

Vergaderjaar 2005–2006

30 034

Bevordering van het naar arbeidsvermogen verrichten van werk of van werkhervatting van verzekerden die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn en tot het treffen van een regeling van inkomen voor deze personen alsmede voor verzekerden die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen)

Nr. 54

BRIEF VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 september 2005

Mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bied ik u hierbij het advies van de Gezondheidsraad aan: «Beoordelen, behandelen, begeleiden; medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid»¹. De Gezondheidsraad heeft dit advies opgesteld naar aanleiding van een adviesaanvraag van 19 januari 2005 van ons beiden over de vraag welke wetenschappelijke hulpmiddelen mogelijk zijn bij de claimbeoordeling voor de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA).

In deze brief vat ik eerst het advies in hoofdlijnen samen.

Vervolgens geef ik een reactie op de algemene lijn van het advies betreffende de principes van medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en de kwaliteit van medisch handelen daarbij. Vervolgens ga ik achtereenvolgens in op de adviezen voor de lange respectievelijk de korte termijn en geef ik mijn reactie daarop. Ik beschrijf hoe de aanbevelingen voor de korte termijn nu uitgewerkt worden. Tot slot meld ik nog enkele activiteiten in verband met de juridische vormgeving en de implementatie.

Het advies en mijn reactie leiden ertoe dat de oorspronkelijke gedachte om indicatieve lijsten van ziektes met hersteltermijnen op te stellen, opgaat in het ruimere voorstel om protocollen en richtlijnen te ontwikkelen. De protocollen die op dit moment tot stand komen, geven aanwijzingen voor de verzekeringsarts bij de claimbeoordeling. Prognostiek maakt onderdeel uit van de protocollen, zodat de verzekeringsarts daarvan gebruik kan maken bij de beoordeling van de duurzaamheid. Met de protocollen zal de arts naar mijn mening een beter hulpmiddel bij de claimbeoordeling hebben dan met lijsten het geval zou zijn. Tegelijkertijd bieden de protocollen ook voordelen voor de begeleiding van het ziekteverzuim in de jaren voorafgaand aan de claimbeoordeling.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

1. Inleiding en samenvatting van het advies

De Gezondheidsraad is er in geslaagd binnen zes maanden een gedegen advies uit te brengen, en daarbij alle betrokken groeperingen te betrekken. Ik spreek hier mijn waardering voor uit. Zo heeft de Gezondheidsraad de hoofdlijn van het advies in een hoorzitting besproken met vertegenwoordigers van het wetenschappelijk veld, patiëntenorganisaties, uitvoerders van sociale zekerheid en arbozorg en curatieve en bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige artsorganisaties. Deze hoofdlijn is tijdens de hoorzitting positief ontvangen.

De Gezondheidsraad vindt dat de professionele beoordelingspraktijk zich positief ontwikkelt. Er zijn goede initiatieven gaande, waarbij kan worden aangesloten. De raad adviseert voor de lange termijn in te zetten op het verder ontwikkelen van richtlijnen voor alle artsendgroepen waarbinnen aandacht moet zijn voor de consequenties van ziekte voor het functioneren in arbeid en de daarbij relevante prognostiek. Deze nieuwe evidence-based en multidisciplinaire richtlijnen moeten betere handvatten bieden voor het beoordelen, behandelen en begeleiden van werknemers bij ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Voor de korte termijn (2005) adviseert de raad om voor vijf à tien aandoeningen protocollen op te stellen die de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen van de arbeidsongeschiktheid kunnen ondersteunen. Gekoppeld aan deze protocollen zouden concrete beoordelingsgevallen beschreven, geanalyseerd en commentariseerd moeten worden zodat het mogelijk wordt individuele gevallen te spiegelen aan gewogen voorbeeldcasuïstiek. De raad beveelt aan deze protocollen en mediprudentie te laten toetsen door een multidisciplinaire commissie van deskundigen.

2. Algemene reactie

De wens om bij de claimbeoordeling meer gebruik te maken van wetenschappelijk onderbouwde hulpmiddelen bestaat al langer. Op die manier kan de claimbeoordeling kwalitatief verbeterd worden. Al voor de vorming van UWV heeft het Lisv hieraan gewerkt. Ook de Raad voor Gezondheidsonderzoek heeft in haar advies Onderzoek Verzekeringsgeneeskunde gepleit voor meer wetenschappelijk onderzoek. UWV heeft samen met de Amsterdamse universiteiten het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde opgezet om via wetenschappelijk onderzoek de kwaliteit en de wetenschappelijke onderbouwing van de claimbeoordeling te verbeteren.

De Commissie Donner II heeft gepleit voor het hanteren van lijsten met standaardprognoses met betrekking tot normale duur van arbeidsuitval. In reactie hierop heeft de SER geadviseerd voor de bepaling van de duurzame arbeidsongeschiktheid gebruik te maken van standaardprognoses en protocollen voor de meest voorkomende aandoeningen, met vermelding van de op gezondheidsprofielen gebaseerde herstelkansen. Bij het ontwerpen van de Wet WIA was de regering eerst van mening dat gekozen zou moeten worden voor neutrale lijsten van ziektes met de daarbij behorende hersteltermijnen, gegeven een geëigende behandeling, en de spreiding die daarbij optreedt. De regering heeft in de toelichting van het wetsvoorstel ook aangegeven dat voor het gebruik van een lijst het noodzakelijk is te weten welke behandeling en begeleiding op grond van wetenschappelijke inzichten voorgeschreven zijn bij een bepaalde ziekte. Deze aspecten zouden in protocollen kunnen worden vastgelegd; lijsten en protocollen moeten zodoende in samenhang gezien worden. Lijsten en protocollen zouden bovendien alleen indicatief gebruikt moeten worden, dus niet dwingend, om recht te doen aan de eis van een individuele beoordeling.

De Gezondheidsraad geeft aan dat er geen één op één relatie is tussen herstel en functioneren. Herstel van klachten en symptomen leidt niet automatisch tot herstel van maatschappelijk functioneren, en omgekeerd is herstel van functioneren heel goed mogelijk zonder herstel van klachten en symptomen. Deze lijn van het advies kan ik onderschrijven. In de nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel WIA heb ik deze analyse ook al aangegeven.

Kennis over een algemene hersteltermijn alléén is uiteraard onvoldoende voor de claimbeoordeling. Immers, termijnen kunnen bij eenzelfde aandoening sterk variëren, afhankelijk van specifieke kenmerken van de ziekte en van persoonsgebonden factoren. Algemene gegevens zijn niet altijd van toepassing op een specifiek persoon. Het is wetenschappelijk niet mogelijk om voor individuen precies te voorspellen wanneer functioneel herstel en werkherleving te verwachten zijn. En tot slot zoals hiervoor al vermeld, is er niet altijd een eenduidig verband tussen ziekte, herstel en beperkingen.

Het advies geeft in vervolg daarop nog het volgende aan. Slechts een klein percentage van de ziekmeldingen leidt tot twee jaar ziekteverzuim en tot een aanvraag voor een WIA-uitkering. Als dat het geval is, is er eigenlijk altijd iets bijzonders aan de hand: of het zijn ziektes waarbij geen herstel optreedt, of het zijn ziektes die in beginsel juist wel overgaan. In het eerste geval gaat het om een zeldzame, ernstige ziekte waarmee de meeste mensen niet kunnen werken (zoals onbehandelbare kanker of een ernstige psychiatrische stoornis) of om een chronische aandoening waarmee veel mensen wel kunnen werken maar sommige niet (zoals reuma of diabetes).

In het tweede geval gaat het om een aandoening die meestal te genezen is maar waarvan sommige mensen toch niet herstellen. Degenen uit de laatste groep zijn dus een uitzondering binnen hun ziektecategorie omdat bij hen werkherleving lang op zich laat wachten.

Wanneer iemand voldoende is hersteld om weer aan het werk te gaan of onder welke omstandigheden iemand met een ernstige of chronische ziekte kan blijven werken, kan niet in het algemeen gezegd worden.

Deze noties over de relatie tussen ziekte, herstel en functioneren leiden tot de conclusie dat het zinvoller is de prognostiek onderdeel te doen zijn van protocollen die zich ook richten op de behandeling en de begeleiding. De problematiek en de mogelijke oplossing die de Commissie Donner II en de SER daarvoor hebben geadviseerd, is sindsdien in de discussie ook al geleidelijk verbreed. De aanbeveling van de Gezondheidsraad past daarin. Ook met andere opmerkingen van de raad over de relatie tussen arbeid en ziekte en de constatering dat de factor arbeid in de bestaande curatieve richtlijnen nog een te ondergeschikte rol speelt, kan ik instemmen.

3. Lange termijn: 3B-richtlijnen

De redenering van de Gezondheidsraad dat prognostische kennis, voor zover voorhanden, met de daarvoor relevante determinanten beter benut kan worden in het kader van richtlijnen, kan ik onderschrijven. Door deze richtlijnen krijgen artsen meer wetenschappelijk onderbouwde kennis en houvast om bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling individueel maatwerk te kunnen leveren.

De Gezondheidsraad stelt voor om voor alle betrokken beroepsgroepen (bedrijfsartsen, huisartsen, medisch specialisten en verzekeringsartsen) gezamenlijke overkoepelende richtlijnen te ontwikkelen. Deze kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering van het handelen van deze artsen. Deze richtlijnen zouden het karakter moeten hebben van «moederrichtlijnen» die in een later stadium weer kunnen dienen als leidraad voor de ontwikkeling van beroepsgroepspecifieke richtlijnen. Als werktitel noemt de Gezondheidsraad dit 3B-richtlijnen, omdat zij gericht zijn op het beoordelen van ziekte en arbeidsmogelijkheden, het behandelen van de ziekte

en het begeleiden bij het herstel- en reïntegratieproces. Het doel ervan is het medisch handelen in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te verbeteren.

De richtlijnen moeten in ieder geval de twee jaar ziekte bestrijken zodat zij kunnen dienen als handvat voor zowel bedrijfsartsen, behandelend artsen als verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Daarnaast moeten zij informatie over de periode na deze twee jaar bevatten, om zo de beoordeling van de ontwikkeling van de arbeidsongeschiktheid in de toekomst beter mogelijk te maken.

Empirische gegevens over de tijd tussen ziekmelding en gedeeltelijke of volledige werkhervatting c.q. herstel moeten deel uitmaken van de richtlijnen. Verzameling van deze gegevens moet een continu proces zijn. De Gezondheidsraad constateert echter dat deze verzameling op dit moment nog in een pril stadium is.

4. Reactie lange termijn aanbevelingen

Ik onderschrijf het idee van de Gezondheidsraad voor de lange termijn met betrekking tot de 3B-richtlijnen voor beoordelen, begeleiden en behandelen van werknemers bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Bedacht dient daarbij te worden dat de aanbevelingen raakvlakken hebben met veel andere ontwikkelingen. Immers, er wordt nu al op veel plaatsen gewerkt aan mono- en multidisciplinaire medische richtlijnen met in toenemende mate aandacht voor de factor arbeid. Nieuwe initiatieven moeten aansluiten bij bestaande ontwikkelingen en die niet doorkruisen. Bij de ontwikkeling van de richtlijnen spelen veel niet direct medische en procedurele aspecten zoals de financiering, de coördinatie, het daadwerkelijke opstellen, de implementatie en de draagvlakontwikkeling binnen de beroepsgroepen.

De raad maakt in dit verband nadrukkelijk onderscheid tussen de lange en de korte termijn. Ik acht het in lijn hiermee verstandig de ervaring die wordt opgedaan met de korte-termijn-aanbevelingen van de raad, mee te nemen bij de beoordeling van de lange termijnaanpak. Een gezamenlijke werkgroep van SZW en VWS waarbij ook UWV betrokken is, bereidt de besluitvorming over de aanbevelingen voor de lange termijn voor. Om de voortgang van de werkzaamheden te verzekeren en de aansluiting van de lange termijnaanpak met die op de korte termijn zo goed mogelijk te doen zijn, zal ik tijdig, in het eerste kwartaal van het komend jaar, uw Kamer hierover berichten.

Ik vind het belangrijk dat ervaringsdeskundigen vanuit cliëntenorganisaties betrokken worden bij zowel de ontwikkeling van de richtlijnen op de lange termijn als bij de ontwikkeling van de protocollen voor de korte termijn. Ik zal dan ook bewerkstelligen dat de werkwijze zodanig is dat daarvoor ruimte wordt ingeruimd.

5. Korte termijn: protocollen en mediprudentie

Voor de korte termijn, dat wil zeggen voor 2005, beveelt de Gezondheidsraad aan 5 à 10 protocollen en daarbij behorende mediprudentie te ontwikkelen. De Raad biedt aan de uitvoering van de korte-termijn aanbevelingen op zich te nemen. Bij protocollen gaat het erom om voor relevante aandoeningen protocollen te maken ter ondersteuning van de beoordeling van de herstelactiviteiten in de ziekteperiode en de claimbeoordeling. Deze protocollen kunnen gebaseerd worden op al bestaande richtlijnen en zouden opgesteld kunnen worden door multidisciplinaire werkgroepen. Deze protocollen kunnen dan later weer betrokken worden bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire 3B-richtlijnen. Gelijktijdig zou voorbeeldcasuïstiek ontwikkeld kunnen worden, aan de hand van casussen die door deskundigen beschreven, geanalyseerd en commentarieerd worden. Zowel de protocollen als de mediprudentie zouden

volgens de Gezondheidsraad getoetst moeten worden door een multidisciplinair samengestelde commissie van deskundigen.

6. Reactie korte termijn aanbevelingen

Ik onderschrijf deze aanbevelingen. De protocollen en de mediprudentie zullen naar mijn overtuiging de kwaliteit van de claimbeoordeling verhogen. Daardoor wordt beter gestimuleerd dat werknemers die een uitkering aanvragen op dezelfde manier beoordeeld worden. Ook bevordert dit de samenwerking tussen de verschillende medische beroepsgroepen, waardoor er sprake is van een continue lijn in de begeleiding, de behandeling en de beoordeling van zieke werknemers. Wel wijs ik er op dat voor een goede implementatie er veel aandacht moet zijn voor draagvlakontwikkeling. De ervaring leert dat hulpmiddelen niet direct overal toegepast kunnen worden omdat ook vaak opleiding nodig is.

De protocollen en de mediprudentie, en dan met name het onderdeel prognostiek, zullen door de verzekeringsartsen bij UWV gebruikt kunnen worden bij het bepalen van de duurzaamheid van de volledige arbeidsongeschiktheid. Immers, gegeven een diagnose en de al gevolgde behandeling kan aan de hand van de nog mogelijke behandeling beoordeeld worden of er al een stabiele situatie bereikt is of dat er nog mogelijkheden zijn om de belastbaarheid van de arbeidsongeschikte werknemer te verhogen. Op deze manier dragen de hulpmiddelen ook bij aan de beoordeling van de duurzaamheid.

Ik heb positief gereageerd op het aanbod van de Gezondheidsraad de aanbevelingen voor de korte termijn zelf uit te voeren. Op deze manier zal het mogelijk zijn nog dit jaar te kunnen beschikken over de eerste protocollen en voorbeeldcasuïstiek. De activiteiten vermeld bij punt 7 en 8 zijn nu gaande.

7. Protocolontwikkeling

Vertrekpunt is het toetsingskader voor 3B-richtlijnen dat de Gezondheidsraad heeft opgesteld. Dit kader geeft onder andere aan dat de volgende aspecten onderdeel moeten uitmaken van de richtlijn: aandoening, diagnostiek, prognostiek, behandeling en begeleiding, interdisciplinaire aspecten en juridischmaatschappelijke aspecten. De Gezondheidsraad stelt werkgroepen in om de ontwerpprotocollen op te stellen. Deze werkgroepen worden samengesteld uit verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen, huisartsen, medisch specialisten en andere in aanmerking komende zorgverleners. Er zal zoveel mogelijk een beroep worden gedaan op personen die al bij de ontwikkeling van de bestaande richtlijnen betrokken waren. Ook zal ik bezien hoe cliëntenorganisaties erbij betrokken kunnen worden. Er worden in eerste instantie protocollen ontwikkeld voor diagnoses die relevant zijn voor de WIA¹. Deze zijn geselecteerd op grond van recente WAO-instreamcijfers en de mate waarin ze tot voorbeeld kunnen dienen voor een relevante categorie van aandoeningen. Bovendien zijn voor deze diagnoses evidence based medische richtlijnen beschikbaar die kunnen dienen als uitgangspunt. In de protocollen wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan prognostiek. Er worden beschikbare gegevens met betrekking tot hersteltermijnen gebruikt. Voor dit laatste wordt onder meer gebruik gemaakt van reeds ontwikkelde en nog te ontwikkelen lemma's van het Laboretum. Het Laboretum is een via internet toegankelijk kennissysteem, dat ontwikkeld is onder de vlag van het STECR-platform Reintegratie. De lemma's van het Laboretum vatten in kort bestek de aanbevelingen samen voor het medisch handelen bij een bepaalde aandoening, grotendeels op basis van bestaande richtlijnen van de curatieve en bedrijfsgeneeskundige sector. In hun huidige

¹ Chronische specifieke rugklachten, hartinfarct, chronische vermoeidheidssyndroom, hernia nucleus pulposi, depressie, spanningsklachten, cerebrovasculaire aandoening, borstkanker, angststoornissen, whiplash.

opzet zijn de lemma's primair bedoeld als hulpmiddel voor bedrijfsartsen; zij zullen voor het doel van de protocollen worden aangevuld met verzekeringsgeneeskundige toetsingspunten. De expertise en infrastructuur die het Laboretum heeft ontwikkeld zullen bij de voorbereiding en bij de verspreiding en implementatie van de protocollen gebruikt worden. De protocollen geven aanwijzingen voor de voorgeschreven medische behandeling. Dit is ook gewenst in verband met de eis dat de werknemer die een WIA-uitkering aanvraagt, een medisch specialist heeft bezocht. De protocollen zullen wetenschappelijk getoetst en vastgesteld worden door de commissie WIA van de Gezondheidsraad.

8. Mediprudentie

Voor de diagnoses waarvoor verzekeringsgeneeskundige protocollen ontwikkeld worden, zal de raad een begin maken met de opbouw van mediprudentie. Per diagnose zullen twee beoordelingsdossiers onderzocht worden op de aspecten volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid. De raad heeft TNO Kwaliteit van Leven ingeschakeld om met een door hen ontwikkelde procedure de casussen te analyseren. TNO maakt gebruik van een focusgroep van verzekeringsartsen van UWV en de Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskundigen NVVG. Het resultaat is een aantal casusbeschrijvingen met beargumenteerde beoordelingen. Deze zullen als voorbeeld casuïstiek gevoegd worden bij de protocollen. Richtlijnen en protocollen maken onderdeel uit van het medisch-professioneel handelen.

9. Tot slot

De Gezondheidsraad heeft mij toegezegd in oktober de eerste twee ontwerpprotocollen gereed te kunnen hebben. Ik zal deze protocollen vervolgens in een ministeriële regeling vastleggen die ik in november a.s. aan u zal voorleggen.

Zodra de Gezondheidsraad de overige protocollen heeft vastgesteld, worden die ook in de ministeriële regeling verwerkt. Er is zo sprake van een groeimodel.

Ik heb geconstateerd dat dit groeimodel aanpassing van de wettekst op dit punt vergt (artikel 1.2.3 lid 6). Ik stel daarom een andere redactie van dit artikellid voor, door middel van een nota van wijziging op de Aanpassingswet – en verzamelwet Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. Hiermee wordt de WIA in overeenstemming gebracht met de huidige ontwikkelingen.

UWV heeft mij laten weten positief te staan tegenover de ontwikkeling van de hulpmiddelen. Uiteraard is UWV met het oog op de uitvoerbaarheid daarbij ook betrokken.

UWV zal binnen een jaar de resultaten van de nieuwe werkwijze evalueren en aangeven wat verder nodig is op het gebied van de protocolontwikkeling. Afhankelijk van de ervaringen zal ik de protocolontwikkeling verder ter hand nemen.

Ook zal ik dan met de Gezondheidsraad en UWV bezien welke aanvullende maatregelen nodig zijn om te bereiken dat de protocollen brede toepassing ondervinden.

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
A. J. de Geus