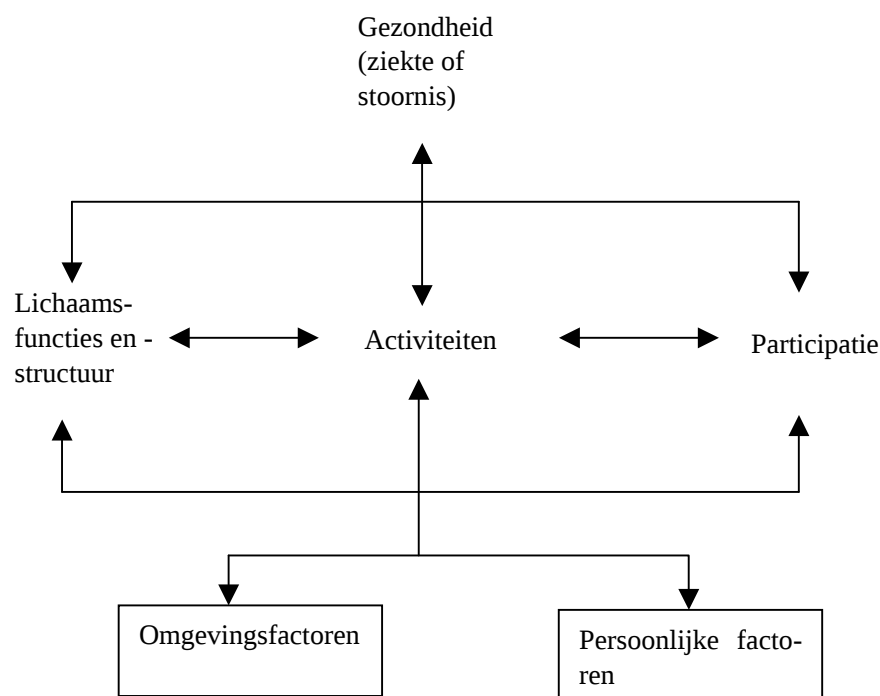
Figuur 1: varianten van invaliditeit

In dit rapport draait het om schalen die de relatie leggen tussen de gezondheidsstoornis en de activiteitsongeschiktheid, gezien de definitie in de regeling.

Een nadere, en thans breed gedragen, beschrijving van invaliditeit zien we in de International classification of functioning, disability and health (ICF). In de ICF zijn de aspecten van invaliditeit de stoornissen aan lichaamsfuncties en structuur (van het lichaam) en de beperkingen in activiteiten. Onder lichaam wordt organisme verstaan: lichaam en geest. Moderne inzichten in de gevolgen van ziekte en gebreken, zoals weergegeven in de ICF, stellen dat de aard en de omvang van de schade niet is vast te stellen zonder naar omgevingsfactoren en persoonlijke factoren te kijken. Deze benadering wordt ook in de literatuur met betrekking tot beoordelingen van menselijk functioneren gebruikt⁷. Toch is het nu juist de bedoeling om invaliditeit wél te beoordelen los van persoonlijke factoren. Omgevingsfactoren, bijvoorbeeld de omgeving waarin de stoornissen en beperkingen hun effect hebben, worden veelal gestandaardiseerd opgenomen in de regeling. Te denken is aan eigen werk, passend werk, gangbare arbeid en in het kader van dit rapport de relevante leefsituatie. De vraag die dus bij het vergelijken van schalen expliciet moet zijn is hoe dat abstraheren van de individuele factoren gedaan wordt en hoe overtuigend dat is.

⁷ Matheson e.a. 2001, Waddell e.a. 2003

In onderstaande afbeelding worden de verschillende elementen in hun onderlinge samenhang volgens de ICF weergegeven:



Figuur 2: de ICF

De ICF-classificatie is een ordening van menselijk functioneren en invaliditeiten. Deze geeft een systematische indeling van gezondheid en gezondheidsgerelateerde domeinen. De ICF maakt gebruik van een 'waardering' voor de vier onderdelen waarop de classificatie is gebaseerd. Bijvoorbeeld: voor lichaamsfuncties wordt er een schaal gebruikt om in te schatten hoe ernstig een stoornis is en hoe groot het bereik is. Of bij omgevingsfactoren wordt er gewaardeerd hoe sterk een bepaalde factor een barrière of stimulans voor iemands functioneren is.

De ICF levert hiermee een eenduidige methode om het menselijk functioneren te beschrijven zodat iedereen van deze methode gebruik kan maken. Informatie over iemands functioneren wordt zodoende systematisch geordend zodat deze uitwisselbaar en toegankelijk is voor meerdere beroepen. Met zijn classificatie geeft de ICF een standaard set aan elementen die gebruikt kunnen worden in het beoordelen van menselijk welbevinden dus ook schade.

Een voordeel van de ICF is dat je werkt met een internationaal geldend, gedetailleerd en adequaat overzicht. In de hoofdstukken 5 en 6 van de ICF worden de ADL- en BDL-activiteiten vrij ver geoperationaliseerd en daarmee geschikt voor betrouwbaar meten. De ADL en BDL activiteiten zoals de ICF die beschrijft zijn de volgende: Communicatie (ontvangen en zenden en converseren), mobiliteit (lichaamshouding, objecten hanteren, wandelen en bewegen, gebruik van vervoermiddelen), zelfverzorging, huiselijk leven (verwerven van benodigdheden, huishoudelijke taken, zorg voor huishoudobjecten, andere mensen bijstaan) en interpersoonlijke interacties en relaties.

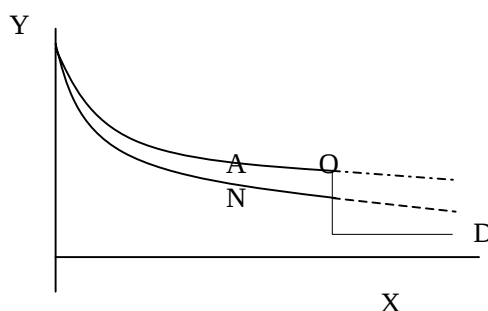
Gebruik van de ICF in gezondheidsenquêtes kan zinvol epidemiologisch referentiemateriaal opleveren. De beperking van de ICF is dat er geen specifieke relaties worden

weergegeven en dat de waardering van de beperkingen grof is, in vier klassen. Bij ons weten worden de uitgangspunten van de ICF niet rechtstreeks gebruikt in schalen voor invaliditeit, soms wel op een indirecte manier.

De volgende vraag is wat er concreet wordt beoordeeld als iemand aspecten van menselijke schade beoordeelt? Volgens de wetgeving die ten grondslag ligt aan de vragen van de commissie gaat het om verlies, functioneren, percentage. Verlies ten opzichte van wat en wat is de relatie tussen functioneren en percentage?

Het schademodel van Viaene e.a. uit 1975 kan hierbij van dienst zijn⁸. Dit model bouwt voort op de civiele schadepraktijk. Om het model inzichtelijk te maken, wordt het in een grafiek gepresenteerd. Het aanschaffen en verzekeren van een auto, en het hebben van schade daaraan, is een goed voorbeeld om het model van Viaene te demonstreren. Als we een nieuwe auto kopen en verzekeren, wordt in een polis afgesproken wat de auto normaal gesproken waard is en hoe in de loop van de tijd (de X-as) die waarde afneemt volgens een algemene tabel (N). Op de Y-as is de waarde van de auto geoperationaliseerd. Bij auto's is dat een bedrag in geld.

- De actuele waarde wordt weergegeven in lijn A.
- Schade die wordt opgelopen wordt weergegeven bij D.
- De ernst van de schade wordt bepaald door het verschil tussen de beschadigde waarde (D) en de verwachte waarde (gestippelde A óf gestippelde N).
- O is de oorzaak van de optredende schade.



Figuur 3: het schademodel

In het kader van dit rapport hebben we het over de beoordeling en ontwikkeling van schade aan de mens. Op de Y-as wordt de waarde van de mens (de beoordeelde) uitgedrukt. Bij menselijke schade bestaan er veel verschillende interpretaties over wat de Y-as uitdrukt, vergelijk het schema van Lahaye:

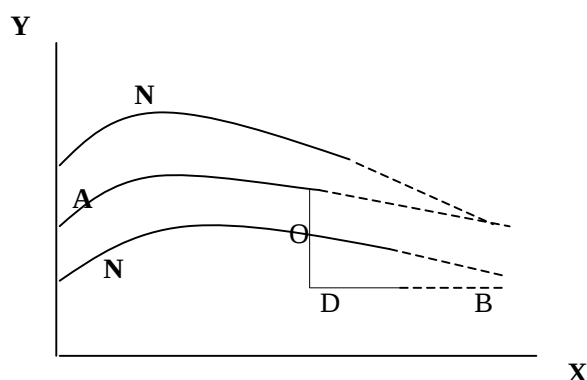
- Het kan gaan om lichamelijke en geestelijke integriteit (wat zit er nog aan en wat niet meer).
- Het kan gaan om mogelijkheden om te functioneren (hoelang kan iemand staan?, hoeveel kan iemand zitten? Hoeveel vermogen tot denken is er nog? Wat is er nog mogelijk en wat niet?). Dit kan gerelateerd worden aan arbeid of aan andere sociale rollen. Dus aan ADL- of BDL-activiteiten.
- Het kan gaan om verdien capaciteit (het loon dat in geschikte arbeid verdiend kan worden)
- Het kan gaan om concurrentievermogen op de arbeidsmarkt (welke beroepen zijn nog wel toegankelijk en uitvoerbaar?)
- Het kan gaan om mengvormen van bovenstaande en uiteraard zijn er ook andere varianten mogelijk.

⁸ Viaene J. 1976

In dit rapport zijn die psychofysieke beperkingen en tekortkomingen van belang die de belanghebbende in het dagelijks leven in algemeen ondervindt.

De menselijke waarde-ontwikkeling en schade aan de menselijke waarde, zijn zaken die zich voltrekken in de tijd. Hoe de menselijke waardeontwikkeling er uit ziet is heel wat minder zeker dan bij een auto. Op enig moment wordt een oordeel gegeven dat voor een deel speculaties betreft over de toekomst. In onderstaande grafiek is dat de overgang van doorgetrokken- naar stippellijnen. In de verschillende regelingen rond invaliditeit wordt een model gehanteerd van stabilisering waarbij de hypothetische lijn B horizontaal gaat lopen. Het moment waarop dat gebeurt, kan per geval worden vastgesteld (bijvoorbeeld aan het einde van een revalidatie- of reïntegratietraject).

De grafiek komt er in dat geval als volgt uit te zien:



Figuur 4: het schademodel bij invaliditeit

Nu gaat het om schalen die een gewicht toekennen aan de stoornis in relatie tot het algemeen en bijzonder dagelijks functioneren (ADL + BDL) en die dit uitdrukken in een percentage. Een voorbeeld van zo'n schaal-waarde is de mate waarin het verlies van een arm een belanghebbende beperkt in het doen wat een normaal (of volledig gezond) persoon (WPC-schaal: geheel valide persoon van gelijke leeftijd) kan doen. Als er dus sprake is van vermindering van de waarde op de Y-as, is dat een vermindering ten opzichte van wat we Normaal noemen, de N-lijn in de grafiek. De N kan individueel zijn of van een groep. In het laatste geval kan iemand erboven of eronder zitten. Het maakt dus nogal wat uit wat als de Normaal wordt gezien. Met name is dat zo bij meervoudige stoornissen.

Het bepalen van de Normaal is arbitrair en variabel in de tijd. Arbitrair is dat er gekozen moet worden tussen wat normaal is voor het individu, zoals bij de bepaling van letselschade of voor de groep. En in het laatste geval tussen een totaal populatiegemiddelde, leeftijds- of geslachtsspecificiteit etc. De Normaal kan empirisch worden vastgesteld of in consensus. Empirische vaststelling komt wel voor in de wereld van de arbeidsgeschiktheid⁹ maar slechts weinig in andere gebieden¹⁰. Consensusprocedures komen ook voor in arbeidsgeschiktheid en zijn voor zover wij weten de regel op andere gebieden. De normaal is variabel in de tijd in de zin dat met het veranderen van de arbeidsmarkt en de techniek sommige beperkingen belangrijker worden en andere

⁹ bv in Nederland het beroepenbestand van het CBBS

¹⁰ zie bv de bepaling van huishoudelijke schade Wijkhuizen e.a. 2002

minder. Ook de leeftijd kan dat verschil maken. De vraag is dus wat is de Normale waarde die wordt gehanteerd? Dit kan zijn de mate waarin iemand op het moment O in staat was te functioneren, maar dit kan ook zijn hoe mensen in het algemeen functioneren, al dan niet met subculturele verschillen. En er kan een duurvereiste gesteld worden: Normaal is wat iemand langdurig heeft volgehouden. Al met al is dat deel van de beoordeling dus voor een belangrijk deel een sociale, of zo men wil juridische, afweging.¹¹

Als dan bepaald is wat normaal dagelijks functioneren is, is de vraag hoe je afwijkingen daarvan beschrijft, zodanig dat je die afwijkingen kunt waarderen in een procentueel verlies. Dat vraagt in theorie om een waardering van onderdelen van het dagelijks functioneren. Bij ons weten is de basis daarvan, net als bij het bepalen van wat normaal is, arbitrair. Wij zijn geen empirisch gefundeerde classificatie tegengekomen. In dit rapport is van belang hoe normale dagelijkse activiteiten worden gedefinieerd in het kader van het militair invaliditeitspensioen.

Dat heeft een directe relatie met problemen die inherent zijn aan schalen:

- de set points oftewel de vraag hoe je in waarde een missend been vergelijkt met schizofrenie;
- gepaarde organen: de tweede nier is in zekere zin belangrijker, waardevoller dan de eerste;
- de totaliteit: hoe verreken je bij meerdere invaliditeiten.

De vraag is dus hoe die keuzes worden gemaakt, hoe expliciet dat is en redelijk dit kan worden gevonden.

Er worden in de bepaling van de mate van de schade, net als bij autoschade, ook voorwaarden gesteld aan de oorzaak (O). Een belangrijke vraag is bijvoorbeeld aan wiens schuld de schade is toe te rekenen. Heeft de belanghebbende er zelf een rol in, en had de schade voorkomen kunnen worden? En dan is direct de vervolgvraag: wordt dit meegenomen in de beoordeling van de ernst van de schade? De beoordeling van menselijke schade is daarmee een buitengewoon complexe opgave. Veel factoren die vaak in onduidelijke samenhang met elkaar zijn, spelen een rol. Leeftijd, karakter, geslacht, conditie, de mate van gezondheid, het functioneren van het organisme en competenties van de beoordeelde zijn slechts een handvol voorbeelden. In dit rapport wordt op deze materie niet ingegaan.

3.2 Psychische invaliditeit

Extra aandacht is door de WPC commissie gevraagd voor het beoordelen van psychische invaliditeit. Opstellers van schalen, gebruikers en cliënten zijn het eens dat dit een bijzonder groot probleem is. Ten principale kan men stellen dat psychische invaliditeit gelijk beoordeeld moet worden aan fysieke invaliditeit. Het probleem dat overal speelt “kan hij niet of wil hij niet?” geldt bij psychische gevallen net zo goed als bij lichamelijke. Psychische invaliditeit is echter technisch lastiger te bepalen en onderliggende concepten van stoornissen en beperkingen in relatie tot ziektebeelden zijn veel diffuser dan bij lichamelijke afwijkingen.

Er zijn voor het vaststellen van psychische invaliditeit bovendien minder objectiveringsmiddelen voorhanden dan bij fysieke klachten. Er zijn veel technieken, vragenlijsten en instrumenten waarmee redelijk snel een diagnose op een fysiek probleem gelegd

¹¹ Zie voor meer toelichting ook: Kessel JGFM van 1981

kan worden. Instrumenten die in het algemeen ingaan op het vaststellen van psychische stoornissen bestaan wel, maar die geven vaak weinig informatie over het verlies aan functionele capaciteiten of de mate waarin iemand beperkt is in de dagelijks activiteiten.

3.3 Meten en scoren

In de diverse teksten wordt de term meten gebruikt voor wat de schaal moet doen. Wij denken dat het zuiverder is om de term weergeven te gebruiken: de schaal geeft een bepaalde kwantificering weer van wat het meetinstrument, de beoordelaar heeft gemeeten. Vergelijk het met een thermometer: een schaal kan 0 graden Celsius of Fahrenheit aangeven; in beide gevallen kan het 0 zijn maar met een zeer verscheiden betekenis. Omdat op het terrein van de Menselijke Schade zowel het meten als het weergeven met voetangels en klemmen zijn bezaaid stellen wij voor deze begrippen uit elkaar te houden. Dit heeft onder meer praktische relevantie bij de vraag wat de afbakening is tussen 29, 30 en 31%: is dat een meetprobleem of een waardeerprobleem?

Het verschil tussen meten en weergeven is aangestipt. Meten en weergeven zijn echter niet onafhankelijk van elkaar. Het kan dan ook zijn dat de ene schaal makkelijker te hanteren is dan de andere en minder ruimte biedt voor verschillen tussen beoordelaars. In dit rapport zal met name gekeken worden naar de vrijheidsgraden die in de schaal-systematiek besloten liggen. Een belangrijke indicator daarvoor zijn ranges van percentages bij een gegeven aandoening of stoornis.

3.4 Toepasbaarheid

Een schaal kan theoretisch gedegen in elkaar zitten en toch niet geschikt zijn voor de praktijk. Bijvoorbeeld omdat hij te gedetailleerd is of onmogelijke meetvereisten stelt. Ook is het zo dat veel van de eerder genoemde problemen, voor zover ze niet in de schaal zelf worden opgelost, hanteerbaar worden gemaakt met spelregels voor toepassing. De literatuur over de toepassing van richtlijnen onderstreept het belang hiervan.¹² Deze aspecten worden meegenomen onder dit kopje. Idealiter wordt dat gebaseerd op literatuur aangaande het uittesten van schalen onder verschillende omstandigheden. Die literatuur lijkt er nauwelijks te zijn. Een tweede manier om daar een indruk van te krijgen is normatieve literatuur per schaal en een derde is het gebruik maken van de ervaring van experts die de verschillende schalen hierop beoordelen.

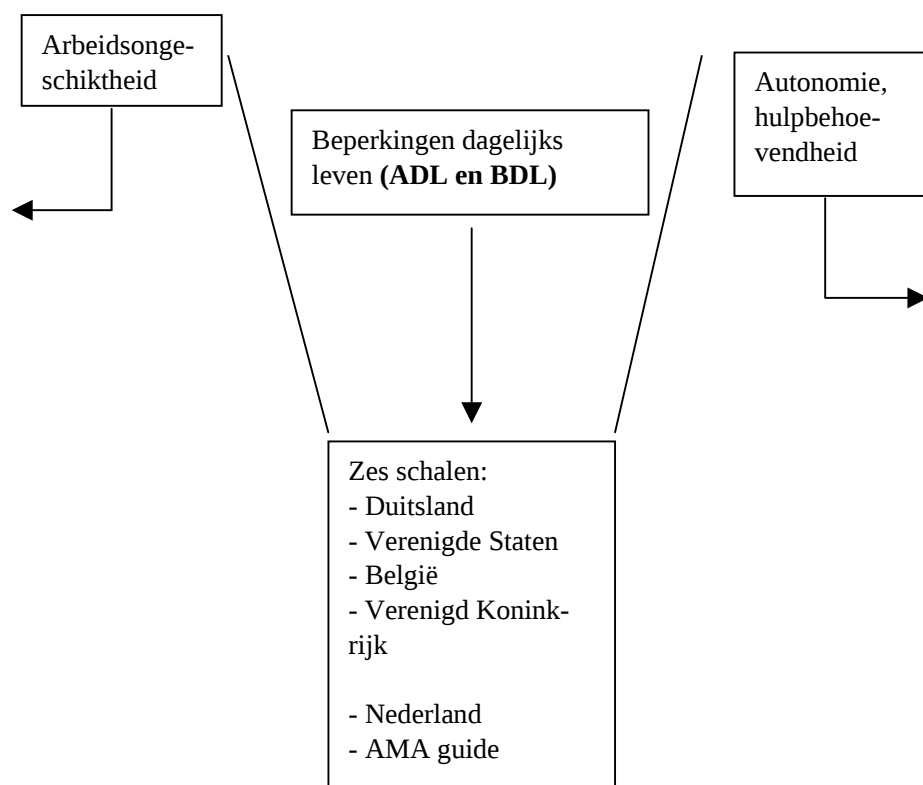
3.5 Bestuurbaarheid van de schaal

Zoals gezegd wordt de betekenis van stoornissen en beperkingen anders met het optreden van sociale en technische ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen hebben betrekking op het evalueren van de handelingen in het dagelijkse leven zelf en op ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling. Dat maakt dat een schaal van tijd tot tijd geijkt kan moeten worden. Dit kan consequenties hebben in termen van rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. De vraag is dan wie dat doet en in hoeverre men met het uit handen geven van het iken ook de regie over de schaal verliest en zodoende in de problemen kan raken. Ons is bekend dat IJsland in het kader van zijn arbeidsongeschiktheidsbeoordeling hiermee is geconfronteerd. Veel ervaring hiermee moet ook zijn opgedaan met de opeenvolgende versies van de AMA-guide. Voor zover ons bekend komen argumenten om een schaal te actualiseren voort uit wijziging van de regelgeving, jurisprudentie, praktijkervaringen en medische ontwikkelingen.

¹² Boer e.a. 2002, Hoenen e.a. 2003, Horstman 1997, Kerstholt e.a. 2002

3.6 Selectie van schalen

Er bestaan zeer veel schalen die voor allerlei toepassingen worden ingezet¹³. In het zoeken naar schalen die geschikt zijn voor een vergelijking met de WPC-schaal en de AMA-guide, is het van belang aan te sluiten bij de gehanteerde risicobenadering. Namelijk de benadering waarbij het gaat om invaliditeiten. En dus niet om invaliditeiten die strikt te maken hebben met het uitoefenen van arbeid. Schalen over arbeidsongeschiktheid worden, gegeven de risicodefinitie, buiten dit onderzoek gelaten. De selectie van schalen voor de vergelijking is in eerste instantie op suggestie van deskundigen, met name uit de WPC-commissie gedaan. Vervolgens zijn de schalen beoordeeld op relevantie voor de WPC-commissie. Dit proces ziet er als volgt uit:



Figuur 5: soorten schalen

Via deze selectie hebben we, in overleg met de commissie, schalen voor dit rapport geselecteerd die ons een vergelijking kunnen bieden die bijdraagt aan een weloverwogen besluitvorming over de huidige WPC-schaal.

In de volgende paragrafen behandelen we de schalen en toetsen we ze aan de criteria zoals ze in de inleiding zijn opgesomd. Gezegd moet worden dat de schalen alle op hun eigen wijze beschreven zijn: de door de WPC-commissie gehanteerde criteria zijn daardoor in wisselende mate expliciet. Als eerste volgt Nederland, gevolgd door de AMA-guide. Duitsland, België, Verenigd Koninkrijk en de VS¹⁴ volgen daarna.

¹³ Raad van Europa 2001

¹⁴ Anders dan men mogelijk zou denken wordt de AMA-guide niet gebruikt in het Amerikaanse leger. We hebben er voor gekozen de schaal op te nemen omdat deze redelijk veel informatie geeft over een beoordelingsmethodiek die op veel kenmerken totaal verschillend is van de WPC-schaal.

4 De schalen voor invaliditeit

4.1 Nederland, de WPC-schaal

4.1.1 *Risicobenadering*

Een uitgebreide toelichting op de procesgang van de beoordelingsprocedure is in het rapport van de WPC-commissie opgenomen.

Het criterium voor de invaliditeit voor deze schaal is conform de definitie van de CRvB sinds 1971 de mate waarin iemand in het dagelijkse leven in het algemeen beperkingen en tekortkomingen ondervindt. Wat weergegeven wordt is de mate van invaliditeit in vergelijking tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd. Met invaliditeit is door de ontwerpers van de schaal bedoeld: iedere vermindering van de anatomische integriteit of functionele capaciteit van het individu. Met invalide zijn wordt bedoeld: het lijden aan enige vorm van invaliditeit. Het niveau waarop de beoordeling plaatsvindt is dus dat van stoornissen en beperkingen. De WPC-schaal is hierbij het instrument.

In het 'Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen' van 23 december 1996 staan de begrippen rond de beoordeling van blijvende dienstongeschiktheid genoemd. Onder artikel 1d wordt de definitie van de pensioenkeuring gegeven. Deze luidt: 'een geneeskundig onderzoek naar het ontstaan, tot uiting komen of verergeren, de aard en de gevolgen van verwonding, ziekten of gebreken, alsmede zonodig naar het bestaan van arbeidsongeschiktheid.' In artikel 2 van het Besluit aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen militairen worden de voorwaarden opgesomd waaraan voldaan moet worden wil de beoordeelde in aanmerking komen voor een pensioenuitkering. Bijvoorbeeld: een invaliditeit van minstens 10 procent ten gevolge van verwondingen opgelopen tijdens de uitoefening van de militaire dienst. In artikel 3 e.v. wordt uitgelegd op welke aanvullende aanspraken de beoordeelde recht heeft en wanneer. Bijvoorbeeld: de beroepsmilitair die recht heeft op een pensioen is vanaf de eerste dag van de maand dat hij 65 wordt, gerechtigd op een aanvullend invaliditeitspensioen.

In artikel 13 van het besluit staat: "*bij de vaststelling van de mate van invaliditeit met dienstverband wordt uitgegaan van de War Pensions Committee-schaal (WPC-schaal)*". In de nota van toelichting op het Besluit geeft de Minister aan dat de WPC-schaal wordt gebruikt als meetinstrument voor de vaststelling van de mate van invaliditeit. Er wordt niet expliciet gemaakt wat onder normale activiteiten van het dagelijkse leven wordt verstaan.

4.1.2 *De systematiek van de schatting*

De invaliditeit wordt gewaardeerd door het vermogen tot het volbrengen van de normale levensfuncties van de invalide te vergelijken met die van een geheel valide persoon van gelijke leeftijd. Vervolgens wordt hier een percentage aan toegekend. Dit percentage is een weergave van de algemene graad van verlies aan vermogens, als gevolg van de invaliditeit.

Als startpunt van de schaal geldt veelal de stoornis. Bijvoorbeeld: verlies van een top van de pink. Daarna wordt er gekeken naar de ernst van de stoornis. Afhankelijk van de ernst wordt er een invaliditeitspercentage toegekend. Bijvoorbeeld: verlies van de

top van pink geeft een invaliditeit van 2%. Verlies van de gehele pink geeft een invaliditeit van 8%. Overigens geldt ook vaak de diagnose als startpunt.

Het percentage dat opgeleverd wordt, is een minimaal invaliditeitspercentage. Indien daartoe redenen zijn, kan de beoordelaar hiervan afwijken. De uitkomsten zeggen dus globaal wel iets over het verlies van valide vermogens van de beoordeelde. Zij zeggen echter ook iets over de interpretatie van de beoordelaar.

Voor de handelwijze bij meervoudige invaliditeiten wordt geen handreiking gegeven. De percentages van invaliditeit die in deze schaal worden toegepast zijn minima en indien de arts daartoe noodzaak ziet, kan daarvan afgeweken worden. Indien meerdere invaliditeiten een totaal van meer dan 100% opleveren, wordt niet duidelijk wat hiervan de consequenties zijn, laat staan dat er een protocol is opgenomen in de schaal. Hiermee sluiten we aan op de bevindingen van de werkgroep Barema's¹⁵ die in haar rapport reeds aangaf dat de WPC-schaal relatief snel op 100% kan zitten zonder dat duidelijk wordt of de beoordeelde dan ook echt niets meer kan.

De schaal geeft toekenningen van percentages aan 'objectiveerbare' psychische aandoeningen zoals psychosen en dementieën. Voor de groep moeilijk objectiveerbare psychische klachten is een apart katern opgenomen, onder de noemer 'psychoneurosen en neurosen.' De vrijheidsgraad voor de beoordelaar is in deze behoorlijk groot. Zoals de WPC-schaal zelf aangeeft: het is niet mogelijk of raadzaam gebleken een schaal op te maken waarnaar de invaliditeit vastgesteld kan worden. Ieder geval is met zijn individuele factoren als afzonderlijk probleem te beschouwen en moet daarnaar beoordeeld worden.'

4.1.3 *De discretionaire ruimte*

Over de oorzaak van de stoornis hoeven degenen die met deze schaal werken geen uitspraken te doen. Hier zit dus een vrije ruimte. Ook over de psychodiagnostiek laat de WPC-schaal zich niet uit. Dit is vrij aan de beoordelaar. Bovendien zijn er geen regels voor meervoudige invaliditeit. Wat 'normaal' is wordt niet expliciet gemaakt. Tevens is er geen informatie over de vraag hoe te handelen bij iets dat er niet in staat?

Een andere plek waar de vrijheidsgraden zichtbaar worden, is in het vaststellen van de percentages van invaliditeit. Zoals gezegd, de WPC-schaal is een instrument om te scoren. Echter, de percentages die weergegeven worden, zijn minima. Er staat aangegeven dat hier vanaf geweken kan worden "indien bijzonderheden of complicaties die de beperkingen en tekortkomingen in het dagelijks leven beïnvloeden aanwezig zijn." Dit laat veel ruimte voor interpretatie open.

4.1.4 *Toepassing*

Hoe stelt de beoordelaar nu vast welk percentage hoort bij welke stoornis? Hierover zegt de WPC-schaal dat uitgegaan moet worden van de bevindingen tijdens het onderzoek. Indien dit geen duidelijkheid verschaft, kan de voorgeschiedenis, het verloop van de aandoening en de verdere ontwikkeling in aanmerking worden genomen.

De schatting gaat in op de functionele mogelijkheden van de beoordeelde en besteedt aandacht aan de algemene dagelijkse activiteiten. Deze schatting geeft een percentage dat pas vastgesteld wordt indien de maximaal mogelijke verbetering door behandeling, rehabilitatie, prothese en dergelijke bereikt is. In principe is het dus een redelijk definitief beeld dat geschetst wordt. In het Voorwoord, punt 4, van de WPC-schaal wordt

¹⁵ Cats, e.a. 1992

aangegeven dat de percentages uit de schaal overschreden kunnen worden indien er bijzonderheden of complicaties die het *arbeidsvermogen* beïnvloeden, optreden. Dit kan verwarrend werken, aangezien het in principe niet gaat om beperkingen die van invloed zijn op de geschiktheid voor arbeid maar om beperkingen die in het dagelijks leven consequenties hebben.

De WPC schaal geeft in 18 hoofdstukken de stoornissen gerubriceerd weer. De gangbare indeling van de WHO wordt deels gehanteerd waar het de indeling van aandoeningen betreft. Echter, de indeling naar lichaamsfuncties en naar lichaamsstructuren lopen soms door elkaar. In principe worden - met het streven van volledigheid - de lichaamsfuncties opgesomd en de mogelijke invaliditeiten. Bijvoorbeeld bij bekkenbreuk wordt er geweergegeven wat hiervan de consequenties zijn voor het lopen en staan (functies) en daar wordt een invaliditeit op gebaseerd. Maar epileptische insulsen, plaatselijk zonder bewustzijnsverlies (stoornissen), geven zonder verdere informatie over de functiestoornis een invaliditeit van 5%. Aan stoornissen zijn minimum percentages verbonden, vaak een marge, uitgaande van een toestand van maximaal herstel.

In Nederland wordt voor defensiepersoneel invaliditeit vastgesteld door de 'commissie met betrekking tot de ongeschiktheid voor militaire dienst'.¹⁶ Het is mogelijk dat het risico van onbetrouwbaarheid, inherent aan discretionaire ruimte, hierdoor verkleind wordt. Literatuur hierover hebben wij niet aangetroffen. Deze commissie adviseert de Geneeskundige Autoriteit over de uitkomst van de beoordeling. De Geneeskundige Autoriteit adviseert de Minister over het te nemen besluit.

4.1.5 *Regie*

De regie over de schaal ligt uiteindelijk bij de Minister van Defensie die officieel het laatste woord heeft bij de vaststelling van een bruikbare schaal. Er zijn in de praktijk meer partijen betrokken bij het vaststellen en actualiseren van de schaal. Hiertoe is momenteel de WPC-commissie ingesteld. De Minister geeft in het meest recente Besluit over de WPC-schaal aan dat de schaal weliswaar als richtlijn dient bij het vaststellen van de mate van invaliditeit maar dat het hem vrij staat bij de toepassing ervan nadere richtlijnen in te stellen.

De actualisering zal derhalve plaatsvinden nadat de Minister hiertoe advies heeft gekregen. Over de periode waarin deze herziening van de schaal plaatsvindt is echter niets vastgelegd. De borging voor de actualisering is voornamelijk 'bottom-up' geregeld: indien de medici die met de schaal werken, aangeven dat er wijzigingen noodzakelijk zijn, zal er een advies richting de Minister gaan om de schaal te herzien, te wijzigen of te vervangen. Dit lijkt een veroudering van de schaal volledig te kunnen uitsluiten, maar de praktijk kan soms ook geheel anders zijn zoals bij de WPC-schaal. De afgelopen 50 jaar is de schaal nauwelijks tot niet herzien.

Het is mogelijk dat er jurisprudentie is die invloed heeft gehad op herziening en actualisering van de schaal. Er is echter nog erg weinig bekend over de effecten van jurisprudentie op de schaal. Een eerste verkenning via internet toont aan dat hierover weinig bekend is. Bovendien is het lastig om goed te zoeken. Het verdient aanbeveling om in een vervolgtraject nadere aandacht te besteden aan dit aspect.

¹⁶ Besluit Procedure Geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenuitkering militairen. Staatsblad 67, 1997. blz. 6

4.2 AMA-Guide, 5^e editie

4.2.1 *Risicobenadering*

In de AMA-Guide wordt als risicodefinitie gegeven: de mate waarin de impairment een mens beperkt in zijn mogelijkheden om algemene dagelijkse activiteiten (exclusief werk) te verrichten. Er wordt hierbij een strikt onderscheid gemaakt tussen impairment en disability. De definitie van impairment is hier: verlies van een lichaamsdeel of orgaan of verlies aan functie daarvan. Disability wordt gedefinieerd als een verandering (verlies) van iemands mogelijkheden om sociaal of professioneel volledig te functioneren, als gevolg van impairment.

Het eerste hoofdstuk van de AMA-Guide geeft een uitvoerige beschrijving van de ethische, methodische en technische overwegingen die gehanteerd zijn voordat vastgesteld werd om welk risico het in de AMA-Guide nu eigenlijk gaat. De opstellers van de AMA-Guide streven ernaar om met de vaststelling van de mate van invaliditeit zoveel mogelijk aan te sluiten bij het kader van de WHO. In dit opzicht gaat de AMA-Guide uit van de volgende uitgangspunten: invaliditeit is niet alleen een beperking van een lichamelijke functie, het betreft ook het dagelijks leven, de lichaamsstructuur en de activiteiten van een mens. De norm hiervoor is zowel individueel- als groepsafhankelijk en de beoordelingen ervan dienen eerder gezien te worden als een proces dan als het vastleggen van een statisch beeld.

4.2.2 *Systematiek van de schatting*

De schalen in de AMA-Guide nemen meestal de stoornis als uitgangspunt. Vervolgens wordt er gekeken naar de ernst van de stoornis. Op basis daarvan wordt een percentage vastgesteld. De schattingssystematiek is gebaseerd op de invaliditeit in relatie tot de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), exclusief werk. Voor de operationalisering van de ADL-activiteiten wordt een onderscheid gemaakt tussen de functionele invaliditeit en de algemene invaliditeit, die alleen geldt in het dagelijks leven.

Meerdere schalen kunnen volgens de AMA-Guide gebruikt worden om de beperkingen van mensen, zowel functioneel als strikt in het dagelijks leven weer te geven. Zoals bijvoorbeeld,

- De Barthel-index van zelfredzaamheid en mobiliteit. De score loopt uiteen van 0 tot 20 en geeft weer wat het verlies aan ADL-capaciteiten is voor een beoordeelde.
- The OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: een vragenlijst-methode die in een score weergeeft hoe groot het verlies aan functionele mogelijkheden is.

Daarnaast wordt de (medische) voorgeschiedenis in ogenschouw genomen. Het is aan de medische beoordelaar om te zien of het nodig is om bepaalde vragenlijsten in te zetten of niet. Een beoordeling kan volgens de AMA-guide soms ook beter gedaan worden door het blote oog en ervaring mee te laten wegen.

Voor meervoudige invaliditeiten is de methodiek als volgt. Als er sprake is van twee invaliditeiten geldt de formule van Balthazar waarbij de zwaarste invaliditeit als uitgangspunt telt. Hierbij wordt opgeteld: de tweede invaliditeit als verlies aan validiteit van het restpercentage. Bijvoorbeeld invaliditeit A bedraagt 35% is en invaliditeit B is 20%. Dan ziet de formule voor de totale invaliditeit er als volgt uit: $A+B(1-A)$. De uitkomst is dan $35+20(1-0.35)=48\%$. Voor het gemak heeft de AMA-guide voor de beoordelaar een percentagetabel gemaakt met op de verticale as de percentages van de zwaarste invaliditeit (1 tot 99) en op de horizontale as de percentages van de tweede invaliditeit. Door met de vinger het kruispunt van twee invaliditeiten op te zoeken, komt het totale percentage tevoorschijn.

Om vast te stellen wat de invaliditeit als gevolg van psychische klachten is, dient eerst beoordeeld te worden in welke mate de ziekte voor betrokkene beperkingen opwerpt in het dagelijks leven. Het beeld is dus dynamisch van aard; voor dezelfde diagnose kan een andere hoogte vastgesteld worden. Bij psychische stoornissen worden vijf schalen gebruikt waarin de invaliditeit kan vallen. Deze klassen zijn in hoogte verschillend en lopen van: geen invaliditeit langs milde en gemiddelde invaliditeit op naar extreme invaliditeit. Om de zwaarte van de invaliditeit te bepalen dient rekening gehouden te worden met: de effecten van behandeling, de effecten van gestructureerde omgeving, de variëteit van psychische stoornissen, een beoordeling van het functioneren in werk en de effecten van reguliere mentale omstandigheden. Vervolgens kan de beoordelaar op basis van deze informatie aangeven of de psychische klacht leidt tot beperkingen en zo ja, in welke klasse de klacht dan valt (geen invaliditeit, milde invaliditeit etc.). Hier-toe wordt gebruik gemaakt van de huidige symptomen, de voorgeschiedenis, een li-chamelijk onderzoek, klinische studies en diagnose.

Er wordt geen invaliditeitspercentage vastgesteld voordat de maximale behandelmo-gelijkheden zijn ingezet. In principe vindt dan pas dan vindt er een beoordeling plaats. Indien er kans op herstel is echter, is er in de AMA-Guide geen ruimte gevonden waar de beoordelaar dit kwijt kan.

4.2.3 *Discretionaire ruimte*

De AMA guide geeft richtlijnen voor het gebruik. Bij een consequent toepassen daar-van wordt de discretionaire ruimte voor een deel ingevuld. De beoordelaar is in het gebruik van de AMA-guide namelijk slechts ten dele vrij om te bepalen welke metho-de gebruikt wordt om de ernst van de beperking te meten. Hij moet in voorkomende gevallen gemotiveerd aangeven waarom hij afwijkt van de richtlijn. Het kan soms meer gepast zijn om de schaal in te zetten die geschikt is voor het vaststellen van func-tionele invaliditeit. Terwijl in andere gevallen de schalen ingezet dienen te worden die juist iets zeggen over de beperkingen over de sociale vermogens (BDL-beperkingen) van de beoordeelde. De AMA-Guide geeft hiertoe overigens een tamelijk uitputtend overzicht.

Zoals aangegeven bij de psychische klachten komt een deel van de beoordeling ook aan op het vermogen van de beoordelaar om in te schatten hoe zwaar de stoornis doorwerkt in het dagelijks leven. Ook voor de beoordelingen die meer toegespitst zijn voorziet de AMA-Guide in een overzicht van de mogelijke schalen en indexen die ge-bruikt kunnen worden om de invaliditeit vast te stellen. De beoordelaar is relatief vrij in zijn keuze van index.

Waar ook een vrijheidsgraad ligt, is in het vaststellen van de norm voor wat 'normaal' is. De AMA-Guide gaat er van uit dat de beoordelaar het verminderde functioneren toetst aan het gegeven normale (zonder de aandoening). Echter, welke norm is dit? Kijkt de beoordelaar hierbij naar wat normaal is voor de persoon (individuele norm) of wordt er gekeken naar hoe vergelijkbare personen onder deze omstandigheden functi-oneren (groepsgegevens)? De AMA-Guide geeft aan dat de beoordelaar hier in princi-pe vrij in is, mede omdat groepsgegevens niet altijd voorhanden zijn, en dat hier ge-zond verstand en een inschatting op basis van ervaring en medische kennis evenzeer wenselijk is.

4.2.4 *Toepassing*

De schaal geeft informatie over het percentage invaliditeit dat hoort bij aandoeningen en beperkingen die een mens kan oplopen. De 'impairment-rating' zoals de AMA-Guide het noemt is de mate waarin een mens minder in staat is volledig te functioneren

in de algemene dagelijkse activiteiten. Dit wordt afgezet tegen de norm van wat 'normaal' is. De AMA-Guide geeft nadrukkelijk aan dat de normale norm zowel een individueel- als groepsgegeven kan zijn.

Het percentage bevat in principe de ingrediënten die nodig zijn om een inschatting te maken van de mate waarin iemand verminderd is in zijn algemene dagelijkse activiteiten. Voor vaststelling van schade in de toekomst is geen methodiek gevonden in de AMA-Guide. Wel stelt de AMA guide dat in de vastgestelde percentages in principe de toekomst is verdisconteerd, ook al is het beeld een momentopname.

4.2.5 *Regie*

De regie van de schaal ligt bij de American Medical Association (AMA). De Guide is aanvankelijk opgezet als boek voor een ieder die op een objectieve manier medische stoornissen wilde inschatten. Dit was in 1971. Sindsdien heeft de AMA vier nieuwe uitgaven gemaakt. De meest recente AMA-Guide is de vijfde editie uit 2000. De roep om vernieuwing en actualisering komt vanuit de gebruikers zelf (de beroepsgroepen). In het algemeen betreft dit actualisering van de diagnostische criteria en het evaluatieproces. Per onderdeel wordt de expertise van de betreffende beroepsgroepen ingezet om de actualisering vorm te geven. Ook in Nederland zijn sinds begin jaren negentig diverse specialisten verenigingen actief met het uitgeven en actualiseren van richtlijnen, welke betrekking hebben op het gebruik van de AMA – guide. Zo hebben de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging in 2002 nog nieuwe aanvullende richtlijnen gepubliceerd. Ook de Psychiatrie in Nederland begint richtlijnen te ontwikkelen. Daarnaast is bekend dat diverse organisaties, waaronder de PUR (Pensioen en Uitkeringsraad voor burgeroorlogsgetroffenen te Leiden), voor intern gebruik, richtlijnen gebaseerd op de AMA – guide hebben ontwikkeld en gebruiken. Onze indruk is dat de AMA guide vooral wordt gebruikt in private letselschade. Het is denkbaar dat het actualiseren dan ook tegen die achtergrond plaatsvindt (bv ook jurisprudentie).

4.3 **Duitsland: Minderung der Erwerbsfähigkeit**

4.3.1 *Risicobenadering*

Het risico dat als uitgangspunt dient bij de Duitse schaal is de graad waarin iemand beperkt is, ten opzichte van een gezonde leeftijdsgenoot, als gevolg van zijn gezondheidstoestand.

De graad waarin iemand beperkt is, wordt weergegeven in de 'Minderung der Erwerbsfähigkeit' (MdE). MdE is een percentage dat weergeeft wat een persoon verliest aan capaciteit in het algemeen. Pas na de vaststelling van de MdE wordt er gekeken naar het verlies aan mogelijkheden in het dagelijkse en/of beroepsleven. De schatting van de MdE is een schatting van een verlies aan functionaliteiten. Er worden zowel fysieke, psychische, werkgebonden en algemene sociale invaliditeiten weergegeven met deze schaal. De MdE is een maat voor de gevolgen van een beperking voor de 'functionele intactheid.'

In principe voldoet de MdE-schaal hiermee aan de risicodefinitie maar gereede twijfel is op zijn plaats omdat het theoretisch niet goed voorstelbaar is op welke wijze een percentage invaliditeit kan worden bepaald zonder de omgeving daarbij te betrekken, desnoods informeel en impliciet. Om dit zeker te weten zou een onderzoek naar de toepassing van de schaal gewenst zijn. Dat viel echter buiten het bereik van dit onderzoek.

4.3.2 *Systematiek van de schatting*

De schaal begint met de stoornis en daarna wordt de stap naar het MdE-percentage gemaakt. Dit gaat als volgt: eerst noemt de schaal de stoornis. Bijvoorbeeld: verlies of beschadiging aan het strottenhoofd. Vervolgens wordt er gekeken naar de precieze beperking als gevolg ervan. Bijvoorbeeld: moeite met praten, ademhalingsproblemen. Aan de beperkingen wordt dan een MdE-percentage gekoppeld. In dit geval: 70 procent. Is het verlies van het strottenhoofd echter het gevolg van een kwaadaardige tumor, zal het percentage op 100 vastgesteld worden.

Om vast te stellen wat de gevolgen zijn van de stoornis en om de samenhang tussen beperking en invaliditeit vast te stellen, moet er lichamelijk onderzoek verricht worden, zal de voorgeschiedenis bestudeerd worden en moet er wellicht met andere behandelaars overlegd worden. De MDE-schaal geeft hiertoe een toelichting op het vaststellen van een oorzakelijk verband tussen de stoornis en de invaliditeit. Daarin wordt de beoordelaar een methodiek aangereikt om de beoordelingen uit te voeren. Psychische klachten die uiting zijn van normale verwerkingsproblemen zijn opgenomen in de waardering van de betreffende ziekte. Hetzelfde geldt voor pijn. Indien nodig wordt de schatting onderbouwd met aanvullende medische onderzoeken. Hoe moet worden omgegaan met conditie en individueel bijzondere capaciteit wordt niet expliciet gemaakt. Normale verouderingsverschijnselen zijn wel uitgesloten van beoordeling.

De te volgen systematiek bij meervoudige invaliditeiten is als volgt. Een meervoudig opgebouwde MdE is uitgesloten. Het leidende principe is dat wordt gekeken naar de beperking van de totale functionele intactheid. Er worden in het geval van meervoudige invaliditeiten twee paden gevolgd. Allereerst, als de meervoudige invaliditeit een percentage hoger dan 100% oplevert, gaat het om het algemene beeld. Dit betekent dat de medicus dient te beoordelen hoezeer de cliënt beperkt is door het veelvoud aan stoornissen. Het kan zijn dat deze beoordeling een ander beeld oplevert, bijvoorbeeld een percentage van minder dan 100%. Argumenten hierbij zijn:

- in welke mate de ene stoornis samenhangt met de andere,
- een versterkend effect bij gepaarde organen,
- hoe lang de stoornissen elkaar in de toekomst zullen blijven beïnvloeden,
- hoe zeer de invaliditeiten als gevolg van de stoornis elkaar overlappen,
- of de omvang van de invaliditeit door te verwachten stoornissen in de toekomst vaker versterkt gaat worden,
- dat vaak een extra stoornis geen extra beperking geeft.

De aanpak bij de berekening wordt in de Duitse schaal "Ermittlung der Gesamt-MdE" genoemd. De totale MdE (de opgetelde percentages van de meervoudige invaliditeiten) wordt vergeleken met een stoornis die een vergelijkbaar percentage oplevert. Indien de beoordelaar van mening is dat deze vergelijking terecht is, stelt hij het MdE-percentage vast op het totaal van de opgetelde percentages. Bijvoorbeeld: het verliezen van een arm en een been geeft een totaal Mde van 80%, namelijk twee maal 40%. Een hartinfarct geeft ook een Mde van 80%. Als het beeld van de persoon die arm en been verloren heeft in de ogen van de beoordelaar vergelijkbaar is met het beeld van de persoon met de hartinfarct, is 80% een correcte weergave van de totale invaliditeit.

4.3.3 *Discretionaire ruimte*

De vrijheidsgraden voor de beoordelende arts zitten op diverse niveaus:

Allereerst in het vaststellen van het causale verband tussen de oorzaak van de stoornis en de ontstane schade. De beoordelende medicus wordt geacht op basis van voorgeschiedenis en medisch objectieveerbare informatie een uitspraak te doen over de graad van verlies van capaciteiten. De kernvraag die hierachter ligt, is of de invaliditeit die beoordeelde claimt, wel het gevolg is van de stoornis die wordt gemeld. Er zijn voor het vaststellen van dit verband in de literatuur geen criteria of richtlijnen gevonden.

Ten tweede levert de indeling van de beperkingen ruimte op. De schaal deelt de beperkingen in klassen in en houdt hierbij een volgorde aan. Hierdoor zijn er stoornissen die niet in de schaal worden opgenomen, omdat ze nieuw zijn of omdat de schaal niet volledig is. Deze stoornissen vallen buiten de schaal en de beoordelaar heeft daardoor vrije interpretatie bij het vaststellen van een percentage.

Er is bovendien ruimte in de marges van percentages. De percentages in deze schaal staan niet vast en geven ruimte voor vrije invulling en vaststelling. Verder is er ruimte in het samenstellen van het gemiddelde van beperkingen. Hierover zijn geen voorschriften opgenomen. Daarbij is er ruimte in wat als Normaal moet worden gezien. Tenslotte is er ruimte in het schatten van beperkingen die er niet in staan en dat naar analogie van andere moet gebeuren.

4.3.4 *Toepassing*

De Duitse schalen welke worden gebruikt in het kader van militaire invaliditeit zijn vastgelegd in de 'Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz.' Wat globaal betekent: richtlijnen voor de medische deskundigheid inzake wetgeving op het terrein van sociale schadeloosstelling en invaliditeit. De richtlijn voorziet in definities en begrippen en geeft weer wat er beoordeeld wordt, wat een beoordeling betekent en wat de consequenties er van zijn. De Anhaltspunkte moeten zijn ontstaan in de jaren 20 van de 20^{ste} eeuw, en wel ivm oorlogsslachtoffers. Later hebben ze een bredere toepassing gevonden, met name in de sociale verzekering. In de schaal staan voorschriften voor de beoordelaar en het beoordelingsproces. Deze strekken ertoe de onbetrouwbaarheid te verkleinen. Literatuur over het succes daarvan is ons niet bekend.

Het proces van de beoordeling verloopt met deze schaal over diverse stappen en leidt niet tot een oordeel maar tot een advies. Vooraf aan de beoordelingen gaan de voorschriften over de professional die er mee moet werken: een extra gekwalificeerde arts die actief door het pensioenfonds gestimuleerd wordt om zijn normen te ijken aan die van andere artsen. De beoordeling mag op papier als er genoeg informatie is, anders moet het in een persoonlijk contact. Allereerst wordt de behandeling voorafgaand aan de beoordeling in ogenschouw genomen. Daarbij wordt gekeken naar wat er op dat moment reeds objectief bekend is over de invaliditeit. Daar waar onduidelijkheden ontstaan of zaken niet voldoende zijn onderzocht, kan een aanvullend (dossier- of lichamelijk) onderzoek ingesteld worden. De eerste bevindingen geven een algemeen beeld over de lichamelijke en psychische gesteldheid van de belanghebbende.

Vervolgens wordt er een oordeel gevormd over de aard van de gezondheidsklachten en de mogelijke implicaties er van. Zowel stoornissen als beperkingen moeten zoveel mogelijk in maat en getal worden beschreven, als functionele capaciteit. De beperkingen moeten eerst per subschaal (orgaansysteem) worden gewaardeerd en daarna volgt de middeling, zie boven. Resultaat is een rapport over bevindingen en diagnose en voorgesteld totaalpercentage en eventueel heronderzoek. Het uiteindelijke resultaat van

de beoordeling wordt in de vorm van een advies aan de verzorgende en uitkerende instanties meegedeeld. De beslissing over de verdere procedures (uitkeringsniveau, schadelast) wordt aan de uitkerende en verzorgende instanties overgelaten.

Naast concrete toetsingselementen voor de objectiveerbare stoornissen, bevat de schaal uitgebreide toelichtingen op begrippen. Daarbij voorziet de schaal in voorschriften waarin de positie van de beoordeling ten opzichte van de cliënt en de regels wordt uiteengezet. Nadrukkelijk wordt er in de omschrijving gesproken over een advies dat uitgebracht wordt en niet over een oordeel. Het enige oordeel dat wordt gevormd, betreft het causale verband tussen de stoornis en de invaliditeit.

De schatting van de MdE-graad geeft een beeld van de huidige situatie en zij geeft een prognose voor de toekomst. De termijn waarop er een nieuwe beoordeling plaatsvindt is in het algemeen 6 maanden, tenzij de MdE-schaal aangeeft dat dit niet nodig is. De MdE-schaal geeft zelf aan welke termijn bij specifieke stoornissen van toepassing is.

4.3.5 *Regie*

Deze schaal staat qua besturing eigenlijk tussen de wet aan de ene kant en medische richtlijnen aan de andere kant. De regie over deze schalen ligt bij het Ministerie van Sociale Zaken (Arbeit und Sozialordnung). De beoordelingsschaal wordt ontworpen door de afdeling 'Kriegsopferversorgung, Versorgungsmedizin und Rehabilitation'. Echter, nadrukkelijk in de schaal vermeld is dat deze overeen moet komen met de normen zoals deze bestaan in de medische wetenschap. De diagnoses en schade dienen niet of nauwelijks af te wijken van medische richtlijnen. Daarnaast dient de beoordeelaar gebruik te maken van de meest recente wetenschappelijke publicaties in zijn vakgebied.

De 'basis-criteria' staan beschreven in een document dat in 1983 is opgesteld. De meest recente wijzigingen zijn in 1996 doorgevoerd.¹⁷ Hier waren drie redenen voor:

- 1) Nieuwe kennis en toepassingen in de medische wetenschap,
- 2) veranderingen in de wet en,
- 3) ervaringen met het toepassen van de criteria.

Wat betreft de medische vooruitgang moest de schaal aangepast worden aan de invaliditeiten die een mens oploopt na het inbrengen van een pacemaker. De wetgeving is in zoverre veranderd dat er meer wetten van toepassing zijn geraakt op de beoordeling. Naast de invaliditeitswet zijn sinds 1996 ook rehabilitatie-wetten van toepassing op de criteria. De ervaringen die zijn opgedaan met de schalen, leren dat een aantal 'nieuwe' aandoeningen niet is meegenomen in de schalen van 1983, hetgeen leidde tot discussie en beroepszaken. Deze zijn er sinds 1996 aan toegevoegd.

Deze actualisering lijkt het gevolg te zijn van een roep uit de praktijk en niet van een systematische monitoring en evaluatie van de schalen. Er is dus geen verzekering dat de schaal regelmatig en tijdig wordt geactualiseerd.

Tijdens de actualisering van 1996 bleken enkele stoornissen gerelateerd aan immuunziekten en kanker te ontbreken. Deze zijn later toegevoegd. De schaal is vrij gedetailleerd en beschrijft per ziektebeeld het MdE-percentages.

¹⁷Raad van Europa 2001

4.4 België: graad van invaliditeit

4.4.1 *Risicobenadering*

Het risico dat gedefinieerd wordt in de 'Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van invaliditeit' is: de mate waarin iemands validiteit vermindert door een kwetsuur, ziekte of gebrekkigheid. Het uitgangspunt van deze schaal is dat er invaliditeit wordt geweergegeven. Invaliditeit wordt gedefinieerd als 'een toestand welke een gedeeltelijke of gehele vermindering van de fysische of psychische integriteit teweegbrengt.' Daarmee moet het concept van invaliditeit absoluut zijn. We moeten aannemen dat op deze wijze zowel beroeps- als andere activiteiten zijn opgenomen in het percentage, alleen is niet expliciet hoe dat is gebeurd.

Geheel valide mensen kunnen volgens deze schaal de vermogens, krachten en bewegingen op volkomen wijze laten samenwerken. Gehele validiteit wordt in de schaal op 100% gesteld. Nul procent valide betekent dus een volledig verlies van deze mogelijkheden. Vrij vertaald betekent dit dus dat met deze schaal in een percentage wordt geregistreerd in hoeverre de mogelijkheden van een persoon worden belemmerd door een stoornis.

De schaal maakt een onderscheid naar tijdelijke en blijvende invaliditeiten. Een blijvende invaliditeit is blijvend wanneer door geneeskundige behandeling geen verbetering meer te verwachten valt. Invaliditeit is tijdelijk als verbetering mogelijk is door medische behandeling.

4.4.2 *Systematiek van de schatting*

Het startpunt in de Belgische schaal is de aandoening. Echter, in de Belgische schaal loopt een aantal zaken door elkaar heen. De schaal geeft zeer gedetailleerd aandoeningen weer, de schaal zegt iets over de mate van de aandoening en de schaal geeft hierbij informatie over de te nemen stappen om het verband tussen de aandoening en het invaliditeitspercentage vast te stellen. Bijvoorbeeld: aandoeningen aan het ademhalingsstelsel. Hier worden aandoeningen weergegeven, zoals astma en chronische bronchitis, en de invaliditeiten (astma - 30 tot 80%, chronische bronchitis met kortademigheid 70 tot 100). Tegelijkertijd wordt er aangegeven dat de beoordeling van invaliditeit als gevolg van aandoeningen aan de ademhaling buitengewoon lastig is. Vervolgens worden er zes stappen genoemd die nodig zijn om de beoordeling te kunnen doen. Daarna worden er redelijk uitvoerige handreikingen gegeven over de beoordelingssystematiek (welk onderzoek moet men doen?). Met andere woorden, de schaal geeft op veel niveaus informatie: de stoornis, de invaliditeit, de criteria en de methodiek.

De schatting behelst een volledig beeld te geven van zowel de psychische als de fysieke invaliditeiten die een mens kan oplopen. De definitie van de invaliditeiten is in dit opzicht tamelijk ruim. In principe worden alle kwetsuren, gebrekkigheden en ziekten die leiden tot vermindering van de validiteit meegenomen.

Meervoudige invaliditeiten worden bij elkaar opgeteld en leiden tot een totale invaliditeitsgraad. Hierbij worden de invaliditeiten gerangschikt naar belangrijkheid.¹⁸ Vervolgens past men de regel van Balthasar toe: bij het berekenen van de totale invaliditeitsgraad wordt alleen van de eerste invaliditeit de werkelijke graad berekend. Van de volgende wordt deze graad berekend in verhouding tot de eerste graad. Als één invaliditeit leidt tot een graad van 100% zullen de andere invaliditeiten daarvan worden be-

¹⁸ Wat de definitie van de belangrijkheid is of hoe deze wordt beoordeeld is niet expliciet, het lijkt te gaan om het grootste percentage.

rekend, ten opzichte van de resterende validiteit. Een voorbeeld: persoon heeft twee invaliditeiten. Invaliditeit 1 is 60%. Invaliditeit 2 geeft een percentage van 10%. Na het vaststellen van invaliditeit 1, blijft er een restcapaciteit van 40% over. Invaliditeit 2 is dan 10% van de resterende 40%. Dat is dus 4%. De totale invaliditeit komt daarmee uit op 64%.

De Belgische schaal maakt in de raming van het totale percentage onderscheid tussen 'eenvoudige combinaties' en combinaties waar een 'rationele raming' nodig is. De eenvoudige combinatie wil zeggen: als er naast het letsel een tweede is waardoor het oorspronkelijke letsel verergert, mag de beoordelaar niet de twee maximale schadepercentages bij elkaar optellen. Evenmin is het toegestaan een globaal percentage toe te kennen dat lager ligt dan het te verwachten maximum. De beoordelaar dient in zo'n geval na te gaan welke stoornissen het gevolg zullen zijn van de verergering en op basis daarvan een schatting te maken van het totale invaliditeitspercentage.

Een rationele raming is van toepassing op het moment dat er sprake is van meervoudige letsels van dezelfde fysiologische aard. De medische beoordeling richt zich dan op de schatting van de totale schade van alle letsels op het ene aspect. De beoordelaar maakt dus een inschatting van de schade aan de locatie of bron waar de letsels zich bevinden. Er wordt gekeken naar het verlies aan fysiologische functie.

4.4.3 *Discretionaire ruimte*

Het streven is geweest om voor iedere denkbare aandoening een percentage toe te kennen. De grootste vrijheden lijken te zitten in de beoordeling van psychische aandoeningen. Hierover laat de schaal zich zeer algemeen en terughoudend uit. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen psychische aandoeningen en 'algemene ziekten.' De psychische aandoeningen betreffen voornamelijk psychiatrische beelden als manie, schizofrenie en manisch-depressiviteit. Overige 'geestesstoornissen' zijn ondergebracht bij stoornissen als gevolg van hersenaandoeningen. Onder de laatste categorie 'algemene ziekten' vallen ook enkele psychische klachten. Hoewel deze op hun beurt weer worden gekoppeld aan een specifieke oorzaak. Bijvoorbeeld, ziekten als gevolg van verblijf in een concentratiekamp.

Tevens is er een redelijke mate van vrijheid voor verzekeringsgeneeskundigen in het vaststellen van de uiteindelijke schade die de aandoening heeft veroorzaakt. In het algemeen lopen de percentages uiteen in klassen. De grootte van deze klassen is soms erg ruim en kan uiteenlopen van 10 tot 100%. Leeftijd speelt dan bijvoorbeeld een rol, of de mate waarin een aandoening optreedt.

4.4.4 *Toepassing*

De Officiële Belgische Schaal wordt gebruikt in het kader van verschillende regelingen zoals de ziekte-uitkeringen, uitkeringen voor oorlogsveteranen of arbeidsongeschiktheid. Volgens de wet kan de schatting gedaan worden door iedere geneesheer die zich beroepen voelt een indicatie te geven van de schade die iemand oploopt als gevolg van een stoornis. In de praktijk ligt deze taak vooral bij de Gerechtelijk-Geneeskundige Dienst. Deze dienst heeft de taak geneeskundige expertises te verrichten waarmee zij door de wetten in België is belast. De expertises betreffen personen die wegens fysieke of psychische schade een aanvraag voor een vergoeding of uitkering doen.

Het is de beoordelaar toegestaan zogenaamde trappende percentages van invaliditeit toe te kennen. Het uitgangspunt hierbij is dat een aanvrager ten tijde van de beoordeling een andere mate van invaliditeit heeft dan als de aanvrager overgaat tot het indienen van de officiële aanvraag voor een vergoeding of uitkering. Indien de beoordelaar op basis van medische kennis verwacht dat het invaliditeitspercentage zal veranderen, kan dit in een trappend percentage weergegeven worden.

Of tijdelijke invaliditeit wordt gehonoreerd hangt niet van de OBS af maar is afhankelijk van de regeling waarin hij gebruikt wordt. De beoordeling wordt na vijf jaar herzien. Hierbij dient de beoordelaar de uitkomsten van de eerste beoordeling mee te nemen in het eindoordeel en mag er geen trappend invaliditeitspercentage meer vastgesteld worden. Er kan om twee redenen van deze termijn afgeweken worden: 1) verergering van de invaliditeit of 2) vergissing in eerste beoordeling of nieuw feit.

Een opmerking bij de toepasbaarheid van deze schaal is dat niet duidelijk wordt welke schade wordt weergegeven. Het gaat om de vraag in hoeverre een persoon in de beoordeling als minder valide uit de bus komt. De beoordeling betreft de maat waarin de verminderde validiteit optreedt. De definitie van validiteit (vermogens, krachten en bewegingen op volkomen wijze laten samenwerken) geeft echter geen duidelijkheid over wanneer een persoon deze krachten en vermogens moet kunnen laten samenwerken: in het dagelijks leven of tijdens functionele bezigheden, zoals werk. De schade wordt kennelijk context-onafhankelijk gedefinieerd.

De schaal voorziet tevens in een vergoedingspercentage voor mensen die dusdanig geïnvaleideerd zijn dat zij met geen mogelijkheid meer voor zichzelf kunnen zorgen. De schaal geeft de kosten aan voor de zorg door een derde persoon.

4.4.5 *Regie*

De Officiële Belgische Schaal wordt vastgesteld door de regering en is voor verandering afhankelijk van wetgeving. Indien er met name vanuit het Ministerie van Volksgezondheid (en Gezin) nieuwe wetten worden opgesteld welke mogelijkerwijs invloed kunnen hebben op de status van de schaal, wordt er overgegaan tot een 'verversing' van de schaal. Het zou echter een misvatting zijn om te veronderstellen dat het uitsluitend de wetgever is die de status van de schaal beïnvloedt. Het advies van de Gerechtelijk Geneeskundige Dienst is evenzeer van belang. Indien de Dienst aanleiding ziet om de schaal aan te passen, laat zij dit weten en in het algemeen worden deze adviezen opgevolgd.

De status van de schaal is na een actualisering pas officieel nadat zowel de overheid als de Gerechtelijk Geneeskundige Dienst er een handtekening onder hebben gezet. De regie wordt dus gezamenlijk uitgevoerd. Waar de schaal echter niet in voorziet, is het aangeven van een periodieke termijn voor de herziening. Dit blijft ongewis en wordt in de literatuur verder ook niet aangegeven.

4.5 **Verenigd Koninkrijk: War pension**

4.5.1 *Risicobenadering*

Het risico dat benaderd wordt, is de mate waarin een persoon, vergeleken met een gezond persoon, als gevolg van psychische of fysieke schade beperkt is in zijn vermogens. De mate van beperking wordt omschreven als invaliditeit. In de Britse Barema: disability. De eenheid die door de Britse Barema vervolgens wordt weergegeven is de mate van invaliditeit.

4.5.2 *Systematiek van de schatting*

Deze schaal beschrijft aandoeningen. De manier waarop de schatting tot stand komt is door de invaliditeit van de persoon in kwestie af te zetten tegen een volledig niet-invalide persoon van gelijke leeftijd, gelijk geslacht en (indien mogelijk) gelijk beroep. Op basis van een inschatting waar een aantal instrumenten bij gebruikt wordt, wordt

vervolgens het invaliditeitspercentage vastgesteld. Alle invaliditeitspercentages van 20% of meer worden gezien als schade die vergoed moet worden.

De voorgeschiedenis wordt meegenomen en heeft invloed op de mate van invaliditeit. Tevens wordt het oordeel van andere, voorgaande behandelaars meegenomen in de schatting. Bovendien speelt mee, hoe lang het geleden is dat de beoordeelde nog verbonden was aan het Britse leger. Na zeven jaar dient de beoordeelde zelf het bewijs te leveren dat er sprake is van invaliditeit die op één of andere manier in relatie staat tot de periode dat hij heeft doorgebracht bij het Britse leger.

De beoordeling zegt iets over de huidige conditie van de persoon die beoordeeld wordt. Er zit geen informatie in over de toekomst. Er wordt geen prognose voor herstel meegewogen in de beoordeling. Indien de claim als 'redelijk' wordt beoordeeld, gaat de invaliditeitsbeoordeling van start. De mogelijkheid dat de belanghebbende herstelt wordt dan niet in ogenschouw genomen.

De informatie over meervoudige invaliditeiten is erg summier. Het is niet mogelijk om met meervoudige invaliditeiten boven de 100% uit te komen. Zodra twee invaliditeiten tot 80% of meer leiden, krijgt de beoordeelde een invaliditeitspercentage van 100% toegewezen.

4.5.3 *Discretionaire ruimte*

Er zit een grote mate van vrijheid in deze schaal. Om te beginnen is er de definitie van redelijk. De omschrijving van de schaal geeft aan dat de uitkomst van de beoordeling in eerste instantie redelijk moet zijn. Er is geen definitie van redelijk gegeven.

De schaal geeft informatie over de mate van invaliditeit. De vraag in welke relatie dit staat tot het principe van redelijk en onredelijk, is moeilijk te beantwoorden. Als iemand bij verlies van een duim 60% invaliditeit oploopt, is dit conform de Britse schaal, maar de beoordelaar heeft grote vrijheid in de eventuele bijstelling van dit percentage in verband met het redelijkheidsprincipe.

Ook zit er ruimte in de toekenning van het invaliditeitspercentage. Volgens de schaal hoeft de beoordelaar zich niet te beperken tot klassen van tientallen procenten en mag er best vanaf geweken worden. Dit is de vrijheid van de beoordelaar. Met andere woorden, de percentages uit de schaal zijn richtsnoeren en gelden zeker niet als definitief en leidend.

4.5.4 *Toepassing*

De schaal heeft de aandoening als startpunt. Wie de schaal gebruikt, ziet voor zich een lijst met aandoeningen en daarbij behorende percentages van invaliditeit. De manier waarop de beoordelaar tot zijn percentage komt, is weinig beschreven. De Engelse schaal gaat er vanuit dat de beoordelaar zelf over voldoende expertise en kennis beschikt om ofwel de beoordeling zelf te doen ofwel de juiste informatiebronnen in te schakelen.

Er wordt formeel op basis van de schattingen een advies uitgebracht aan de Minister van Binnenlandse Zaken. De beslissingen zijn ingekaderd in wetgeving en ad-hoc besluiten die tussentijds door de staf van het leger worden genomen. Er treden tussentijds dus wel wijzigingen op in de schaal, of in de uitvoering ervan.

Voor de medische beoordelaars is er een 'Medical adjudication guide' waarin de aandoeningen en hun (geschatte) invaliditeitspercentage worden beschreven. Momenteel bevat die gids ongeveer 300 ziektebeelden en men streeft ernaar zoveel mogelijk con-

sensus te vinden bij de beroepsgroepen. Het gebruik van de guide wordt echter ontraden. De WPA is van mening dat de beoordelingen voor het War Pension redelijk moeten zijn. In ieder geval niet onredelijk. Het blijft verder onduidelijk wat er onder 'redelijk' en onredelijk wordt verstaan.

De schaal geeft weer wat de invaliditeit is van de persoon die beoordeeld is. Dit is nodig om over te gaan tot het bepalen van de vergoeding van de schade. Voor het WPA biedt de schaal dus de informatie die nodig is. De gedetailleerdheid is niet groot. Er is een lijst van aandoeningen en condities die een mens kan hebben, maar de schaal zelf raadt af om daar gebruik van te maken. Het gaat om de inzichten van de beroepsgroep en het bereiken van een redelijk oordeel.

4.5.5 *Regie*

Een actualisering van de schaal heeft sinds de Tweede Wereldoorlog twee maal plaatsgevonden. In beide gevallen heeft de overheid een onafhankelijke commissie van experts ingeschakeld om te evalueren of de gebruikte maatstaven voor beoordeling nog geldig waren. De laatste actualisering vond plaats in 1967.

De regie over de schaal is verdeeld over de diverse organisaties die met de schaal te maken hebben. Dat zijn de Minister van Binnenlandse Zaken, de (medische- en niet medische-) beroepsgroepen en met name het 'War Pensions Committee (WPA)'. Het WPA is in feite belast met de uitvoering van de pensioenregelingen en ziet het meest kritisch toe op het gebruik van de schaal.

4.6 **Verenigde Staten: schedule for rating disabilities**

4.6.1 *Risicobenadering*

De schaal waarmee het leger van de VS werkt is vastgelegd in de *Code of Federal Regulations* en heet *Schedule for rating disabilities*. Het risico dat met deze schaal benaderd wordt is in welke mate invaliditeit leidt tot een verlies aan capaciteit om in dagelijks leven inclusief (militair en civiel) werk actief te zijn. Het uitgangspunt van deze schaal is de stoornis of de aandoening. Daaropvolgend wordt afhankelijk van de mate waarin deze optreedt een invaliditeitspercentage toegekend.

Psychische klachten worden in deze schaal meegenomen. Het gaat er om in welke mate het lichaam of psyche als geheel, of een onderdeel daarvan niet meer in staat is optimaal te functioneren. En wat daarvan de consequenties zijn voor het uitoefenen van ADL-activiteiten inclusief werk.

4.6.2 *Systematiek van de schatting*

De schaal geeft aan in welke mate een stoornis of beperking leidt tot een invaliditeitspercentage. Er is een aantal voorwaarden waar de invaliditeiten aan moeten voldoen, willen deze in aanmerking komen voor een beoordeling door de Veterans Administration. Allereerst mag de invaliditeit niet het resultaat zijn van opzettelijk wangedrag of opzet. Bovendien mag deze niet de resultante zijn van opzettelijke onoplettendheid. Daarbij worden claims niet in behandeling genomen als deze ontstaan zijn in een periode van ongeoorloofde absentie van de dienst. Tevens dient er de verwachting te zijn dat de invaliditeit blijvend kan zijn of blijvend is.

Er wordt in de *Schedule for rating disabilities* nadrukkelijk aangegeven dat iedere beoordeling dient plaats te vinden in relatie tot de voorgeschiedenis van de stoornis. Bij iedere beoordeling wordt alle benodigde medische informatie opgevraagd en beoor-

deeld. Als de beoordelaar van mening is dat bijvoorbeeld de kwaliteit van de rapportage niet voldoet of als verandering van (medisch) inzicht of verandering van klachtenpatroon leidt tot een ander invaliditeitspercentage, heeft dit consequenties voor de uitkomst van de beoordeling.

Voor meervoudige invaliditeiten kan teruggerepen worden naar de 'combined ratings table.' Een tabel waar de uitkomsten van alle denkbare combinaties van invaliditeitspercentages weergegeven worden (vergelijkbaar met die van de AMA-Guide). De zwaarste invaliditeit is altijd het startpunt, vervolgens wordt de tweede invaliditeit als percentage van de restcapaciteit toegevoegd. De tabel is een rekenhulp die directe uitkomsten weergeeft.

4.6.3 *Discretionaire ruimte*

Bij meervoudige invaliditeiten is een grote vrijheid wanneer het meer dan twee invaliditeiten betreft. Dit komt omdat de tabel die de beoordelaar moet helpen met het vaststellen van het uiteindelijke percentage exacte uitkomsten geeft tot en met twee invaliditeiten. Indien we te maken krijgen met drie of meer invaliditeiten mag er geschat worden, of met vijf procent afgerond naar boven.

Vrijheid zit ook in de beoordeling van de invaliditeit uitgaande van een aandoening die niet in de schaal voorkomt. De beoordelaar wordt in zo een geval geadviseerd een invaliditeitspercentage vast te stellen op basis van een aandoening die het meest lijkt op hetgeen de beoordeelde presenteert.

4.6.4 *Toepassing*

Het United States Army Physical Disability Agency (USAPDA) beschrijft de regels die van toepassing zijn op de beoordeling van de mogelijkheden van belanghebbenden in een aantal onderdelen. Namelijk het actieve leger (active army), de nationale garde en de reservetroepen (reserves). De eindverantwoordelijkheid over de USAPDA ligt bij de Minister van Defensie.

Het proces van beoordeling verloopt als volgt: de eerste beoordeling wordt gemaakt door de eerste arts waar de belanghebbende zich meldt. Dit kan dus ook in het regulier behandelcircuit zijn. Op het moment dat de beoordeelde verwacht dat zijn of haar aandoening kan leiden tot een blijvende invaliditeit vraagt deze een beoordeling aan door de Physical Evaluation Board (PEB) van het onderdeel waar de persoon werkzaam is. De PEB verzamelt informatie die nodig is om een beoordeling te kunnen maken. Als de PEB vaststelt dat aan de voorwaarden (zie volgende alinea) is voldaan, wordt het dossier overgedragen aan de Physical Review Council (PRC). De PRC beoordeelt in feite of de PEB gelijk heeft. Drie uitkomsten zijn mogelijk: 1) de uitspraak van de PEB wordt gehandhaafd, 2) de uitspraak van de PEB wordt ontkracht of 3) de PEB wordt verzocht het dossier opnieuw te behandelen omdat het PRC geen conclusie kon trekken. Formeel wordt de eindbeslissing genomen door de hoogste in rang van het onderdeel waar de beoordeelde in zit.

De Amerikaanse beoordeling wordt door een team uitgevoerd. Zowel de PEB als de PRC zijn commissies bestaande uit verschillende disciplines. Het is in de beschikbare literatuur niet goed terug te vinden welke disciplines aanwezig dienen te zijn. Minimum vereiste is overigens wel dat er een medicus in het team zit. Afgaande op voorlichtingsteksten voor cliënten kunnen we echter vaststellen dat er in het algemeen ook niet meer dan één arts betrokken is bij de beoordeling.

De regie over het beoordelingsproces ligt in eerste instantie bij de cliënt zelf. Hij moet zorgen dat het geheel op gang komt door vanuit het behandelcircuit de overstap naar de beoordeling van de 'disability' te maken. In de beoordeling zelf heeft de cliënt ech-

ter minder regie-opties. In deze fase neemt de commissie het over en beoordeelt voornamelijk op basis van dossiervorming, welke als het goed is reeds heeft plaatsgevonden in het voorstadium.

De eindbeslissing over de graad van invaliditeit ligt bij de hoogste in rang van het betreffende onderdeel en niet bij de commissie die de beoordeling uitvoert. In het algemeen blijken de adviezen van de commissies overgenomen te worden. Soms overstemt de rangorde de commissie. Hiertegen is voor zover bekend uit de literatuur geen beroepsprocedure mogelijk.

Over de toepasbaarheid en de bruikbaarheid van de Amerikaanse schaal bij defensie is weinig bekend. Op basis van de beschikbare literatuur is het niet mogelijk om een uitsplitsing te maken naar vakgebied. Onbekend blijft welke criteria gebruikt worden in de schatting van invaliditeiten. Dit wordt veroorzaakt doordat er een multi-disciplinaire beoordeling plaatsvindt. Het geneeskundig oordeel weegt hierdoor even zwaar als het oordeel vanuit de andere disciplines.

4.6.5 *Regie*

De regie over het model en de schalen ligt bij de Veterans Administration. Welke schalen gebruikt worden en hoe de toepassingen uitgevoerd dienen te worden, wordt door dit bureau bepaald, in samenspraak met het Ministerie van Defensie. De meest recente versie van de richtlijnen is afkomstig uit 1987. Er is op basis van de literatuur geen conclusie mogelijk over de regelmaat waarmee en wanneer de criteria en schalen worden geactualiseerd. Uitvoerige zoektochten hebben hierover geen informatie opgeleverd. Dit leidt tot de gedachte dat de schaal en systematiek uit 1987 de laatst ververste versie is. Het lijkt er dus op dat monitoring en evaluatie van de schalen niet of in beperkte mate plaatsvindt.

5 Vergelijking

De bedoeling van de WPC-commissie is om via een nadere analyse van de invaliditeitstabellen, die worden gebruikt bij de toepassing van de militaire pensioenvorschriften voor oorlogs- en dienstslachtoffers:

1. De voor en nadelen van de diverse schalen in kaart te kunnen brengen in relatie tot de AMA guide en de WPC schaal,
2. Een beredeneerde afweging te kunnen maken ten opzichte van eventuele alternatieven.

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van een aantal schalen, waarvan werd verondersteld dat ze het meest aansluiten bij de gegeven risicodefinitie van de WPC-commissie. In korte bewoordingen wordt nog eens aangegeven wat de vergelijkingscriteria waren en de scores van deze schalen hierop. De volgorde van de landen en de aspecten is dezelfde als in hoofdstuk 4. De volgende onderdelen zijn niet in de beschrijvingen van de schalen opgenomen omdat ze niet tot resultaten hebben geleid:

- Explicitering van de norm ADL en BDL;
- Fundering van de klassen en percentages;
- Voorwaarden aan de oorzaak;
- Empirie over gebruik en de effecten van de schalen;
- De invloed van jurisprudentie;
- Het ijken van de beoordelaars.
- Zijn de uitkomsten betrouwbaar?
- Hoe toegankelijk is de schaal?

De vergelijking is er puur en alleen om de WPC-commissie te ondersteunen in haar besluitvorming. Gezien de uitkomsten van het onderzoek verdient het aanbeveling dat de commissie in haar besluitvorming rekening houdt met de beperkingen die iedere schaal heeft. Ook moet rekening worden gehouden met het proces van schadebeoordeling waarin de schaal zijn functie moet hebben. Het blijft buitengewoon lastig uit de zes bestudeerde schalen een schaal aan te wijzen die qua systematiek en risicobenadering naadloos aansluit bij de wensen en verwachtingen van de WPC-commissie. In paragraaf 5.7 zullen we hier nog nader op in gaan.

5.1 Gehanteerde risicobenadering

- Welk risico geeft de schaal weer?
- Welke definitie wordt gehanteerd?
- Wat wordt in de schatting meegenomen en wat wordt er buiten gelaten? (Met name ADL- en BDL-beperkingen)¹⁹

¹⁹ ADL: Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, zoals eten, wassen, naar het toilet gaan en een huishouden voeren. BDL staat voor: Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen. BDL bevat naast de ADL ook de sociale interacties, omgaan met emoties, het onderhouden van relaties e.d.

<i>Gehanteerde risicobenadering</i>	
Nederland WPC	De mate van lichamelijke en geestelijke tekortkomingen en beperkingen, welke de belanghebbende in verhouding tot een geheel valide persoon van gelijke leeftijd in het dagelijks leven in het algemeen ondervindt.
AMA-guide	De mate waarin een mens beperkt is in zijn mogelijkheden om algemene dagelijkse activiteiten te verrichten, exclusief werk.
Duitsland	De mate van beperking als gevolg van een stoornis of handicap Onduidelijke afgrenzing beroep en ADL/ BDL
België	De mate waarin iemand niet meer in staat is vermogens, krachten en bewegingen volkomen te laten samenwerken, niet onderscheiden naar het dagelijks leven of functionele bezigheden zoals werk
Verenigd Koninkrijk	De mate waarin iemand verrichtingen niet meer kan uitoefenen, vergeleken met een volledig gezond persoon van gelijke leeftijd en gelijk geslacht en (indien mogelijk) gelijk beroep.
Verenigde Staten	De mate waarin beoordeelde in staat is taken en activiteiten uit te oefenen welke horen bij rang en waardering.

5.2 Systematiek van de schatting

- Wat geeft de schaal weer: diagnose, stoornis, beperking of handicap?
- Hoe ziet de schattingsbenadering er uit bij meervoudige invaliditeiten?
- Welke methodiek wordt gebruikt bij psychische invaliditeit?
- Wat betekent het ten aanzien van de restcapaciteit als de schaal 100% beperkingen aangeeft?

<i>Systematiek van de schatting</i>	
Nederland WPC	ADL + BDL beperkingen en diagnoses. Fysieke + psychische klachten Prognose: herbeoordelingen Voorgeschiedenis: wordt meegewogen Geen methodiek meervoudige invaliditeiten Voor psychische stoornissen: ieder geval als afzonderlijk probleem met individuele kenmerken beoordelen.
AMA-guide	ADL +BDL beperkingen Fysieke + psychische klachten Prognose: Statisch beeld Voorgeschiedenis: wordt meegewogen Meervoudige invaliditeiten: A + B (1-A) Psychische klachten beschouwen in relatie tot ADL, BDL, concentratievermogen en werk.. Vervolgens methode kiezen om invaliditeit vast te stellen.
Duitsland	Functionele capaciteiten (ADL + BDL + werkgebonden) Fysieke en psychische klachten. Psychische stoornissen per geval inschatten. Kijken naar persoonlijkheid, prestatievermogen en reactieve stoornissen (als gevolg van psychische klachten). Dan Mde vaststellen. Prognose: herbeoordelingen Medische voorgeschiedenis wordt meegenomen Meervoudige invaliditeit wordt gemiddeld.

België	Mn diagnoses Psychische en fysieke aandoeningen worden meegenomen. Aanpak bij psychische aandoeningen ontbreekt. Prognose: herbeoordelingen Meervoudige invaliditeiten: uitgaan van zwaarste handicap. Van volgende handicaps steeds de beperking tov restpercentage berekenen. Rationele raming.
Verenigd Koninkrijk	Mn diagnoses Niet valide persoon vergelijken met valide persoon van gelijk beroep. Prognose: eenmalige beoordeling Statisch Voorgeschiedenis en informatie behandelaars wordt meegenomen. Meervoudige handicaps tot 80%.
Verenigde Staten	Stoornissen en diagnoses (ADL inclusief werk). De ernst van de aandoening bepaalt de mate van invaliditeit. Fysieke +psychische klachten Prognose: statisch beeld Voorgeschiedenis Voor meervoudige invaliditeiten: combined ratings table.

5.3 Discretionaire ruimte

- Wat zijn voor de keuringsartsen de vrijheidsgraden?
- Waaruit bestaan de vrijheidsgraden?
- Waar zitten de vrijheidsgraden?

<i>Discretionaire ruimte</i>	
Nederland WPC	Oorzaak stoornis vaak vergelijkenderwijs Psychodiagnostiek zeer globaal Meervoudige invaliditeit Vaststellen percentages /marges ruim
AMA-guide	Gebruik richtlijnen niet dwingend Vrije inschatting psychische beperkingen in het dagelijks leven
Duitsland	Causaal verband tussen oorzaak stoornis en ontstane schade. Ruimte in categorisering van beperkingen. Marges van percentages, Ruimte bij schatting van beperkingen.
België	Ruime klassen, veel vrijheid in vaststellen invaliditeit. Vrijheid in vaststellen uiteindelijke schade.
Verenigd Koninkrijk	Redelijkheid als leidend principe. Klassen van tientallen procenten. Beoordelaar kan er van afwijken.
Verenigde Staten	Meervoudige invaliditeiten Onbekende aandoeningen

5.4 Toepassing

- Welke procesvoorschriften worden gegeven?
- Geeft de schatting een momentopname of wordt er een prognose voor herstel in de toekomst gegeven? (Tijdelijk of blijvend? / statisch of dynamisch?).

<i>Toepassing</i>	
Nederland WPC	Bevindingen tijdens het onderzoek zijn leidend Levert een minimaal percentage op waarvan mag worden afgeweken. Weinig informatie over ADL activiteiten
AMA-guide	Resultaat is “impairment rating” Diverse ingangen voor toepassing van de schaal kunnen worden gebruikt Informatie over inschatting beperkingen dagelijks leven.
Duitsland	Voorschriften voor beoordelingsproces. Algemene invaliditeit toe te spitsen op ADL/ BDL Resultaat is een advies. Persoonlijk contact is niet noodzakelijk. Beoordeling in principe om de 6 maanden.
België	Wordt gebruikt voor verschillende regelingen. In principe kan iedere medicus schaal gebruiken. Toegestaan trappende percentages toe te kennen. Na vijf jaar wordt beoordeling herzien. Voorziet in vergoedingspercentage voor mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen.
Verenigd Koninkrijk	Op basis van de schattingen wordt een advies uitgebracht. ‘Medical adjudication guide’ geeft geschatte percentages van invaliditeit weer. Weinig gedetailleerd.
Verenigde Staten	Regels beoordeling voorgeschreven door USAPDA. Multidisciplinaire beoordeling. Eindbeslissing afhankelijk van rang.

5.5 Regie

- Waar ligt de regie over de schaal? (Eigen regie versus afhankelijkheid)
- Wanneer wordt de schaal herzien en geactualiseerd?
- Hoe wordt de actualisering geborgd?

<i>Regie</i>	
Nederland WPC	Ministerie van Defensie WPC commissie voor actualisering Borging bottom up: wanneer vanuit beroepsgroep noodzaak wordt aangegeven, wordt er geactualiseerd. Herziening laatste 50 jaar niet gebeurt
AMA-guide	American Medical Association Actualisering vanuit beroepsgroepen Aanvullende Nederlandse Richtlijnen vanuit diverse specialisten Verenigingen. En bijscholing Regelmatig actualisering. Laatste herziening 2000.
Duitsland	Ministerie van Sociale Zaken (Arbeit und Sozialordnung) Actualisering na wetwijziging, ontwikkeling wetenschap, ervaringen. Geen systematische monitoring en borging. Laatste herziening 1996.

België	Ministerie van Volksgezondheid. Borging en monitoring vanuit Gerechterlijk geneeskundige dienst. Laatste herziening: begin jaren 70
Verenigd Koninkrijk	Diverse organisaties betrokken bij regie: Ministerie van Binnenlandse Zaken, WPA. Laatste actualisering 1967.
Verenigde Staten	Regie bij Veterans Administration. Samenspraak met Ministerie van Defensie. Laatste versie 1987.

5.6 Waardering van de schalen

Door de commissie is gevraagd een waardering te geven voor de verschillende schalen, zo mogelijk in de vorm van plussen en minnen per aspect. Dat zou de keuze van de commissie aanzienlijk vereenvoudigen. Het maken van zo'n waardering is echter niet zo eenvoudig.

- Ten eerste geldt dat er veel belangrijke aspecten zijn waarop van alle schalen onduidelijk is wat ze waard zijn.
- Ten tweede is de vergelijkbaarheid van de schalen ook in de wel beschreven items nogal beperkt.
- Ten derde bestaat elke schaal eigenlijk ook uit een verzameling spelregels aangaande het proces, de professionals en de bijsturing. Het verband daartussen is zo los dat je heel goed zou kunnen overwegen een spelregel van schaal a te combineren met de klassen van schaal b en met de context van schaal c.
- Ten vierde is de waarde van een schaal sterk afhankelijk van de manier waarop en de context waarin hij wordt gebruikt. Ook Hunscheid (1996) ontdekte dat een goede vergelijking op basis van bestaand materiaal niet doenlijk is.

Voor het ontwikkelen van een passende beoordelings- en schadeloosstelingspraktijk ligt het meer voor de hand om gebruik te maken van de sterke punten die aangaande bestaande praktijken in beeld zijn gekomen en dan, rekening houdend met de medische en bestuurlijke omgeving naar een nieuw proces met een passende invaliditeitstabel over te gaan.

5.7 Mogelijkheden om verder te gaan

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat een ideale schaal niet bestaat en dat bij de keuze voor een andere schaal dan de WPC-schaal heel veel meer komt kijken dan de kwaliteiten van de schaal zelf. Dit heeft betrekking op het volgende: de uitgangspunten van waaruit de beoordeling plaatsvindt (Kerncriterium, operationalisatie van ADL/BDL en van de gezonde soortgelijke), het instrument van de beoordeling (de schaal), de spelregels waarmee de schaal gebruikt wordt, de implementatie en bijzondere technische problemen.

Het is mogelijk om te kiezen voor één van de bestudeerde schalen en dan ligt de AMA-guide, conform de eerdere aanbevelingen uit 1992, voor de hand. De WPC-schaal moet inderdaad als verouderd worden beschouwd, terwijl een actualisering van deze schaal een enorme inspanning zou vergen. De Duitse schaal hanteert een risicodefinitie die in principe adequaat lijkt maar het vermoeden is gerechtvaardigd dat in de praktijk werk en ADL/BDL door elkaar lopen. Het is ook mogelijk om tot een modern en voor Defensie specifiek instrument te komen. Beide opties werken we op hoofdlijnen uit.

5.7.1 *De AMA guide*

Als gekozen wordt voor de AMA guide, dan zal Defensie zich nog moeten beraden op een aantal aspecten.

Het verdient aanbeveling om de term ADL/ BDL te operationaliseren en af te bakenen. Valt vliegen (reizen per vliegtuig) er wel of niet onder etc. Waarmee wordt vergeleken: de gezonde soortgelijke, van gelijke leeftijd, geslacht etc.

Het verdient aanbeveling om helder te maken op welke wijze omgegaan wordt met de aanvullingen die op de AMA-guide bestaan, m.n. vanuit de specialistenverenigingen. Dat geldt op de korte termijn maar ook op de langere termijn, inzake de regie. Op de korte termijn is met name het punt van de psychische klachten van belang; daarin speelt ook nog de werkwijze die bij de PUR wordt ontwikkeld.

Het verdient aanbeveling om de beoordelingsprocedure uit te werken zodat volstrekt eenduidig is op basis van welke informatie en afweging, welke beslissing genomen wordt. In dit kader is het opbouwen van voorbeeld-casusatiek zeer gewenst om de overtuiging te krijgen dat gelijksoortige gevallen vergelijkbaar worden geëvalueerd.

Voor zowel het ontwikkelen en gedragen krijgen van de uitgangspunten als voor het gemeenschappelijk maken van technieken is veel aandacht nodig voor de implementatie.

5.7.2 *Defensie specifiek model*

Ook kan men kiezen voor het maken van een eigen model waarin gegarandeerd wordt dat het eigen beleid naar moderne maatstaven in de beoordelingen tot uiting wordt gebracht. Dat zou gedaan kunnen worden door uit te gaan van de beschrijvingen van de ICF, daar een keuze uit te maken aangaande het ADL/ BDL begrip van Defensie, de waarden daarvan te ijken in panelonderzoek en een beoordelingsproces te maken dat daarop aansluit. Bijvoorbeeld kan dat uit gaan van dagelijkse activiteiten i.p.v. aandoening en stoornissen. Het zal duidelijk zijn dat dat veel werk met zich meebrengt. Voordeel zou kunnen zijn dat de status van de beoordelingen minder omstreken is en dat de regie gevoerd wordt door defensie zelf.

6 Bronnen

Boer W.E.L. de, A.M. Hazelzet, J.H.A.M. van Gerven. Vademecum Beoordeling Arbeidsmogelijkheden. Hoofddorp, 2002.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz. Bonn, 1983.

Cats, Van Donk, Kerkhofs en Stolk. Onderzoek naar schalen aan de hand waarvan de mate van invaliditeit vastgesteld kan worden. Heerlen, 1992.

Cocchiarella, Andersson. Guides to the evaluation of permanent impairment. American Medical Association. 2001.

Department of Veterans Affairs. Federal Benefits for Veterans and Dependents, part 4: Schedule for rating disabilities. Washington, 2003.

Graaf Th K de, H Hermse, WS de Loos, W Op den Velde. Aanbevelingen voor de beoordelingen van de causaliteit en de mate van posttraumatische psychische invaliditeit bij oorlogsveteranen. BNMO. Doorn 2003.

Hoenen J en Rebergen D Toepassing van de richtlijn Psychische klachten in de bedrijfsartsenpraktijk. Universiteit Utrecht 2003.

International classification of functioning, disability and health. World Health Organisation. Geneve, 2001.

Hundscheid W, Het gebruik van Barema's internationaal bekeken. Alphen aan den Rijn, 1997.

Kessel, JGFM Van, Arbeidsongeschiktheid van militairen, ambtenaren en werknemers. Amsterdam, 1981.

Lahaye D Schade aan de Mens deel 2, Maklu Antwerpen 1975.

Marin B (2003) Welfare studies and the OECD report 2003. in: Prinz 2003.

Matheson L N, M Kane, D Rodbard. Development of new methods to determine work disability in the united states. J Occ Rehab. Vol 11 nr 3. 2001. pp143-154.

Ministerie van Volksgezondheid en van het gezin. Officiële Belgische schaal ter bepaling van de graad van invaliditeit. Koninklijke Besluiten van 20 maart 1975, 2 juli 1975 en 6 januari 1976. Brussel, 1977.

Prinz C (2003) European Disability Pension Policies. 11 Country trends. European Centre, Vienna.

Raad van Europa. Assessing disability in Europe. Similarities and differences. Council of Europe. 2001.

Rondinelli D, Katz R, Impairment rating and disability evaluation. Philadelphia, 2000.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 67. Besluit Procedure Geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen. Staatsblad, 1997.

United States Army Physical Disability Agency, Army Public Affairs. Disability separation. Army regulation 10-59. Washington 1987.

Waddell G, ea (2003) Back pain, incapacity for work and social security benefits. An international literature review and analysis. Royal Society of Medicine Press. UK.

A Bijlage: aanvullende richtlijnen

Voor zover bekend worden er tussentijds door de beroepsgroepen verschillende aanvullende richtlijnen ontworpen op de AMA guide. Het voert te ver om deze richtlijnen hier op te nemen. Hieronder geven we weer welke de beroepsgroepen richtlijnen gemaakt hebben welke een officieel standpunt vertolken en specifiek gebouwd zijn op de AMA-Guides. Er zijn wel meer richtlijnen en ook in de maak maar die voldoen niet aan de geschetste criteria.

Beroepsgroep	Richtlijn en vindplaats
Nederlandse Vereniging voor Neurologie	Nederlandse richtlijnen voor de bepaling van invaliditeit bij neurologische aandoeningen 2002
Nederlandse Orthopaedische Vereniging	Richtlijnen van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging voor de bepaling van de mate van invaliditeit met betrekking tot de medische aspecten van verzekeringen 2002