UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Compensatie en participatie: het zoeken naar een balans in de verzekeringsgeneeskunde

Wind, H.

Publication date

2010

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Wind, H. (2010). *Compensatie en participatie: het zoeken naar een balans in de verzekeringsgeneeskunde*. (Oratiereeks). Vossiuspers UvA.
http://www.oratiereeks.nl/upload/pdf/PDF-3599wind_text_HR.PDF

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Compensatie en participatie

Compensatie en participatie

*Het zoeken naar een balans in de
verzekeringsgeneeskunde*

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
bijzonder hoogleraar Sociale Verzekeringsgeneeskunde
vanuit de Stichting Instituut Gak
aan de Universiteit van Amsterdam
op 21 oktober 2010

door

Haije Wind

VOSSIUSPERS UvA

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Dit is oratie 377, verschenen in de oratiereeks van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Crasborn BNO, Valkenburg a/d Geul
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 662 9
e-ISBN 978 90 4851 393 2

© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2010

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorrecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

*Mevrouw de rector,
Leden van de Raad van Bestuur van de Faculteit der Geneeskunde,
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

Voor u staat een man die vanuit de praktijk de weg van de wetenschap is opgegaan. Het zal u dan ook niet verbazen dat in mijn rede de praktijk een belangrijke rol speelt. Ik zal u meenemen in de wondere wereld die verzekeringsgeneeskunde heet. Daarbij zal ik drie onderwerpen aan de orde stellen. Als eerste zal ik uiteenzetten wat er op dit moment in een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling gebeurt en waarom je daar dokters voor nodig hebt. Daarna zal ik de logische vraag beantwoorden hoe de huidige praktijk tot stand gekomen is om daarna af te sluiten met de vraag welke aspecten in de verzekeringsgeneeskunde de komende jaren centraal zullen komen te staan. Daarbij zal ook het onderwijs aan de orde komen. Als een 'professional in the lead' ga ik u voor op de weg die door het vak leidt dat verzekeringsgeneeskunde heet.

De huidige praktijk

In Nederland hebben we wettelijk met elkaar afgesproken dat een werknemer die in loondienst is bij een werkgever na een periode van twee jaar verzuim wegens ziekte een aanvraag kan indienen voor een uitkering. Er zijn natuurlijk mensen die niet onder de noemer van werknemer in loondienst vallen en voor wie andere regelingen bestaan. Maar ook als de regeling anders is, verschilt de beoordelingssystematiek als zodanig niet veel van die bij werknemers in loondienst, en daarom ga ik nu bij de uitleg van het proces voorbij aan het onderscheid tussen deze groepen.

Dat beoordelingsproces bestaat uit een aantal stappen. Voor de verzekeringsarts is de eerste stap de vraag of er sprake is van ziekte waardoor de functionele mogelijkheden om te werken beperkt zijn. Daarna komt de vraag aan de orde welke beperkingen de patiënt heeft en of, rekening houdend met deze beperkingen, hij in staat kan worden geacht nog deel te nemen aan het arbeidsproces. Er moet dus ziekte in het spel zijn. Daarmee stuiten we al op het eerste probleem: ziekte. De wet schrijft voor dat alleen beperkingen die het ge-

volg van ziekte zijn, mogen worden meegenomen in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Maar wat is ziekte?

Ook mijn hooggeleerde voorganger stond al stil bij de complexiteit van dit begrip. Hij gaf aan dat het in de loop van de tijd aan verandering onderhevig is geweest en dat ziekte in onze gemedicaliseerde maatschappij dikwijls een instrument is waarmee onzekerheden gelegitimeerd kunnen worden, vaak om een doel te bereiken dat niet op een andere wijze kan worden bereikt.²⁴ Er ontstaat dus een dilemma omdat de wet nu eenmaal wel voorschrijft dat er sprake moet zijn van ziekte. Zo komen we er niet uit maar hoe dan wel? Er lijkt een soort á priori stelling te bestaan dat we, totdat het tegendeel bewezen is, de patiënt het voordeel van de twijfel gunnen. Dit betekent dat we bereid zijn om wat de patiënt als klacht en beperking in het functioneren noemt, te beschouwen als een gevolg van ziekte. Maar daarmee weten we dus nog steeds niet precies wat ziekte is.

De beperkingen legt de verzekeringsarts vast in een Functionele Mogelijkheden Lijst ofwel FML.² In de zes rubrieken waaruit de FML bestaat, wordt achtereenvolgens aangegeven of de patiënt beperkingen ondervindt in het persoonlijk en sociale functioneren. Zijn er voorwaarden die aan de werkomgeving moeten worden gesteld? Welke beperkingen zijn er op het vlak van dynamische activiteiten en statische houdingen, en moet er ook rekening worden gehouden met een verminderd aantal uren dat de patiënt belast mag worden? Verder doet de verzekeringarts een uitspraak over het herstelgedrag, wat we tegenwoordig 'participatiegedrag' noemen, en legt hij een oordeel over de prognose vast. De laatste stap is dat de verzekeringsarts zijn rapportage en de FML overdraagt aan de arbeidsdeskundige die vervolgens vaststelt wat de patiënt theoretisch met passend werk nog zou kunnen verdienen, waarbij de in de FML aangegeven grenzen aan belastbaarheid niet mogen worden overschreden. Welke functies dat zijn, kan de arbeidsdeskundige afleiden uit het CBBS-systeem dat staat voor Claimbeoordelings en Borgingsysteem.² In dit systeem zijn nu ongeveer 5800 in Nederland voorkomende functies geanalyseerd en is het loon dat met die functie verdiend kan worden, vastgelegd.

De arbeidsdeskundige selecteert nu ten minste drie functies die, gelet op opleiding en belastingeisen, passen bij de opleiding en de functionele mogelijkheden van de werknemer. De loonwaarde van de middelste van de drie functies is het loon dat de werknemer theoretisch nog kan verdienen en heet de 'resterende verdien capaciteit'. Deze wordt afgezet tegen het loon dat de patiënt voor zijn uitval verdiende. Het verschil wordt uitgedrukt in een percentage van dit oorspronkelijke loon. Om voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking te komen, geldt een drempel van 35%. Bij een verschil van minder dan 35% in loon tussen wat verdiend werd en nog verdiend kan worden, spreken we niet van arbeidsongeschiktheid. Het percentage arbeidsongeschiktheid

is dus een uitdrukking van het verminderd kunnen verdienen en niet van de ernst van de medische aandoening – iets wat over het algemeen nog steeds vaak gedacht wordt. Anders dan in het curatieve beoordelingskader staat dus niet de vraag naar diagnose en behandeling centraal maar gaat het om het vaststellen van de functionele mogelijkheden voor werk. Welke beperkingen ondervindt de patiënt als gevolg van ziekte/gebrek en wat zijn dan de resterende mogelijkheden om passend werk te verrichten? Wat u hieruit ook kunt afleiden, is dat – als je niet veel kunt verliezen omdat je oorspronkelijke loon op het minimum lag of slechts weinig daarboven – de kans dat er vanuit de WIA een compensatie volgt navenant klein is. Zijn er nog passende functies, dan volgt bijna automatisch de conclusie dat de mate van arbeidsongeschiktheid minder dan 35% is, ongeacht of er nog veel of nog maar net voldoende passende functies geduid kunnen worden uit het CBBS-systeem.

Als de verzekeringsarts bij zijn beoordeling tot de conclusie komt dat de mogelijkheden tot functioneren te beperkt zijn om de patiënt nog te laten participeren in werk, kan afgezien worden van een arbeidsdeskundig onderzoek naar een passende baan. Daarvoor is een standaard ontwikkeld: de standaard Geen Benutbare Mogelijkheden.²⁰ Hierin staat dat in een viertal situaties de verzekeringsarts de beoordeling zelfstandig kan afronden. Deze situaties zijn:

- nagenoeg volledig bedlegerig zijn als gevolg van de onderliggende aandoening
- afhankelijk zijn van hulp door derden bij vrijwel alle algemene dagelijkse handelingen
- langdurig opgenomen zijn in een ziekenhuis of verpleeghuis
- sterk beperkt zijn in persoonlijk en sociaal functioneren en dat in drie rollen (zelfverzorging, het gezin en de sociale contacten buiten het gezin, inclusief evt. werkrelaties)

In alle andere gevallen legt de verzekeringsarts de mogelijkheden vast en vindt er arbeidsdeskundig onderzoek plaats. Het kwalitatief goed vastleggen van de mogelijkheden is dus een belangrijke taak voor de verzekeringsarts. Er hangt immers veel van af!

Wat is de taak van de verzekeringsarts? Volgens de Gezondheidsraad bestaat die uit vier kerncompetenties,⁹ te weten: het beoordelen van de

- voorgeschiedenis,
- huidige functionele mogelijkheden,
- prognose en
- behandeling en begeleiding die reeds heeft plaatsgevonden.

U zult hieruit begrijpen hoe groot de complexiteit en omvang van de taak van de verzekeringsarts is.

Het beoordelen van de voorgeschiedenis, dat wil zeggen de periode van de ziekmelding tot aan de WIA-aanvraag, is een belangrijke taak omdat de wetgever wettelijk heeft vastgelegd dat werkgever en werknemer met ondersteuning van de bedrijfsarts er alles aan moeten doen om ervoor te zorgen dat de werknemer maximaal re-integreert in passend werk. Dat kan eigen werk zijn, maar ook passend werk bij de eigen werkgever of zelfs passend werk bij een andere werkgever. Met name als de werknemer in het geheel niet werkt, is het aan de verzekeringsarts om te beoordelen of deze situatie niet anders had kunnen zijn wanneer tijdig zou zijn ingegrepen. Wanneer de inspanning van de werkgever tekortschiet, kan een sanctie opgelegd worden in de zin van een loondoorbetalingsverplichting tot maximaal een jaar.

Het beoordelen van de functionele mogelijkheden is de tweede competentie en zoals zo-even al uitgelegd de belangrijkste kerncompetentie van de verzekeringsarts. In deze beoordeling speelt de prognose van de functionele mogelijkheden een voorname rol – een lastige maar belangrijke taak omdat de hoogte van de uitkering in geval van een volledige uitkering afhangt van de prognose. Dit is de derde kerncompetentie. De vierde kerncompetentie is meer op de toekomst gericht en wordt nog niet concreet in de huidige beoordelingssystematiek toegepast. Ik kom daar straks op terug.

Waarom heb je nu eigenlijk dokters nodig voor dit werk? Laat ik beginnen met te zeggen dat dit van oudsher zo geregeld is en dat deze taak ook in de meeste landen om ons heen wordt uitgevoerd door dokters. Daar zijn goede redenen voor. Aan de basis van de aanvraag voor een WIA-uitkering ligt immers ziekte ten grondslag. Er is met andere woorden altijd sprake van een medische component, in ieder geval aan het begin van de arbeidsongeschiktheid. Wat we uit onderzoek weten is dat in de loop van de tijd, naast direct met ziekte gerelateerde aspecten, ook andere aspecten een rol gaan spelen. Zo zijn ziekte-inzicht, verwerking, *coping*, *self-efficacy* en nog veel meer vooral uit de wereld van de psychologie afkomstige fenomenen van invloed. De omgeving speelt eveneens een rol, zoals de houding van de werkgever en de partner.

In dit verband kan het ICF-model van de WHO²³ aangehaald worden. Hierin wordt in een classificatiemodel de gevolgen van ziekte weergegeven. In het ICF-model worden de gevolgen van ziekte uitgedrukt in stoornissen op het gebied van lichaamsfuncties en structuren die kunnen leiden tot belemmeringen in het kunnen uitvoeren van activiteiten en beperkingen in maatschappelijke participatie. Hierbij is aandacht voor de rol van omgevingsfactoren en persoonlijke factoren. Binnen de revalidatiegeneeskunde is het al een veelgebruikt model, maar ook binnen de verzekeringsgeneeskunde is er ruimte om

het model te hanteren. De wetgever vraagt in het Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC)¹³ om een logische en consistente samenhang tussen al deze elementen voordat aangenomen kan worden dat er beperkingen in functionele mogelijkheden bestaan die het gevolg van ziekte zijn. Verzekeringsgeneeskunde is derhalve een medisch vak dat ingaat op de relatie tussen de ziekte, de daardoor ontstane stoornissen en beperkingen t.a.v. werk, in samenhang met omgevingsfactoren en persoonlijke factoren.

Als we kijken naar het proces vanaf de ziekmelding tot aan de WIA-beoordeling dan is dat een continuüm waarin verschillende medici een rol spelen. Curatieve artsen zullen zich, zeker in het begin, vaak zelfs al voorafgaand aan de ziekmelding met de patiënt bemoeien. De effecten van diagnostiek en behandeling spelen een rol bij het proces van ziekmelding en terugkeer naar werk. Naarmate de ziekte langer duurt, gaan ook andere factoren een rol spelen bij het in stand blijven van de ongeschiktheid om te werken, maar ziekte blijft wel de basis. Om verzekeringsgeneeskundige beoordelingen te kunnen doen, is het dus van belang dat verzekeringsartsen medisch goed opgeleid zijn en ook hun medische kennis op peil houden. Net als bedrijfsartsen, huisartsen en in zeker opzicht ook kinderartsen, zijn verzekeringsartsen generalisten die een brede medische kennis moeten hebben van alle meest voorkomende ziekten. Het is belangrijk dat deze kennis op peil gehouden wordt, bijvoorbeeld door het bijhouden van relevante literatuur. Bijhouden van literatuur behoort tot de competenties van medische professionals en dus ook van verzekeringsartsen.

Zoals u uit het bovenstaande hebt kunnen afleiden, is het van groot belang om een goede verzekeringsgeneeskundige beoordeling te leveren. De door de verzekeringsarts aangegeven beperkingen bepalen immers in grote mate of de arbeidsdeskundige voldoende functies kan duiden. Bovendien vormen de beperkingen die de verzekeringsarts aangeeft het uitgangspunt voor de op de beoordeling volgende begeleiding bij de re-integratie. Maar waaraan een kwalitatief goede beoordeling moet voldoen, is lastig te bepalen. Dat begint al met de vraag waaraan een kwalitatief goede beoordeling moet voldoen. Een hoge kwaliteit in het algemeen, en dus ook van beoordelingen, is verbonden aan een doel, aan de vraag waarvoor die beoordelingen dienen. De beoordelingen moeten inzicht geven in wat de mogelijkheden voor arbeidsparticipatie zijn van de betrokken patiënt. En wat is dan een kwalitatief goede beoordeling? Dat vraagt om een gouden standaard, maar zo'n gouden standaard voor verzekeringsgeneeskundige beoordelingen bestaat niet, en het is ook niet waarschijnlijk dat die ontwikkeld kan worden. We moeten het dus doen met de best mogelijke benadering. Nu nog baseert de verzekeringsarts zijn oordeel vooral op de informatie die van de patiënt komt.⁵ Dit betekent dat in de verzekeringsgenees-

kunde veel waarde wordt gehecht aan een specifiek voor deze context ontwikkelde anamnese, waarin vooral de elementen die belangrijk zijn voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling aan de orde komen.

Onlangs zijn twee proefschriften van verzekeringsartsen verschenen die beide de kwaliteit en methodiek van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling tot onderwerp hebben.^{4,19} Verzekeringsartsen wordt tijdens hun opleiding geleerd hoe zij verschillende beoordelingsmethodieken moeten hanteren. Maar wat ook uit onderzoek blijkt, is dat verzekeringsartsen niet allemaal dezelfde beoordelingsmethodiek hanteren. De artsen geven zelf aan dat ze een van de drie bestaande methoden (het methodisch beoordelingsgesprek, de belastbaarheidgerichte beoordeling of de multicausale analyse) volgen, maar ook combinaties daarvan en zelf ontwikkelde methoden. Wel is er een hoge mate van overeenstemming over wat er in een beoordelingsgesprek aan de orde moet komen.³

Dames en heren, zoals u uit bovenstaande kunt afleiden, is de huidige beoordelingsprocedure sterk gericht op compensatie. De rechtmatigheid van de beoordeling staat centraal. Ik sluit de eerste vraag af met te constateren dat verzekeringsartsen vooral gericht zijn op het in kaart brengen van de functionele mogelijkheden. Hiervoor beschikken ze over een instrument: de Functionele Mogelijkheden Lijst die de arbeidsdeskundige de mogelijkheid biedt om theoretische functies te duiden met behulp van het CBBS. Het verlies aan verdienvermogen bepaalt vervolgens het recht op een (gedeeltelijke) WIA-uitkering. Participatie speelt in deze beoordelingssystematiek nauwelijks een rol, en dat is ook niet zo gek. Het heeft veel te maken met wat aan deze huidige werkwijze voorafgegaan is, en daarmee kom ik toe aan mijn tweede vraag.

Wat ging hieraan vooraf?

Dan ga ik wat verder terug in de historie. Daarbij baseer ik mij onder andere op een boekwerk over de historie van de claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid.²¹ De introductie van de Wet op de Arbeidsongeschiktheid kan gezien worden als de start van een nieuwe periode op het gebied van sociale wetgeving. Voor de claimbeoordeling in de WAO lag de nadruk op revalidatie. Werknemers die door hun ziekte niet meer in staat waren hun eigen werk te doen, konden begeleid worden naar passend werk, en als daarbij een stukje compensatie van loon nodig was, kon de nieuw ontworpen WAO daar zorg voor dragen. De nadruk lag op participatie, zoals Weijel het in zijn rede bij aanvaarding van het ambt van Bijzonder Hoogleraar Sociale Verzekeringsge-

neeskunde in januari 1971 al aangaf: 'Niet langer zorg van de wieg tot het graf, maar van de wieg tot actieve participatie.'²²

Overigens werd bij de invoering van de WAO al van verschillende kanten gewaarschuwd voor het mogelijke antirevaliderende effect van de nieuwe wet. Het zou mensen die ten onrechte als volledig arbeidsongeschikt werden aangemerkt, en een uitkering ontvingen die nauwelijks lager was dan het loon dat met werken kon worden verdiend, tot inactiviteit brengen. Meteen al werd betwijfeld of de wet zou leiden tot arbeidsparticipatie van gehandicapten, en die twijfel bleek achteraf terecht te zijn. Vanaf de start van de WAO werd een groot aantal van de personen die een jaar lang ziek was geweest als volledig arbeidsongeschikt beschouwd. Met instemming van de overheid en de sociale partners fungeerde de toenmalige WAO als afvloeiing van de arbeidsmarkt.

U weet vast allemaal nog wel dat er begin jaren negentig een parlementaire enquête over sociale verzekeringen speelde onder voorzitterschap van Flip Buurmeijer. Hieruit kwam het beeld naar voren van een uitvoeringsorganisatie die goed zorgde voor een tijdige en rechtmatige uitkeringsverstrekking maar die geen oog had voor volumebeheersing. Wijzigingen in wetgeving maar ook in uitvoering waren het gevolg. De enquêtecommissie concludeerde dat een volledige WAO-uitkering alleen nog maar bestemd zou moeten zijn voor personen die echt volledig arbeidsongeschikt waren. Het begrip 'gangbare arbeid' kwam in de plaats van het begrip 'passende arbeid'. Arbeidsongeschiktheid moest voortaan 'een rechtstreeks en medisch objectief vast te stellen gevolg zijn van ziekte of gebrek', en om meer sturing aan de beoordeling te geven, werden er twee standaarden ontwikkeld die zelfs in de wet werden opgenomen. Beide heb ik al even genoemd: de standaard Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC)¹³ en de standaard 'Geen duurzaam benutbare mogelijkheden' (GDBM).²⁰ Vanaf oktober 2004 werden alle arbeidsongeschikten van 50 jaar en jonger volgens deze nieuwe criteria opnieuw beoordeeld.

Uit het bovenstaande blijkt dat zowel de verzekeringsgeneeskundige als de arbeidsdeskundige beoordeling, in lijn met de aanbevelingen van de parlementaire enquête, strenger zijn geworden, en dat is tot op de dag van vandaag zo gebleven. De nadruk is komen te liggen op het aspect van compensatie. De gedachte achter de WAO als een wet die faciliteert dat gehandicapten kunnen terugkeren naar werk, is verlaten en vervangen door een wet die de nadruk legt op een theoretische en op compensatie gerichte beoordeling van het verlies aan verdienvermogen.

De overgang naar de situatie van nu wordt gekenmerkt door een verdergaande en ingrijpende stelselherziening. De WIA als opvolger van de WAO heeft zijn intrede gedaan. Misschien wel het belangrijkste verschil met de WAO is dat in de afkorting WIA het woord arbeidsongeschiktheid niet meer voorkomt. WIA

staat namelijk voor de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen. De nadruk moet weer komen te liggen op participatie en alleen als dat echt niet meer mogelijk is, moet compensatie vanuit de wet mogelijk zijn.

Toch heeft de WIA geen gevolgen gehad voor de wijze waarop de beoordeling wordt uitgevoerd met de al eerdergenoemde stappen in het beoordelingsproces voor de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. De uitkomstvariabelen zijn wel anders in de WIA dan in de WAO. Belangrijk hierbij is o.a. dat de drempel om voor een WIA-uitkering in aanmerking te komen, verhoogd is van 15% naar 35%. Je moet met andere woorden meer dan een derde in inkomen achteruitgaan voor er vanuit de WIA een compensatie volgt.

Nieuw is ook het aspect van de beoordeling van duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid wanneer sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid. Met de introductie hiervan heeft de wetgever geprobeerd de oorspronkelijke gedachte van de WAO nieuw leven in te blazen. Verzekerden moeten zoveel mogelijk aan het werk gehouden worden, en als het dan toch aankomt op een WIA-beoordeling is de drempel om die toegewezen te krijgen flink verhoogd. Het uitgangspunt van deze wet blijft dat werken loont. Daarmee is de WIA in doel en opzet een andere wet dan de WAO. Toch is de beoordelingssystematiek nog steeds sterk gekoppeld aan begrippen als rechtmatigheid en inzichtelijkheid en niet aan participatie van de verzekerde aan het werkproces. Met andere woorden: de vraag of de beoordeling van de verzekeringsarts er ook toe bijdraagt dat de patiënt die beoordeeld wordt weer aan het werk gaat, wordt evenmin beantwoord aan de hand van de nieuwe wet. Dat is echter wel de richting die de verzekeringsgeneeskunde zou moeten opgaan, en daar wil ik graag op ingaan bij de behandeling van de derde vraag.

Samengevat heb ik u verteld dat de WAO in opzet vooral een op participatie gerichte wet was en hoe die in de praktijk heel anders heeft uitgepakt dan was beoogd. Beheersing van het volume uitkeringstrekkers was een belangrijk argument om de claimbeoordeling drastisch te hervormen. Het accent kwam te liggen op compensatie. Met de nieuwe wet WIA is de doelstelling van participatie nieuw leven ingeblazen, maar nog steeds is de beoordelingsmethodiek sterk gericht op compensatie.

De toekomst van de verzekeringsgeneeskunde

Bij compensatie en participatie gaat het om het zoeken naar een evenwicht waarbij de patiënt centraal staat. Van een nadruk op revalidatie bij de start van de WAO, via de nadruk op compensatie bij alle herzieningen van de wetgeving na die tijd, zijn we weer terug bij een meer op participatie gerichte

WIA-wetgeving die alleen nog niet wordt gevolgd door een op participatie gerichte verzekeringsgeneeskundige beoordeling. De overgang in denken van compensatie naar participatie vraagt om een paradigmashift. Het gaat om een andere manier van beoordelen, waarbij de nadruk komt te vallen op andere aspecten, en het gaat om een ander moment van beoordelen. Participatiegericht denken zet de patiënt centraal. Wat heeft de patiënt nodig als het gaat om re-integratie? Welke aspecten die van belang zijn voor re-integratie moeten in een beoordeling aan de orde komen? Wat zijn bevorderende en wat zijn belemmerende aspecten als de patiënt door ziekte niet in staat is zijn eigen werk uit te oefenen, nu of in de toekomst? In een van de onderzoeken die op dit moment binnen het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde worden uitgevoerd, staat dit aspect van belemmerende en bevorderende factoren voor werkherhvatting centraal.

In de literatuur blijkt nog maar weinig bekend te zijn over deze bevorderende en belemmerende factoren.⁶ Patiënten geven aan dat er, naast een aantal vooral aan hun eigen ziekte gekoppelde factoren, een aantal andere factoren van belang zijn, zoals factoren die te maken hebben met de taakinhoud, verhoudingen in werk, omgevingsfactoren, leeftijd, gebrek aan opleiding en moeite met het accepteren van de eigen beperkingen. Wat hen wel kan helpen bij de terugkeer naar werk zijn factoren als controle over de werksituatie, aanpassing van taakinhoud en arbeidsvoorwaarden en ondersteuning van de leidinggevende.⁷ Het centraal stellen van de patiënt betekent ook dat er oog is voor zijn belangen. Hoe kun je de patiënt helpen om zijn belangen goed onder woorden te brengen? Hoe *empower* je hem en hoe bereid je hem goed voor op de beoordeling van de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige, zodat er een duidelijk beeld ontstaat van zijn mogelijkheden en beperkingen en de richting waarin passend werk gezocht moet worden? Dit alles is onderwerp van een onderzoek dat wordt uitgevoerd met subsidie van de Stichting Instituut Gak gekoppeld binnen het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde.¹⁶

Daar waar in onderzoek al wel aandacht is voor het centraal stellen van de patiënt, blijkt dit in de beoordelingspraktijk nog geen gemeengoed te zijn. Kijkend naar de dagelijkse praktijk, naar de verschillende onderzoeksmethoden, blijkt dat het daarin vooral gaat om de vraag hoe de beperkingen zo zorgvuldig mogelijk in kaart gebracht kunnen worden, zodat er een arbeidsdeskundige toetsing kan volgen in de context van een theoretische vaststelling van het verlies aan verdienvermogen, uitgaande van het criterium 'passend werk'. Maar of de patiënt hierna aan het werk komt en daarmee zijn theoretische verdienvermogen in de praktijk zal kunnen realiseren, is op dit moment geen onderdeel meer van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Toch zou dit wel het geval moeten zijn. Het gaat dan om validering van de verzekeringsgeneeskundige

beoordeling. Hiermee zou het accent meer komen te liggen op begeleiding na het beoordelingsmoment.

De vraag of patiënten weer aan het werk komen, in welk werk en of ze dat duurzaam volhouden nadat de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er mogelijkheden zijn om passend werk te verrichten, is nog niet onderzocht. De hooggeleerde Anema en ik hebben in de afgelopen maanden gesprekken gevoerd met stakeholders in het veld rondom de verzekeringsgeneeskunde in het kader van de tweede fase van de programmering van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde. Dat was een van de onderwerpen die daarin ter sprake kwamen.

Wat er mijns inziens nodig is om te komen tot een op participatie gerichte beoordeling, zal ik aangeven aan de hand van een aantal aspecten:

- het moment van beoordelen
- één arts voor arbeidsre-integratie
- ondersteuning van de beoordeling

Het moment van beoordelen

Op dit moment vindt de verzekeringsgeneeskundige beoordeling twee jaar na de ziekmelding plaats. Voordat de beoordeling kan plaatsvinden, wordt eerst geïnventariseerd welke pogingen tot re-integratie in de voorgaande twee jaar zijn ondernomen om de patiënt weer aan het werk te helpen. Wanneer er stagnaties hebben plaatsgevonden in dat re-integratieproces waarop niet of niet tijdig is gereageerd, zodanig dat een ander resultaat ten aanzien van de re-integratie te verwachten was, kan een loonsanctie volgen voor de werkgever. Zowel het moment van beoordelen als dit terugkijken van verzekeringsartsen hebben met elkaar gemeen dat het moment om in te grijpen wanneer dat nodig mocht zijn, is gepasseerd. Wanneer zich een stagnatie in het re-integratieproces voordoet, is dat het moment om zo snel mogelijk te onderzoeken wat de reden van stagnatie is en te proberen die op te heffen. Als dit bijvoorbeeld pas na twee jaar wordt vastgesteld, kan de stagnatie niet meer ongedaan gemaakt worden. Een belangrijke reden van een stagnerende terugkeer naar werk kan zijn dat dit niet meer tot de mogelijkheden behoort of dat de eigen werkgever hiertoe geen mogelijkheden voorhanden heeft. Om het proces van terugkeer dan toch weer op gang te krijgen, is het nodig een beoordeling op te stellen waarin de mogelijkheden voor en kans op ander werk bij een andere werkgever goed in kaart worden gebracht. Dan is het tijd om een re-integratieadvies op te stellen met aanwijzingen over wat een adequate en effectieve interventie kan zijn om de patiënt weer te laten participeren in het arbeidsproces. Dan is, met andere woorden, verzekeringsgeneeskundige expertise en inbreng gewenst.

Het valt niet te onderschatten wat inactiviteit met mensen doet. Niets doen, de patiënt niet laten participeren en met rust laten, is ook een vorm van interventie, maar dan één waarvan we weten dat die tot ongewenste gevolgen ten aanzien van ervaren gezondheid en welzijn zal leiden en dat dit een snelle terugkeer naar werk belemmert.^{1,14,18} Participatie maar dan wel binnen de grenzen van wat mogelijk is, is te verkiezen. Een op participatie gerichte verzekeringsgeneeskundige beoordeling is gewenst op het moment dat re-integratie in passend werk aan de orde is. Dat doet zich vaak voor binnen een periode van twee jaar, en daarom zou het moment van beoordelen dan ook flexibel moeten zijn. Als er sprake is van terugkeer naar een baan bij de oude werkgever die gericht is op volledige werkhervatting, maar de tijd te kort is om dat binnen die twee jaar te realiseren, heeft een verzekeringsgeneeskundige beoordeling weinig toegevoegde waarde. Ook bij aandoeningen waarbij pas na lange tijd voldoende herstel optreedt om te kunnen terugkeren naar een baan, kan een beoordeling twee jaar na de eerste ziekte dag te snel komen; denk aan aandoeningen als bepaalde vormen van kanker en aan niet-aangeboren hersenletsel. Een op participatie gerichte verzekeringsgeneeskundige beoordeling staat los van de compensatievraag, en er is dan ook geen reden om die beoordeling dan toch op het door de compensatie bepaalde moment van twee jaar te laten plaatsvinden. Een flexibel moment van beoordelen, dat is wat ik hier zeker zou willen bepleiten.

Eén arts voor arbeidsre-integratie

Participatief denken betekent dat ook gekeken moet worden naar de verschillende actoren die nu actief zijn op dit gebied van re-integratie. De wetgever heeft bepaald dat de verantwoordelijkheid voor ziekte en re-integratie in de eerste twee jaar bij de werkgever en werknemer liggen. De werkgever kan hierbij een bedrijfsarts inschakelen als het gaat om advies over de vormgeving van de re-integratie. Het werk dat bedrijfs- en verzekeringsartsen hier uitvoeren heeft grote overeenkomsten. De vraag is dan ook waarom er twee verschillende disciplines moeten bestaan. Natuurlijk bestaan er wel accentverschillen; denk maar aan advisering over preventie en aanpassingen bij de eigen werkgever. Maar de overeenkomst daar waar re-integratie bij een andere werkgever aan de orde is, prevaleert.

Indertijd heeft mijn voorganger, de hooggeleerde Willems, al een sterk pleidooi gehouden voor één arts voor arbeid en gezondheid, en ik wil dat pleidooi hier graag herhalen.²⁴ Er is meer dat ons bindt dan ons scheidt, ook al wordt dat in de praktijk niet altijd zo ervaren. Een van de verschillen is natuurlijk het feit dat verzekeringsartsen in de publieke sector over het algemeen in dienst zijn van UWV en betaald worden uit de algemene middelen, en bedrijfsartsen

merendeels in dienst zijn van particulier gefinancierde arbodiensten of als zelfstandige werken. Maar dat heeft meer te maken met uitvoering dan met principe. Misschien moeten we denken aan een systeem waarin niet de werkgever voor de lasten opdraait maar de arbeidsgebonden zorg wordt gefinancierd vanuit de overheid c.q. verzekeringen. Waar regelingen met een bepaald oogmerk bedacht zijn, dienen die ook weer aangepast te worden als daar goede argumenten voor zijn en de wil bestaat. Nu nog wordt te veel gedacht vanuit gescheiden domeinen, terwijl het denken in termen van participatie vraagt om samenwerking. Het bovenstaande komt dus neer op een pleidooi om de functies van bedrijfsarts en verzekeringsarts in elkaar te schuiven, waarbij binnen deze ene discipline uiteraard ruimte is voor specifieke taken. Dat maakt het geheel tot een dynamische en uitdagende beroepsrichting.

Multidisciplinair beoordelen

Om de patiënten te laten participeren in arbeid is de inzet van velen nodig. Niet alleen bedrijfs- en verzekeringsartsen maar ook curatieve artsen spelen daarin een rol. Sinds 1901 kennen we in Nederland een scheiding tussen behandeling en controle. Misschien dat daarvoor in 1901 goede argumenten bestonden, maar anno 2010 leven we in een andere tijd. Met inachtneming van de eigen verantwoordelijkheid is er een centrale en gedeelde verantwoordelijkheid ontstaan voor de gezondheid en het welzijn van de patiënt. Onderdeel daarvan is het bevorderen van participatie in werk.

In de strikte scheiding tussen behandeling en controle is op dit moment een kentering te zien, mede omdat in de curatieve sector, behalve dat er steeds meer belang wordt toegekend aan werk voor de gezondheid er ook meer oog is voor het effect en beloop van behandelingen. De taak van behandelende artsen behelst tegenwoordig veel meer dan alleen het behandelen van aandoeningen. Bij veel ziekten treedt er geen volledig herstel op en treden er beperkingen op in het functioneren van de patiënt; soms zijn het zelfs de behandelingen zelf die gevolgen hebben voor zijn functioneren en dus ook voor het functioneren op de werkvloer. Patiënten hebben daar vragen over en verwachten van de huisarts en specialist een antwoord. Ook voor behandelende artsen moet het laten participeren van de patiënt binnen de grenzen van zijn mogelijkheden een vast aspect worden van de behandeling. Andersom is het zaak dat bedrijfs- en verzekeringsartsen zich verdiepen in de doelmatigheid van de behandeling en of er ook alternatieven zijn die een beter resultaat opleveren voor het functioneren dan de gegeven behandeling. Dat is een hele stap en vraagt erom voorbij de grenzen te denken.

De Gezondheidsraad heeft in zijn advies over de ontwikkeling van 3B-richtlijnen – de drie B's staan voor behandeling, begeleiding en beoordeling – daar-

voor al de richting gegeven.⁸ De Gezondheidsraad hecht eraan dat er een logische samenhang ontstaat tussen behandeling, begeleiding en beoordeling. Richtlijnen die ontwikkeld worden met dit uitgangspunt, kennen daarom ook deelname van behandelende specialisten, huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, en uiteraard – heel belangrijk – de deelname van patiënten.

Een voorbeeld van de ontwikkeling van een dergelijke richtlijn en één waar-
bij ik persoonlijk betrokken ben, is die op het gebied van niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie. Met subsidie van ZonMw wordt deze richtlijn op dit moment opgesteld. Het is goed te merken dat er binnen de werkgroep een volledige consensus bestaat over het belang van een samenhangend beleid en goede informatieoverdracht als een patiënt door niet-aangeboren hersenletsel buiten het arbeidsproces is geraakt. Wat zijn de factoren waarop gelet moet worden als terugkeer naar werk aan de orde is en hoe vindt de informatieoverdracht plaats? Ook heel belangrijk is welke informatie wordt overgedragen zodat de patiënt optimaal ondersteund wordt. In de al eerdergenoemde gesprekken over de opzet van het KCVG-programma tweede fase werd dit door meerdere stakeholders bestempeld als een belangrijk onderwerp voor onderzoek. Het is de verwachting dat de samenwerking tussen de curatieve sector en de bedrijfs- en verzekeringsartsen bij de re-integratie van patiënten de komende jaren aan de orde zal komen in het onderzoeksprogramma.

Ondersteuning van de beoordeling

Verzekeringsartsen hebben, zoals u in de beantwoording van de eerste vraag te horen heeft gekregen, een gewichtige en verantwoordelijke taak. Als dan vervolgens gekeken wordt naar de instrumenten die de verzekeringsarts heeft ter ondersteuning van deze taak is het even schrikken. Het belangrijkste instrument bij de beoordeling is de verzekeringsarts zelf en de belangrijkste bron van informatie is de patiënt die tegenover hem zit. Zoals bij ieder diagnostisch proces – en is het vaststellen van de mogelijkheden en beperkingen voor werk niet ook een diagnostisch proces? – is er onzekerheid over de juistheid van de uitkomst. Het inschakelen van andere bronnen van informatie kan een manier zijn om die onzekerheid te doen afnemen. Ook wat dit betreft, zien we een kentering in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. De deur van de spreekkamer gaat een beetje open. Voorzichtig wordt informatie van buiten toegelaten, maar het gaat nog mondjesmaat en het kan altijd beter. Ik wil u graag een paar van die ontwikkelingen schetsen.

In de eerste plaats is er de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen. Voor een aantal in verzekeringsgeneeskundig opzicht relevante aandoeningen is inmiddels een protocol verschenen. In eerste instantie was de Gezondheidsraad de belangrijkste drijvende kracht hierachter, later heeft de

beroepsgroep dit stokje overgenomen. De protocollen zijn voor een groot deel gebaseerd op klinische en bedrijfsgeneeskundige monodisciplinaire richtlijnen. Vooral als het gaat om de specifieke verzekeringsgeneeskundige vragen, zoals welke beperkingen zijn bij deze aandoening aan de orde, hoe is de prognose van dit ziektebeeld – onbehandeld en behandeld – en wanneer kan uitgaan worden van een duurzame situatie, blijkt dat de bestaande richtlijnen geen of onvoldoende duidelijkheid bieden en is de inbreng van deskundige werkgroepen gewenst. De aanwijzingen op deze specifieke punten lijken derhalve vooral expert-based te zijn. Een belangrijk punt van zorg blijft de vraag wat de betekenis van deze protocollen is voor de dagelijkse uitvoeringspraktijk. Er ligt inmiddels een voorstel voor een onderzoek naar implementatie en gebruik van verzekeringsgeneeskundige protocollen in de praktijk. Naar verwachting zal dit onderzoek in het tweede deel van het onderzoeksprogramma van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde zijn beslag krijgen.

Een tweede ontwikkeling die ik u wil schetsen, is die van de ‘mediprudentie’. Dit begrip is afkomstig uit het rapport van de Gezondheidsraad⁸ en wordt als volgt omschreven: ‘een voor alle betrokkenen bij het beoordelingsproces toegankelijke verzameling van schriftelijk vastgelegde, goed beargumenteerde, gewogen en becommentarieerde claimbeoordelingsbesluiten’. Goed werkende mediprudentie, waaraan uiteraard *evidence* uit de literatuur is toegevoegd, maakt duidelijk wat de professionele standaard is bij de beoordeling van individuele gevallen. De professionele standaard heeft betrekking op argumentatie, kennis, het toepassen van richtlijnen in de praktijk en informatieverzameling. Mediprudentie kan op deze manier bijdragen aan het bevorderen van de kwaliteit en transparantie van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming, en aan rechtsgelijkheid en rechtszekerheid voor patiënten. Er moeten nog veel praktische hobbels worden genomen, maar ook meer fundamentele waarbij de wetenschap in het geding komt. Veel van de expertise bij verzekeringsartsen zit in de hoofden van diezelfde verzekeringsartsen.

Razenberg is een van degenen die als eerste specifiek wetenschappelijk onderzoek heeft gedaan naar aspecten van de verzekeringsgeneeskunde en heeft daarmee getracht deze kennis expliciet te maken. Razenberg liet in zijn onderzoek ervaren en niet-ervaren verzekeringsartsen hardop denken aan de hand van alsdan-redeneringen om op die manier praktijkregels op het spoor te komen.¹⁵ Dit onderzoek kan gezien worden als een eerste poging om de verzekeringsgeneeskundige beoordeling te onderbouwen met argumenten. Ook bij mediprudentie gaat het om de argumenten die gehanteerd worden. In deze tijd kan niet meer volstaan worden met het hebben van *expert-based* kennis, maar is het zaak te zoeken naar kennis waarvoor bewijs in de internationale literatuur gevonden kan worden. Het ontwikkelen van *evidence-based* verzekeringsgeneeskunde is, in navolging van die van de *evidence-based* bedrijfsge-

neeskunde, een nieuwe uitdaging. Eerder al gingen de bedrijfsartsen ons voor op deze weg met twee proefschriften die gebaseerd waren op deze onderzoeken.^{11,17} Het onderzoek van Rob Kok als onderdeel van het onderzoeksprogramma van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde heeft Evidence Based Medicine (EBM) binnen de verzekeringsgeneeskunde als onderwerp. Uit een Belgisch onderzoek komt naar voren dat verzekeringsartsen positief staan tegenover EBM en het ontwikkelen van protocollen, maar dat tijd en gebrek aan vaardigheid belangrijke obstakels kunnen vormen.¹⁰ Het nu lopende onderzoek binnen het Kenniscentrum komt wat dat betreft precies op het goede moment en kan zeker bijdragen aan het verhogen van de vaardigheid. Dat de EBM-benadering zeer geschikt is om toe te passen binnen de verzekeringsgeneeskundige omgeving bleek al uit de uitkomsten van een korte interventie.¹² Aspecten als tijd en toegankelijkheid hebben verdere aandacht nodig.

Het is overigens de vraag of alle verzekeringsartsen in staat moeten zijn relevante informatie uit de literatuur te selecteren en op kwaliteit te toetsen met het oog op bruikbaarheid in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. In dit verband zijn er de begrippen ‘do’ers’ en ‘users’. Het lijkt me dat verzekeringsartsen zich vooral moeten ontwikkelen tot het laatste. Het uitvoerende werk kan dan worden overgelaten aan één of twee verzekeringsartsen per vestiging die hiervoor tijd krijgen en gekwalificeerd worden als EBM-deskundigen. Voor de andere verzekeringsartsen is het belangrijk om te weten hoe het vinden van *evidence* verloopt en hoe de gevonden resultaten toegepast kunnen worden in de individuele beoordelingspraktijk.

De deur van de spreekkamer kan wat mij betreft nog wel wat verder open om ook ruimte te bieden aan andere bronnen van informatie die betrokken kunnen worden bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden voor werk en daaropvolgende begeleiding naar participatie. Bij dit soort beoordelingen gaat het om een veelheid van aspecten die zeker niet allemaal medisch zijn. Er moet onderzoek worden gedaan voor het opstellen van testen en vragenlijsten die inzicht geven in de functionele mogelijkheden van patiënten met chronische aandoeningen. Deze kunnen ziektespecifiek zijn, maar ziekteoverschrijdende aspecten spelen hierbij ook een grote rol, zoals al eerder werd aangegeven. Het is belangrijk dat die testen betrouwbaar en valide zijn. Validiteit is vooral belangrijk omdat het bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling om een specifieke context gaat. Instrumenten die in een andere context betrouwbaar en valide zijn gebleken en inzicht geven in de functionele mogelijkheden, zouden kunnen worden onderzocht op hun waarde en betekenis voor de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming en begeleiding. In de gesprekken over het onderzoeksprogramma van het KCVG in de tweede fase is dit aspect genoemd door meerdere stakeholders. Het ligt daarom in de lijn van de

verwachting dat hiernaar in de komende jaren verder onderzoek zal worden gedaan.

Het is overigens zeker niet de bedoeling dat de verzekeringsarts al deze kennis en informatie zelf gaat verzamelen. Het idee van een multidisciplinaire beoordeling gaat uit van de inzet van verschillende deskundigen die ieder vanuit een eigen invalshoek informatie aandragen voor het beoordelen van de functionele mogelijkheden voor werk. Er is een plaats voor de arbeidsdeskundige die werk- en belastingsaspecten kan uitdiepen. Psychologisch inzicht is daarvoor gewenst om zicht te krijgen op aspecten als copingstijl, ziekteperspectief, competenties en vaardigheden.

De informatie die de patiënt zelf aandraagt is eveneens belangrijk. Hoe ziet die zijn toekomst, wat zijn de grootste belemmeringen en op welke wijze kunnen die opgelost worden, en welke ondersteuning heeft hij daarbij nodig en van wie? Informatie van de behandelende sector waarin duidelijkheid wordt gegeven over diagnose en relevante diagnostische bevindingen, alsmede over behandeling en resultaat van de behandeling, is ook van belang. Deze informatie kan voorafgaand aan de beoordeling van de verzekeringsarts op een gestandaardiseerde wijze worden verzameld. De arts kan overigens besluiten dat, op grond van dit uitgebreide dossier, al voldoende informatie voorhanden is om een goed participatieplan op te stellen. Ook als mogelijkheden tot re-integratie ontbreken, is met de opbouw van het dossier voldoende basis gelegd om een verantwoorde uitspraak over de volledige arbeidsongeschiktheid te doen met daaraan gekoppeld een uitspraak over de duurzaamheid. Daarmee komt dan ook het op compensatie gerichte deel van het onderzoek op een goed onderbouwde manier tot stand.

Samengevat heb ik u met de behandeling van de derde vraag – namelijk wat de toekomstige ontwikkelingen in de verzekeringsgeneeskunde zullen zijn – verteld dat deze meer in de richting van een op participatie gerichte beoordeling zullen gaan, wat weer gevolgen zal hebben voor het moment van beoordelen. Dat moet flexibel gekozen kunnen worden – binnen de periode van twee jaar maar ook daarna – en gericht zijn op het vaststellen van de beperkingen van de patiënt voor participatie. Het moment waarop de re-integratie naar passend werk dat niet meer het eigen werk is, aan de orde komt, is het moment waarop de verzekeringsgeneeskundige beoordeling plaatsvindt. Dat betekent dat er een goede samenwerking en overdracht moet zijn tussen huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts, en de curatieve sector die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het re-integratieproces naar arbeid van de patiënt. Die beoordeling berust op meerdere pijlers waarbij ook andere disciplines dan alleen de verzekeringsgeneeskundige hun inbreng hebben. Instrumenten die de beoordeling kunnen ondersteunen worden, daar waar de medische situatie van de patiënt daarom

vraagt, ingezet en leveren daarmee een bijdrage aan de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

Ten slotte wil ik hier stilstaan bij ontwikkelingen op het gebied van onderzoek en onderwijs.

Lopend en komend onderzoek

Als eerste de ontwikkelingen op het gebied van onderzoek. Een deel van het lopende onderzoek op het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde heb ik u al genoemd: het betreft o.a. onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij langdurig zieke patiënten die een WIA-uitkering hebben aangevraagd. Ook het EBM-onderzoek is aan de orde gekomen. Verder subsidieert de Stichting Instituut Gak onderzoek naar de manier waarop verzekeringsartsen ondersteund kunnen worden bij hun beoordeling van Wajonggerechtigden. Dat is van groot belang in verband met de grote toestroom in de Wajongregeling. Binnen het AMC-deel van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde zijn dit de belangrijkste onderzoeken die nu gaande zijn. De groep van Wajonggerechtigden is een voorname doelgroep voor verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Daarnaast zijn ook oudere werknemers en werknemers die in een kwetsbare positie verkeren als gevolg van hun chronische aandoening belangrijke groepen om het verzekeringsgeneeskundig onderzoek op te richten. Het past in de gedachte dat verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet bijdragen aan het participeren van alle groepen in de samenleving.

Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen? Het tweede deel van het programma is nu in ontwikkeling. Uit gesprekken met stakeholders bij de verzekeringsgeneeskunde zijn interessante aspecten naar voren gekomen waaruit is gebleken dat er een opvallende mate van overeenstemming bestaat over wat de belangrijke thema's zijn voor toekomstig onderzoek. Zonder hierop te gedetailleerd in te gaan, wil ik u een paar aandachtsgebieden met name noemen. Experimenten rondom het vervroegen van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, validering van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, onderzoek naar betrouwbare en valide instrumenten om de beoordeling te ondersteunen zijn voorbeelden van onderzoek waarvan ik verwacht dat die in de nabije toekomst zullen gaan spelen. Evaluatie en implementatie van resultaten van onderzoek, zoals dat in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde, is zeker een thema, net als de rol van de patiënt in het beoordelingsproces en participatiegedrag. Het onderzoek zal zich richten op betere instrumenten om de prognose van de participatiemogelijkheden te beoordelen. Ook zal er veel aandacht uitgaan naar het moment

waarop de beoordeling zal plaatsvinden en de rol die de verzekeringsarts heeft bij de beoordeling van de behandeling en begeleiding. Die rol is nog niet erg ontwikkeld, en er is nog veel onderzoek nodig om hier inhoud aan te gaan geven. Onderwijs speelt daarbij ook een belangrijke rol, en daarmee zijn we aanbeland bij het onderwerp waarmee ik mijn rede wil afronden.

Onderwijs

De jeugd heeft de toekomst. Als dat ook geldt voor de verzekeringsgeneeskunde, zijn er nog veel kansen. Met de wetenschap dat in de komende vijf jaar ongeveer veertig verzekeringsartsen per jaar bij de grootste werkgever voor verzekeringsartsen, UWV, met (pre-)pensioen zullen gaan, wordt duidelijk dat alle zeilen bijgezet zullen moeten worden om het vak op peil te houden. Maar dat is veel gemakkelijker gezegd dan gedaan. Hoe kan het vak van verzekeringsarts zo ingericht worden dat het ook voor jonge artsen aantrekkelijk wordt? Onderwijs kan daaraan een bijdrage leveren, al is dat zeker niet de enige reden waarom onderwijs een belangrijk onderwerp is. Als het gaat om onderwijs, kunnen twee belangrijke deelgebieden onderscheiden worden. Aan beide gebieden wil ik graag aandacht besteden. De eerste is de inbedding van de verzekeringsgeneeskunde in het onderwijs aan studenten geneeskunde. Hoewel het altijd meer en beter kan, zijn studenten in het Curius onderwijs, het medische onderwijs aan de Universiteit van Amsterdam, AMC, nu al een aantal keren in aanraking gekomen met de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Op verschillende momenten worden bedrijfsgezondheidsaspecten betrokken in het klinische onderwijs, en dat is een goede zaak. Op die manier worden aspecten van werk gerelateerd aan klinische gezondheidsaspecten. Meer praktische ervaring wordt opgedaan bij de Juco's in het tweede studiejaar als deze in een stage van een week ervaring opdoen bij een aantal medische beroepsgroepen, waaronder ook de bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde. Verder is het bij de latere senior-coschappen aan ongeveer de helft van de studenten gegeven om een coassistentchap van twee weken te lopen bij een arbodienst of UWV.

Het is verheugend dat ik de mogelijkheid heb gekregen om voor volgend jaar een keuzevak op het gebied van arbeid en gezondheid aan te bieden. Wij zijn druk doende inhoud aan dit keuzevak te geven.

Bij het nadenken over onderwijs in verzekeringsgeneeskunde aan studenten is het mijns inziens van belang de verzekeringsgeneeskunde niet te isoleren als een vak apart. Beter is het om de verzekeringsgeneeskunde te zien als onderdeel van een keten waarin curatieve sector, bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde gezamenlijk optrekken. Een patiënt die ziek wordt, zal in de

regel zijn werk snel hervatten en geneest vaak zonder dat daar restverschijnselen van overblijven. Dit geldt voor het overgrote deel van de zieke werknemers, soms met maar vaak zelfs zonder hulp van derden. Het komt ook voor dat de ziekte zich niet volledig herstelt en er toch beperkingen blijven of is er sprake van een progressief ziekteverloop waarbij belemmeringen ontstaan in het functioneren en participeren. Op het moment dat dan het eigen werk buiten bereik komt, is het zaak dat er deskundige, medisch opgeleide professionals zijn die richting kunnen geven aan hoe het dan verder moet. En natuurlijk is het ook goed dat, als er niet voldoende mogelijkheden meer zijn om nog in werk te kunnen blijven participeren, aan die conclusie een goede en zorgvuldige beoordeling ten grondslag ligt. Ook daarin ligt een taak voor de verzekeringsarts, in samenspraak met andere medische professionals.

Het is belangrijk dat alle studenten die aan de geneeskundefaculteit afstuderen, kennis hebben over de plaats van de bedrijfs- en verzekeringsarts in het geheel van medische professies en weten wanneer ze die vanuit een andere setting – hetzij als huisarts, specialist of anderszins – kunnen inschakelen. Het zou een goede zaak zijn als bij alle behandelingen de context waarin iemand qua werk functioneert, wordt meegenomen. Het is zoals Weijel het al in 1971 zei: ‘Elke geneesheer heeft een sociaal verzekeringsgeneeskundige taak.’

Ik noem u ook nog de tweede kant van het onderwijs: dat is de opleiding tot verzekeringsarts. Deze wordt op dit moment met name vormgegeven op de NSPOH. Het is een goede ontwikkeling dat er een samenwerking bestaat in de vorm van een Academische Opleidingswerkplaats tussen de NSPOH en het AMC. Dat betekent namelijk dat de opleiding tot verzekeringsarts is ingebed in de academie, en dat komt de opleiding zeer ten goede omdat de academie een waarborg kan bieden voor een voldoende wetenschappelijk fundament. In dat verband is het ook goed dat er een duidelijke intentie is uitgesproken die in de praktijk ook al tot uitdrukking komt, namelijk van samenwerking tussen het KCVG en de NSPOH waar het de opleiding van verzekeringsartsen aan gaat.

Dames en heren, ik sluit af. Ik heb u een beeld geschetst van het bijzondere vak dat verzekeringsgeneeskunde heet, van de ontwikkelingen die daaraan ten grondslag hebben gelegen en van de nieuwe ontwikkelingen die voor ons liggen. De werkelijkheid van alledag, de procedures en de regels hebben het weliswaar tot nu toe gewonnen, maar we leven in een andere tijd, en die tijd die dwingt ons tot het maken van andere keuzes. We staan voor een groot aantal uitdagingen die de academie in samenwerking met de werkers in het veld moet gaan realiseren. Dat zal ertoe leiden dat verzekeringsgeneeskunde een aantrekkelijk vak wordt om je beroeps carrière op te richten. Het allerbelangrijkste is

echter dat de zorg rondom de patiënt met participatieproblemen verbetert. Dat is de weg die voor ons ligt.

Dankwoord

Tot slot wil ik graag diegenen bedanken die een belangrijke rol hebben gespeeld bij mijn benoeming tot hoogleraar en in mijn ontwikkeling als wetenschapper.

In het bijzonder wil ik mijn dank uitspreken aan de leden van het curatorium van de Stichting Instituut Gak die mij hebben voorgedragen bij het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam. Ik dank het Curatorium en het College en de Raad van Bestuur van het AMC voor het in mij gestelde vertrouwen.

Een heel bijzonder woord van dank gaat uit naar de hooggeleerde Frings-Dresen. Beste Monique, al bij een eerdere gelegenheid heb ik kunnen zeggen hoezeer ik de moed waardeer die het mogelijk maakte dat ik een promotietraject kon starten en afronden. Wie had gedacht dat ik al na zo korte tijd jou opnieuw kon bedanken? De steun die ik van je krijg bij het regelmatig glibberige pad dat wetenschap heet, was en is voor mij heel belangrijk. Heel veel dank daarvoor.

Academisering van de verzekeringsgeneeskunde kan alleen als stichtingen, instituten maar ook personen zich daarvoor inzetten. Ik wil in mijn dankwoord een aantal daarvan met name noemen.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar de Stichting Instituut Gak die nu al voor de tweede keer in mijn wetenschappelijke loopbaan mij vertrouwen en ondersteuning biedt. Het is van buitengewoon belang dat in Nederland een stichting bestaat als Stichting Instituut Gak. In dat verband wil ik graag met nadruk de naam noemen van de hooggeleerde Willems. Beste Han, met jouw overtuigingskracht heb je het voor elkaar gekregen dat er een onderzoeksprogramma Verzekeringsgeneeskunde tot stand gekomen is, en jij hebt daarmee de academisering heel concreet op de kaart gezet.

UWV is een organisatie die een nadrukkelijke plaats verdient in dit dankwoord. Weinig mensen realiseren zich het grote maatschappelijke belang dat een organisatie als UWV heeft en het vele en goede werk dat gedaan wordt door hardwerkende en gemotiveerde medewerkers. De steun en vooral ook de visie van UWV zijn van doorslaggevende betekenis geweest voor de huidige stand van academisering.

Het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, onderdeel van het AMC, verdient een woord van dank, en daarbij wil ik een aantal personen met name

noemen. Hooggeleerde Van Dijk, beste Frank. Met je tomeloze energie en je enorme creativiteit ben je voor mij een voorbeeld van een topwetenschapper die toch het contact en het belang van de werkvloer nooit uit het oog verloren heeft. Ik hoop nog lang te kunnen profiteren van jouw onuitputtelijke bron van inspiratie.

Zeergeleerde Sluiter, Kuijer en Gouttebarga, Judith, Paul en Vincent. Jullie hebben aan het begin van mijn wetenschappelijke carrière gestaan en zijn er nog steeds bij. Wat heb ik veel geleerd van ieder van jullie. Dank daarvoor. Dan een woord van dank richting het Coronel Instituut als geheel. De goede en collegiale sfeer zorgt voor een prima onderzoeksklimaat. Het is goed hierin te participeren.

Collega's senioren van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde. De afgelopen jaren hebben zich gekenmerkt door een zoektocht naar waar we gezamenlijk kunnen optreden en een team kunnen vormen. Dat is niet altijd gemakkelijk geweest, maar het was een tijd van ontwikkelingen, een fase van vallen en opstaan. Laten we met elkaar de uitdaging aangaan om de verzekeringsgeneeskunde op een hoger wetenschappelijk plan te brengen door in gezamenlijkheid en eendracht te werken aan de uitvoering van de onderzoeken die voor ons liggen in de volgende fase.

Verder wil ik een woord van dank richten tot UWV Hengelo. Management en collega's, dank voor de steun en belangstelling nu al zoveel jaren bij mijn werk in het verre Amsterdam. Ik ben heel blij en ook trots dat ik de gelegenheid krijg in Hengelo een Academische Werkplaats te formeren. Dat ik de gelegenheid krijg mijn werk als verzekeringsarts te kunnen blijven uitvoeren in Hengelo stel ik bijzonder op prijs. Het is dit contact met de dagelijkse uitvoeringspraktijk waardoor ik hoop dat academisering van de verzekeringsgeneeskunde vooral ook iets blijft van en voor verzekeringsartsen.

Ten slotte wil ik mijn familie, mijn kinderen en kleinkinderen maar vooral jou, Petra, bedanken. In de titel van deze oratie staat dat het gaat om een evenwicht. Dat zoeken naar een evenwicht geldt ook voor werk en thuis. Ik dank jullie allemaal voor jullie steun en begrip op de vele momenten waarop het moeilijk is de balans te behouden. Dat was in het verleden vaak het geval en ik ben bang dat dit in de toekomst ook wel zo zal blijven, maar jullie bieden mij de ruimte en de steun om dit te kunnen doen en ik blijf mijn best doen het evenwicht te houden. Petra, jij vindt het maar onzin dat ik je zo in de schijnwerpers zet, maar dat is terecht en nodig. Je bent mijn steun en toeverlaat. Dat ben je altijd geweest, dat ben je nu en ik hoop dat je dat nog lang zult blijven.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Bartley, M., Sacker, A., Clarke, P., 'Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001.' In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(6), p. 501-506, 2004
2. Bergen, L. van, 'De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (1967-1976).' In: W.E.L. de Boer en E.S. Houwaart (red.), *Geschiktheid gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005*. TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp, 2006
3. De Boer, W.E.L., 'Quality of evaluation of work disability'. Academisch proefschrift. Universiteit van Amsterdam. Hoofddorp, 2010
4. De Boer, W.E.L., Wind, H., van Dijk, F.J., Willems, J.H.B.M., 'Interviews for the assessment of long-term incapacity for work: a study on adherence to protocols and principles.' In: *BMC Public Health*, 9, p. 169, 2009
5. De Bont, A., van den Brink, J.C., Berendsen, L., Boonk, M., 'De beperkte controle van de informatie voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.' In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146(1), p. 27-30, 2002
6. 'Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS) Introductie voor belangstellenden' UWV afdeling Beleid AG, Amsterdam, 2003
7. Dekkers-Sánchez, P.M., Hoving, J.L., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.H., 'Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review.' In: *Occupational and Environmental Medicine*, 65(3), p. 153-157, 2008
8. Dekkers-Sánchez, P.M., Wind, H., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.H., 'A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words.' In: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(6), p. 544-562, 2010
9. Gezondheidsraad, 'Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid', publicatie nr. 2005/10, Den Haag, 2005
10. Gezondheidsraad, 'Verzekeringsgeneeskundige protocollen. Algemene inleiding', publicatie nr. 2006/22, Den Haag, 2006
11. Heselmans, A., Donceel, P., Aertgeerts, B., Van de Velde, S., Ramaekers, D., 'The attitude of Belgian social insurance physicians towards evidence-based practice and clinical practice guidelines.' In: *BMC Family Practice*, p. 10:64, 2009
12. Hugenholtz, N.I.R. 'Managing knowledge in occupational health care.' Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 2008
13. Kok, R., Hoving, J.L., Verbeek, J.H., Schaafsma, F.G., Smits, P.B.A., Van Dijk, F.J. H., 'Evaluation of a workshop on evidence-based medicine for social insurance physicians.' In: *Occupational Medicine*, 58, p. 83-87, 2008
14. 'Medisch Arbeidsongeschiktheidscriterium Richtlijn.' Tijdelijk instituut voor coördinatie en afstemming (TICA), LISV (1996)
15. Nocon, M., Hiemann, T., Müller-Riemenschneider, F., Thalau, F., Roll, S., Willich, S.N., 'Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis.' In: *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 15(3), p. 239-246, 2007

16. Razenberg, P.P.A., 'Verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming in de praktijk.' Academisch proefschrift. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1992
17. Samoocha, D., Bruinvels, D.J., Anema, J.R., Steenbeek, R., van der Beek, A.J., 'Empowerment of disability benefit claimants through an interactive website: design of a randomized controlled trial.' In: *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 9, p. 23, 2009
18. Schaafsma, F.G., 'Evidence-based medicine for occupational health care.' Academisch proefschrift. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 2007
19. Schuring, M., Burdorf, L., Kunst, A., Mackenbach, J., 'The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries.' In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(7), p. 597-604, 2007
20. Spanjer, J., The disability assessment structured interview. Academisch proefschrift. Universiteit van Groningen, Groningen, 2010
21. Standaard Geen Benutbare Mogelijkheden (1996). LISV
22. Weyel, J., 'Van nieuwe mensen de dingen die veranderen.' Oratie uitgesproken op 8 november 1971 bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de sociale verzekeringsgeneeskunde. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1971
23. WHO International Classification of functioning, disability, and health. Geneve, 2001
24. Willems, J.H.B.M., 'Een nieuw Bint in de gront.' Oratie uitgesproken op 4 juni 1993 bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de sociale verzekeringsgeneeskunde. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1993