

## **VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE MEDIPRUDENTIE**

### **Stand van zaken t/m april 2008**

#### **Inleiding**

In 2005 stelde de Gezondheidsraad in een advies aan de regering dat de kwaliteit van het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, waaronder de 'verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming' (een deftig woord voor medische keuringen in verband met arbeidsongeschiktheidsverzekeringen) verbetering behoeft<sup>1</sup>. In dit advies wordt aanbevolen om diagnose-specifieke multidisciplinaire medische richtlijnen te ontwikkelen waarin steeds ook aandacht is voor de factor arbeid, zogenaamde 3B-richtlijnen (**b**eoordelen, **b**ehandelen en **b**egeleiden). Deze richtlijnen zouden de basis moeten vormen voor curatieve en bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige monodisciplinaire richtlijnen. In de nota van 2005 adviseerde de Gezondheidsraad behalve verzekeringsgeneeskundige protocollen per ziektebeeld, ook zogenaamde verzekeringsgeneeskundige 'mediprudentie' te ontwikkelen.

#### **Mediprudentie**

In 2007 heeft de Gezondheidsraad dit voorstel in een advies nader uitgewerkt.\*\* De Gezondheidsraad geeft de volgende definitie: *'Mediprudentie is een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages'*

Rechters baseren hun uitspraken niet alleen op wetten en regels, maar ook op eerdere rechterlijke uitspraken. Het geheel van deze uitspraken wordt Jurisprudentie genoemd. De Gezondheidsraad adviseerde om voor de verzekeringsgeneeskunde iets soortgelijks te ontwikkelen. Jurisprudentie bestaat uit uitspraken van rechters, die soms worden voorzien van deskundig commentaar. Het uitgangspunt is dat de rechter per definitie recht spreekt. Verzekeringsgeneeskundige 'mediprudentie' zou volgens de Gezondheidsraad moeten bestaan uit geanonimiseerde rapportages van verzekeringsartsen, die altijd worden voorzien van commentaar van deskundigen op medisch, juridisch en verzekeringsgeneeskundig gebied. Anders dan bij jurisprudentie is het uitgangspunt echter niet dat de rapportages van verzekeringsartsen per definitie een juiste, goed beargumenteerde beoordeling bevatten. Uit het commentaar zou ook kunnen blijken dat een rapportage tekort schiet. De Gezondheidsraad stelt voor dat deze mediprudentie wordt gepubliceerd via internet en in vaktijdschriften.

#### **Kwaliteit, rechtsgelijkheid en transparantie**

Mediprudentie heeft volgens de Gezondheidsraad drie functies: bevordering van professionele kwaliteit, rechtsgelijkheid en rechtszekerheid en transparantie (het inzichtelijk maken hoe de verzekeringsarts tot zijn conclusies is gekomen).

---

<sup>1</sup> Gezondheidsraad, 'Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid', 22 juli 2005.

Minister Donner van sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft positief gereageerd op het mediprudentie-voorstel van de Gezondheidsraad. Het UWV zal het opnemen als onderdeel van het kwaliteitsbeleid. En de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskundigen zal een multidisciplinair samengestelde mediprudentiecommissie in het leven roepen, die rapportages zal selecteren en becommentariëren. Minister Donner heeft toegezegd dat ook patiënten/cliënten bij de ontwikkeling van mediprudentie zullen worden betrokken.\*\*\*

Oorspronkelijk was voorzien dat de GR mediprudentie voor alle tien diagnoses waarvoor ook protocollen gemaakt worden zou maken. In de tweede helft van 2005 is een proefproject mediprudentie afgerond. Dit had betrekking op hartinfarct en specifieke lage rugpijn. Daarover is niets gepubliceerd. In 2006 is gestart met het ontwikkelen van mediprudentie voor ME/CVS, overspanning, depressie en borstkanker. Van het ontwikkelen van mediprudentie over whiplash, cerebrovasculaire aandoening, hernia en angststoornissen onder auspiciën van de GR is het niet gekomen.

### **Correctie en aanvulling rapportages nu nog belangrijker**

*Mediprudentie heeft een belangrijke beperking. Het kritisch commentaar kan alleen maar gebaseerd zijn op de feiten en argumenten die in de rapportage zelf staan. Er kan niet nagegaan worden of daarin feiten zijn weggelaten of onjuist zijn weergegeven, terwijl dat natuurlijk voor de conclusie vergaande gevolgen kan hebben. Het is dus des te belangrijker dat patiënten hun rapportages opvragen en zo nodig actief gebruik maken van hun recht op correctie en aanvulling. Dit is nu niet meer alleen in het individuele belang, maar kan ook bijdragen aan het totstandkomen van een goede mediprudentie, waar ook anderen belang bij hebben. Meer informatie over hoe dit recht te gebruiken, met een voorbeeldbrief, is te vinden in de brochure 'Handleiding voor de (her)keuring' van de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid.*

### **Verzekeringsgeneeskundige protocollen**

De Gezondheidsraad adviseerde om, vooruitlopend op de ontwikkeling van 3B-richtlijnen, in verband met de invoering van de wet WIA, alvast verzekeringsgeneeskundige protocollen te ontwikkelen voor tien aandoeningen (hartinfarct, specifieke lage rugklachten, depressie, overspanning, borstkanker, hernia, angststoornissen, beroerte, whiplash en CVS). De regering heeft het advies overgenomen. De Gezondheidsraad kreeg de opdracht om zelf de eerste tien protocollen te ontwikkelen. Volgens de wetgeving (WAO, WAJONG, WAZ en WIA) heeft een verzekeringsgeneeskundig protocol de status van 'bij ministeriele regeling vastgelegde wetenschappelijke inzichten die de beoordeling van arbeidsongeschiktheid kunnen ondersteunen.'

De Gezondheidsraad heeft daarnaast een 'Algemene inleiding' gemaakt voor alle protocollen over Doel en domein, Verzekeringsgeneeskundig onderzoek, Structuur en functie, Toepassing, evaluatie en herziening, Positionering. <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr. 2006/22. Te downloaden via [www.gr.nl](http://www.gr.nl) of [www.nvvg.nl](http://www.nvvg.nl). Ook in: Staatscourant 28 juni 2007, nr. 122/pag 21, te vinden via [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl), zoekwoord: 'protocollen arbeidsongeschiktheidswetten' (zoeken in tekst).

Enkele citaten:

*"De verzekeringsgeneeskundige protocollen beogen een wetenschappelijk gefundeerde ondersteuning te bieden van het verzekeringsgeneeskundig handelen. Ze zijn gebaseerd op beschikbare multidisciplinaire, curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en consensus van deskundigen. In de bijbehorende toelichting is de kennis waarop het protocol gebaseerd is, samengevat."* (Doel en domein)

*De protocollen en de daarbij behorende toelichtingen zijn documenten ter ondersteuning van het professionele verzekeringsgeneeskundige handelen. Ze bevatten kennis over ontstaan van aandoeningen, over diagnostiek, behandeling en begeleiding, aandachtspunten bij onderzoek en beoordeling en aanbevelingen die de nodige ruimte laten voor de zelfstandige professionele oordeelsvorming van verzekeringsartsen. Gedetailleerde handelingsvoorschriften ontbreken. Ook worden geen eenduidige relaties gelegd tussen specifieke onderzoeksbevindingen en de aan- of afwezigheid van bepaalde beperkingen."* (Toepassing, evaluatie en herziening)

*"De protocollen beogen een aanvulling te zijn op bestaande verzekeringsgeneeskundige richtlijnen, beleidsregels en gespreksmodellen."* (Positionering)

## **Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie**

De Gezondheidsraad heeft voor de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie een voorlopig toetsingskader gemaakt. Dit zijn aandachtspunten bij het schrijven van mediprudentiecommentaren. Dit toetsingskader is gericht op de vier beoordelingstaken van de verzekeringsarts, namelijk beoordeling van de functionele mogelijkheden, beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, beoordeling van het te verwachten beloop en beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling. Daarnaast wordt in het toetsingskader aandacht besteed aan dilemma's, mediprudentie en jurisprudentie en aanbevelingen. Hieronder het door de Gezondheidsraad ontwikkelde toetsingskader, met bij enkele belangrijke punten de toelichting. De volledig toelichting is te vinden in het advies van de Gezondheidsraad.

### *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?

#### Toelichting bij 'complete, consistente en plausibele beschrijving'

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 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.

#### Toelichting bij '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*

- 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?

*Dit toetsingskader kan mede gebruikt worden voor het beoordelen van rapportages en het aanvechten van conclusies in het kader van bezwaar, beroep en herziening*

Als verkenning heeft de Gezondheidsraad vier voorbeelden van mediprudentie uitgewerkt, over specifieke lage rugpijn, borstkanker, CVS/ME en overspanning.\*\*\*\*

### **Mediprudentie, stand van zaken maart/april 2008**

In 2008 gaat een pilot starten om te onderzoeken op welke wijze de officiële mediprudentie het beste tot stand kan komen. Zowel de beroepsorganisatie van verzekeringsartsen, de NVVG (onder andere via het Verzekeringsgeneeskundig

Instituut VGI), als het UWV zijn hierbij betrokken.

Het UWV heeft daartoe circa 90 mediprudentiegroepen geformeerd, een aantal per regio, ieder bestaande uit zo'n 12 verzekeringsartsen.

Iedere deelnemer kan in zijn groep casussen inbrengen, in de vorm van medische rapportages. Deze moeten betrekking hebben op een van de bestaande verzekeringsgeneeskundige protocollen.

De mediprudentiegroep die een casus kiest om te bespreken heet startgroep. Deze geeft commentaar. Vervolgens wordt de casus plus het commentaar van de startgroep voorgelegd aan een tweede mediprudentiegroep, die als spiegelgroep functioneert. Ook deze geeft commentaar.

De casus met het gezamenlijke commentaar wordt vervolgens voorgelegd aan een centrale mediprudentiecommissie binnen het UWV. In deze commissie zou ook een vertegenwoordiger van de NVVG komen. (Deze commissie is nog niet samengesteld). Deze commissie selecteert de casussen met commentaren die geschikt zijn voor mediprudentie en legt die voor aan een onafhankelijke mediprudentiecommissie, samen te stellen door de NVVG. Deze commissie moet nog worden ingesteld.

Deze commissie bekijkt het, vraagt eventueel nog andere deskundigen om commentaar, en stelt de casus met commentaar vervolgens als officiële mediprudentie vast. In 2008 gebeurt dit in de vorm van een pilot, om te onderzoeken op welke wijze mediprudentie het beste tot stand kan komen. Daarbij wordt uitgegaan van het door de Gezondheidsraad vastgestelde beoordelingskader. Of de resultaten in de vorm van mediprudentie zullen worden gepubliceerd staat niet vast.

Bij voortzetting na de pilot is de onafhankelijk mediprudentiecommissie niet gebonden aan de inbreng vanuit het UWV. Ook anderen (bijvoorbeeld individuele verzekeringsartsen en patiënten/cliënten(-vertegenwoordigers) kunnen dan casussen (medische rapportages) aanbieden.

Het UWV wil de eerste drie jaar wordt op deze manier werken. Daarna wordt bekeken of het ook anders kan.

Patiënten-/cliëntenorganisaties die geschikte casussen hebben kunnen die nu alvast aanbieden aan het Verzekeringsgeneeskundig Instituut (VGI, directeur Wout de Boer).