

KWALITEITSCRITERIA VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF VOOR DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

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

VOORWOORD

Voor u ligt een van de resultaten van het project Patiëntenperspectief Op Mediprudentie (POM). Een van de doelstellingen van het project was het aanvullen van het Toetsingskader dat de Gezondheidsraad ten behoeve van het becommentariëren van verzekeringsgeneeskundige rapportages in het kader van mediprudentie heeft opgesteld (zie de bijlage).

Gaandeweg het project hebben wij onze doelstelling op dit punt uitgebreid.

Dit rapport is een eerste aanzet tot het formuleren van algemene kwaliteitscriteria voor verzekeringsgeneeskundige beoordelingen en doet voorstellen 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.

We willen hiermee bevorderen dat:

- patiënten- en cliëntenorganisaties vanuit hun perspectief (meer) aandacht gaan besteden aan kwaliteitsbeleid en kwaliteit van uitvoering en dat zij daaraan een actieve bijdrage gaan leveren;
- er structureel overleg ontstaat tussen organisaties van artsen en hun opdrachtgevers enerzijds en patiënten- en cliëntenorganisaties anderzijds over kwaliteit;
- geformuleerde en overeengekomen kwaliteitscriteria als toetsingsinstrument worden ingezet door zowel artsen als patiënten- en cliëntenorganisaties.

Dat vergt een duurzaam en dynamisch proces. Het onderhavige rapport is niet meer dan een aanzet en per definitie een concept. Wij hebben ernaar gestreefd dit op een zorgvuldige manier te doen. Vanzelfsprekend als samenwerkende patiëntenorganisaties, maar ook met inbreng van collega-organisaties. Dit laatste zowel in directe zin als indirect, via gezamenlijke onderzoeken in het verleden.

Bijzondere dank voor hun deskundige inbreng gaat uit naar de leden van het projectteam, naar Laurence Maes van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en José van Erp van de Whiplash Stichting Nederland (WSN).

Betsy van Oortmarsen, voorzitter stuurgroep POM

1. Inleiding	1
1.1 Mediprudentie	1
1.2 Aanvulling toetsingskader Gezondheidsraad	2
1.3 Werkwijze	3
2. Criteria vanuit patiëntenperspectief	4
2.1 Patiëntenperspectief op kwaliteit in de zorg.....	4
2.1.1 CQ-indexen en Proms	5
2.1.2 Kwaliteit in zicht (KiZ).....	5
3. Patiëntenperspectief op de verzekeringsgeneeskundige beoordeling	8
3.1 Kerntaak medische claimbeoordeling	8
3.2 Geen ‘patiënt’ maar ‘beoordeelde’	9
3.3 Aandachtspunten.....	9
3.3.1 Te weinig eigen inbreng	10
3.3.2 Gebrek aan inzichtelijkheid	10
3.3.3 Tegenstrijdige oordelen en adviezen.....	10
3.3.4 Kwetsbaarheid en gebrek aan vertrouwen	10
3.3.5 Polarisatie.....	11
3.3.6 Zorgvuldigheid.....	11
4. Kwaliteitscriteria voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling	12
4.1 Algemene kwaliteitscriteria voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.....	12
4.1.1 patiëntenperspectief.....	12
4.1.2 Rechtsgelijkheid en transparantie.....	12
4.1.3 Privacy.....	13
4.1.4 Randvoorwaarden uitvoering	13
4.2 Thematische kwaliteitscriteria voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling	13
4.2.1 Eigen regie.....	13
4.2.2 Effectieve beoordeling.....	13
4.2.3 Bereikbaarheid	13
4.2.4 Continuïteit van behandeling en begeleiding.....	13
4.2.5 Informatie.....	14

4.2.6 Bejegening.....	14
4.3 Criteria per fase	14
4.3.1 Voorbereiding op de beoordeling.....	14
4.3.2 verzekeringsgeneeskundig onderzoek.....	15
4.3.3 Oordeel en rapport.....	17
4.3.4 Vervolg	18
4.4 Matrix kwaliteitscriteria.....	19
Bibliografie.....	25
Bijlage: Toetsingskader mediprudentie	27

KWALITEITSCRITERIA VOOR DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF

1. INLEIDING

1.1 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

¹ Gezondheidsraad, 2005

² Gezondheidsraad, 2007

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 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.

1.2 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?

³ Jansen, Mediprudentie biedt kans op betere keuringen, 2008

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

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.

1.3 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 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.

2. CRITERIA VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF

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.

2.1 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: volgzame, consumptiegerichte, gemakgerichte, luxegerichte, resultaatgerichte, kwaliteitsgerichte, eigenzinnige en maatschappijkritische. Deze kunnen in hoofdlijnen worden

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

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 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).

2.1.1 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.

2.1.2 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.

⁸ Motivaction, PraktijkindeX, & Berkhout, 2009

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.

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

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

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

3. PATIËNTENPERSPECTIEF OP DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

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.

3.1 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

¹² Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, 2000

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:

- 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

3.2 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’.

3.3 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

¹³ Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, 2000

¹⁴ Gezondheidsraad, 2006

¹⁵ Werkgroep professioneel statuut, 2003

¹⁶ Gezondheidsraad, 2007

¹⁷ Hirschman, 1970

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.

3.3.1 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 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.

3.3.2 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.

3.3.3 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.

3.3.4 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

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

gehouden met de kwetsbare positie van de cliënt. Ook ontbreekt het vaak aan wederzijds vertrouwen.

3.3.5 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.

3.3.6 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.

4. KWALITEITSCRITERIA VOOR DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

De door ons geïnventariseerde actuele inzichten over kwaliteit van zorg en van leven en de hierboven omschreven aandachtspunten bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling vormden de basis van de kwaliteitscriteria. In nauw overleg met de leden van het projectteam van POM hebben we de voorwaarden geformuleerd waaraan zou moeten worden voldaan om vanuit patiëntenperspectief te kunnen spreken over een kwalitatief goede beoordeling. 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 wordt gebruikt bij KiZ. Daarbij hebben we sommige categorieën aangepast of weggelaten, omdat deze niet aansloten bij het domein van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Zoals eerder aangegeven, verschilt deze context immers van de curatieve en zorgsector.

We hebben een onderscheid gemaakt tussen algemene criteria, thematische criteria en criteria die specifiek betrekking hebben op een bepaalde fase in het proces. Hieronder worden eerst de algemene (paragraaf 4.1) en thematische criteria (paragraaf 4.2) toegelicht. Vervolgens zijn deze criteria per fase van het beoordelingsproces uitgewerkt (paragraaf 4.3). Tot slot zijn de criteria in een verkorte versie opgenomen in een matrix (paragraaf 4.4).

Notabene: 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.

4.1 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.

4.1.1 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.

4.1.2 RECHTSGELIJKHEID EN TRANSPARANTIE

- Rechtsgelijkheid en transparantie vormen de uitgangspunten van de beoordelingen.

4.1.3 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.

4.1.4 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.

4.2 THEMATISCHE KWALITEITSCRITERIA VOOR DE VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

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

4.2.1 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.

4.2.2 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.

4.2.3 BEREIKBAARHEID

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

4.2.4 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.

4.2.5 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.

4.2.6 BEJEGENING

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

4.3 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***.

4.3.1 VOORBEREIDING OP DE BEOORDELING

4.3.1.1 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.***

- **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.

4.3.1.2 BEREIKBAARHEID

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

4.3.1.3 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.

4.3.2 VERZEKERINGSGENEESKUNDIG ONDERZOEK

4.3.2.1 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:**
 - **heeft hij aandacht voor wisselende belastbaarheid per dag, week of langere periode;**
 - **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;**
 - **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.

4.3.2.2 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.***

4.3.2.3 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.***

4.3.2.4 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.

4.3.2.5 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.

4.3.2.6 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.**

4.3.3 OORDEEL EN RAPPORT

4.3.3.1 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?**

- **Is duidelijk welke argumenten hebben geleid tot de conclusies (inclusief FML)**
 - **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.

4.3.3.2 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.)**

4.3.3.3 BEREIKBAARHEID

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

4.3.3.4 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.

4.3.3.5 INFORMATIE

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

4.3.4 VERVOLG

4.3.4.1 EIGEN REGIE

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

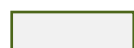
4.3.4.2 EFFECTIEVE BEOORDELING

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

4.3.4.3 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.

4.4 MATRIX KWALITEITSCRITERIA



Randvoorwaardelijk criterium: het naleven/ invullen van het criterium behoort tot de verantwoordelijkheden van de uitvoeringsinstantie en/ of beroepsvereniging



Professionaliteitscriterium: het naleven/ invullen van het criterium behoort tot de verantwoordelijkheden van de individuele verzekeringsarts

[Zie *.*]

Verwijst naar hetzelfde criterium in de weergave per fase

[Zie *.*]

Verwijst naar het criterium met suggestie(s) voor uitwerking in de weergave per fase

NB1: de volgorde van de criteria is niet gerelateerd aan het belang van de criteria.

Fasen	1. Voorbereiding	2. Onderzoek	3. Oordeel en rapportage	4. Vervolg
Thema's ¹⁹				
Betrekking patiëntenperspectief	Dit is een fase-overstijgend criterium. Wordt hier niet verder uitgewerkt.			
Rechtsgelijkheid en transparantie	Dit is een fase-overstijgend criterium. Wordt hier niet verder uitgewerkt.			
Privacy	Dit is een fase-overstijgend criterium. Wordt hier niet verder uitgewerkt.			

¹⁹ De algemene omschrijvingen van de thema's in deze kolom vindt u op de voorgaande pagina's.

Thema's ¹⁹	Fasen	1. Voorbereiding	2. Onderzoek	3. Oordeel en rapportage	4. Vervolg
Randvoorwaarden uitvoering	Dit is een fase-overstijgend criterium. Wordt hier niet verder uitgewerkt.				
Eigen regie	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt wordt bij de oproep geadviseerd om zich goed voor te bereiden op het gesprek met de verzekeringsarts. - De cliënt krijgt de mogelijkheid toelichting of advies over de voorbereiding te vragen. - Tussen de oproep en de beoordelingsdatum zit voldoende tijd voor de cliënt om zich op de beoordeling voor te bereiden. <p>[Zie 4.3.1.1]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De verzekeringsarts helpt de cliënt bij het inventariseren, formuleren en plausibel maken van de claimklachten. - 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 de rapportage. <p>[Zie 4.3.2.1]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt wordt 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. - Als er sprake is van onbenutte mogelijkheden voor 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 deze rapportage en de FML worden doorgestuurd naar de arbeidsdeskundige. <p>[Zie 4.3.3.1]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij blijvend verschil van mening krijgt de cliënt de mogelijkheid van een tweede beoordeling door een andere verzekeringsarts. <p>[Zie 4.3.4.1]</p>	
Effectieve beoordeling		<ul style="list-style-type: none"> - De verzekeringsarts voert methodische en helder gestructureerde beoordelingsgesprekken. - De verzekeringsarts betreft alle informatie van de cliënt bij het 	<ul style="list-style-type: none"> - De verzekeringsarts houdt bij de beoordeling van functionele mogelijkheden rekening met de kwaliteit van leven. - De verzekeringsarts legt eventuele comorbiditeit en multimorbiditeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Als de verzekeringsarts relevante veranderingen verwacht of wanneer de cliënt zelf aangeeft dat zijn situatie is veranderd wordt er tijdig een nieuwe beoordeling gepland. 	

Thema's ¹⁹	Fasen	1. Voorbereiding	2. Onderzoek	3. Oordeel en rapportage	4. Vervolg
(vervolg)			<p>onderzoek.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De verzekeringsarts betreft ook comorbiditeit, multimorbiditeit en stapeling van klachten bij het onderzoek. - De verzekeringsarts maakt gebruik van actuele wetenschappelijke inzichten, professionele richtlijnen, standaarden en protocollen en 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 	<p>vast in zijn rapportage. Hij baseert zijn oordeel op het totaalbeeld.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de rapportage staat hoe de verzekeringsarts tot zijn conclusies is gekomen. - Als de verzekeringsarts van mening is dat het herstelgedrag van de cliënt onvoldoende is, wordt dat genoteerd in de rapportage. <p><u>[Zie 4.3.3.2]</u></p>	<u>[Zie 4.3.4.2]</u>

Thema's ¹⁹	Fasen	1. Voorbereiding	2. Onderzoek	3. Oordeel en rapportage	4. Vervolg
Effectieve beoordeling (vervolg)			<p>vermoedt dat de geclaimde beperkingen niet plausibel zijn, vertelt hij dat de cliënt, vraagt hij verder en doet hij nader onderzoek.</p> <p>[Zie 4.3.2.2]</p>		
Bereikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt krijgt de mogelijkheid om naar aanleiding van de geboden informatie vooraf nadere vragen te stellen <p>[Zie 4.3.1.2]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De uitvoeringsinstantie is fysiek goed bereikbaar en toegankelijk voor mensen met mobiliteitsproblemen - Er wordt in voorzien dat reiskosten en reistijd geen belemmering vormen voor de cliënt <p>[Zie 4.3.2.3]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt kan desgewenst contact opnemen met de verzekeringsarts voor nadere uitleg of om de verzekeringsarts te verzoeken de rapportage aan te passen. <p>[Zie 4.3.3.3]</p>		
Continuïteit van behandeling en begeleiding		<ul style="list-style-type: none"> - 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 behandelaars en/of bedrijfsarts in overleg. 	<ul style="list-style-type: none"> - De verzekeringsarts verwerkt informatie van de cliënt, behandelaar(s) en eventuele derden over behandeling, herstelgedrag en begeleiding in de rapportage. <p>[Zie 4.3.3.4]</p>		
		<ul style="list-style-type: none"> - Als de verzekeringsarts nog 			

Thema's ¹⁹	Fasen	1. Voorbereiding	2. Onderzoek	3. Oordeel en rapportage	4. Vervolg
Continuïteit van behandeling en begeleiding (vervolg)			<p>onbenutte mogelijkheden ziet voor behandeling, dan bespreekt hij dit met de cliënt en zijn behandelaars.</p> <p>[Zie 4.3.2.4]</p>		
Informatie	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>[Zie 4.3.1.3]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>[Zie 4.3.2.5]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In de rapportage wordt helder en in eenvoudige taal omschreven op grond van welke feiten en op welke manier het oordeel tot stand is gekomen. <p>[Zie 4.3.3.5]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt wordt tijdig geïnformeerd over de procedure na afronding van de medische beoordeling, inzage- en correctierecht, de mogelijkheden van een second opinion en over bezwaar en beroep <p>[zie 4.3.4.3]</p>	
Bejegening Bejegening (vervolg)			<ul style="list-style-type: none"> - De verzekeringsarts houdt rekening met de kwetsbare positie van de cliënt. - De verzekeringsarts luistert aandachtig en neemt de cliënt alsmede de meegekomen partner / begeleider serieus. 		

Thema's ¹⁹	Fasen	1. Voorbereiding	2. Onderzoek	3. Oordeel en rapportage	4. Vervolg
			<ul style="list-style-type: none"> - 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, standaard of protocol afwijkt, bespreekt hij dat met de cliënt. - Als de cliënt aangeeft het niet eens te zijn met de verzekeringsarts gaat deze hierover in gesprek met de cliënt. - Als door energetische of cognitieve beperkingen van de patiënt het beoordelingsgesprek minder lang kan duren, houdt de verzekeringsarts daar rekening mee. <p>[Zie 4.3.2.6]</p>		

BIBLIOGRAFIE

- Abma, T., & Broerse, J. (2007). *Zeggenschap in wetenschap. Patiëntenparticipatie in theorie en praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Brenninkmeijer, A. (2012). Brief van de Nationale Ombudsman met bijlage over bevindingen en conclusies tweede fase interventieonderzoek 'Alleen het UWV kan kiezen voor een beter UWV'.
- Brink-Muinen, A. v. (2008). Hoe communiceren bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met chronisch zieken en gehandicapten? *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV)*, 375-380.
- Delnoij, D. (2008). *Oratie: Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief*. Universiteit van Tilburg.
- Dogan, G., & Lammerts, R. (2007). *De Zesde FNV Wachtkamerenquête. Kwaliteit dienstverlening in de uitvoering van de sociale zekerheid en arbeidsbemiddeling*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Dorgelo, A., Bakx, J., & Hekkink, C. (2007). *Informatiebehoeften en kwaliteitsaspecten in de eerstelijns- en acute zorg vanuit patiëntenperspectief. Een overzichtsstudie*. ZonMW / NIGZ.
- FNV. (2005). *Contouren van een verloren generatie arbeidsongeschikten. Verslag van de FNV meldweek herkeuringen*. Utrecht: FNV.
- Gezondheidsraad. (2005). *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*.
- Gezondheidsraad. (2006). *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, overspanning, depressieve stoornis*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr 2006/22.
- Gezondheidsraad. (2007). *Verzekeringsgeneeskundige Mediprudentie*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr. 2007/14.
- Hanse, D., & Lubbersen, D. (2011). *Alleen het UWV kan kiezen voor een beter UWV. Lessen uit de interventiepraktijk van de Nationale Ombudsman*. Nationale Ombudsman.
- Hirschman, A. (1970). *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jansen, Y. (2008). Mediprudentie biedt kans op betere keuringen. *Juris*.
- Jansen, Y., Koolhaas, M., Meijer, G. d., & Oortmarssen, B. v. (2011). *Het protocol CVS in de praktijk. Ervaringen van ME/ CVS patiënten met de beoordeling van arbeidsongeschiktheid*. Groningen: Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid.
- Kromontono, E., & Nederland, T. (2005). *Ervaringen met de éénmalige herbeoordeling. Onderzoeksverslag*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Motivaction, praktijkindex, D., & Berkhout, J. (2009). *Wat werkt bij wie?* Utrecht.

- NPCF. (2006). *Algemene kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*.
- Programma Kwaliteit in Zicht (KiZ). (2011). *Basisset Kwaliteitscriteria. Het patiëntenperspectief op de zorg voor chronisch zieken*. NPCF.
- Programma Kwaliteit in Zicht (KiZ). (2011). *Format Kwaliteitscriteria 2.0*. NPCF.
- Ravestein, Y., & Maes, L. (2006). *(ex-) Kankerpatiënten in de WAO. Ervaringen met de eenmalige herbeoordeling*. Utrecht: NFK.
- Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. (2000). *Staatsblad 307*.
- Werkgroep professioneel statuut. (2003). *Professioneel statuut verzekeringartsen 2003*.
- Whiplash Stichting Nederland en Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid. (2010). *Verslag Expertmeeting BA, VA en zieke werknemer*.
- Winters, S., Wammes, J., Ouwens, M., & Faber, M. (2012). *De toetsing van toetsingsinstrumenten. Evaluatie van toetsingsinstrumenten van patiëntenorganisaties vanuit verschillende perspectieven*. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St. Radboud.

Uit:

Gezondheidsraad, Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag:

Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/14, pagina 31-38

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:
 - 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?

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:
 - o is de stagnatie geanalyseerd?
 - o is de uitkomst van de analyse betrokken bij de evaluatie van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode?
 - o 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 omstandigheden²⁰ – 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

²⁰ 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*.

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.

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?⁶ 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 men vaak worstelt, 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 kwaliteit bevorderende activiteiten impulsen kunnen uitgaan om het toetsingskader bij te stellen.