

KWALITEITSCRITERIA VOOR DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

EEN VOORSTEL TOT UITWERKING

JANUARI 2014

Vooraf

Voor onze criteria voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling hebben wij aansluiting gevonden bij het programma 'Kwaliteit in Zicht' (KiZ), gericht op de zorg. KiZ is opgezet door en voor patiënten en hun organisaties. Het programma is uitgevoerd door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), een organisatie die uitgaat van het patiëntenperspectief.

Op vergelijkbare wijze hebben wij een eerste aanzet gemaakt tot het formuleren van algemene kwaliteitscriteria voor verzekeringsgeneeskundige beoordelingen en hebben wij voorstellen geformuleerd tot een mogelijke uitwerking daarvan. Binnen het kader van ons project en de beperkte mogelijkheden hebben wij dit gericht op de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen, zoals die plaatsvinden in het kader van de WAO, de WIA, de Wajong en de Ziektewet. Wij zien echter alle aanleiding om deze benadering te verbreden naar alle sociaal medische beoordelingen en daarmee naar de werkterreinen van bedrijfsartsen, medisch adviseurs van verzekeraars en medische oordelen in opdracht van gemeenten, zoals in het kader van Wmo en de Participatiewet.

Het onderhavige resultaat is niet meer dan een aanzet. Wij hebben ernaar gestreefd dit op een zorgvuldige manier te doen. Vanzelfsprekend vanuit onze samenwerking, maar ook met inbreng van collega-organisaties. Dit laatste zowel in directe zin als indirect, via gezamenlijke onderzoeken in het verleden. Dit resulteerde in een lijst met uiteenlopende criteria. Sommige waren zeer algemeen van aard, andere golden specifieke situaties en fasen in het beoordelingsproces. Vervolgens hebben de criteria waar mogelijk ingedeeld in categorieën die ook worden gebruikt voor kwaliteitscriteria in de zorg. Daarbij hebben we sommige categorieën aangepast of weggelaten, omdat deze niet aansloten bij het domein van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

We hebben een onderscheid gemaakt tussen algemene criteria, thematische criteria en criteria die specifiek betrekking hebben op een bepaalde fase in het proces.

Tot slot zijn de criteria in een verkorte versie opgenomen in een matrix (zie afzonderlijk document).

N.B.: Er is nog niet nagegaan in hoeverre de criteria overeenkomen met criteria die reeds door beroepsgroep en uitvoeringsinstellingen zijn vastgelegd in professionele richtlijnen, standaarden, protocollen, enzovoort.

1 ALGEMENE KWALITEITSCRITERIA VOOR DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

Onderstaande criteria zijn algemeen van aard en zullen in het vervolg van dit document niet nader worden uitgewerkt. Ze hebben niet uitsluitend betrekking op het professionele handelen van de verzekeringsarts maar ook op de procedures en de randvoorwaarden waarbinnen deze moet handelen.

1.1 PATIËNTENPERSPECTIEF

- Uitvoeringsorganisaties en beroepsverenigingen van verzekeringsartsen betrekken structureel het patiëntenperspectief bij de kwaliteitsontwikkeling van hun werkzaamheden.
- In de opleiding en nascholing van verzekeringsartsen is structureel aandacht voor het patiëntenperspectief.
- Er wordt rekening gehouden met de kwaliteit van leven van de cliënt.

1.2 RECHTSGELIJKHEID EN TRANSPARANTIE

- Rechtsgelijkheid en transparantie vormen de uitgangspunten van de beoordelingen.

1.3 PRIVACY

- De uitvoeringsinstantie en de verzekeringsarts waarborgen de privacy van de cliënt. Zij houden zich daarbij aan de daarvoor geldende regels ter bescherming van persoonsgegevens en voor het uitwisselen van gegevens met derden.

1.4 RANDVOORWAARDEN UITVOERING

- De opdrachtgever zorgt voor adequate randvoorwaarden zodat de verzekeringsarts op zorgvuldige wijze tot een professioneel oordeel kan komen. Zo moet de verzekeringsarts beschikken over voldoende tijd en middelen. Ook moeten er valide methoden beschikbaar zijn dan wel worden ontwikkeld om de belastbaarheid te kunnen vaststellen. In deze methoden dient rekening te worden gehouden met hersteltijd na inspanning, pijn, energetische problemen en stapeling van klachten.

2 THEMATISCHE KWALITEITSCRITERIA VOOR DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

De volgende criteria zijn te beschouwen als hoofdcategorieën. Hieronder worden ze in het algemeen omschreven.

2.1 EIGEN REGIE

- De uitvoeringsinstanties en de individuele verzekeringsartsen bevorderen actieve inbreng en gebruik van handelingsmogelijkheden van de cliënt bij het beoordelingsproces.
- De uitvoeringsinstanties en de individuele verzekeringsartsen respecteren eigen keuzes van de cliënt ten aanzien van behandeling en begeleiding.

2.2 EFFECTIEVE BEOORDELING

- De beoordelingen leiden tot zo betrouwbaar en valide mogelijke oordelen.
- De verzekeringsarts is op de hoogte van de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.
- De verzekeringsarts maakt gebruik van de meest actuele wetenschappelijke inzichten, professionele richtlijnen, protocollen en standaarden. Als de individuele situatie van de cliënt dat vereist, kan afwijking daarvan wenselijk of noodzakelijk zijn. In een dergelijk geval beargumenteert de verzekeringsarts dit expliciet, overlegt hij met de cliënt en legt hij dit vast in de medische rapportage.

2.3 BEREIKBAARHEID

- De cliënt ervaart voorafgaand, tijdens en na de beoordeling geen belemmeringen in het contact met de instantie.

2.4 CONTINUÏTEIT VAN BEHANDELING EN BEGELEIDING

- De cliënt ervaart zo min mogelijk tegenstrijdige adviezen van verschillende instanties en zorgverleners.
- Uitvoeringsorganisaties en beroepsverenigingen van verzekeringsartsen betrekken structureel andere relevante beroepsgroepen, zoals bedrijfsartsen en behandelaars bij de kwaliteitsontwikkeling van hun werkzaamheden.

2.5 INFORMATIE

- De cliënt ontvangt begrijpelijke en op zijn of haar mogelijkheden en voorkeuren afgestemde informatie, voorlichting en educatie. De professionele richtlijnen, standaarden en protocollen zijn ook voor de cliënt beschikbaar, onder andere in de vorm van patiëntenversies.

2.6 BEJEGENING

- De cliënt voelt zich gehoord en begrepen en de verzekeringsarts behandelt de cliënt als gelijkwaardige gesprekspartner.

3 CRITERIA PER FASE

Het beoordelingsproces is onder te verdelen in vier fasen:

1. voorbereiding op de beoordeling
2. het verzekeringsgeneeskundig onderzoek
3. oordeel en rapport
4. vervolg.

Per fase zijn de thema's, waar van toepassing, uitgewerkt in specifieke criteria. Een aantal criteria bevat voorstellen voor een meer concrete invulling ervan. Deze zijn weergegeven in ***schuine letters***.

3.1 VOORBEREIDING OP DE BEOORDELING

3.1.1 EIGEN REGIE

- De cliënt wordt bij de oproep geadviseerd om zich goed voor te bereiden op het gesprek met de verzekeringsarts. ***Daarbij wordt de cliënt gewezen op:***
 - o ***de belangrijkste items die in het gesprek aan bod zullen komen;***
 - o ***organisaties waar hij/zij terecht kan voor ondersteuning bij de voorbereiding (patiëntenorganisaties, vakbonden, belangenorganisaties van uitkeringsgerechtigden e.d.);***
 - o ***het belang van goede en volledige informatie van behandelaars;***
 - o ***het belang van goede en volledige informatie over klachten en beperkingen die de cliënt ervaart, hoe hij daarmee omgaat en het herstelgedrag;***
 - o ***het belang om een dag-, week of maandverslag van activiteiten, rustmomenten, klachten en beperkingen bij te houden;***
 - o ***de mogelijkheid om tijdens het gesprek een begeleider mee te nemen.***
 - o ***de professionele richtlijnen, standaarden en protocollen die de verzekeringsarts kan hanteren.***
- De cliënt krijgt de mogelijkheid toelichting of advies over de voorbereiding te vragen.
- Tussen de oproep en de beoordelingsdatum zitten ten minste twee weken zodat cliënt voldoende tijd heeft om zich op de beoordeling voor te bereiden.

3.1.2 BEREIKBAARHEID

- De cliënt krijgt de mogelijkheid om naar aanleiding van de geboden informatie vooraf nadere vragen te stellen.

3.1.3 INFORMATIE

- De cliënt wordt bij de aanvraag en bij de oproep voor de beoordeling geïnformeerd over het doel van de beoordeling, de gang van zaken bij de beoordeling, rechten en plichten, de rol van de verzekeringsarts en in welk opzicht deze verschilt van die van behandelaars en bedrijfsartsen en het bestaan van richtlijnen, protocollen en standaarden.
- De cliënt krijgt informatie over patiënten- en cliëntenorganisaties waar hij terecht kan voor ondersteuning en het melden van knelpunten.
- De informatie wordt op voor de cliënt begrijpelijke wijze aangeboden.

3.2 VERZEKERINGSGENEESKUNDIG ONDERZOEK

3.2.1 EIGEN REGIE

- De verzekeringsarts helpt de cliënt bij het inventariseren, formuleren en plausibel maken van de claimklachten **door te inventariseren, dóór te vragen, en het herdefiniëren en verifiëren dan wel falsificeren van de claimklachten. Daarbij:**
 - o **heeft hij aandacht voor wisselende belastbaarheid per dag, week of langere periode;**
 - o **houdt hij rekening met stapeling van klachten, en eventuele aandoeningen en beperkingen die mogelijk al langer bestaan en daardoor door de cliënt over het hoofd kunnen worden gezien;**
 - o **onderzoekt hij, als de cliënt aangeeft dat er sprake is van beperkingen in duurbelastbaarheid of aangeeft niet in gangbaar arbeidspatroon te kunnen werken, altijd of er een indicatie is voor verminderde arbeidsduur.**
- De verzekeringsarts bespreekt alle items die hij wil invullen in de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) met de cliënt.
- Als de arts nog onbenutte mogelijkheden ziet voor behandeling wijst hij de cliënt daar op.
- Indien er een verschil van mening bestaat tussen de arts en de cliënt, dan wordt dit verschil van mening besproken.
- Aan het einde van het beoordelingsgesprek wijst de arts de cliënt er op dat deze nog schriftelijk kan reageren op het rapport.

3.2.2 EFFECTIEVE BEOORDELING

- De verzekeringsarts voert methodische en helder gestructureerde beoordelingsgesprekken.
- De verzekeringsarts betreft alle informatie van de cliënt bij het onderzoek.
De verzekeringsarts betreft ook comorbiditeit, multimorbiditeit en stapeling van klachten bij het onderzoek.
- De verzekeringsarts maakt gebruik van actuele wetenschappelijke inzichten, professionele richtlijnen, standaarden, protocollen en actuele wetenschappelijke inzichten, indien deze van toepassing zijn.
- De verzekeringsarts beargumenteert het wanneer hij wil afwijken van professionele richtlijnen, standaarden, en protocollen en overlegt dit met de cliënt.
- De verzekeringsarts betreft ook informatie van de meegekomen partner / begeleider bij zijn beoordeling, mits de cliënt daarmee instemt.
- Als de verzekeringsarts twijfelt of een onoverbrugbaar meningsverschil heeft met de cliënt, dan breidt hij het onderzoek uit, maakt hij een afspraak voor een vervolgesprek, raadpleegt hij de behandelaar(s) of bedrijfsarts, of laat hij aanvullend onderzoek doen door een (extern) deskundige
- Indien de verzekeringsarts vermoedt dat de geclaimde beperkingen niet plausibel zijn, dan vertelt hij dat de cliënt, vraagt hij verder en doet hij nader onderzoek.
Er wordt aanvullend onderzoek gedaan door of een second opinion aangevraagd bij een (extern) deskundige als:
 - o **de cliënt en de verzekeringsarts niet tot een vergelijk komen;**
 - o **de cliënt aangeeft dat hij van mening is dat de verzekeringsarts onvoldoende deskundig is wat betreft zijn aandoening;**
 - o **de verzekeringsarts de door de behandelaar gestelde diagnose of behandeling in twijfel trekt;**
 - o **de cliënt van mening is dat de verzekeringsarts de ernst van de beperkingen onderschat.**

3.2.3 BEREIKBAARHEID

- De uitvoeringsinstantie is fysiek goed toegankelijk voor mensen met mobiliteitsproblemen.
- Er wordt in voorzien dat reiskosten en reistijd geen belemmering vormen voor de cliënt.

- **Wanneer de cliënt niet in staat is naar de uitvoeringsinstantie te reizen bezoekt de verzekeringsarts de cliënt.**

3.2.4 CONTINUÏTEIT VAN BEHANDELING EN BEGELEIDING

- De verzekeringsarts houdt rekening met de informatie en mening van de behandelaars en de bedrijfsarts over beperkingen van de cliënt.
- Als de verzekeringsarts het niet met de behandelaars en/of bedrijfsarts eens is over de beperkingen gaat hij daarover met de cliënt en met de betreffende behandelaar(s) en/of bedrijfsarts in overleg.

3.2.5 INFORMATIE

- De verzekeringsarts toetst of de cliënt de benodigde informatie vooraf heeft ontvangen en begrepen.
- De verzekeringsarts geeft begrijpelijke uitleg over het doel van de beoordeling, zijn rol en werkwijze en zijn bevindingen.
- De verzekeringsarts geeft aan het eind van het gesprek een voorlopig oordeel en geeft een inschatting van wanneer de cliënt het rapport en de FML kan verwachten.

3.2.6 BEJEGENING

- De verzekeringsarts houdt rekening met de kwetsbare positie van de cliënt.
- De verzekeringsarts luistert aandachtig en neemt de cliënt alsmede de meegekomen partner of begeleider serieus.
- De verzekeringsarts neemt signalen van de cliënt over klachten en beperkingen (zoals pijn, concentratieverlies, vermoeidheid en energetische beperkingen) serieus.
- Als de verzekeringsarts van een richtlijn afwijkt, bespreekt hij dat met de cliënt.
- Als de cliënt aangeeft het niet eens te zijn met de verzekeringsarts, dan gaat deze hierover in gesprek met de cliënt. **De verzekeringsarts verheldert zijn oordeel. Als daar aanleiding toe is past hij het oordeel aan.**
- Als door energetische of cognitieve beperkingen van de patiënt het beoordelingsgesprek minder lang kan duren, dan houdt de verzekeringsarts daar rekening mee. **Zo nodig wordt een vervolgspraak gemaakt.**

3.3 OORDEEL EN RAPPORT

3.3.1 EIGEN REGIE

- Cliënten worden actief gewezen op het inzage- en correctierecht.
- In de rapportage wordt de mening van de cliënt over zijn arbeidsgeschiktheid vermeld.
- De verzekeringsarts legt de rapportage en FML voor aan de cliënt en vraagt om een reactie *op de weergave van de feiten en het oordeel*. **Daarbij stelt hij de volgende vragen:**
 - o **Is de weergave van de feiten correct en volledig?**
 - o **Is duidelijk welke argumenten hebben geleid tot de conclusies (inclusief FML)**
 - o **Bent u het eens met de conclusies?**
- Als er sprake is van onbenutte mogelijkheden tot behandeling, maakt de verzekeringsarts duidelijk of en wat het al dan niet volgen van de behandeling betekent voor de beoordeling.
- De cliënt krijgt voldoende tijd om te reageren op de rapportage en FML voordat de rapportage wordt doorgestuurd naar de arbeidsdeskundige.

3.3.2 EFFECTIEVE BEOORDELING

- De verzekeringsarts houdt bij de beoordeling van functionele mogelijkheden rekening met de kwaliteit van leven, **waaronder de balans tussen werk en privéleven (work-life balance).**
- In de rapportage staat hoe de verzekeringsarts tot zijn conclusies is gekomen: **door middel van welk onderzoek, op grond van welke feiten en op basis van welke argumenten.**
- Als de verzekeringsarts van mening is dat het herstelgedrag van de cliënt onvoldoende is, wordt dat genoteerd in de rapportage. **(Onvoldoende herstelgedrag mag geen reden zijn om bij de cliënt minder beperkingen vast te stellen.)**

3.3.3 BEREIKBAARHEID

- De cliënt kan desgewenst contact opnemen met de verzekeringsarts voor nadere uitleg of om de verzekeringsarts te verzoeken de rapportage aan te passen.

3.3.4 CONTINUÏTEIT VAN BEHANDELING EN BEGELEIDING

- De verzekeringsarts verwerkt informatie van de cliënt, behandelaar(s) en eventuele derden over behandeling, herstelgedrag en begeleiding in de rapportage.

3.3.5 INFORMATIE

- In de rapportage wordt helder en in eenvoudige taal omschreven op grond van welke feiten en argumenten het oordeel tot stand is gekomen.

3.4 VERVOLG

3.4.1 EIGEN REGIE

- Bij blijvend verschil van mening krijgt de cliënt de mogelijkheid van een tweede beoordeling door een andere verzekeringsarts.

3.4.2 EFFECTIEVE BEOORDELING

- Als de verzekeringsarts relevante veranderingen verwacht of wanneer de cliënt zelf aangeeft dat zijn situatie is veranderd, wordt er tijdig een nieuwe beoordeling gepland.

3.4.3 INFORMATIE

- De cliënt wordt tijdig geïnformeerd over de procedure na afronding van de beoordeling, inzage- en correctierecht, de mogelijkheden van een second opinion en over bezwaar en beroep.

COLOFON

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