

Uit:

**Gezondheidsraad, Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/14**

### **3 Toetsingskader**

Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, zo stelde de commissie vast in het vorige hoofdstuk, bestaat uit verzekeringsgeneeskundige rapportages met deskundige commentaren. De werkgroep Mediprudentie zag al in een vroeg stadium van haar werkzaamheden in dat het zeer behulpzaam zou zijn om te beschikken over een overzicht van aandachtspunten die bij het schrijven en beoordelen van zulke commentaren van belang zijn. De werkgroep nam zich voor een dergelijk overzicht gaandeweg te ontwikkelen, parallel aan de bespreking van afzonderlijke casus. Het in dit hoofdstuk te presenteren ‘Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’ is daarvan het resultaat. De commissie beschouwt dit geenszins als een eindproduct. Het ligt voor de hand dat in het voortgaande proces van mediprudentie-ontwikkeling ook het toetsingskader nu en dan bijstelling zal behoeven.

#### **3.1 Aandachtspunten**

Het ‘Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’ (zie ommezijde) bestaat uit een aantal aandachtspunten die in deze paragraaf successievelijk worden toegelicht.

## Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie

### Beoordeling functionele mogelijkheden

- Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met betrokkene aan de hand is, een beschrijving die in het licht van de beschikbare relevante kennis compleet, consistent en plausibel is?
- Zo ja:
  - heeft hij op grond hiervan overtuigend beargumenteerd of en, zo ja, welke beperkingen bij betrokkene aanwezig zijn?
  - op welke gronden (*evidence*, consensus, normen, wettelijke regels) baseert hij zich hierbij en zijn deze houdbaar?
- Zo nee, wat schort eraan? Hoe had hij tot een betere beschrijving kunnen komen (additionele informatie verzamelen, tijd nemen voor reflectie, intercollegiaal overleg, expertise aanvragen, deskundigheid bevorderen)?
- Heeft de verzekeringsarts zijn beoordeling op hoofdlijnen aan betrokkene meegedeeld en wordt uit het verslag duidelijk hoe deze daarop gereageerd heeft? Heeft hij eventuele verschillen van inzicht met betrokkene besproken en wordt duidelijk hoe hij tot zijn uiteindelijke beoordeling gekomen is?

### Beoordeling sociaal-medische voorgeschiedenis

- Is sprake van stagnatie van herstel en werkhervatting bij een aandoening waarbij in de regel het werk ruim binnen de termijn van twee jaar wordt hervat?
- Zo ja:
  - is de stagnatie geanalyseerd?
  - is de uitkomst van de analyse betrokken bij de evaluatie van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode?
  - is de uitkomst besproken met betrokkene en zo nodig met bedrijfsarts of behandelaar(s)?

### Beoordeling te verwachten beloop

- Is aannemelijk gemaakt wat de prognose is ten aanzien van de beperkingen en wanneer een herbeoordeling nodig is?

### Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling

- Heeft een adequate beoordeling plaatsgevonden van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding?
- Heeft de verzekeringsarts zo nodig overlegd met betrokkene en diens behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak?

### Dilemma's

- Staat de verzekeringsarts in deze casus voor dilemma's? Zo ja, heeft hij ze expliciet benoemd? Heeft hij zijn keuze(n) goed beargumenteerd? Komen uit de casus dilemma's voort voor andere betrokken instanties?

### Mediprudentie en jurisprudentie

- Is er mediprudentie of jurisprudentie over in relevante opzichten (bijvoorbeeld diagnose, normen, dilemma's, aard beperkingen) vergelijkbare casus en wat leert de vergelijking daarmee?

### Aanbevelingen

- Welke potentieel door onderzoek te dichten lacunes in kennis (over diagnostiek, bepaling functionele mogelijkheden, prognostiek, interventiemogelijkheden) blijken in de casus de verzekeringsgeneeskundige beoordeling te bemoeilijken?
- Welke suggesties voor de ontwikkeling (of herziening) van (bestaande) verzekeringsgeneeskundige richtlijnen/protocollen en welke aanbevelingen aan uitvoeringsorganisatie of wetgever komen voort uit de analyse van deze casus?

## Beoordeling functionele mogelijkheden

### *Een complete, consistente en plausibele probleembeschrijving*

Het is essentieel dat een verzekeringsarts in zijn rapportage op een gegeven moment – de ‘Beschouwing’ is daarvoor de geëigende plaats – zijn visie formuleert op wat er met de betrokkene aan de hand is. Hij heeft het aanwezige dossier bestudeerd, met het re-integratieverslag en de rapportages van eerdere beoordelaars en behandelaars, een beoordelingsgesprek gevoerd met de betrokkene, een medisch onderzoek verricht en zo nodig nadere informatie bij derden ingewonnen. Vervolgens staat hij voor de taak om zich op grond van deze, op verschillende wijzen en uit diverse bronnen verzamelde informatie, een oordeel te vormen over de vraag of bij betrokkene van een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen sprake is. Dit is de kerntaak van de verzekeringsarts en die taak behoort naar de mening van de commissie ook bij de becommentariëring in het kader van de opbouw van mediprudentie centraal te staan.

Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met de betrokkene aan de hand is, een beschrijving die in het licht van de beschikbare relevante kennis compleet, consistent en plausibel is? Beantwoording van deze lastige, maar cruciale vraag vergt een deskundige lezing van de casus als geheel. Al lezend bouwt de commentator zich een beeld op van wat in de onderhavige casus aan de orde is, hij weegt en interpreteert de gegevens die hij in de verzekeringsgeneeskundige rapportage aantreft in het licht van zijn kennis en ervaring en het zich gaandeweg vormende beeld van het geheel, toetst omgekeerd het totaalbeeld aan de afzonderlijke gegevens en komt zo gaandeweg tot zijn oordeel. Hij doet daarbij in wezen niets anders dan de verzekeringsarts die hij in de rapportage aan het werk ziet. De beoordeling, van de commentator zowel als van de verzekeringsarts, wordt gedreven door deskundigheid die gebaseerd is op medische kennis – bijvoorbeeld zoals samengevat in een verzekeringsgeneeskundig protocol – en professionele ervaring. De beoordelaar weet welke factoren – op het niveau van de functies en anatomische eigenschappen, op het niveau van de activiteiten, op het niveau van de maatschappelijke participatie, in de persoon en in de externe fysieke en sociale omstandigheden\* – voor de beoordeling relevant kunnen zijn. Doordat hij begrijpt hoe deze factoren in wisselwerking met elkaar kunnen samenhangen, is hij in staat eventuele inconsistenties op te sporen en zich een beeld te vormen van de samenhang die in dit geval met een zekere plausibiliteit aan de orde is.

De beschrijving van die samenhang moet volledig zijn in die zin dat alle aanwezige stoornissen en beperkingen en alle problemen bij de deelname aan arbeid zijn beschreven. De inschatting van de plausibiliteit van de beschrijving door de verzekeringsarts impliceert bovendien een beoordeling van de volledigheid van de beschikbare informatie. Wanneer teveel wezenlijke informatie ontbreekt is een goede inschatting van de plausibiliteit van de beschrijving onmogelijk. Welke informatie wezenlijk is verschilt van geval tot geval, maar, om de gedachten

---

\* Deze opsomming van typen factoren die relevant zijn voor de beoordeling is gebaseerd op de systematiek van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Zie ook de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.

te bepalen: informatie over de claim van de verzekerde (wat zijn de door hem ervaren belemmeringen om te functioneren?), medische aspecten in engere zin (symptomen, klachten, onderzoek, behandelingen, actueel en in het nabije verleden), het functioneren in arbeid, de thuissituatie, het herstelgedrag, relevante kenmerken van de persoonlijkheid en de toekomstvisie van de betrokkene, zal in de meeste gevallen niet mogen ontbreken.

### ***Beargumentering van beperkingen***

Wanneer de verzekeringsarts een consistente en plausibele visie heeft geformuleerd op wat er met de betrokkene aan de hand is, heeft hij een belangrijk deel van zijn werk gedaan. De volgende stap die hij moet zetten is die van de beoordeling of datgene wat er aan de hand is behoort tot het domein van ziekte, in de geest van de wet: Is er sprake van een consistente samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen?<sup>6</sup> De verzekeringsarts zal overtuigend moeten beargumenteren waarom dit al of niet het geval is. Daarmee heeft hij in de kern ook de vraag naar de beperkingen beantwoord. Maar de vereiste gedetailleerde beoordeling van de beperkingen vergt ook een meer toegespitste argumentatie waarom deze beperkingen, met deze mate van ernst, al dan niet door de verzekeringsarts als aanwezig worden aangenomen. Voor de commentator rijst onder meer de vraag of de ex- en impliciete gronden waarop de verzekeringsarts zijn argumentatie baseert in het licht van de wettelijke regels, de beschikbare *evidence*, de professionele consensus en relevante algemeen aanvaarde normen houdbaar zijn.

### ***Hoe een betere probleembeschrijving mogelijk was geweest***

In het geval dat de ‘beschrijving van wat er aan de hand is’ duidelijk te wensen overlaat, is de volgende vraag die de commentator zich moet stellen hoe hij denkt dat het beter had gekund. Had de verzekeringsarts additionele informatie kunnen verzamelen en hoe dan? Had hij de tijd moeten nemen om met collega’s te overleggen? Had hij het oordeel van een deskundige moeten inroepen? Of lijkt het erop dat hij zijn eigen kennis en vaardigheden beter op peil moet brengen?

### ***Bespreking van verschillen van inzicht***

Of de probleembeschrijving voldoet of niet, de verzekeringsarts zal in de meeste gevallen een (voorlopige) conclusie bereiken over de beperkingen die hij aanwezig acht. Uit zijn rapportage zal moeten blijken dat hij deze conclusie aan de verzekerde heeft meegedeeld en hoe deze daarop gereageerd heeft. Duidelijke verschillen van inzicht zal hij met de betrokkene moeten bespreken. Deze krijgt daardoor de kans aanvullende informatie te geven of zijn zienswijze nader toe te lichten en daarmee de verzekeringsarts op andere gedachten te brengen. Maar ook als de verzekeringsarts de kans gering acht dat hij zich alsnog zal laten overtuigen, is de bespreking van de belangrijkste verschillen van inzicht van belang. Het geeft de verzekeringsarts de mogelijkheid om zijn beoordeling tegenover de betrokkene te motiveren en zo te bevorderen dat er, ondanks het verschil van inzicht, een constructief gesprek op gang komt. Bovendien zal hij in zijn rapportage moeten laten zien hoe hij, gehoord de tegenwerpingen van de betrokkene, tot zijn uiteindelijke beoordeling gekomen is.

## **Beoordeling sociaal-medische voorgeschiedenis**

In vele gevallen komen verzekerden aan de poort van de WIA met aandoeningen die in het algemeen niet leiden tot twee jaar ziekteverzuim. De vraag rijst dan waardoor bij deze personen functioneel herstel is uitgebleven. Een zo goed mogelijke beantwoording van die vraag is voor verzekeringsartsen om te beginnen van belang om zich een goed beeld te kunnen vormen van wat er op dit moment met de persoon in kwestie aan de hand is en daarmee voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden. Maar ook los daarvan is de ‘analyse van de stagnatie van het herstel’ van belang: voor de evaluatie van de medische aspecten van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode (de ‘poortwachertoets’), voor het stellen van de prognose en voor het beoordelen van de huidige en geïndiceerde behandeling. De analyse kan ook leiden tot feedback aan bedrijfsarts of behandelaars die bij het voortraject betrokken waren. Zoals eerder toegelicht (zie 2.2) gaat het hier om een relatief nieuwe verzekeringsgeneeskundige taak die door de ontwikkeling van 3B-richtlijnen ondersteund zou kunnen worden.

## Beoordeling te verwachten beloop

Het beoordelen van het te verwachten beloop of, met andere woorden, het stellen van de prognose, is van belang voor de door de WIA vereiste beoordeling van de duurzaamheid van volledige arbeidsongeschiktheid, voor de beoordeling van behandeling en begeleiding en voor de planning van herbeoordelingen. Het is vaak een lastige taak. De beschikbare statistische gegevens over het beloop van aandoeningen en over de voorspellende waarde van prognostische factoren bieden bij de beoordeling van individuele gevallen meestal maar beperkt houvast. Het commentaar zal zich richten op de vraag of, naar het zich laat aanzien, datgene wat gezegd kan worden, is gezegd en of dat wat gezegd is, voldoende wordt onderbouwd.

## Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding

De verzekeringsgeneeskundige protocollen bevelen de verzekeringsarts aan om te beoordelen of de lopende behandeling en begeleiding in het licht van de geldende maatstaven adequaat is. Zo niet, dan is de aanbeveling om met de betrokkene en diens behandelaar(s) of begeleider(s) te overleggen over het opstellen van een medisch plan van aanpak: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken? De uitoefening van ook deze nieuwe beoordelingstaak zou bij de totstandkoming van 3B-richtlijnen gebaat zijn.

## Dilemma's

Wanneer in een beoordelingssituatie dilemma's aan de orde zijn is het van belang dat verzekeringsartsen deze herkennen en in hun rapportage benoemen. Dat is bevorderlijk voor de kwaliteit van de afwegingen die aan de beoordeling ten grondslag liggen en kan bijdragen aan de inzichtelijkheid van hun argumentatie. Verzekeringsartsen opereren in een spanningsveld tussen de belangen van de verzekerde en die van de maatschappij. Zij komen daardoor niet zelden voor situaties te staan waarin ze moeten kiezen tussen handelingsopties die ieder hun

eigen bezwaren hebben. Dilemma's die in de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening met enige regelmaat aan de orde zijn gaan bijvoorbeeld over:

- kwaliteit versus kosten: De kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zou niet zelden gebaat zijn bij de inzet van meer tijd en middelen.
- solidariteit versus autonomie: Mensen zijn vrij in het kiezen van behandelaars en behandelingen. Anderzijds vloeien uit de solidariteit die de basis vormt van de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, voor verzekerden niet alleen rechten voort, maar ook de verplichting om mee te werken aan effectieve behandelingen.
- responsiviteit versus rechtsgelijkheid: De toepassing van de criteria voor het al dan niet honoreren van een uitkeringsclaim vraagt om ruimte voor de beoordelaar om de bijzondere kenmerken van ieder individueel geval in de beoordeling te kunnen betrekken. Maar wanneer de beoordelaar zich teveel ruimte toe-eigent, komt de rechtsgelijkheid in gevaar.

Overigens is niet altijd de individuele verzekeringsarts degene die bij een dilemma voor de belangrijkste keuze staat. Dat kan ook de uitvoeringsorganisatie, de schrijver van professionele richtlijnen of de wetgever zijn. Het laatste van de bovengenoemde drie typen dilemma's kan bijvoorbeeld voor een individuele verzekeringsarts geen probleem zijn – hij doet eenvoudig wat hij altijd moet doen: de algemene regels zo goed mogelijk toepassen in het individuele geval – maar kan dat wel zijn voor de uitvoeringsorganisatie of de wetgever die bepaalde regels hebben vastgesteld. Zij zullen zich, wanneer ze zien hoe de regels in de praktijk door verzekeringsartsen worden toegepast, moeten afvragen of de resultaten van die toepassing overeenstemmen met hun opvatting van rechtsgelijkheid. Voor de commentator vormen dilemma's een belangrijk aandachtspunt. Het zijn keuzen waarmee vaak geworsteld wordt, maar waaraan soms ook te makkelijk wordt voorbijgaan. Het expliciteren en analyseren ervan kan een belangrijke bijdrage leveren aan het leerproces van individuele verzekeringsartsen, de beroepsgroep en andere betrokken instanties.

## Mediprudentie en jurisprudentie

Als er mediprudentie of jurisprudentie is over in relevante opzichten vergelijkbare casus, dan zal de commentator deze bij het schrijven van zijn commentaar moeten betrekken. Naarmate de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie meer gezag verwerft, zal de eis dat de relevante mediprudentie geraadpleegd en bij de beoordeling betrokken moet worden, steeds nadrukkelijker ook aan de praktiserend verzekeringsarts gesteld kunnen worden.

## Aanbevelingen

Het ontwikkelen van mediprudentie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het identificeren van kennislacunes die door onderzoek te dichten zouden zijn. Er kunnen ook suggesties uit voortkomen voor de ontwikkeling of herziening van verzekeringsgeneeskundige richtlijnen en protocollen. Met name de beschouwing van de gesignaleerde dilemma's zou kunnen leiden tot aanbevelingen aan het adres van bijvoorbeeld de uitvoeringsorganisatie of de wetgever.

## 3.2 Toepassing en herziening

Het 'Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie' is, zoals alle elementen van een dynamisch, professioneel kwaliteitssysteem, niet in steen gehouwen. Het is veeleer te beschouwen als een voorlopige neerslag van het denken over de kwaliteit van verzekeringsgeneeskundige beoordelingen. Als zodanig zou het niet alleen behulpzaam kunnen zijn bij het identificeren van rapportages waaruit belangrijke lessen te trekken zijn en bij het schrijven en toetsen van commentaren, maar zou het ook een rol kunnen spelen in opleiding, deskundigheidsbevordering, intercollegiale toetsing, casuïstiekbesprekingen en kwaliteitsbewaking. Omgekeerd zouden van deze kwaliteitsbevorderende activiteiten impulsen kunnen uitgaan om het toetsingskader bij te stellen.