

Wijziging Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten

Regeling van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 1 mei 2007, Directie Sociale Verzekeringen, nr. SV/WV/07/15227, tot wijziging van de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten in verband met het opnemen in de bijlage van een Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
Gelet op artikel 2, tiende lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, artikel 2, elfde lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, artikel 18, elfde lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en artikel 6, zesde lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen;

Besluit:

Artikel I

Aan artikel 3, eerste lid, van de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel d door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

e. de in dit artikel genoemde diagnoses, met uitzondering van specifieke lage rugpijn en myocardinfarct, wordt met ingang van 1 juli 2007 gebruik gemaakt van de Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen, die als bijlage 5 bij deze regeling is opgenomen.

Artikel II

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

Deze regeling zal met de toelichting en de bijlage 5 in de Staatscourant worden geplaatst.

Den Haag, 1 mei 2007.

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
J.P.H. Donner.

Bijlage 5

Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen

Op verzoek van de minister van SZW stelt de Gezondheidsraad verzekeringsgeneeskundige protocollen op voor tien diagnoses waarop in 2004, afgaand op toenmalige WAO-instroomcijfers, een aanzienlijk deel van de arbeidsongeschiktheidsproblematiek was terug te voeren.

In deze *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen* komen enkele algemene aspecten, kenmerken en overwegingen aan de orde die gelden voor elk van deze door de Gezondheidsraad uit te brengen protocollen. Achtereenvolgens passeren de revue: doel en domein van de protocollen; de in de protocollen geïmpliceerde opvatting van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek; structuur en functie van de protocollen; enkele overwegingen ten aanzien van de toepassing, evaluatie en herziening; en, ten slotte, de positionering van de protocollen ten opzichte van enkele andere documenten en activiteiten die (mede) gericht zijn op kwaliteitsbevordering van het verzekeringsgeneeskundig handelen.

1. Doel en domein

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

De verzekeringsgeneeskundige protocollen beperken zich tot dat deel van de verzekeringsgeneeskunde dat wordt beoefend in de context van de Nederlandse wetgeving die voorziet in een collectief gefinancierde uitkering bij loonderving door arbeidsongeschiktheid. Daarbinnen richten ze zich primair op de vier beoordelingstaken die de verzekeringsarts te vervullen heeft wanneer iemand na twee jaar ziekteverzuim een aanvraag indient voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WIA, te weten:

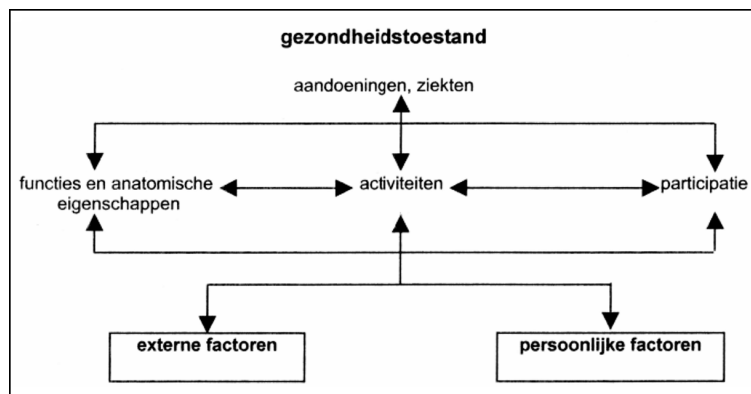
- de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis
- de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden
- de beoordeling van het te verwachten beloop en
- de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.

Dezelfde of sterk verwante beoordelingstaken zijn aan de orde bij herbeoordelingen voor WIA of WAO en in het kader van de wet WAJONG.

Andere werkterreinen van de in de publieke sector werkzame verzekeringsarts, zoals de begeleidende ‘arborol’ die verzekeringsartsen vervullen voor uitzendkrachten en voor werknemers in de WW, worden in de protocollen niet expliciet behandeld. De kennis die in de protocollen en de bijbehorende toelichtingen is verrat, is in deze andere verzekeringsgeneeskundige functies echter eveneens toepasbaar.

2. Verzekeringsgeneeskundig onderzoek

De tweede beoordelingstaak, de beoordeling van de functionele mogelijkheden, is de centrale taak van de verzekeringsgeneeskunde. Het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten uit 2000 (herzien in 2004) omschrijft deze taak als het verzekeringsgeneeskundig onderzoek ter beantwoording van de vraag of en in hoeverre bij een werknemer die in aanmerking wenst te komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, sprake is van ‘ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte of gebrek’. In het Schattingsbesluit, dat ook na de invoering van de wet WIA de wettelijke grondslag vormt van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek, is een bepaalde opvatting van dit onderzoek vastgelegd. Deze opvatting ligt aan de basis van de verzekeringsgeneeskundige protocollen. Hij rust op twee pijlers. De eerste pijler is een bepaalde visie op ‘ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte’. De tweede pijler is een visie op de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.



Figuur 1 De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren (bron: ICF, Nederlandse vertaling*).

* WHO-FIC Collaborating Centre. ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002.

Ziekte en de ICF

Het concept 'ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte' in het Schattingsbesluit wordt in de bijbehorende Nota van toelichting uitgewerkt aan de hand van drie begrippen die ontleend zijn aan de in 1980 voor het eerst verschenen *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) van de WHO: de begrippen stoornis, beperking en handicap. Deze drie begrippen vertegenwoordigen drie niveaus van het mens-zijn waarop ziekte zich kan manifesteren. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek dient zich te richten op al deze drie niveaus. 'Ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte' kan volgens de Nota van toelichting alleen aan de orde zijn indien sprake is van een logische samenhang van stoornissen, beperkingen en handicaps.

De ICIDH werd in 2001 opgevolgd door de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF): 'een taal die de termen bevat waarmee het menselijk functioneren kan worden beschreven' en daarmee tevens 'een raamwerk voor het ordenen van gegevens' (Nederlandse vertaling, 2002).¹ Centraal in de ICF staat een model van het menselijk functioneren (figuur 1), waarin de onderlinge relaties tussen stoornissen, beperkingen en handicaps (in de ICF-terminologie: participatieproblemen) in beeld worden gebracht. De drie niveaus waarop ziekte zich manifesteert worden omschreven als

- het niveau van de functies en anatomische eigenschappen, waarop zich stoornissen kunnen voordoen,
- het niveau van de activiteiten, de onderdelen van iemands handelen, waarop beperkingen aanwezig kunnen zijn, en
- het niveau van de participatie, waarop sprake kan zijn van participatieproblemen, i.e.: problemen met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

De drie niveaus van het menselijk functioneren hangen niet alleen in onderlinge wisselwerking met elkaar samen, maar zijn ook verbonden met externe factoren (fysieke en sociale) en met persoonlijke factoren (bijvoorbeeld leeftijd, persoonlijkheid levensstijl), die zowel op het functioneren van invloed zijn als erdoor beïnvloed worden.

De verzekeringsarts maakt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van dit samenhangende, dynamische systeem van het menselijk organisme en zijn omgeving een momentopname. Is er op dit moment sprake van een consistente en plausibele samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen? Is dat het geval, dan kan er sprake zijn van 'ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte' in de zin van het Schattingsbesluit.

Om na te kunnen gaan of bij iemand een dergelijke consistente en plausibele samenhang aan de orde is, is het van belang zicht te hebben op de externe en persoonlijke factoren die met het functioneren van de persoon verbonden zijn. De stoornissen, beperkingen en participatieproblemen doen zich altijd voor in een bepaalde persoon in een bepaalde omgeving. Al naar gelang de eigenschappen van die persoon en omgeving kan de samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen verschillende gedaanten aannemen. Mede daarom is de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling altijd een individuele beoordeling. Soms zal blijken dat in het ontstaan of voortbestaan van een samenhangend geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen externe en persoonlijke factoren, zoals gebrek aan sociale steun, inactiviteit, persoonlijkheidskenmerken, ambities, copingstijlen enzovoort, een belangrijke rol spelen. Dat is geen reden om, wanneer is vastgesteld dat van een dergelijke samenhang sprake is, de omvang van de beperkingen als geringer te beoordelen dan wanneer niet of nauwelijks aanwijs-

bare persoonlijke of externe factoren in het geding zouden zijn geweest. De beoordeling van de functionele mogelijkheden is een momentopname, waarbij de etiologie van eventuele beperkingen geen andere rol speelt dan die van een mogelijke verklaring.

Hoewel in de tien door de Gezondheidsraad te publiceren verzekeringsgeneeskundige protocollen het ICF-model een belangrijke rol speelt, zijn in de protocollen waar het gaat over specifieke stoornissen, beperkingen en participatieproblemen veel termen terug te vinden, die niet aan de ICF ontleend zijn. In de professionele richtlijnen waarbij de protocollen aansluiten en ook in de oorspronkelijke wetenschappelijke literatuur, wordt nog slechts sporadisch gebruik gemaakt van de ICF-terminologie. De meeste kennis over de specifieke stoornissen, beperkingen en participatieproblemen bij verschillende aandoeningen is gevat in termen en begrippen die niet precies zo in de ICF zijn terug te vinden. Dat de protocollen in dit opzicht aansluiten bij de huidige stand van de professionele en wetenschappelijke ontwikkelingen doet echter niets af aan het feit dat bij de protocolontwikkeling het ICF-model een belangrijk oriëntatiepunt is geweest.

Kwaliteit

In het Schattingsbesluit is vastgelegd dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet voldoen aan de vereisten van

- toetsbaarheid: onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies moeten schriftelijk worden vastgelegd;
- reproduceerbaarheid: een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden; en
- consistentie: de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek dienen vrij te zijn van innerlijke tegenspraak.

Bovendien moet het vaststellen van de ongeschiktheid tot werken op een medisch verantwoorde wijze gebeuren. De toegepaste onderzoeksmethoden dienen onder artsen en paramedische deskundigen algemeen geaccepteerd te zijn. Deze eis is uitgewerkt in de verzekeringsgeneeskundige standaard *Onderzoeksmethoden*. Het beoordelingsgesprek, dat uitgaat van de claim van de betrokkene en de argumenten die deze daarvoor aanvoert – conform het principe van de argumentatieve claimbeoordeling –, neemt hierin een centrale plaats in.

Uitgaand van deze visie op de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek zijn in de protocollen en de bijbehorende toelichtingen de aan de medische kennis over een bepaalde diagnose te ontlelen inzichten bijeengebracht die voor de uitvoering van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek van belang zijn. De protocollen bieden daarmee, conform de doelstelling, een ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming – en niet meer dan dat. De verzekeringsgeneeskundige beoordeling is en blijft, ook met de protocollen onder handbereik, een kwestie van professionele oordeelsvorming, conform de richtlijnen vastgelegd in het Schattingsbesluit.

3. Structuur en functie

De verzekeringsgeneeskundige protocollen bestaan uit twee delen. Deel A *Onderzoek*, dat is geënt op de verzekeringsgeneeskundige standaard *Onderzoeksmethoden*, gaat in op de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Deel B *Beoordeling* behandelt vervolgens de vier beoordelingstaken die de verzekeringsarts, op basis van de verzamelde gegevens, te vervullen heeft. Elk protocol gaat vergezeld van een *Toelichting* waarin de kennis waarop het protocol is gebaseerd, is samengevat.

A. Onderzoek

Oriëntatie op aanwezige gegevens

In het protocol wordt in deel A *Onderzoek* allereerst, onder *Oriëntatie op aanwezige gegevens*, een reeks vragen geformuleerd aan de hand waarvan de verzekeringsarts zich een beeld kan vormen van relevante aspecten van de voorgeschiedenis van de werknemer. Niet alle vragen zijn in alle gevallen van even groot belang. De verzekeringsarts zal zich, afhankelijk van zijn bevindingen, in bepaalde aspecten van de voorgeschiedenis meer of minder verdiepen.

Uitgangspunt is dat een groot deel van de instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen is toe te schrijven aan veelvoorkomende aandoeningen die bij verreweg de meeste mensen niet leiden tot twee jaar aaneengesloten ziekteverzuim. Dit roept de vraag op waardoor bij de werknemers die wél aan de poort

van de WIA komen, herstel en werkhervatting gestagneerd zijn. De in de protocollen geformuleerde aandachtspunten kunnen de verzekeringsarts helpen bij zijn analyse van de stagnatie van het herstel. Sommige zijn algemeen van aard en zijn dus in alle protocollen terug te vinden, andere zijn gebaseerd op de huidige inzichten omtrent de adequate behandeling en begeleiding bij de diagnose in kwestie, weer andere op onderzoek naar factoren die herstel en werkhervatting bij deze diagnose begunstigen dan wel belemmeren. Door te analyseren waardoor de stagnatie veroorzaakt is, wordt tevens duidelijk of er in het vastgelopen herstelproces kansen zijn gemist die mogelijk alsnog benut kunnen worden.

Beoordelingsgesprek en medisch onderzoek

Het onderzoeksdeel van het protocol vervolgt, conform de standaard *Onderzoeksmethoden*, met het *Beoordelingsgesprek* en het *Medisch onderzoek*, waarin de anamnese een prominente plaats inneemt.

Beoordelingsgesprek en anamnese zijn gespreksvormen die elkaar deels overlappen. De volgorde is arbitrair. In het beoordelingsgesprek wordt het uitgangspunt van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, de claim en de argumenten daarvoor, geformuleerd, geëxploreerd en getoetst. De anamnese is erop gericht duidelijkheid te krijgen over wat er medisch gezien aan de hand is. Informatie over klachten en functioneringsproblemen is van belang voor zowel beoordeling als diagnostiek. In de praktijk zal de verzekeringsarts ook in deze fase ten aanzien van volgorde en diepgang van zijn onderzoek, afhankelijk van de situatie, eigen keuzen maken. Daarbij zijn voor hem de kwaliteit en actualiteit van de reeds aanwezige medische informatie belangrijke overwegingen.

In de protocollen wordt aan goede diagnostiek veel belang gehecht. Een diagnose is een noch noodzakelijke, noch voldoende voorwaarde voor een aanspraak op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dat neemt niet weg dat diagnosticeren, het beoordelen wat er medisch gezien aan de hand is met de patiënt, een belangrijk aspect is van het medisch handelen van artsen in het algemeen en ook van dat van verzekeringsartsen. Het toetsen van de al gestelde en zo nodig zelf stellen van de juiste diagnoses – waarbij het niet alleen gaat om de aandoening waarmee de werknemer bij de verzekeringsarts wordt aangemeld, maar ook om soms recent ontstane comorbiditeit – is een actief onderzoeksproces dat begint met de klachten van de patiënt en met de symptomen die door de arts worden waargenomen. Het wordt van meet af aan mede gestuurd door de diagnostische kennis

van de arts: kennis over de diagnostische waarde van klachten en symptomen en over statistische, pathofysiologische en psychologische verbanden tussen verschillende diagnostisch relevante verschijnselen. De gestelde diagnoses vormen vervolgens voor de verzekeringsarts de brug naar de kennis omtrent etiologie, ziektemechanismen, prognose en behandeling die bij deze werknemer relevant is. Een goed beeld van wat er met de werknemer aan de hand is, is van groot belang om de uitspraken van de patiënt over de klachten en beperkingen die hij in zijn dagelijks leven zelf ervaart goed te kunnen interpreteren en wegen en om mogelijke beperkingen op het spoor te komen die niet als zodanig door de patiënt ervaren worden. Het is ook essentieel om het beeld van met elkaar samenhangende stoornissen, beperkingen en participatieproblemen dat uit het dossier en het verzekeringsgeneeskundig onderzoek naar voren komt, in het licht van de relevante medische kennis op consistentie en plausibiliteit te kunnen beoordelen en om prognostische uitspraken te kunnen doen.

Overleg met en onderzoek door derden

Het onderzoeksdeel van het protocol wordt afgesloten met de onderdelen *Overleg met derden* en *Onderzoek door derden*, waarbij voor zover mogelijk de indicaties voor het toepassen van deze vormen van aanvullende informatieverzameling gespecificeerd worden.

B. Beoordeling

Sociaal-medische voorgeschiedenis

In deel B *Beoordeling* noemt het protocol als eerste beoordelingstaak van de verzekeringsarts de beoordeling van de *Sociaal-medische voorgeschiedenis*. Het kernpunt is hier de analyse van de stagnatie van herstel en werkhervatting. De uitkomsten van deze beoordeling spelen een rol in het evalueren van de medische aspecten van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode (de 'poortwachertoets'),² in het opbouwen van een consistent en plausibel beeld van de stoornissen, beperkingen en participatieproblemen die bij de werknemer in het geding zijn, in het stellen van de prognose en in het beoordelen van de huidige behandeling en begeleiding. Ze kunnen ook leiden tot feedback aan bedrijfsarts en behandelars die bij het voortraject betrokken waren.

Functionele mogelijkheden

De volgende beoordelingstaak, de beoordeling van de *Functionele mogelijkheden*, is de kerntaak van de verzekeringsarts. In de formulering van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (art.3):

1. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek strekt ertoe vast te stellen of

betrokkene ten gevolge van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is tot werken.

2. Daarbij onderzoekt de verzekeringsarts of bij betrokkene sprake is van vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie, die vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten en van normale sociale rolvervulling tot gevolg heeft.

3. Tevens stelt de verzekeringsarts vast welke beperkingen betrokkene in zijn functioneren ondervindt ten gevolge van het verlies of vermindering van vermogens, bedoeld in het tweede lid, alsmede in welke mate betrokkene belastbaar is voor arbeid.

Kort gezegd: de verzekeringsarts staat voor de taak vast te stellen of en in hoeverre iemands functionele mogelijkheden tot het verrichten van arbeid beperkt zijn door ziekte of gebrek.

Op dit punt formuleren de protocollen enkele overwegingen die bij de diagnose in kwestie van bijzonder belang zijn. Ze geven vaak ook een lijstje van aspecten van het menselijk functioneren die bij die diagnose speciale aandacht verdienen (waarmee dus geenszins is gezegd dat ook op al die aspecten beperkingen zouden moeten worden aangenomen).

Te verwachten beloop

De derde beoordelingstaak is het beoordelen van het *te verwachten beloop* of, met andere woorden, het stellen van de prognose. 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.

Behandeling en begeleiding

De vierde beoordelingstaak, de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding, is een tot nu toe niet expliciet als zodanig benoemde taak die vraagt om een wat ruimere toelichting.

Ten tijde van de beoordeling na twee jaar ziekteverzuim is er een grote variatie in de mate waarin betrokkenen contact onderhouden met bedrijfsartsen en behandelaars. Sommigen worden intensief behandeld en begeleid, anderen hebben al maanden met geen enkele zorgverlener contact gehad. De verzekeringsarts kan dus de eerste in maanden zijn die de gezondheidstoestand van de betrokkene in relatie tot zijn mogelijkheden tot werkhervatting vanuit een professioneel medisch oogpunt overziet. Bovendien is hij in de regel de eerste, niet eerder bij de ziektegeschiedenis betrokken medische deskundige die na twee jaar ziekteverzuim in de positie is om zich een onafhankelijk oordeel te

vormen over de voorgeschiedenis, de actuele toestand en de vooruitzichten van de persoon in kwestie.

Deze omstandigheden brengen voor de verzekeringsarts mogelijkheden en verantwoordelijkheden met zich mee. Bovendien is het UWV op grond van de WIA verplicht om voor iemand die in aanmerking komt voor een uitkering op grond van de regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA) van de WIA, in samenspraak met de WGA-uitkeringsgerechtigde, een zogeheten reïntegratievisie vast te stellen en deze periodiek te evalueren en bij te stellen. De uitkeringsgerechtigde, van zijn kant, is verplicht zich in te spannen om zijn mogelijkheden tot het verrichten van arbeid te behouden of te verruimen en dient in dat verband onder meer 'zich geneeskundig te laten behandelen of aanwijzingen van een arts op te volgen' indien het UWV (of de eigenrisicodragers) daartoe opdracht geeft. Het lijkt voor de hand te liggen, al staat dat niet met zoveel woorden in de wet, dat de beoordelende verzekeringsarts een belangrijke bijdrage kan leveren aan deze door het UWV op te stellen reïntegratievisie, wanneer er kansen zijn om de arbeidsmogelijkheden van de betrokkene door middel van (betere) behandeling en begeleiding te verruimen. In de protocollen wordt ervan uitgegaan dat de verzekeringsarts zo nodig, in het verlengde hiervan, in overleg treedt met betrokkene en diens behandelaar(s) en begeleider(s), om te komen tot een medisch plan van aanpak, waarbij de verantwoordelijkheid voor de behandeling vanzelfsprekend bij de behandelaars blijft liggen. De verzekeringsarts kan de uitvoering van het plan evalueren tijdens de door hemzelf te plannen herbeoordelingen in het kader van de WGA.

Ook wanneer iemand niet in aanmerking komt voor de WGA liggen er soms voor de verzekeringsarts relevante mogelijkheden – en dus verantwoordelijkheden – dat geldt zeker bij iemand met een 'geringe kans op herstel' die een uitkering ontvangt op grond van de regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) van de WIA. Deze subcategorie van IVA-uitkeringsgerechtigden moet volgens de wet de eerste vijf jaar jaarlijks opnieuw beoordeeld worden. Dit geeft de mogelijkheid om nieuw ontstane perspectieven op verbetering van de gezondheidstoestand te signaleren en aan te grijpen. Maar ook iemand die niet voor inkomensondersteuning in aanmerking komt, bijvoorbeeld omdat zijn arbeidsongeschiktheidspercentage lager is dan 35 procent, kan baat hebben bij een deskundig advies van de verzekeringsarts. De protocollen wijzen de verzekeringsarts op dit punt opnieuw op het belang van een goede analyse van de stagnatie van het herstel. Inzicht in de wijze waar-

op herstel en werkhervatting voordien gestagneerd is en kennis over behandelingsmogelijkheden – zoals in kort bestek uiteengezet in de toelichting bij de protocollen – kunnen de weg wijzen naar mogelijkheden om het herstelproces alsnog vlot te trekken.

Welke initiatieven de verzekeringsarts ook ontplooit ten aanzien van behandeling en begeleiding, zijn rol blijft primair die van beoordelaar. Dat neemt niet weg dat hij soms, met respect voor de autonomie van patiënten en de professionele verantwoordelijkheid van behandelaars en begeleiders, niet mis te verstane signalen zal moeten afgeven: wanneer duidelijke kansen in de behandeling zijn gemist, wanneer de lopende behandeling of begeleiding in strijd is met geldende professionele richtlijnen of wanneer een patiënt, tot zijn schade, elk contact met zorgverleners verloren heeft. Natuurlijk treedt de verzekeringsarts niet in overleg met behandelaars en begeleiders zonder dat hij zijn voornemen met de patiënt heeft besproken en diens toestemming gekregen heeft. Daarbij zal met regelmaat de communicatie tussen verzekeringsarts en patiënt overeenkomsten vertonen met die tussen een patiënt en diens begeleider of behandelaar. Maar daarmee houdt de overeenkomst op: de verzekeringsarts blijft beoordelaar. De protocollen dichten hem niet de rol toe van een behandelaar of begeleider.

Toelichting

In het protocol verwijzen nummers tussen haakjes naar hoofdstukken en paragrafen in de bijbehorende *Toelichting*, die zelf een meer traditionele, door de aard van de erin samengevatte medische kennis ingegeven structuur kent dan het verzekeringsgeneeskundig gestructureerde protocol. De toelichting geeft een overzicht van de medische kennis die voor verzekeringsartsen van belang is. Kennisname van de toelichting is noodzakelijk voor een goed begrip van het protocol.

4. Toepassing, evaluatie en herziening

De protocollen en de daarbij behorende toelichtingen zijn documenten ter ondersteuning van het professionele verzekeringsgeneeskundig handelen. Ze bevatten kennis over ontstaan van aandoeningen, over diagnostiek, behandeling en begeleiding, aandachtspunten bij onderzoek en beoordeling en aanbevelingen die de nodige ruimte laten voor de zelfstandige professionele oordeelsvorming van verzekeringsartsen. Gedetailleerde handelingsvoorschriften ontbreken. Ook worden geen eenduidige relaties gelegd tussen specifieke onderzoeksbevindingen en de aan- of afwezigheid van bepaalde beperkingen. Al met al wordt het werk van verzekeringsartsen er niet gemakkelijker op – van 'kookboekgeneeskunde' is geen sprake

–, maar de commissie verwacht dat de protocollen de systematiek, de inhoudelijke onderbouwing en daarmee de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen ten goede komen.

Voorwaarde daarvoor is dat verzekeringsartsen zich de protocollen eigen maken. Zij zullen de deels nieuwe kennis van de protocollen moeten integreren in hun bestaande – onder invloed van oudere kennis, praktijkervaring en praktische omstandigheden gegroeide – denkgewoonten en handelingspatronen. Dat is een lastig proces, dat meer behelst dan ‘aanvullen’ van oude met nieuwe kennis. Een actieve herbezuiniging op eigen ervaringskennis en routines is noodzakelijk om nieuwe inzichten in reeds opgebouwde professionele kennis en kunde in te kunnen vouwen.

De commissie stelt vast dat dit hoge eisen stelt aan de wijze waarop de protocollen in de praktijk worden ingevoerd en dat er tijd nodig is om dit proces zijn beslag te laten krijgen. Zij constateert tevens dat de rol van de Gezondheidsraad in dit opzicht slechts bescheiden kan zijn. De professionele en uitvoeringsorganisaties zullen hier het voortouw moeten nemen. Hetzelfde geldt voor de evaluatie van de effecten van de protocollen op de verzekeringsgeneeskundige praktijk en voor de herziening van de protocollen, wanneer nieuwe wetenschappelijke of professionele inzichten daartoe aanleiding geven. Zoals alle instrumenten in een dynamisch, professioneel kwaliteitssysteem, hebben ook de verzekeringsgeneeskundige protocollen een voorlopig karakter. De commissie hecht aan evaluatie en herziening groot belang, maar stelt tegelijk vast dat in de toekomst een actieve rol van de Gezondheidsraad ook op deze punten niet voor de hand ligt.

5. Positionering

Verzekeringsgeneeskundige richtlijnen, beleidsregels en gespreksmodellen
De protocollen beogen een aanvulling te zijn op bestaande verzekeringsgeneeskundige richtlijnen, beleidsregels en gespreksmodellen. Tot de verzekeringsgeneeskundige richtlijnen behoren onder meer de richtlijnen *Geen duurzaam benutbare mogelijkheden* en *Medisch arbeidsgeschiktheids criterium* uit 1996 (in het jaar 2000 gecodificeerd in, en officieel vervangen door, het Schattingsbesluit arbeidsgeschiktheidswet) en de standaard *Onderzoeksmethoden* (2000). Van de door het UWV vastgestelde beleidsregels voor de uitvoering van de arbeidsgeschiktheidsverzekeringen zijn in verband met de verzekeringsgeneeskundige protocollen onder andere van belang de *Beleidsregels beoordelingskader poortwachter* (2002, gewijzigd in 2005 en op 17 oktober 2006), met de daarbij behorende bijlage, het *Kader voor inzet en beoorde-*

ling van re-integratieinspanningen. De verzekeringsgeneeskundige ‘gespreksmodellen’ zijn het ‘methodisch beoordelingsgesprek’, de ‘belastbaarheidsgerichte beoordeling’ en de ‘multicausale analyse’. In deze modellen wordt een wijze van verzekeringsgeneeskundige gespreksvoering gekoppeld aan een wijze van bewijsvoering.

De inhoud van de verzekeringsgeneeskundige protocollen interfereert niet met deze richtlijnen, beleidsregels en gespreksmodellen, al leggen de protocollen op sommige punten andere accenten.

Mediprudentie

De totstandkoming van verzekeringsgeneeskundige protocollen en de opbouw van mediprudentie – ‘een voor alle betrokkenen toegankelijke verzameling van schriftelijk vastgelegde en becomingentarieerde arbeidsgeschiktheidsbeoordelingen’ – zijn twee parallelle ontwikkelingen die elkaar aanvullen en versterken. De protocollen ondersteunen de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in de praktijk door relevante kennis voor verzekeringsartsen toegankelijk te maken. De analyse van verzekeringsgeneeskundige beoordelingen kan vervolgens duidelijk maken welke rol deze kennis in de beoordeling van concrete casus kan spelen en hoe lacunes in de kennis door het professionele oordeel van de verzekeringsarts kunnen worden overbrugd. Mediprudentie kan zo de toepassing van de in de protocollen samengevatte kennis bevorderen, maar tevens leiden tot bijstelling van de protocollen, door het signaleren van bijvoorbeeld kennislacunes of nog niet eerder geëxpliciteerde professionele inzichten.

Hoewel op termijn een toenemend aandeel van de ziektegevallen die de poort van de WIA bereiken, bestreken zal worden door verzekeringsgeneeskundige protocollen, zal het – net als in de curatieve sector – niet mogelijk zijn om voor alle relevante aandoeningen dergelijke protocollen te ontwikkelen. Ook de niet door protocollen gedekte beoordelingen zullen echter profiteren van een meer op toepassing van wetenschappelijke *evidence* gerichte denk- en werkwijze van verzekeringsartsen. Bovendien zal de groeiende mediprudentie naar verwachting inzichten opleveren die bij uiteenlopende diagnosen kunnen worden toegepast.

3B-richtlijnen

De commissie karakteriseerde in het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden* 3B-richtlijnen als door de betrokken beroepsgroepen gedragen, overkoepelende, discipline overstijgende richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding bij gezondheidsproblemen die leiden tot ziekteverzuim. De 3B-richtlijnen zouden als leidraad kunnen dienen bij de ontwikkeling of herziening van disciplinespecifieke richtlijnen.

Omgekeerd zouden bestaande richtlijnen een bijdrage kunnen leveren aan de totstandkoming van 3B-richtlijnen. Hetzelfde geldt voor de nu gepresenteerde verzekeringsgeneeskundige protocollen.

De commissie zou graag zien dat de ontwikkeling van toekomstige verzekeringsgeneeskundige protocollen zo spoedig mogelijk gaat plaatsvinden in samenhang met een door alle betrokken beroepsgroepen gedragen ontwikkeling van 3B-richtlijnen. In de 3B-richtlijnen zal dan ook de rol van de verzekeringsarts tijdens de eerste twee ziektejaren – in de ‘arborol’, bij het inroepen van een deskundigenoordeel en bij het zogeheten opschudmoment – behandeld moeten worden.

Wetenschappelijk onderzoek

De nu gepresenteerde verzekeringsgeneeskundige protocollen ontleen hun zeggingskracht ten eerste aan de bestaande richtlijnen waarvan bij de ontwikkeling werd uitgegaan en, ten tweede, aan de deskundigheid van de werkgroepen. De wetenschappelijke status van de protocollen is daarmee vergelijkbaar met die van de eraan ten grondslag liggende professionele richtlijnen, die op hun beurt gebaseerd zijn op systematisch vergaarde en gewogen wetenschappelijke *evidence* en de daarop gebaseerde discussie en meningsvorming in een groep deskundigen vanuit de betrokken zorgdisciplines en, in een aantal gevallen, patiëntenorganisaties. De protocollen onderscheiden zich in dit opzicht van de gebruikelijke adviezen van de Gezondheidsraad, die in de regel gestoeld zijn op een eigen inventarisatie, weging en synthese van de meest actuele wetenschappelijke inzichten door (een commissie van) de raad.

Een belangrijke functie van de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen – en van professionele medische richtlijnen in het algemeen – kan zijn: het identificeren van leemten in de beschikbare wetenschappelijke kennis. De nu ontwikkelde protocollen bevestigen de relevantie van eerder door de Raad voor Gezondheidsonderzoek geïdentificeerde prioriteiten in het onderzoek ter wetenschappelijke onderbouwing van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, zoals de ontwikkeling van *evidence based* methoden voor arbeidsgeschiktheidsbeoordeling en prognosestelling en de samenhang tussen persoonlijkheidsstructuur en arbeidsgeschiktheid.

¹ WHO-FIC Collaborating Centre. ICF, Nederlandse vertaling van de ‘International Classification of Functioning, Disability and Health’. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002.

² Voor de thans geldende omschrijving van de ‘poortwachters’ zie het besluit *Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter*, met de daarbij behorende bijlage, het *Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-*

Toelichting

Op 21 maart 2007 heb ik de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten (hierna: de regeling) gewijzigd door twee nieuwe protocollen (over overspanning en depressieve stoornis) als bijlage toe te voegen.

Op 19 december 2006 heeft de Gezondheidsraad een 'Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige

protocollen' uitgebracht. Deze algemene inleiding wordt door middel van deze aanpassing aan de regeling toegevoegd.

Deze inleiding geeft algemene aspecten, kenmerken en overwegingen die gelden voor elk van de protocollen die de Gezondheidsraad uitbrengt (met uitzondering van de twee protocollen die de Gezondheidsraad al eerder had uitgebracht, en die gepubliceerd zijn als bijlage 1 en 2). De inleiding zal toegepast worden tegelijk met de protocollen over overspanning en depressieve stoornis, vanaf juli 2007. De inleiding zal ook

gelden voor toekomstige protocollen. Zoals in de regeling van 31 januari 2006 vermeld, is bij de protocollen sprake van een groeimodel. Protocollen worden successievelijk opgesteld en gepubliceerd. Na ontvangst van nieuwe protocollen zal ik de regeling aanpassen en de protocollen publiceren en bepalen met ingang van welke datum deze gebruikt worden.

*De Minister van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid,
J.P.H. Donner.*