

KWALITEITSCRITERIA VOOR DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

INLEIDING

JANUARI 2014

MEDIPRUDENTIE

Dit rapport met kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling is opgesteld binnen het kader van het project 'Patiëntenperspectief op Mediprudentie' (POM).

In 2005 heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om mediprudentie te ontwikkelen als één van de manieren om de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verbeteren¹. Mediprudentie is door de raad omschreven als *'het opstellen van casusbeschrijvingen waarin de argumentatie specifiek is uitgewerkt en van gezaghebbend commentaar voorzien'* om te komen tot *'een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages'*.

Het doel van mediprudentie is de verzekeringsgeneeskundige praktijk te verbeteren op drie vlakken:

- Professionele kwaliteit
- Rechtsgelijkheid en rechtszekerheid
- Transparantie²

De Gezondheidsraad heeft vervolgens zelf enkele verkenningen op het gebied van mediprudentie uitgevoerd en parallel daaraan een toetsingskader opgesteld. In 2008 is binnen het uitvoeringsinstituut UWV een begin gemaakt met de daadwerkelijke ontwikkeling van mediprudentie. Sinds 2009 is de Nederlandse vereniging voor verzekeringsgeneeskunde (NVVG) hierbij betrokken, eerst in de voorbereidingscommissie, daarna in de commissie Mediprudentie Commissie NVVG UWV (commissie MENU).

Het bijeenbrengen en becommentariëren van de casuïstiek wordt in de eerste plaats uitgevoerd door de beroepsgroep van verzekeringsartsen, verbonden aan UWV en georganiseerd in de NVVG, en enkele andere professionals. De Gezondheidsraad stelt in haar advies echter dat ook de ervaringskennis van zieke werknemers bij het maken van mediprudentie gebruikt moet worden. In 2007 heeft de toenmalige minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Donner dan ook gesteld dat patiënten/cliënten bij de ontwikkeling van mediprudentie moeten worden betrokken³.

Om vorm te geven aan een bijdrage vanuit deze groep hebben de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid (Steungroep), de Whiplash Stichting Nederland (WSN) en de Nierpatiëntenvereniging Nederland (NVN) het project 'Patiëntenperspectief op Mediprudentie' (POM) opgezet. Doel was om te onderzoeken en te laten

¹ Gezondheidsraad, 2005

² Gezondheidsraad, 2007

³ Jansen, Mediprudentie biedt kans op betere keuringen, 2008

zien hoe dit perspectief een plaats kan krijgen bij de ontwikkeling van mediprudentie, door gevalsbeschrijvingen en commentaren uit te werken over onderwerpen die vooral vanuit het oogpunt van de mensen die worden beoordeeld van belang zijn. Daarbij werd een werkwijze ontwikkeld die ook door andere patiëntenorganisaties te gebruiken is.

AANVULLING TOETSINGSKADER GEZONDHEIDSRaad

In het 'Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie' heeft de Gezondheidsraad aandachtspunten voor de commentaren in het kader van mediprudentie opgesteld (zie bijlage). Dit toetsingskader bevat algemene criteria. Deze bevatten in het algemeen ook de belangrijkste vereisten vanuit het perspectief van de cliënt. Zo hechten de deelnemende patiëntenorganisaties veel waarde aan de criteria die de Gezondheidsraad heeft geformuleerd over de beoordeling van de functionele mogelijkheden⁴:

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:

- o heeft hij op grond hiervan overtuigend beargumenteerd of en, zo ja, welke beperkingen bij betrokkene aanwezig zijn?
 - o 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?

Born

Oorspronkelijk was het vanuit het project POM de opzet om de criteria aan te vullen met en toe te spitsen op criteria vanuit patiëntenperspectief. Gaandeweg constateerden wij echter dat er bij de deelnemende organisaties niet zozeer behoefte was aan criteria voor de ontwikkeling van mediprudentie maar eerder aan een hieraan voorliggende set kwaliteitscriteria voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het algemeen. Het bleek van belang om eerst de voorwaarden te formuleren waaraan moet worden voldaan om vanuit patiëntenperspectief te kunnen spreken van een kwalitatief goede beoordeling. Dit is uitgemond in dit rapport: een aanzet voor een op zichzelf staande set kwaliteitscriteria voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling vanuit patiëntenperspectief.

WERKWIJZE

Het onderzoek is gestart met het inventariseren van wat er al bekend is over kwaliteitscriteria die van belang zijn voor patiënten in het algemeen. Vervolgens is er een inventarisatie gemaakt van de

⁴ Gezondheidsraad 2007, p.32 (Het complete toetsingskader mediprudentie vindt u in de bijlage)

onderwerpen en aandachtspunten vanuit patiëntenperspectief die relevant zijn bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het bijzonder.

Op basis daarvan is een groslijst van aandachtspunten en mogelijke criteria opgesteld. Deze zijn voorgelegd aan patiënten(organisaties). De zo verkregen aanvullingen en opmerkingen zijn in dit rapport verwerkt tot een eerste set kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

Het is de bedoeling dat de criteria gebruikt zullen worden als:

- uitgangspunt voor patiëntenorganisaties voor overleg met de beroepsgroep van verzekeringsartsen en met uitvoeringsinstellingen over het verder ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en kwaliteitsverbetering;
- hulpmiddel voor individuele cliënten om na te gaan of de beoordeling goed verlopen is.

Wij pretenderen hiermee overigens geen volledigheid. Dit document is een eerste aanzet die uitdrukkelijk open staat voor verdere aanvulling en ontwikkeling.

Kwaliteitscriteria, kwaliteitsbeleid en kwaliteitsinstrumenten op het gebied van sociaal medisch handelen zijn tot nu toe voornamelijk door de uitvoeringsinstanties en beroepsgroepen ontwikkeld. De laatste jaren is er meer ruimte gekomen voor de inbreng vanuit de cliënten. Van 2005 tot 2010 zijn bijvoorbeeld in toenemende mate patiëntenorganisaties betrokken bij het opstellen van de verzekeringsgeneeskundige protocollen, kwaliteitsinstrumenten voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Dat is een positieve ontwikkeling. De sociale verzekeringen op het gebied van ziekte en arbeidsongeschiktheid zijn immers opgezet ter bescherming van de bestaanszekerheid van zieke werknemers c.q. burgers. Zij zijn de primair belanghebbenden die direct of indirect, premie betalen voor deze verzekeringen. Daarom is het noodzakelijk dat de voorwaarden en uitvoeringseisen niet eenzijdig door de uitvoerders worden bepaald, maar evenzeer door de verzekerden. Daarbij kunnen cliënten een waardevolle inhoudelijke bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering en wordt door patiëntenparticipatie het draagvlak voor de wijze van uitvoering bij de verzekerden vergroot.⁵ Zo kunnen patiënten- en cliëntenorganisaties met hun ervaringsdeskundigheid bijdragen aan een betere inschatting van de arbeidsmogelijkheden, wat een grotere maatschappelijke participatie kan bevorderen en het aantal bezwaar- en beroepsprocedures kan beperken.

Het is dus hoog tijd om te inventariseren wat cliënten zelf van belang vinden bij de uitvoering van de sociale verzekeringen in het algemeen en bij de claimbeoordeling in het bijzonder. Daarbij willen we waar mogelijk aansluiten bij kwaliteitsinstrumenten die al zijn ontwikkeld. In de zorg bestaat al langer aandacht voor het patiëntenperspectief en cliëntenparticipatie. We beginnen daarom met een beknopt overzicht van de belangrijkste uitgangspunten en instrumenten voor de inbreng van het patiëntenperspectief bij kwaliteit van zorg.

1 PATIËNTENPERSPECTIEF OP KWALITEIT IN DE ZORG

Wat zijn nu belangrijke kwaliteitscriteria voor patiënten zelf? Wat is het patiëntenperspectief nu eigenlijk? Het is niet gemakkelijk om daar antwoorden op te formuleren. In verschillende situaties kan de nadruk liggen op verschillende kwaliteitsaspecten. Zo zal in een levensbedreigende situatie de effectiviteit van zorg voorop staan. Bij chronische aandoeningen zal het accent eerder liggen op de kwaliteit van leven, het respect voor de autonomie van de patiënt en bejegening.

Daarnaast hebben individuen zeer uiteenlopende voorkeuren, behoeften en belangen. Delnoij⁶ maakt een onderscheid tussen twee soorten 'zorgconsumenten': zij die gericht zijn op de uitkomst ofwel het resultaat – de 'actieven' - en zij die gericht zijn op het proces, het vertrouwen, de relatie – de 'passieven'.⁷ Motivaction onderscheidt op basis van levensinstelling en persoonlijke waarden acht typen zorgcliënten: volgzaam, consumptiegerichte, gemakgerichte, luxegerichte, resultaatgerichte, kwaliteitsgerichte, eigenzinnige en maatschappijkritische. Deze kunnen in hoofdlijnen worden teruggebracht tot drie sterk onderscheiden groepen: de minder redzame, de pragmatische en de maatschappijkritische zorgcliënten.⁸

Het is dus belangrijk om voor ogen te houden dat 'de patiënt' niet bestaat. Toch is het wel degelijk mogelijk specifieke criteria vanuit patiëntenperspectief te ontwikkelen. In Nederland zijn op dit moment veel

⁵ Abma & Broerse, 2007

⁶ Bijzonder hoogleraar Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief aan de Universiteit van Tilburg en hoofd van het Kwaliteitsinstituut voor de zorg

⁷ Delnoij, 2008

⁸ Motivaction, Praktijkindex, & Berkhout, 2009

initiatieven gericht op de verbetering van de kwaliteit van zorg. Hieronder zullen we enkele relevante projecten op dit gebied kort beschrijven: de Consumer Quality Indexen (CQ-indexen) en PROMs en de kwaliteitscriteria die zijn opgesteld binnen het project Kwaliteit in Zicht (KiZ).

1.1 CQ-INDEXEN EN PROMS

Consumer Quality Indexen (CQI) zijn standaardmethodes waarbij door middel van vragenlijsten klantenervaringen in de zorg worden verzameld en statistisch geanalyseerd. Er bestaan ziektespecifieke indexen en indexen die gericht zijn op klantervaringen binnen bepaalde zorginstellingen en organisaties. Elke index bevat kernvragen over: bereikbaarheid en toegankelijkheid van de instelling of behandelaar; communicatie en informatieverstrekking; bejegening, respect, aandachtig luisteren de tijd nemen en serieus genomen worden; de mate waarin de patiënt kan meebeslissen; beoordeling van de behandelaar, zorg of instelling; de achtergrondkenmerken van de patiënt. De vragen worden achteraf gesteld aan individuele patiënten en zijn vooral gericht op het meten van vertrouwen en interpersoonlijke relaties. De indexen zijn opgesteld door het Centrum Klantervaring Zorg, dat inmiddels is opgeheven en sinds 2013 wordt voorgezet door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het gebruik van de indexen wordt gesteund door het ministerie van VWS en de meeste partijen in de zorg. De resultaten van de metingen worden onder meer gebruikt voor de website www.kiesbeter.nl, een website van de overheid voor zorgconsumenten, gemaakt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) is een relatief nieuw ontwikkelde methode om metingen te kunnen doen vanuit het perspectief van de patiënt. Uitgangspunt van deze methode is dat patiënten de beste bron van informatie zijn over de effectiviteit van medische behandeling en zorg. Op dit moment worden specifieke vragenlijsten ontwikkeld per zorgtraject.

CQI's en PROMS worden gebruikt door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er zijn ook initiatieven van de kant van patiëntenorganisaties om CQI's te ontwikkelen, bijvoorbeeld over chronische pijn. Metingen en analyses worden uitgevoerd door gespecialiseerde, gecertificeerde bureaus.

1.2 KWALITEIT IN ZICHT (KIZ)

Voor onze criteria voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling vinden wij echter meer aansluiting bij het programma 'Kwaliteit in Zicht' (KiZ). KiZ is opgezet door en voor patiënten en hun organisaties. Het gaat hier niet om de ontwikkeling van gevalideerde vragenlijsten maar eerder om het opstellen van de kwaliteitscriteria zelf.

Het programma is uitgevoerd door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). Een organisatie die uitgaat van het patiëntenperspectief. Kwaliteit in Zicht is een samenwerkingsverband van diverse organisaties⁹. De in dit programma ontwikkelde instrumenten hebben tot doel de patiënten te informeren over de (kwaliteit van) zorg van zorgaanbieders, patiënten te ondersteunen in hun keuze voor een zorgaanbieder en zorgaanbieders en zorgverzekeraars te stimuleren zorg te leveren, respectievelijk in te kopen, die voldoet aan de wensen van patiënten.¹⁰ De patiënten-ervaringen worden gepubliceerd via de website www.zorgkaartnederland.nl.

⁹ Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Diabetesvereniging Nederland (DVN), Astma Fonds/Longpatiëntenvereniging, Reumapatiëntenbond, Vereniging Spierziekten Nederland (VSN), de Hart&Vaatgroep, Zorgbelang Nederland en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

¹⁰ Winters, Wammes, Ouwens, & Faber, 2012

Op basis van de gezamenlijke kennis en deskundigheid, literatuur en instrumenten van de deelnemers aan het programma Kwaliteit in Zicht is een basis-set met algemene vereisten gemaakt. Daarnaast zijn er voor een aantal aandoeningen specifieke kwaliteitscriteria ontworpen. De basis-set bestaat uit een aantal algemene, thema overstijgende criteria (fig. 1) gevolgd door een matrix met tien thema's waarin criteria zijn opgenomen die aansluiten bij de behoeften van patiënten in bepaalde fasen van het ziekte- c.q. zorgproces (fig. 2).¹¹

Fig. 1

Thema overstijgende kwaliteitscriteria KiZ

- De zorgverlener stelt de kwaliteit van leven van de individuele patiënt centraal in de zorg.
- De zorgverlener verleent patiëntgerichte zorg die is afgestemd op de voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de individuele patiënt.
- De zorgverlener verleent zorg volgens de laatste richtlijnen, (zorg)standaarden, protocollen, procedures en (regionale) samenwerkingsafspraken. Wanneer hij hiervan afwijkt, bespreekt hij dit vooraf met een collega en andere betrokken zorgverleners, motiveert hij het afwijken aan de patiënt en legt hij dit vast in het medisch dossier.
- De zorgverlener is op de hoogte van eventuele andere aandoeningen van de patiënt en stelt de totale ziektelast van de patiënt vast.
- De zorgverlener waarborgt de privacy van de patiënt.
- De zorgverlener legt alle afspraken met de patiënt vast.
- De zorgverlener betreft, in overleg met de patiënt zelf, naasten van de patiënt bij de zorg in alle fasen.
- De patiënt heeft vrije keuze van zorgaanbieder en zorgverlener.
- De zorgverlener stelt in samenspraak met de patiënt de behandeldoelen vast en bespreekt de verwachtingen van patiënt en zorgverleners hierbij. Zij overleggen en werken samen om de afgesproken behandeldoelen te bereiken.
- De zorgaanbieder betreft patiënten(organisaties) bij het inrichten en verbeteren van de zorg.

bron: Programma Kwaliteit in Zicht (KiZ), 2011

¹¹ Programma Kwaliteit in Zicht (KiZ), 2011

Fig. 2

Kwaliteitsmatrix KiZ					
Fasen:	Vroege onderkenning & preventie	Diagnostiek	Individueel zorgplan en behandeling	Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie	Laatste levensfase en palliatieve zorg
Thema's:					
1. Regie over de zorg					
2. Effectieve zorg					
3. Toegankelijke zorg					
4. Continuïteit van zorg					
5. Informatie, voorlichting en educatie					
6. Emotionele ondersteuning, empathie en respect					
7. Patiëntgerichte omgeving					
8. Veilige zorg					
9. Kwaliteit van zorg transparant					
10. Kosten transparant					

Bron: Programma Kwaliteit in Zicht (KiZ), 2011

De intentie en inhoud van de binnen KiZ opgestelde criteria sluiten het beste aan bij de kwaliteitscriteria die wij binnen dit onderzoek wilden ontwikkelen. Echter, criteria die zijn opgesteld voor de curatieve- en zorgsector kunnen niet één op één worden overgenomen en toegepast op de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Dit komt door het feit dat er in de verzekeringsgeneeskundige context andere doelen worden nagestreefd dan in de curatieve en zorgsector. Dat heeft ook als consequentie dat er sprake is van een andere arts-patiënt relatie.

1 KERNTAAK MEDISCHE CLAIMBEOORDELING

In het professioneel statuut verzekeringsartsen 2003 worden de geneeskundige handelingen van de verzekeringsarts als volgt omschreven:

De geneeskundige handelingen houden onder meer in:

- beoordeling van en rapportage over de gezondheidstoestand;
- advisering van respectievelijk begeleiding bij maatregelen die behoud, herstel of bevordering van de gezondheidstoestand c.q. arbeidsgeschiktheid beogen.

Naast geneeskundige handelingen verricht de verzekeringsarts op grond van zijn takenpakket ook andere sociaal geneeskundige werkzaamheden. Het betreft dan niet individuele gezondheidszorg, zoals onderzoek of bevordering van de gezondheidstoestand van groepen.

In dit rapport beperken wij ons uitdrukkelijk tot de hoofdtaak van de verzekeringsarts – de taak die centraal staat bij mediprudentie – namelijk de medische beoordeling van degenen die een beroep doen op een uitkering bij arbeidsongeschiktheid.

De definitie van arbeidsongeschiktheid in de wetteksten van de WAO, WIA, Wajong en WAZ luidt:

Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk niet in staat is om met arbeid te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst heeft verricht, of in de omgeving daarvan, met arbeid gewoonlijk verdienen.

In het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten¹² wordt in aansluiting hierop de rol van de verzekeringsarts bij de beoordeling uitgewerkt. De verzekeringsarts onderzoekt of er sprake is van ongeschiktheid tot werken als gevolg van ziekte. Ziekte is gedefinieerd als *‘verlies of vermindering van lichamelijke of psychische structuur of functioneren, die vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten en van normale sociale rolvulling tot gevolg heeft’*. Daarbij stelt de verzekeringsarts vast *‘welke beperkingen betrokkene in zijn functioneren in arbeid ondervindt’* en *‘in welke mate hij belastbaar is voor arbeid’*.¹³

In de algemene inleiding van de verzekeringsgeneeskundige protocollen worden door de Gezondheidsraad vier beoordelingstaken onderscheiden. Beoordeling van:

¹² Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, 2000

¹³ Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, 2000

- de sociaal-medische voorgeschiedenis;
- de actuele functionele mogelijkheden;
- het te verwachten beloop
- de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.¹⁴

Volgens het professionele statuut dient *'het gezondheidsbelang van de cliënt en daarvan met name de aandacht voor het realiseren van de re-integratiemogelijkheden [...] altijd te prevaleren boven andere belangen'*.¹⁵ Bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling echter zijn bevordering van gezondheid en van kwaliteit van leven, anders dan in de curatieve sector, voor de arts geen primaire taken. Ook de Gezondheidsraad benadrukt de beoordeling van de functionele mogelijkheden als de 'kerntaak' van de verzekeringsarts.¹⁶

2 GEEN 'PATIËNT' MAAR 'BEOORDEELDE'

Door het andere doel en de specifieke context van het geneeskundig handelen in het kader van de beoordeling is er ook sprake van een andere arts-patiënt relatie dan in de curatieve sector. In de zorg wordt de patiënt veelal omschreven als een 'consument' of 'klant'. Kenmerk van een klant is dat hij kan kiezen voor of weggaan bij een bepaalde dienst of leverancier ('choice/ exit'), zijn mening kenbaar maken ('voice') of bij een bepaalde dienst of leverancier blijven ('loyalty').¹⁷ De 'zorgconsument' heeft dus enige mate van keuzevrijheid en macht.

Dit gaat voor de beoordelingspraktijk niet volledig op. Wie beoordeeld wordt kan niet kiezen voor een andere uitvoeringsinstelling of verzekeringsarts, maar heeft alleen 'voice'. Om dit verschil duidelijk voor ogen te houden zouden we de patiënt die wordt gekeurd eigenlijk moeten aanduiden met de term 'keurling' of 'beoordeelde'. Omwille van de leesbaarheid van de tekst zullen in het vervolg van deze tekst echter gebruik maken van de term 'cliënt'.

3 AANDACHTSPUNTEN

Om een goed beeld te krijgen van wat voor de cliënt van belang is hebben we gezocht naar positieve en negatieve ervaringen van de doelgroep. Daarbij hebben we gebruik gemaakt van verschillende bronnen: rapportages van diverse patiënten/cliëntenorganisaties, rapporten van de FNV en de Nationale Ombudsman, vragen en klachten die binnenkomen bij het Advies- en Meldpunt Ziekteverzuim en Arbeidsongeschiktheid (AMZA) en gesprekken met belangenbehartigers en ervaringsdeskundigen.¹⁸ Ook is geput uit de gevalsbeschrijvingen die in het kader van het project Patiëntenperspectief op Mediprudentie (POM) zijn gemaakt. De belangrijkste aandachtspunten die daaruit naar voren zijn gekomen zijn hieronder samengevat. Het gaat hierbij om situaties die *kunnen* voorkomen. Het is zeker niet zo dat deze kwesties zich altijd en in iedere situatie voordoen.

3.1 TE WEINIG EIGEN INBRENG

Cliënten kunnen zelf een belangrijke rol spelen in het beoordelingsproces, maar zij zijn zich daarvan veelal niet bewust en krijgen daarvoor ook niet altijd voldoende mogelijkheden. Op dit punt valt nog veel te

¹⁴ Gezondheidsraad, 2006

¹⁵ Werkgroep professioneel statuut, 2003

¹⁶ Gezondheidsraad, 2007

¹⁷ Hirschman, 1970

¹⁸ Brenninkmeijer, 2012; Brink-Muinen, 2008; Dogan & Lammerts, 2007; Dorgelo, Bakx & Hekkink, 2007; FNV, 2005; Hanse & Lubbersen, 2011; Jansen, Mediprudentie biedt kans op betere keuringen, 2008; Jansen, Koolhaas, Meijer & Oortmarssen, 2011; Kromontono & Nederland, 2005; NPCF, 2006; Ravestein & Maes, 2006; Whiplash Stichting Nederland en Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, 2010

winnen. Net als in de zorg is de 'eigen regie' een belangrijk thema bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Regie heeft hier betrekking op de handelingsruimte die de cliënt krijgt in het beoordelingsproces. Dat komt onder meer tot uitdrukking in de mate waarin hij in staat wordt gesteld informatie in te brengen over welke beperkingen hij ervaart, in welke mate en bij welke omstandigheden. Het komt ook tot uitdrukking in de mate waarin hij kan reflecteren op het oordeel van de verzekeringsarts. Tenslotte kan de beoordeling ook consequenties hebben voor de mogelijkheid tot het nemen van eigen regie op het gebied van behandeling en begeleiding.

3.2 GEBREK AAN INZICHTELIJKHEID

Veel cliënten ervaren een gebrek aan transparantie van het beoordelingsproces. Men is bijvoorbeeld, ondanks de beschikbare informatie, niet goed op de hoogte van essentiële zaken, zoals het precieze doel van de beoordeling, de rol van de verzekeringsarts en hoe deze verschilt van die van behandelaars en bedrijfsartsen. Dit kan ertoe leiden dat er bij de cliënt verkeerde verwachtingen leven en dat de cliënt zich onvoldoende voorbereidt. Ook is men vaak niet op de hoogte van het gebruik en de inhoud van richtlijnen en protocollen en men heeft vaak moeite om uit de rapportage op te maken hoe de verzekeringsarts tot zijn oordeel is gekomen.

3.3 TEGENSTRIJDIGE OORDELEN EN ADVIEZEN

Soms is er sprake van discrepantie of zelfs tegenstrijdigheid tussen het oordeel en advies van de behandelaar(s), de bedrijfsarts en dat van de verzekeringsarts. Dit is voor de cliënt vaak moeilijk te begrijpen en brengt de vraag met zich mee naar wiens oordeel hij zich moet richten en welk belang hij mag hechten aan zijn eigen mening en voorkeuren.

3.4 KWETSBAARHEID EN GEBREK AAN VERTROUWEN

Een regelmatig gehoorde klacht is dat de cliënt zich niet serieus genomen voelt. Men geeft aan dat de klachten en beperkingen die men ervaart worden gebagatelliseerd. Dat hangt enerzijds samen met voorgaande aandachtspunten. Anderzijds zijn er signalen dat er niet altijd rekening wordt gehouden met de kwetsbare positie van de cliënt. Ook ontbreekt het vaak aan wederzijds vertrouwen.

3.5 POLARISATIE

Een bijkomend aandachtspunt is dat verschillen in inzicht tussen de cliënt en de verzekeringsarts al snel leiden tot polarisatie bij beide partijen en voor de cliënt belastende bezwaar- en beroepsprocedures, die mogelijk voorkomen hadden kunnen worden.

3.6 ZORGVULDIGHEID

Het is uiteraard van belang dat het onderzoek en de beoordeling bij elke cliënt met de nodige zorgvuldigheid plaatsvindt. Medewerkers van patiëntenorganisaties constateren dat dit niet altijd het geval is.

Dit rapport is tot stand gekomen in het kader van het project ‘Patiëntenperspectief op mediprudentie’

Onderzoek en redactie:

Anneke Huson

Met medewerking van het projectteam POM:

Daniëlle van Eden
Catrinus Egas
Margreet Gorter
Dagmar Grooters
Ynske Jansen
Gemma de Meijer

Met dank aan de stuurgroepleden van het project POM:

Hans Bart
Leo Geeraedts
Betsy van Oortmarssen
Ronald Schuch

2014