
Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Participatiegedrag

15 maart 2010
Utrecht

Voorwoord

In uw handen heeft u het eerste probleemgerichte protocol uit voorlopig de laatste serie van vijf die het Verzekeringsgeneeskundig Instituut (VGI) voor de leden van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en haar beroepsgenoten heeft ontwikkeld. Deze serie bestaat verder uit protocollen voor darmkanker, diabetes mellitus, borderlinepersoonlijkheidsstoornis en chronische nierschade. In totaal zijn er nu twintig verzekeringsgeneeskundige diagnoseprotocollen ontwikkeld waarvan tien door de Gezondheidsraad en tien door het VGI.

De reacties uit het veld hebben er toe bijgedragen dat we de opzet van de protocollen enigszins hebben gewijzigd. De nadruk is meer komen te liggen op de praktijk. Daarbij is gebruik gemaakt van de op evidence gebaseerde kennis en expertise die in recente richtlijnen op het betreffende terrein zijn vervat. De protocollen zijn tot stand gekomen onder de bezielende leiding van een aantal commissies, waarbij de leden ook hun eigen deskundigheid hebben ingebracht. De brede combinatie van kennis en ervaring kan de verzekeringarts de nodige ondersteuning bieden bij de uitoefening van zijn vak. Bij de updates van de bestaande protocollen zullen we op dezelfde manier te werk gaan.

In 2010 gaan we als VGI verder met een nieuw type protocol dat nog meer is gericht op de kern van het werk van de verzekeringsarts; het beoordelen van de functionele mogelijkheden en het beoordelen van lopende behandeling en begeleiding van de cliënt in het kader van de claimbeoordeling. In dit behandelproces komen ook herstel mogelijkheden aan de orde. Participatiegedrag zal dan ook een eerste voorbeeld worden van zo'n vernieuwd protocol.

De ontwikkeling van deze voorlopig laatste serie protocollen was opnieuw mogelijk dankzij subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Maar vooral ook dankzij de zeer grote inzet van velen waaronder verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en deskundigen op het betreffende vakgebied en de enthousiaste begeleiding door het VGI.

Het bestuur van de NVVG spreekt opnieuw haar waardering uit over de kwaliteit van deze protocollen en wil ze dan ook graag in uw aandacht aanbevelen. Verdere verbetering is altijd mogelijk en uw reacties ontvangen wij dan ook graag voor de latere update.

Fred van Duijn,
voorzitter NVVG

Inhoud

Voorwoord 3

Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag 7

- 1 Definitie 8
- 2 Wettelijk kader 8
- 3 Taken van de verzekeringsarts 9
- 4 Onderzoek participatiegedrag 9
- 5 Beoordeling participatiegedrag 10
- 6 Afstemming en overleg 12
- 7 Consultatie en onderzoek door derden 12
- 8 Verslaglegging 13
- 9 Verzekeringsgeneeskundige dilemma's 13

Toelichting Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag 15

- 1 Inleiding 17
 - 2 Definitie participatiegedrag 21
 - 3 Taken van de verzekeringsarts 23
 - 4 Onderzoek participatiegedrag 27
 - 5 Beoordeling participatiegedrag 35
 - 6 Afstemming en overleg 47
-

- 7 Consultatie en onderzoek door derden 51
 - 8 Verslaglegging 53
 - 9 Verzekeringsgeneeskundige dilemma's 55
-

A Bijlagen

- 1 Achtergronden van herstelgedrag/ participatiegedrag 57
 - 2 Wettelijk kader, juridische rechtvaardiging voor beoordeling van participatiegedrag en jurisprudentie 63
 - 3 Methodieken 75
 - 4 Resultaten literatuuronderzoek herstelgedrag 83
 - 5 Enquête herstelgedrag 85
-

B Commissies en commentaarronde 93

Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag

- Dit protocol moet worden gelezen in samenhang met de Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen. Daarin vindt u een toelichting op de bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen.
- Tenzij anders vermeld, wordt in dit protocol met participatiegedrag arbeidsparticipatiegedrag bedoeld.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat, kunt u ook 'zij' en 'haar' lezen.

De term herstelgedrag werd begin jaren negentig van de vorige eeuw geïntroduceerd en is sindsdien in de verzekeringsgeneeskunde langzaam maar zeker een begrip geworden.¹ Herstelgedrag verwijst naar de verplichting van degenen die een beroep doen op de sociale verzekering, om schade te voorkomen of te beperken. Hierbij definiëren we schade als inkomensverlies vanwege ziekte of gebrek. Herstelgedrag is dus onlosmakelijk verbonden met claimbeoordeling. De term lijkt te refereren aan het medisch begrippenkader 'beter worden', maar heeft vanwege de aard van de schade een bredere invulling dan alleen het zoeken naar genezing. In de verzekeringsgeneeskundige richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium² wordt herstelgedrag in 1996 daarom beschreven als 'de activiteiten die de cliënt onder-

¹ Zie bijlage 1 voor de achtergronden van herstelgedrag en participatiegedrag.

² Lisv (september 1996). *Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium*.

neemt om van zijn ziekte te herstellen en om zijn arbeidsrol weer op te vatten'. Participatie is nadien belangrijker geworden.³ In dit protocol wordt daarom verder de term participatiegedrag gebruikt in plaats van de term herstelgedrag. Participatiegedrag gaat primair over de activiteiten die cliënten ondernemen om aan het werk te komen en te blijven.

1 Definitie

Dit protocol definieert participatiegedrag als: *'het gedrag van de cliënt gericht op bevordering van zijn gezondheid ten behoeve van deelname aan het arbeidsproces'*.

2 Wettelijk kader

De verzekeringsarts beoordeelt participatiegedrag op basis van het wettelijk kader van de claimbeoordeling. De verplichtingen van de cliënt zijn vastgelegd in de verschillende arbeidsongeschiktheidswetten en in het Schattingsbesluit.

Voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zijn daarbij de volgende *plichten ter voorkoming van ontstaan en bestaan van recht op uitkering* (artikel 28 WIA) en *plichten gericht op vergroten van mogelijkheden tot het verrichten van arbeid* (artikel 29 WIA) relevant. De cliënt is verplicht:

- om een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling te ondergaan;
- zich geneeskundig te laten behandelen;
- aanwijzingen van een arts⁴ op te volgen indien het UWV daartoe opdracht geeft;
- zijn genezing niet te belemmeren.

Meer gericht op de re-integratie zijn de verplichtingen om:

- mee te werken aan door zijn werkgever of door een door die werkgever aangewezen deskundige gegeven redelijke voorschriften of getroffen maatregelen die erop gericht zijn om hem in staat te stellen passende arbeid te verrichten;
- voldoende re-integratie-inspanningen te verrichten;
- in voldoende mate te trachten mogelijkheden tot het verrichten van passende arbeid te behouden of te verkrijgen;
- mee te werken aan activiteiten of werkzaamheden gericht op inschakeling in de arbeid;

³ WRR (2006). *'De verzorgingsstaat herwogen: verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden'*, r76.

⁴ Zie WIA, Memorie van Toelichting, *Kamerstukken II 2004/05*, p.164. Deze arts kan zowel de verzekeringsarts als de behandelend arts zijn.

- mee te werken aan het opstellen van de re-integratievisie, het re-integratie- en participatieplan;
- te voldoen aan verplichtingen die zijn opgenomen in de re-integratievisie en het re-integratieplan.

De verzekeringsarts moet daarbij altijd als ‘goed hulpverlener’ handelen⁵ en verantwoorde zorg leveren.⁶

3 Taken van de verzekeringsarts

Bij de beoordeling van participatiegedrag heeft de verzekeringsarts de volgende taken:

- participatiegedrag onderzoeken, beschrijven en beoordelen;
- stagnatie in herstel van ziekte en re-integratie onderkennen en benoemen;
- alternatieven benoemen bij niet adequaat participatiegedrag;
- adviseren niet adequaat of voor verbetering vatbaar participatiegedrag te verbeteren;
- beoordelen of niet adequaat participatiegedrag medisch verwijtbaar is;
- zo nodig aanwijzingen geven;
- de juridisch verantwoordelijke medewerker adviseren een nader te bepalen maatregel op te leggen als de cliënt zich niet aan zijn wettelijke verplichtingen houdt en de aanwijzingen niet opvolgt.

4 Onderzoek participatiegedrag

Oriëntatie op de aanwezige gegevens

De verzekeringsarts neemt kennis van het participatiegedrag in de voorgaande periode aan de hand van de beschikbare dossiergegevens over werkoriëntatie, diagnose, ziektebeloop, medische behandeling, dagelijks functioneren en persoonlijke omstandigheden. Hiermee vormt de verzekeringsarts zich een voorlopig beeld van (de achtergronden van) het participatiegedrag.

Beoordelingsgesprek

In het beoordelingsgesprek verzamelt en analyseert de verzekeringsarts gegevens over de werkoriëntatie en re-integratie-inspanningen, de medische behandeling en de persoonlijke omstandigheden (leefstijl en levenssfeer).

⁵ Artikel 7: 453 Burgerlijk Wetboek, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

⁶ Artikel 40 Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Werkoriëntatie: hij neemt de arbeidsanamnese af en vraagt wat de cliënt doet en heeft gedaan om aan het werk te komen of te blijven in eigen of ander werk. Hij spitst zo nodig de vragen toe op de voor- en nadelen van ‘weer aan het werk gaan’, op het belang dat werkhervatting voor de cliënt heeft en op het vertrouwen dat de cliënt heeft dat werkhervatting voor hem haalbaar is.

Medische behandeling: hij gaat na welke behandeling de cliënt heeft gevolgd of volgt en in hoeverre er medisch gezien nog mogelijkheden zijn om (verder) te herstellen.

Dagelijks functioneren en persoonlijke omstandigheden: hij gaat na op welke manieren de cliënt zijn gezondheid bevordert (leefstijl), welke keuzes de cliënt heeft gemaakt in de persoonlijke levenssfeer en welke persoonlijke omstandigheden mogelijk bijdragen aan (het vertragen of bespoedigen van) werkoriëntatie of re-integratie.

Als de cliënt het werk niet heeft hervat, vraagt de verzekeringsarts welke problemen naar diens mening de werkhervatting verhinderen en wat er volgens de cliënt moet gebeuren om die problemen op te lossen. De verzekeringsarts geeft een samenvatting van de opvattingen van de cliënt over zijn herstel, gaat na of de cliënt deze samenvatting vindt kloppen en past waar nodig de samenvatting aan de reacties van de cliënt aan.

5 Beoordeling participatiegedrag

De beoordeling van het participatiegedrag is een onderdeel van de claimbeoordeling. Uit deze beoordeling volgt een conclusie over de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, waarbij andere belangrijke overwegingen meespelen, met name met betrekking tot plausibiliteit en consistentie. Daarom geldt de uiteindelijke beoordeling van beperkingen en mogelijkheden als uitgangspunt.

De verzekeringsarts legt zijn bevindingen over het participatiegedrag vast. Vervolgens beoordeelt hij het participatiegedrag in het beoordelingsgesprek en legt ook die conclusie vast in zijn rapportage. De conclusie kan luiden:

- *Het participatiegedrag is adequaat*
De cliënt heeft eigen of ander werk hervat op een wijze die past bij de beperkingen en mogelijkheden die de verzekeringsarts heeft vastgesteld, neemt daartoe voldoende initiatieven of verleent voldoende medewerking aan de re-integratie.
 - *Het participatiegedrag is voor verbetering vatbaar*
De cliënt heeft het eigen of ander werk onvoldoende hervat. Volgens de verzekeringsarts is er met de geconstateerde beperkingen en mogelijkheden meer haalbaar, maar de cliënt neemt daartoe onvoldoende initiatieven of werkt onvoldoende mee aan de re-integratie.
-

- *Het participatiegedrag is niet adequaat*

De cliënt heeft het eigen of ander werk niet hervat, neemt daartoe ook onvoldoende initiatieven of werkt onvoldoende mee aan de re-integratie, ondanks de adviezen van de verzekeringsarts, terwijl de verzekeringsarts dat gezien de beperkingen wel mogelijk acht.

Het gesprek tussen de verzekeringsarts en de cliënt over participatiegedrag wordt doorgaans gekenmerkt door informatieverstrekking over en weer, overleg en discussie. Zo kunnen zij overeenstemming bereiken over wat in de gegeven situatie adequaat participatiegedrag is. Dit kan resulteren in adviezen en/of afspraken met een bijbehorende follow-up. Als de cliënt het niet eens is met het oordeel van de verzekeringsarts, kan het nodig zijn dat de verzekeringsarts een aanwijzing geeft.

Beoordeelt de verzekeringsarts het participatiegedrag als adequaat, dan is de beoordeling daarmee afgerond. Voor die situaties dat het participatiegedrag voor verbetering vatbaar of niet adequaat is, beveelt dit protocol een stappenplan aan voor een gestructureerde aanpak door de verzekeringsarts. Het betreft een aanbeveling omdat enerzijds niet in alle gevallen alle stappen aan de orde zullen zijn en anderzijds de uitvoeringsinstelling zelf nadere invulling aan deze fase kan geven op grond van organisatorische of juridische overwegingen.

De intentie van het stappenplan is dat de verzekeringsarts de cliënt gelegenheid geeft om alsnog tot adequaat participatiegedrag te komen en dat hij zelf op een planmatige en inzichtelijke wijze conclusies formuleert, wanneer dat niet gebeurt.

Beoordeling in vijf stappen

- Stap A** De verzekeringsarts deelt de cliënt zijn conclusie mee dat zijn participatiegedrag voor verbetering vatbaar of niet adequaat is. Hij beargumenteert waarom en vraagt de cliënt om een reactie. Leidt de reactie van de cliënt alsnog tot het oordeel adequaat participatiegedrag?
- Stap B** De verzekeringsarts blijft bij zijn conclusie dat het participatiegedrag voor verbetering vatbaar of niet adequaat is. Hij beargumenteert waarom en geeft aan wat hij op welke termijn van de cliënt verwacht. Dit doet hij in de vorm van een advies. De verzekeringsarts plant zo nodig een herbeoordeling. Is de cliënt bereid dit advies alsnog op te volgen?
- Stap C** De verzekeringsarts beoordeelt of niet adequaat participatiegedrag verwijtbaar is.

- Stap D** De verzekeringsarts geeft een schriftelijke aanwijzing⁷ die het participatiegedrag moet verbeteren. Hierin wijst hij op de consequenties van niet-nakomen. De verzekeringsarts plant een herbeoordeling. Blijkt bij de herbeoordeling dat de cliënt de aanwijzing heeft opgevolgd?
- Stap E** Schriftelijke conclusie, in verband met een mogelijk op te leggen maatregel, dat een wettelijke verplichting niet is nagekomen.

6 Afstemming en overleg

De verzekeringsarts overlegt zo nodig met andere hulpverleners en deskundigen die bij het participatiegedrag betrokken zijn. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- afstemming over participatiegedrag;
- verschil van inzicht over participatiegedrag;
- stagnatie van participatiegedrag.

Dit overleg betreft vooral de bedrijfsarts, de arbeidsdeskundige en de bemiddelaar of begeleider bij eventuele re-integratie. Overleg met de behandelend arts is noodzakelijk, als er een verschil van mening is over de behandeling en/of als de behandeladviezen onduidelijk zijn.

7 Consultatie en onderzoek door derden

Als de verzekeringsarts twijfelt of het participatiegedrag adequaat is, overweegt hij een tweede gesprek of een heteroanamnese, consultatie van een collega of een tweede beoordeling door een andere verzekeringsarts. In bijzondere gevallen kan de verzekeringsarts een deskundige (bijvoorbeeld een medisch specialist of een klinisch psycholoog) inschakelen om specifieke aspecten van het participatiegedrag te beoordelen.

⁷ Artikel 1:3 Algemene Wet Bestuursrecht (Awb).

8 Verslaglegging

De verzekeringsarts legt vast in zijn rapportage dat hij het participatiegedrag beoordeeld heeft. Bij voor verbetering vatbaar of niet adequaat herstelgedrag besteedt hij in zijn rapportage aandacht aan de volgende punten:

- Waarom het participatiegedrag voor verbetering vatbaar of niet adequaat is en de aard en inhoud van eventueel verstrekte adviezen.
- Hoe de cliënt heeft gereageerd op dit oordeel en de adviezen.
- Welke afspraken zijn gemaakt over evaluatie van eventuele verbetering van het participatiegedrag.
- Of eventueel overleg met derden heeft plaatsgevonden over het participatiegedrag.
- De overwegingen en uiteindelijke beoordeling van verwijtbaarheid.
- De inhoud van de schriftelijke aanwijzing, als hij die heeft gegeven.
- Hoe de cliënt heeft gereageerd op de aanwijzing.
- De inhoud van het eventueel aan (de bevoegde medewerker van) de uitvoeringsinstelling verstrekte advies over het opleggen van een maatregel.

9 Verzekeringsgeneeskundige dilemma's

Er kan zich bij de begeleiding bij en de beoordeling van participatiegedrag een dilemma voordoen. In dat geval legt de verzekeringsarts in de rapportage vast op grond van welke overwegingen hij tot zijn uiteindelijke keuze is gekomen.

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag

1.

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundige protocol Participatiegedrag biedt een handreiking aan verzekeringsartsen om participatiegedrag van cliënten te analyseren en te beoordelen. Dit protocol is oorspronkelijk ontwikkeld voor de beoordeling van het participatiegedrag van cliënten die een beroep doen op de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Maar in het algemeen is dit protocol als vakinhoudelijk instrument bruikbaar voor de beoordeling van participatiegedrag van cliënten die langere tijd - enkele maanden - arbeidsongeschikt zijn.

Verzekeringsartsen kunnen het protocol zonder veel aanpassingen ook toepassen bij de uitvoering van andere arbeidsongeschiktheidswetten. De uitgangspunten van dit protocol gelden ook, als de verzekeringsarts bij het deskundigenoordeel⁸ en het re-integratieverslag⁹ het participatiegedrag beoordeelt als onderdeel van de claimbeoordeling. De werkgroep hoopt dat het protocol naar inhoudelijke intentie - aangepast aan specifieke omstandigheden - overal ingang zal vinden, waar verzekeringsartsen claimbeoordelingen uitvoeren. Op deze wijze kan dit protocol binnen alle domeinen van de verzekeringsgeneeskunde, los van specifieke binding aan wetten of polisvoorwaarden, als professioneel instrument gebruikt worden.

⁸ Deskundigenoordeel artikel 629a BW, artikel 32 SUWI.

⁹ Re-integratieverslag (RIV) artikel 65 WIA.

Dit protocol volgt op de verzekeringsgeneeskundige protocollen die sinds 2006 zijn verschenen, maar neemt een aparte plaats in. Anders dan de eerder verschenen verzekeringsgeneeskundige protocollen is dit protocol niet gerelateerd aan een diagnose, maar aan een thema. Wat dat betreft ligt dit protocol meer in het verlengde van de verzekeringsgeneeskundige standaarden die in de jaren negentig van de vorige eeuw zijn opgesteld. Er is ook maar ten dele sprake van een protocol in de zin van een proces van juridisch te toetsen stappen, namelijk alleen als de verzekeringsarts concludeert tot voor verbetering vatbaar of niet adequaat participatiegedrag. Vanwege het brede thema van het protocol verschilt de opbouw deels van die van de andere verzekeringsgeneeskundige protocollen. Niettemin is een duidelijk verband te leggen met de in die protocollen genoemde vier verzekeringsgeneeskundige hoofdtaken.

Participatiegedrag van een cliënt kan onder sterke (positieve of negatieve) invloed staan van derden zoals een werkgever, behandelaars of de partner. Dit protocol gaat over de beoordeling van het participatiegedrag van de cliënt en niet over het gedrag van derden. Dat neemt echter niet weg dat dit een belangrijk aandachtspunt moet zijn in de analyse van het participatiegedrag, met name als gedrag stagneert (zie ook hoofdstuk 3).

1.1 Werkwijze van de werkgroep

Verzekeringsartsen en wetgevers zoeken al langer een kader waarmee herstelgedrag c.q. participatiegedrag kan worden beoordeeld. Daarom heeft de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) het initiatief hiertoe genomen, in overleg met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). SZW heeft de ontwikkeling van dit protocol gefaciliteerd. Het aan de NVVG gelieerde Verzekeringsgeneeskundig Instituut (VGI) organiseerde de inhoudelijke ontwikkeling. Het VGI heeft een werkgroep samengesteld uit verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en andere bij het onderwerp betrokken deskundigen uit de huisartsgeneeskunde, de psychologie, het gezondheidsrecht en uit organisaties van patiënten en cliënten.

De werkgroep heeft het werkplan gebruikt dat voor de verzekeringsgeneeskundige protocollen is opgesteld. Er is een enquête gehouden onder verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en medisch adviseurs om de belangrijkste behoeften en knelpunten op te sporen. De cliëntenvertegenwoordiging in de werkgroep organiseerde een enquête om aandachtspunten vanuit cliëntenperspectief te signaleren. Drie subwerkgroepen hadden een belangrijke inbreng, ieder vanuit een specifiek deel terrein. Tot slot zijn ook patiëntenorganisaties, betrokken beroepsbeoefenaren én de uitvoeringsorganisatie geconsulteerd.

Uit het literatuuronderzoek¹⁰ is gebleken dat er nauwelijks bruikbaar wetenschappelijk bewijs (*evidence*) is om dit protocol op te baseren. De uiteindelijke inhoud van dit protocol is daarom tot stand gekomen op basis van zo veel mogelijk overeenstemming. In dit opzicht is dit protocol eerder *consensus-based* (afspraken) dan *evidence-based* (wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen en protocollen).

Vanwege de ontstaanswijze en het karakter van dit protocol zal het na enige tijd geëvalueerd moeten worden en eventueel aangepast aan de hand van voortschrijdend inzicht. De werkgroep denkt hierbij aan twee jaar nadat dit protocol is ingevoerd.

1.2 Uitgangsvragen

Verzekeringsartsen blijken vooral behoefte te hebben aan een duidelijk begrippenkader ('wat is participatiegedrag?') met handvatten voor de analyse en beoordeling ('hoe zit participatiegedrag in elkaar, 'wanneer is participatiegedrag adequaat of niet adequaat?'). En met handvatten voor de verdere aanpak ('wat moet ik doen nadat ik het participatiegedrag heb vastgesteld?'). Regelmatig vragen verzekeringartsen zich daarbij af wat zij de cliënt kunnen en mogen vragen; medisch-inhoudelijk, bijvoorbeeld in termen van medische behandelingen, en vanuit de geldende wet- en regelgeving. De wet- en regelgeving wordt als ingewikkeld ervaren.

Dit blijkt uit een enquête¹¹ die in januari 2009 is afgenomen onder bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en medisch adviseurs. Aan hen is gevraagd welke probleemvelden en knelpunten zij ervaren bij de beoordeling van en begeleiding bij participatiegedrag. In deze enquête werden als belangrijkste knelpunten bij de beoordeling van participatiegedrag genoemd: de samenwerking binnen en facilitering door de uitvoeringsinstelling en de communicatie met behandelaars. Ook de onduidelijkheid over het begrippenkader en de omgang met participatiegedrag en de percepties van cliënten en hun sociale omgeving over participatiegedrag, werden regelmatig als knelpunten genoemd. Dit protocol beoogt houvast en duidelijkheid te geven bij de beoordeling van participatiegedrag.

¹⁰ Voor de gehanteerde zoekstrategie en gevonden resultaten zie bijlage 4.

¹¹ Zie bijlage 5 voor een verslag van deze enquête: in deze enquête werd de term *herstelgedrag* nog gebruikt (met een eensluitende definitie).

Parallel is een enquête over participatiegedrag gehouden onder cliënten. Hieruit kwam een aantal duidelijke aandachtspunten naar voren.¹² De respondenten zijn in het algemeen zeer actief bezig (geweest) met herstel van gezondheid en functioneren. Het duurt echter vaak lang voordat de juiste diagnose is gesteld en een passend behandelplan is opgesteld. Ook ervaren de respondenten de blijvende gezondheidsproblemen als belemmering voor participatie en (volledige) werkhervatting. Opvallend veel respondenten hebben zich gedwongen gevoeld het werk te hervatten, terwijl zij dit zelf niet mogelijk achtten. Ze voelen zich vaak niet serieus genomen door de verzekeringsarts. Ook vinden veel respondenten dat behandelars te weinig geraadpleegd worden. Het komt regelmatig voor dat cliënten denken dat de beperkingen, als impliciete sanctie, minder ingeschat worden, als participatiegedrag ontbreekt. Overigens rapporteren cliënten net als verzekeringsartsen dat sancties zelden worden toegepast.

¹² Huson, A en Jansen, Y. *'Veel onduidelijkheden over beoordeling 'herstelgedrag' door UWV'* (verslag enquête herstelgedrag): www.cg-raad.nl.

Definitie participatiegedrag

Van het begrip herstelgedrag – als voorloper van het begrip participatiegedrag – zijn verschillende definities in omloop.¹³ In die definities kwamen steeds twee aspecten aan de orde: het gedrag van de cliënt gericht op deelname aan het arbeidsproces en het gedrag dat de gezondheid en daarmee de deelname bevordert. De werkgroep heeft geconcludeerd dat de volgende definitie voor participatiegedrag het best past in de context van de arbeidsongeschiktheidswetgeving en de re-integratiedoelstellingen:

‘Gedrag van de cliënt gericht op bevordering van zijn gezondheid ten behoeve van deelname aan het arbeidsproces.’

De focus van de beoordeling is deelname aan het arbeidsproces. Vanwege deze keuze ligt de nadruk in de definitie van participatiegedrag niet op onderzoek naar en herstel van ziekte. Dit vanuit het inzicht dat het functioneren van mensen relatief los staat van ziekteprocessen, waardoor medische kennis vaak onvoldoende is om een claimbeoordeling te kunnen doen.

¹³

Boer, W.E.L. de (1992). ‘Argumentatieve claimbeoordeling deel II: argumentatie en beleid’. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 1992, 30, pag.137-139; NVVG (juni 2001). *Rust Roest II: handreiking voor de verzekeringsarts ten aanzien van herstelgedrag* (concept); UWV (januari 2002). *Beleidsnotitie herstelgedrag*.

Uit onderzoek rijst het beeld dat persoonsgebonden psychosociale factoren en kenmerken van het werk de uiteindelijke verzuimduur en werkhervatting meer bepalen dan kenmerken van de aandoening.¹⁴

Dit neemt niet weg dat de beoordeling van gezondheidsaspecten niet mag ontbreken naast die van het werk en de persoonlijke omstandigheden. Uiteindelijk moet er sprake zijn van arbeidsongeschiktheid ‘... als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling...’.¹⁵ Daarom zal iedere keer ook de gezondheids-toestand in relatie tot het functioneren beoordeeld moeten worden. De verzekeringsarts is werkzaam in het domein van arbeid én gezondheid. Bij de beoordeling van participatiegedrag prevaleert het resultaat in termen van werkhervatting of concrete stappen in die richting. Daarom hoeven de behandeling, persoonlijke omstandigheden en leefstijl niet beoordeeld te worden, zolang het participatiegedrag toereikend is. Verdergaande bemoeienis is pas geëigend, als de werkhervatting stagneert. In gedrag dat gericht is op deelnemen aan het arbeidsproces onderscheiden we meerdere aspecten zoals:

- gedrag dat gericht is op het vergroten van de specifieke mogelijkheden om in arbeid te functioneren;
- gedrag dat gericht is op het verkrijgen van passende arbeid;
- gedrag dat gericht is op het vergroten van de mogelijkheden om in het algemeen te functioneren (hobby’s, sociale activering);
- gedrag dat gericht is op klachtenreductie en herstel van ziekte.

Het gaat dus om op arbeidsparticipatie gericht gedrag. De verzekeringarts vormt zich hier een beeld van bij het beoordelingsgesprek. Soms is het nodig daarbij af te stemmen met andere disciplines die zich op dit terrein toegelegd hebben, zoals een arbeidsdeskundige, een arbeidsbemiddelaar, een re-integratiecoach, een psycholoog of een ergonomoom.

Gedrag dat niet aansluit bij de door de verzekeringsarts vastgestelde mogelijkheden van cliënt is niet adequaat. Ook het nalaten van bepaald gedrag kan daarop wijzen.

¹⁴ Zie Gezondheidsraad (2005). ‘Beoordelen, behandelen en begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid’, Den Haag, nr.2005/10, p. 28-29 en 34-35.

¹⁵ Artikel 4 WIA.

Taken van de verzekeringsarts

3.1 Oordeelsvorming

De verzekeringsarts moet het participatiegedrag eerst goed onderzoeken en beschrijven, voordat hij het kan beoordelen. Als blijkt dat de cliënt het werk geheel of gedeeltelijk heeft hervat, dan wel daar concrete stappen toe heeft gezet, kan het verzekeringsgeneeskundig onderzoek naar participatiegedrag meestal beperkt blijven. Participatiegedrag heeft immers primair betrekking op werkhervatting.

3.2 Beoordeling

De verzekeringsarts beoordeelt het participatiegedrag. Dat is adequaat als het is gericht op werkhervatting en past bij de beperkingen en mogelijkheden die de verzekeringsarts heeft vastgesteld. Het is niet adequaat als het daarbij achterblijft. De beoordeling van mogelijkheden en beperkingen is het uitgangspunt. Dit gebeurt volgens de geldende richtlijnen, standaarden, protocollen en wettelijke bepalingen.

3.3 Onderkennen en analyse van stagnatie

Er is sprake van stagnatie, als de cliënt zijn werk niet (voldoende) heeft hervat – en daar ook geen concreet uitzicht op bestaat – terwijl dit op grond van de mogelijkheden en beperkingen volgens het oordeel van de verzekeringsarts wel mogelijk is. De term stagnatie legt de nadruk op het proces. Stagnatie hoeft niet te betekenen dat het participatiegedrag (nog) niet adequaat is. Er kan bijvoorbeeld ook sprake zijn van een verslechterende gezondheidssituatie, nog niet eerder ontdekte andere omstandigheden of bij nader inzien te optimistisch ingeschatte beperkingen. Als de verzekeringsarts stagnatie vaststelt, is het zijn taak om te beoordelen of daar wat aan te doen is. Daartoe verricht de verzekeringsarts een intensiever onderzoek naar zowel de arbeidsaspecten, als de medische aspecten, als de persoonlijke kenmerken en de levenssituatie van de cliënt. In dat geval neemt de verzekeringsarts de opleiding, biografie, familieanamnese, eerdere ziekte of verzuim en medicatie grondig door en maakt een probleemanalyse (zie hoofdstuk 4).

3.4 Adviezen

Aan de hand van de probleemanalyse gaat de verzekeringsarts na of er sprake is van (nog) niet adequaat participatiegedrag en in hoeverre de cliënt dat kan verbeteren. Wanneer dat het geval is bespreekt de verzekeringsarts dit met de cliënt. Als de cliënt bereid is hierover concrete afspraken te maken, stelt de verzekeringsarts hem daartoe in de gelegenheid. Doorgaans zal het daarbij gaan om één of hooguit enkele vervolcontacten (eerder binnen enkele weken dan maanden) met als doel de afspraken en het resultaat daarvan te evalueren.

Stimuleren tot adequaat participatiegedrag is een natuurlijk onderdeel van het beoordelingsgesprek. Alleen al de analyse van de achterliggende problematiek en het duidelijk uitspreken wat de mogelijkheden van de cliënt zijn en wat er van hem verwacht wordt, kan dat effect hebben. Bij complexe problematiek kan het voorkomen dat een enkel gesprek niet volstaat. In dat geval kan de verzekeringsarts mede met dat doel enkele gesprekken voeren. Daarbij kan hij gebruikmaken van verschillende technieken.¹⁶ Als schade-expert komt de verzekeringsarts bij dergelijke ‘begeleidende’ activiteiten gemakkelijk in een verwarrende dubbelrol terecht als hulpverlener. Daarom is terughoudendheid gewenst en laat de verzekeringsarts stimulerende, motiverende of begeleidende activiteiten die het karakter van enkele gesprekken overstijgen, over aan andere voor dat doel beter toegeruste disciplines. Te denken valt

¹⁶ Zie bijlage 3

aan de huisarts, bedrijfsarts, re-integratiecoach of psycholoog. Omdat deze disciplines na twee jaar arbeidsongeschiktheid vaak al in beeld zijn geweest, heeft dit echter niet altijd toegevoegde waarde. Maar bijvoorbeeld bij arbeidsverzuim dat nog niet zo lang duurt of bij een herbeoordeling na langdurige arbeidsongeschiktheid kan dat anders liggen.

3.5 Aanwijzingen

Als het participatiegedrag niet adequaat blijft, is het de taak van de verzekeringsarts om in te schatten of dat verwijtbaar is. De aard van de aandoening, comorbiditeit of in de persoon gelegen factoren kunnen leiden tot de conclusie dat niet adequaat participatiegedrag niet verwijtbaar is. Ook externe factoren kunnen ertoe leiden dat er geen adequaat participatiegedrag tot stand komt. Voor zover mogelijk probeert de verzekeringsarts deze factoren te beïnvloeden, vooral als deze in de werksfeer liggen of te maken hebben met de medische behandeling. Factoren in de levenssfeer zal de cliënt in de regel zelf moeten aanpakken, bijvoorbeeld de invloed van personen uit de primaire steungroep of zorgverplichtingen. Als de cliënt zich hier niet voor inspannt, en dat gedrag de cliënt volgens de verzekeringsarts is aan te rekenen, en er geen zicht is op verbetering van dat gedrag, is het de taak van de verzekeringsarts een aanwijzing te geven. Dat is een formele handeling, die schriftelijk moet worden vastgelegd. De verzekeringsarts moet zo'n aanwijzing goed motiveren. De cliënt kan hiertegen bezwaar aantekenen.

3.6 Advies om een maatregel op te leggen

Als de cliënt zijn wettelijke verplichtingen blijvend niet nakomt, stelt de verzekeringsarts dat vast en meldt hij dit aan de bevoegde medewerker van de uitvoeringsinstelling. Daarbij geeft de verzekeringsarts aan welke wettelijke verplichting de cliënt niet is nagekomen. Welke maatregel daarbij precies past, vereist een juridische beoordeling. Over de precieze maatregel laat de verzekeringsarts zich dus niet uit.

Onderzoek participatiegedrag

De verzekeringsarts onderzoekt het participatiegedrag als integraal onderdeel van de vier hoofdtaken:¹⁷

- *terugkijkfunctie* op het participatiegedrag voorafgaand aan de claim;
- betekenis van het participatiegedrag voor de beoordeling van de *functionele mogelijkheden*;
- betekenis van participatiegedrag voor de *prognose* van werkhervatting;
- bijdrage aan werkhervatting van de *behandeling en begeleiding*.¹⁸

Hierbij komen de sociaal-medische voorgeschiedenis, de arbeidsanamnese, actuele gezondheidstoestand, behandeling en begeleiding, sociale context, door de cliënt ervaren belemmeringen in zijn functioneren en de oplossingen die de cliënt ziet of heeft geprobeerd te vinden aan de orde.

¹⁷ Gezondheidsraad (2006). ‘Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding’, Den Haag, nr. 2006/22, p.20.

¹⁸ Idem, p.21-23.

4.1 Oriëntatie op de aanwezige gegevens

De verzekeringsarts bereidt zijn contact met de cliënt grondig voor door het dossier of eventuele andere documenten eerst systematisch door te nemen. Met deze voorbereiding kan hij bij het beoordelingsgesprek gericht vragen naar factoren die het participatiegedrag lijken te belemmeren of te bevorderen. De conclusies die de bedrijfsarts in de loop der tijd in diverse documenten heeft vastgelegd, zijn een belangrijke bron van informatie. De volgende vragen kunnen hierbij worden gesteld:

- Heeft een brede probleemoriëntatie plaatsgevonden? En zijn hierbij predisponerende, uitlokkende en onderhoudende factoren bij de werknemer en in zijn privé- en werkomgeving in beeld gebracht?
- Hoe heeft de bedrijfsarts de functionele mogelijkheden en het participatiegedrag beoordeeld? En welke argumenten voert hij daarvoor aan?
- Welke belemmerende factoren speelden er bij de re-integratie?
- Welke van deze factoren hadden te maken met niet of verminderd adequaat participatiegedrag?
- Welke interventies zijn gedaan om tot adequaat participatiegedrag te komen?
- Is het herstelproces actief bewaakt en is tijdig en met passende interventies gereageerd op stagnatie van het herstel?
- Hebben de bedrijfsarts en de huisarts/behandelaar met elkaar overlegd?
- Was er sprake van verschil van mening tussen bedrijfsarts, werknemer of werkgever over de mogelijkheden? Zo ja, is een beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
- Wat hebben werknemer en werkgever gedaan om werkhervatting te realiseren?
- Is tijdig gereageerd toen de re-integratie stagneerde en is toen het plan van aanpak bijgesteld? Is bij stagnatie van het herstel de (probleem)diagnostiek verdiept – en met welk resultaat?
- Zijn de problemen in kaart gebracht die de klachten of het disfunctioneren (mede) veroorzaakten, bijvoorbeeld conflicten, hoge eisen, reorganisatie, gebrek aan loopbaanmogelijkheden, regelruimte of sociale steun? Is daarbij zo nodig hulp ingeschakeld? Hoe heeft de werknemer daaraan meegewerkt?

Als de cliënt een vragenlijst heeft ingevuld of een brief heeft geschreven neemt de verzekeringsarts die door. Veelal bevat deze documentatie aanvullende informatie over de actuele klachten, medicatie en behandeling, soms ook over het werk, hervattingspogingen en belemmeringen. Bijgesloten (para)medische correspondentie of observaties en bevindingen van de bedrijfsarts geven een beeld van de voorgeschiedenis, behandeling, aard van de aandoening

en – al dan niet gepercipieerde – ernst daarvan. Verder kan daaruit blijken in hoeverre een aandoening adequaat is behandeld en kan blijken in hoeverre sprake is van therapietrouw ('compliance') of van angsten die de cliënt parten spelen. Het kan zijn dat de cliënt eenzijdig gericht is op oorzakelijke verklaringen van zijn klachten in plaats van werkhervatting. Soms komen relevante persoonlijke en sociale omstandigheden naar voren.

Daarnaast kan uit vorige of andere onderzoeken relevante informatie over de opleiding, het arbeidsverleden en actuele werksituatie blijken. Persoonlijke omstandigheden – inclusief biografische gegevens – kunnen belastende huiselijke omstandigheden of persoonlijkheids-trekken aan het licht brengen die het participatiegedrag beïnvloeden.

4.2 Beoordelingsgesprek

Claimbeoordeling – en daarmee ook de beoordeling van participatiegedrag – is in potentie conflictueus, vanwege mogelijke verschillen in verwachting en voor de cliënt veelal grote materiële belangen. Omdat de cliënt de ervaring heeft en omdat zijn belangen in het geding zijn, gaat het onderzoek uit van de beleving van de cliënt. Volgens het Schattingsbesluit is deze beleving weliswaar uitgangspunt, maar niet leidend. De uiteindelijke claimbeoordeling is de taak van de verzekeringsarts. Onnodige of voorbarige strijd verhindert een accuraat onderzoek en vaststelling van feiten. Daarom weerspreekt de verzekeringsarts de opvatting van de cliënt niet in het feitelijk deel van het onderzoek naar participatiegedrag. Wel vraagt hij goed door bij onduidelijkheden of (schijnbare) inconsistenties, zodat hij de feiten zo duidelijk mogelijk op tafel krijgt. Als de beperkingen duidelijk zijn en het participatiegedrag overtuigt, hoeft de verzekeringsarts geen diepgaand onderzoek naar de achtergronden te verrichten. Hij stelt zich terughoudend op en treedt niet verder in de persoonlijke levenssfeer van de cliënt dan noodzakelijk is.

Analyse werkoriëntatie

De eerste stap in de beoordeling van participatiegedrag is de analyse van de werkoriëntatie. Als die evident aanwezig is, kan het hele onderzoek vaak beperkt blijven. Heeft de cliënt echter geen uitzicht op werkhervatting – of relevante uitbreiding van een beperkte hervatting – dan moet de arbeidsanamnese verder worden uitgediept. De arbeidsanamnese is geen exclusieve taak van de arbeidsdeskundige en de verzekeringsgeneeskundige anamnese geen doublure daarvan. De arbeidsdeskundige legt vooral kwalificaties, arbeidsverleden en loonwaarden vast. De verzekeringsarts onderzoekt de arbeidsanamnese om een beeld te krijgen van de keuzes die de cliënt in het verleden heeft gemaakt, van zijn vaardigheden en van zijn motivaties. Daaruit kan ook blijken hoe de cliënt eerdere arbeidsproblemen heeft opgelost. Deze informatie is belangrijk om het participatiegedrag te kunnen beoordelen.

Onderstaande vragen over de arbeidsanamnese zijn suggesties voor de verzekeringsarts. Ze zijn niet bedoeld om integraal gesteld te worden: hoe uitgebreid de anamnese is, hangt af van de mate waarin participatiegedrag al dan niet adequaat is of stagneert.

Vragen over de voorgeschiedenis:

- Welke opleidingen heeft de cliënt gehad, hoe verliepen deze en met welk resultaat?
- Wat motiveerde de cliënt uiteindelijk dit beroep/werk te kiezen? Waarom veranderde hij eerder van beroep/betrekking?
- Wat was het arbeidspatroon? Ziet de cliënt een eventuele excessieve werkbelasting als (mede-)oorzaak voor zijn verzuim of arbeidsongeschiktheid?
- Is er eerder verzuim of arbeidsongeschiktheid geweest en, zo ja, hoe lang en om welke redenen en hoe is het toen tot werkhervatting gekomen?
- Wat vond de cliënt plezierige en minder plezierige aspecten van zijn werk?
- Welke regelmogelijkheden kende het werk (taakautonomie) en hoe heeft de cliënt die benut?
- Hoe verloopt de loopbaan van de vergelijkbare collega's (leeftijd, beroep, thuissituatie) in de omgeving van de cliënt?
- Wat was de directe aanleiding zich op die dag (laatste ziekmelding) ongeschikt te melden?
- Wat heeft cliënt gedaan om aan het werk te blijven of weer te komen? Waarom is dat wel/niet gelukt?

Vragen over de actuele arbeidssituatie:

- Is cliënt van plan zijn werk weer te hervatten? Zo ja, wanneer en hoe? Zo nee, waarom niet?
 - Welke concrete belemmeringen spelen hem parten? Wat zou er gebeuren als hij morgen aan het werk zou gaan?
 - Zijn er aanpassingen getroffen en, zo nee, met welke aanpassingen kan de cliënt weer aan het werk gaan?
 - Wat doet de cliënt zelf of heeft hij gedaan om zijn discipline, kennis en ervaring op peil te houden?
 - Hoe wordt de (gedeeltelijke) uitval van cliënt opgevangen (vervanging)?
 - Heeft de cliënt nog contact met de leidinggevende en met collega's op het werk? Zo nee, waarom niet?
 - Op welke uren of dagen is er een gedeeltelijke werkhervatting tot stand gekomen? Past deze verdeling over de dagen en de week bij de belastbaarheid van de cliënt en, zo nee, waarom niet?
-

- Zijn na gedeeltelijke werkhervatting de werktijden geleidelijk uitgebreid, zoals bij fysiologisch herstel of aanpassing meestal is te verwachten?
- Speelt er een aansprakelijkheidsprocedure (of wrok) die kan interfereren met het participatiegedrag?
- Zijn er in het werk gelegen sociale factoren die hervatting in de weg staan, zoals wrijvingen met collega's of leidinggevenden? Is daar iets aan gedaan?
- Wat is volgens de cliënt zijn arbeidsperspectief in eigen of andere arbeid?
- Wil de cliënt nog bemiddeld of geschoold worden en hoe realistisch is dat?

Vragen die een belangrijke indicatie vormen voor de slaagkans van re-integratie:

- Wat zijn de *voor- en nadelen* van werkhervatting voor de cliënt?
- Welk belang heeft *werkhervatting* voor de cliënt?
- Hoeveel *vertrouwen* heeft de cliënt dat werkhervatting voor hem haalbaar is?

Als de verzekeringsarts vraagt naar de voor- en nadelen van werkhervatting, kan hij gebruikmaken van een beslissingsbalans die op Miller en Rollnick's methode van motiverende gespreksvoering¹⁹ is geïnspireerd. Daarnaast kan hij de zogenoemde linialen van belang en vertrouwen²⁰ toepassen, als hij hierover vragen stelt. Beide instrumenten zijn opgenomen in bijlage 3.

Inventarisatie gezondheidstoestand

Doorgaans zijn de medische aspecten van het participatiegedrag beter gedocumenteerd dan het werk en de werkhervatting. In een sterk gemedicaliseerde cultuur ligt de meerwaarde van de verzekeringsarts daarom vooral in het laatste. Toch kan er soms aanleiding zijn om te beginnen met vragen over de medische voorgeschiedenis, de klachten en de behandeling, zeker als de cliënt sterk is gericht op de klachten. Dit kan dan een manier zijn om aansluiting te krijgen bij diens belevingswereld en om vertrouwen te winnen. De arbeidsanamnese moet echter ook ruim aan bod komen. Vragen over specifieke ziektebeelden zijn terug te vinden in de betreffende diagnosespecifieke verzekeringsgeneeskundige protocollen. Onderstaande vragen overlappen gedeeltelijk met de diagnosespecifieke vragen.

¹⁹ Miller, W.R., & Rollnick, S (2005). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem: Ekklesia.

²⁰ 'Belang' en 'vertrouwen' en het gebruik van de liniaal van belang en de liniaal van vertrouwen is ontleend aan Miller & Rollnick.

Vragen over de voorgeschiedenis:

- Wanneer begonnen de klachten, wat was de aard en ernst, welke hulp is gezocht, welke diagnose(n) zijn gesteld en welke behandelingen zijn gevolgd?
- Waren er al klachten of tekenen van disfunctioneren voorafgaand aan de laatste ziekmelding?
- Heeft de cliënt zich toen ook ziek gemeld en verzuimd? En, zo ja, voor hoe lang?
- Heeft de cliënt zich onder behandeling gesteld, wat waren de behandeladviezen en in welke mate zijn deze wel of niet opgevolgd en waarom?
- Is er sprake van comorbiditeit, bijvoorbeeld middelengebruik, depressie of andere psychische of lichamelijke aandoeningen?
- Welke opvatting heeft de cliënt over het ontstaan van zijn klachten?
- Welke oplossing ziet hij?
- Welke behandelingen heeft de cliënt ondergaan, welke medicatie heeft hij gebruikt en met welk resultaat? Zijn er bijwerkingen?
- Hoe luidt de familieanamnese, zijn daar aanwijzingen voor constitutionele factoren?

Vragen over actuele klachten:

- Wat zijn de huidige klachten en ervaren belemmeringen?
- Welke behandeling of psychotherapeutische begeleiding vindt er momenteel plaats?
- Welk effect heeft die behandeling, is er vooruitgang?
- Doet de cliënt oefeningen, neemt hij beweging?
- Heeft een activerende, probleemgerichte behandeling plaatsgevonden?
- Is verwijzing naar tweedelijnszorg overwogen en, zo nodig, gerealiseerd?
- Welke medicijnen gebruikt de cliënt? Hebben ze effect? Zijn er bijwerkingen?
- Hoe is het dag-nachtritme? Hoe ziet het slaappatroon eruit? Slaapt de cliënt overdag?

Dagelijks functioneren en persoonlijke omstandigheden

Uit onderzoek naar het algemeen dagelijks functioneren en de persoonlijke omstandigheden moeten in principe soortgelijke belemmeringen blijken als in arbeid (consistentie). Verder kan dit onderzoek bijzondere, belastende of participatiebelemmerende factoren aan het licht brengen. Ook is het relevant te weten of het al of niet werken enig verschil maakt voor het functioneren in het algemeen (plausibiliteit). Ten slotte kan uit het dagelijks functioneren blijken in hoeverre een cliënt aan zijn herstel werkt.

- Wat zijn de belangrijkste fysiometrische gegevens: dominantie, lengte, gewicht (bereken BMI)?
- Hoe kenmerkt, beschrijft de cliënt zichzelf?

- Welke achtergrond (herkomst, ouderlijk gezin, leefsituatie) heeft hij; wat was het beroep van zijn ouders, werken zij nog?
- Zijn er ingrijpende levensgebeurtenissen (geweest)? Hoe is de cliënt hiermee omgegaan?
- Wat is/was de arbeids-/uitkeringssituatie van de partner of andere belangrijke naaste personen?
- Is er een belastende actuele thuissituatie of andere persoonlijke omstandigheid (schulden, zorgtaken, conflicten, ziekte)?
- Wat heeft de cliënt gedaan om zijn discipline en conditie op peil te houden (bijvoorbeeld dagritme, bewegen, afvallen, stoppen met roken en/of alcohol)?
- Hoe brengt de cliënt momenteel zijn dag door. Bevalt hem dat?
- Welke hobby's heeft de cliënt, beoefent hij die nog en in welke mate?
- Doet de cliënt aan sport en, zo ja, welke en hoe vaak?
- Kan/mag hij autorijden en, zo ja, hoe vaak en hoe ver doet hij dat?
- Hoe staat het met zijn sociale contacten?
- Gaat de cliënt op vakantie en, zo ja, waarheen en hoe?
- Vertoont het dagelijks functioneren een klachtenpatroon afhankelijk van de werkzaamheden?

Logischerwijs stelt de verzekeringsarts de vragen naar belemmeringen en oplossend gedrag niet separaat, maar gesprekstechnisch in één moeite samenhangend met het onderzoek van het participatiegedrag zelf.

Samenvatten en de cliënt de gelegenheid geven daarop te corrigeren of aan te vullen behoren tot het standaardrepertoire van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Het gaat hier nog steeds om de opvattingen van de cliënt; de verzekeringsarts neemt diens opmerkingen daarom zonder verdere beoordeling op.

Beoordeling participatiegedrag

5.1 Participatiegedrag beoordelen als onderdeel claimbeoordeling

De beoordeling van participatiegedrag is een onderdeel van de claimbeoordeling. Overtuigend participatiegedrag kan een belangrijk argument zijn om geclaimde belemmeringen als beperkingen te accepteren. Anderzijds kan niet adequaat participatiegedrag aanleiding zijn om vraagtekens te zetten bij de plausibiliteit van beperkingen. In de praktijk zal de verzekeringsarts zowel de claim als het participatiegedrag in één traject beoordelen.

Uit de claimbeoordeling volgen uiteindelijk conclusies over de mogelijkheden en beperkingen. Daarom is die beoordeling het uitgangspunt. Als de cliënt nog tijd nodig heeft om tot (meer) participatiegedrag te komen en daartoe in de gelegenheid wordt gesteld, kan dat voor de verzekeringsarts op zichzelf geen reden zijn om te concluderen dat er sprake is van ‘geen duurzaam benutbare mogelijkheden’.²¹ Maar ook schat de verzekeringsarts de beperkingen niet alsnog minder in, alléén vanwege niet adequaat participatiegedrag. Voor die situatie bestaat – in geval van verwijtbaarheid – een apart wettelijk instrument, dat de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid niet aantast.

²¹

Zie artikel 2 Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, Stb. 2000, 307.

De verzekeringsarts kan meestal wel inschatten in hoeverre (het streven naar) werkhervatting aansluit op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Maar soms zal overleg met de arbeidsdeskundige nodig zijn en een enkele maal zullen de conclusies van diens onderzoek afgewacht moeten worden. Bij dat onderzoek, en de begeleiding die daarop volgt, komen de volgende aspecten uitgebreider aan de orde:

- de vraag of er sprake is van passende arbeid;
- of de cliënt voldoende meewerkt aan activiteiten die gericht zijn op inschakeling in het arbeidsproces, en aan het opstellen van de re-integratievisie en het re-integratieplan;
- of de cliënt voldoet aan de verplichtingen die zijn opgenomen in de re-integratievisie en het re-integratieplan.

De verzekeringsarts moet zijn oordeel over het participatiegedrag heroverwegen, als signalen uit de arbeidsdeskundige beoordeling of uit de begeleiding door een re-integratiedeskundige of coach daar aanleiding toe geven.

Als blijkt dat iemand geen recht heeft op uitkering, vervalt het verzekeringsbelang en heeft het geen zin consequenties te verbinden aan eventueel niet adequaat participatiegedrag. Daarom is het in dat geval niet opportuun om te beoordelen of niet adequaat participatiegedrag al dan niet verwijtbaar is. Dit ontslaat de verzekeringsarts overigens niet van zijn zorgplicht. Bij twijfel handelt de verzekeringsarts tegenover de cliënt alsof er afspraken op uitkering zijn en volgt dus dit protocol.

5.2 Adequaat participatiegedrag

Als het participatiegedrag voldoende is, spreekt dit protocol van adequaat participatiegedrag. Met die term geeft de verzekeringsarts aan dat het gedrag voldoende is gericht op hervatting van de arbeidsrol. Een belangrijk criterium voor adequaat participatiegedrag is het resultaat: daadwerkelijke werkhervatting. Maar uiteindelijk gaat het om een inspanningsverplichting: als de cliënt concrete stappen naar werkhervatting zet, kan dat ook voldoende zijn. Omdat de wettelijke criteria voor arbeidsongeschiktheid een *theoretisch* karakter hebben, kan datgene wat cliënt praktisch realiseert door gedeeltelijk te hervatten in eigen werk of te hervatten in aangepast werk gekwalificeerd worden als adequaat participatiegedrag ondanks het feit dat de cliënt theoretisch in staat wordt geacht in gangbare arbeid meer uren werkzaam te zijn. Gedeeltelijke werkhervatting kan als adequaat participatiegedrag opgevat worden, als de verzekeringsarts ervan overtuigd is dat op dat moment in die situatie niet meer mogelijk is.

Soms is helemaal geen werkhervatting mogelijk, bijvoorbeeld vanwege opname of ernstige beperkingen. Dan zijn er dus ‘geen benutbare mogelijkheden’. In dat geval volstaat voor het

oordeel ‘adequaat participatiegedrag’ dat een adequate behandeling wordt gevolgd (bijvoorbeeld een behandeling met chemotherapie). Als deze situatie echter tijdelijk is – bijvoorbeeld bij een opname of ingreep op korte termijn – moet het arbeidsperspectief wel bij de beoordeling betrokken worden. Hervat de cliënt werk dat ongeschikt is of de gezondheid schaadt, dan is er sprake van niet adequaat participatiegedrag.

Adequaat participatiegedrag, geen adequate behandeling

Als het participatiegedrag adequaat is, gaat de verzekeringsarts niet uitgebreid in op de behandeling – de beoordeling richt zich immers op werkhervatting. Hij verbindt dan geen conclusies aan een eventuele niet adequate behandeling. De verzekeringsarts heeft in zo’n situatie echter wel een professionele verantwoordelijkheid als arts. Vanuit zijn zorgplicht en verantwoordelijkheid als medisch professional heeft hij de taak (of verplichting) de cliënt te attenderen op de noodzaak zich (anders) te laten behandelen, als daar een gedegen medische reden voor is.²²

Externe factoren

Factoren die buiten de cliënt liggen, kunnen zijn participatiegedrag belemmeren. In dat geval is er sprake van adequaat participatiegedrag, als de verzekeringsarts ervan overtuigd is dat de cliënt zich wel naar vermogen inspant en de cliënt de externe factoren niet zelf in negatieve zin heeft beïnvloed. Voorbeelden van belemmerende externe factoren zijn een tegenwerkende werkgever, ondermaatse begeleiding door een re-integratiebedrijf of slechte kwaliteit van de medische behandeling. In deze gevallen ligt het op de weg van de verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige om contact op te nemen met respectievelijk de behandelaar(s) of de verantwoordelijke werkgever(s) c.q. begeleidende instanties.

Hervatting blokkerende externe factoren in de persoonlijke levenssfeer zoals zorgverplichtingen en nevenactiviteiten, zijn op zichzelf geen reden om participatiegedrag als adequaat te kwalificeren. Deze factoren kan de cliënt immers mogelijk zelf beïnvloeden. Bovendien kunnen dergelijke omstandigheden iedereen parten spelen – en dan aanleiding zijn om bijvoorbeeld minder te gaan werken en te verdienen. Soms zijn voor zulke omstandigheden andere faciliteiten beschikbaar (bijvoorbeeld thuiszorg, persoonsgebonden budget). Bij dit soort externe factoren kan het participatiegedrag als niet adequaat gekwalificeerd worden en komt de vraag naar verwijtbaarheid (zie verder) aan de orde.

²²

Vgl. zaak Millecam, CTG, 19 juni 2007, 2006/137 en 2006/138.

De cliënt kan er zelf voor kiezen het werk in mindere mate te hervatten dan de verzekeringsarts voor mogelijk houdt, bijvoorbeeld door gebruik te maken van regelingen voor vervroegde uittrekking, door genoeg te nemen met minder inkomen, of om zorgtaken te verrichten. Als de cliënt daarbij afziet van een beroep op compensatie door de arbeidsongeschiktheidsverzekering, is er sprake van adequaat participatiegedrag.

De verzekeringsarts legt de conclusie ‘adequaat participatiegedrag’ vast in de rapportage, samen met de feiten die daaraan ten grondslag liggen en zijn overwegingen.

5.3 Voor verbetering vatbaar of niet adequaat participatiegedrag

Participatiegedrag is voor verbetering vatbaar of niet adequaat, als de cliënt het werk niet hervat – of daar geen stappen toe zet – en dat gedrag niet aansluit op de beperkingen en mogelijkheden die de verzekeringsarts heeft vastgesteld.

Problemanalyse belemmerende factoren

De verzekeringsarts maakt bij voor verbetering vatbaar of niet adequaat participatiegedrag een problemanalyse van de factoren die het herstel of de werkhervatting belemmeren, in stand houden of blokkeren. Dit zijn factoren die de Gezondheidsraad en diverse verzekeringsgeneeskundig protocollen op verschillende levensterreinen noemen, zoals:²³

- eerst ‘beter (gemaakt) willen worden’, dan pas hervatten;
- ontoereikende coping;
- disfunctionele of irrationele cognities of attributies;
- (te) hoge ambities/hog streefniveau;
- comorbiditeit;
- loopbaanproblematiek;
- externe factoren: tegenwerkende werkgever, collega's of behandelaar;
- geringe regelmogelijkheden in het (eigen) werk;
- (dreigende) reorganisatie, ontslag of werkloosheid;
- aanspraak op uitkering;
- (bewegings)angst en vermijdingsgedrag;
- gewenning of operante conditionering;
- verhoogde sensitiviteit, lage pijndrempel;
- geen of negatieve sociale steun.

²³ Gezondheidsraad (2005). ‘Beoordelen, behandelen en begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid’, Den Haag, nr.2005/10, p. 32.

Met de probleemanalyse kan de verzekeringsarts binnen of buiten de persoon gelegen factoren identificeren die verdere werkhervatting belemmeren. Vaak spelen meerdere factoren tegelijk; de verzekeringsarts probeert die zo volledig mogelijk in beeld te krijgen. Deze factoren hoeven overigens lang niet allemaal aan de cliënt toe te rekenen te zijn. In dat geval kan toch sprake van adequaat participatiegedrag, hoewel de hervatting stagneert. Ook kan blijken dat de verzekeringsarts zijn beoordeling van de actuele mogelijkheden en beperkingen moet herzien, waarna hij het participatiegedrag alsnog (voorlopig) als adequaat kan kwalificeren.

Verplichting adequate behandeling ondergaan

Als het participatiegedrag niet adequaat blijkt, komt ook de beoordeling van de behandeling en begeleiding aan de orde. De wettelijke inspanningsverplichting van de cliënt is in dit geval 'een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling te ondergaan'.²⁴ Criteria zijn of de cliënt een adequate behandeling heeft gevolgd of volgt, zijn therapietrouw ('compliance'), en of hij zijn leefstijl of persoonlijke omstandigheden heeft aangepast. Hoewel dat niet bij voorbaat vaststaat, mag de verzekeringsarts ervan uitgaan dat de arbeidsmogelijkheden groter en de beperkingen minder zijn, als de cliënt een adequate behandeling krijgt en adviezen van zijn behandelaars opvolgt.

Toetsen medische behandeling

De verzekeringsarts toetst de medische behandeling vervolgens:

- 1) aan de principes van evidence based medicine (EBM-principes);
- 2) aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit.

EBM-principes

Onder een (naar algemeen medische maatstaven) adequate behandeling wordt in dit protocol verstaan: een behandeling die aansluit bij wat hierover is te vinden in verzekeringsgeneeskundige protocollen, NVAB-, CBO- en NHG-richtlijnen, dan wel handboeken of recente vakliteratuur. Doorgaans is dit een behandeling die voldoet aan de EBM-principes die Sackett oorspronkelijk heeft gedefinieerd.²⁵ Deze behandeling wordt gekozen op basis van:

- het op dat moment best beschikbare bewijs voor effectieve en veilige behandelopties;
- de klinische expertise van de behandelaar;
- de wensen of voorkeuren van de patiënt.

²⁴ Zie ook WIA, Memorie van toelichting. *Kamerstukken II* 2004/05, 30 034, nr. 3, p. 164.

²⁵ Sackett, D.L., Straus, S.E., Scott Richardson, W., Rosenberg, W. en Haynes, R.B. (2000). *Evidence Based Medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Deze definitie laat ruimte voor behandelingen die volgens de principes van randomized controlled trials minder hard zijn bewezen, maar volgens de arts en de patiënt wel het meest geïndiceerd zijn. Ook een fysieke training of psychologische begeleiding kan in die zin als adequate behandeling opgevat worden. De hulpverlener moet bevoegd en bekwaam zijn de behandeling in te stellen. Hij moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.²⁶

De driehoek van Sackett omvat drie elementen, die steeds opnieuw tegen elkaar moeten worden afgewogen. Zo kan het zijn dat de behandelaar in samenspraak met de cliënt voor een bepaalde behandeloptie kiest. Als er dan geen beter, evidence-based alternatief bestaat, heeft de verzekeringsarts deze keuze te respecteren. Ook kunnen de behandelaar en de cliënt kiezen voor een niet evidence-based behandeling, terwijl er wel een evidence-based alternatief bestaat. Als de verzekeringsarts niet begrijpt waarom daar niet voor is gekozen, is overleg hierover met behandelaar en cliënt aangewezen.

Een ander voorbeeld: er is een evidence-based behandeling en die adviseert de behandelaar ook aan de cliënt. In dat geval moet de cliënt goede redenen hebben om niet aan de behandeling mee te werken.

Subsidiariteit

Als de keuze van de cliënt valt op een andere behandeling moet de verzekeringsarts de argumenten van de cliënt en van de behandelaar voor die andere behandeling in overweging nemen. De verzekeringsarts is namelijk verplicht hier de *subsidiariteit* te toetsen. Hij moet zich afvragen of hetzelfde doel niet bereikt kan worden met de behandelstrategie die de cliënt heeft gekozen. De verzekeringsarts respecteert de keuze(vrijheid) van de cliënt, als er ook bij diens keuze gereede kansen bestaan op een succesvolle re-integratie. Door de subsidiariteit te toetsen, respecteert de verzekeringsarts de keuzevrijheid van de cliënt en wordt de ruimte voor individuele afweging, het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt, gewaarborgd.

Ook als een cliënt geen (enkele) behandeling verkiest, terwijl er wel een evidence-based behandeling bestaat, valt er iets te wegen. Er kunnen namelijk goede redenen zijn om van een behandeling af te zien. Heeft de cliënt hier echter geen goede redenen voor, dan is het participatiegedrag niet adequaat en komt de vraag naar de verwijtbaarheid direct aan de orde.

²⁶ Artikel 7: 453 Burgerlijk Wetboek, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Proportionaliteit

Daarnaast toetst de verzekeringsarts de voorgestelde behandeling op *proportionaliteit*.²⁷ Is de kans op verbetering van de arbeidsmogelijkheden door de behandeling gering en de belasting van die behandeling (onevenredig) zwaar? Dan kan van de cliënt niet gevraagd worden deze behandeling te ondergaan.

Relatie subsidiariteit, proportionaliteit en EBM-principes

Subsidiariteit en proportionaliteit zijn verschillende beginselen. Subsidiariteit betreft het bereiken van hetzelfde doel met een middel dat minder schadelijk of ingrijpend is. Proportionaliteit gaat over de relatie en balans tussen doel en middel. Die balans kan goed of niet goed zijn. Via de subsidiariteitstoets wordt die balans weliswaar beter (of minder slecht), maar subsidiariteit betreft vooral de noodzakelijkheid van het middel – en dus niet de proportionaliteit van het middel in relatie tot het doel.

In aansluiting hierop geldt dat elke evidence-based behandeling (volgens de criteria van Sackett) van een cliënt gevraagd mag worden, mits die behandeling de subsidiariteits- en proportionaliteitstoets kan doorstaan. Dat geldt voor elke medische behandeling en daarmee ook voor een operatieve ingreep, medicamenteuze of psychiatrische behandeling.^{28 29} De aanname dat deze behandelingen per definitie niet van iemand gevraagd zouden mogen worden, is gebaseerd op een te absolute uitleg van het grondrecht van onaantastbaarheid van het lichaam.³⁰

Hierbij moet worden benadrukt dat elke behandeling steeds opnieuw moet worden gezien in de context van de individuele cliënt en zijn behandelaar. Ook van de verzekeringsarts wordt verwacht dat hij zijn overwegingen expliciet maakt. Uiteindelijk kan dan ook de mediprudentie³¹ en jurisprudentie hierover zich verder ontwikkelen.

²⁷ De termen subsidiariteit en proportionaliteit worden hier in *medische* zin gebruikt. Voor het *juridische* subsidiariteits- en proportionaliteitsbeginsel zie bijlage 2.

²⁸ Zie *Kamerstukken II 1995/96*, 24.439, nr. 6, p. 74.

²⁹ In de latere behandeling van de WULBZ in de eerste kamer is dit standpunt nog aangevuld, Zie *Kamerstukken I 1995/96*, 24 439, nr. 134b, p. 36. Hier wordt opgemerkt dat wanneer een zieke werknemer in overleg met de behandelend arts voor die behandeling kiest die voor hem het beste is, hij voldoet aan de verplichting van een goed werknemer en derhalve medewerking verleent aan spoedig herstel. Hieraan doet niet af dat de gekozen behandeling wellicht minder snel resultaten oplevert dan een andere agressievere behandeling zoals een operatie.

³⁰ Artikel 11 Grondwet: '*Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van het lichaam*'. Artikel 28 WIA beperkt dit recht.

³¹ VGI (juli 2009). '*Mediprudentie in de startblokken*', rapport van de voorbereidingscommissie Mediprudentie van de NVVG.

Voorbeelden goede redenen

Uit de toetsing kan blijken dat de cliënt goede redenen kan hebben om niet te kiezen voor een bepaalde behandeling. Bijvoorbeeld als er sprake is van gedocumenteerde bijwerkingen of eerder falen van (naar algemeen medische maatstaven) adequate behandelingen, waaraan de cliënt overtuigend heeft meegewerkt. Of als eerder schadelijke gezondheidseffecten zijn opgetreden, als de cliënt zijn werk (verder) hervat. Het kan uiteraard ook zijn dat cliënt naar de op dat moment geldende medische inzichten is uitbehandeld, een situatie die zich bij langdurige arbeidsongeschiktheid nogal eens voordoet.

Leefstijladviezen

Van iemand die een beroep doet op de collectieve verzekering mag verwacht worden dat hij maatregelen neemt of keuzes maakt in de persoonlijke levenssfeer wanneer (aanwijsbare) factoren de arbeidsparticipatie belemmeren. Dat dit niet altijd eenvoudig is, doet aan dit principe niet af, maar vereist een individuele afweging. De verzekeringsarts bekijkt of er leefstijladviezen zijn gegeven over bijvoorbeeld conditie, gewicht, verslaving (intoxicaties), beweging, opleiding/trainingen en over het op peil houden van kennis. Het effect van leefstijladviezen en -veranderingen op participatiegedrag is overigens niet altijd duidelijk. Bepaalde aandoeningen hebben echter wel een duidelijke correlatie met leefstijlfactoren. Bij die aandoeningen kan worden getoetst of de leefstijladviezen zijn gegeven dan wel uitgevoerd volgens de verzekeringsgeneeskundige protocollen, en NVAB-, CBO- en NHG-richtlijnen.

Volgt iemand geen adequate behandeling of negeert hij leefstijladviezen, dan kan dat een reden zijn om te concluderen tot voor verbetering vatbaar of niet adequaat participatiegedrag. Maar ook als de cliënt wel een adequate behandeling ondergaat en leefstijladviezen opvolgt en desondanks onduidelijk blijft waarom hij het werk niet (wil) hervat(ten) of uitbreiden, kan in dat laatste nog steeds aanleiding gevonden worden het participatiegedrag als voor verbetering vatbaar of niet adequaat te kwalificeren.

Genezingsbelemmerende gedraging

In de wet wordt apart genoemd de verplichting van de cliënt om ‘zijn genezing niet te belemmeren’.³² De verzekeringsarts kan genezingsbelemmerende gedragingen constateren. Dit kan ‘after the (f)act’ zijn of wanneer ze gaande zijn. Zo’n gedraging is een voorbeeld van niet adequaat participatiegedrag waarbij de nadruk ligt op het medische herstel. Hiervoor hoeft de genezing niet daadwerkelijk belemmerd te zijn: voldoende is ‘*dat de handeling naar algemeen geldende medische maatstaven de strekking heeft de genezing te belemmeren.*’³³ Een voorbeeld

³² Artikel 29 lid 2 sub a WIA.

³³ WIA, Memorie van Toelichting, *Kamerstukken II* 2004/05, p.164.

hiervan is een overeengekomen behandeling onnodig (lang) uitstellen. Als ‘het kwaad al is geschied’ en er is sprake van verwijtbaarheid op medische gronden (zie verder onder 5.4), dan constateert de verzekeringarts direct dat de cliënt niet aan deze wettelijke verplichting heeft voldaan. Kan de cliënt de genezingsbelemmerende gedraging nog ongedaan maken, dan krijgt hij de gelegenheid om deze gedraging te staken. Ook hierover kan de verzekeringsarts adviseren. Houdt de cliënt dit gedrag (verwijtbaar) vol, dan kan de verzekeringsarts een aanwijzing geven. Ook in deze situatie moet de verwijtbaarheid daarom worden bepaald.

5.4 Aanbeveling voor een gestructureerde aanpak

Vanzelfsprekend dient de beoordeling van het participatiegedrag, zoals in dit protocol beschreven, transparant te zijn zodat deze ook achteraf toetsbaar is. Daarom is in het kader van dit protocol een stappenplan opgesteld voor de situatie waarin verschil van mening over het herstelgedrag dreigt. Het is verstandig in dat geval volgens een duidelijke instructie te werken en de verslaglegging ook zo goed mogelijk te documenteren. Dit protocol treedt niet in de verantwoordelijkheid van de uitvoeringsinstelling om zo’n instructie op te stellen, maar geeft de uitvoeringsinstelling wel in overweging om op basis van dit stappenplan te komen tot zo’n instructie zodat de verzekeringsarts die in de uitvoering kan gebruiken. Als aanbeveling vat het protocol hieronder samen hoe een gestructureerde aanpak er uit zou kunnen zien.

Stap A

Als de verzekeringsarts concludeert dat het participatiegedrag voor verbetering vatbaar of niet adequaat is, krijgt de cliënt te allen tijde de gelegenheid zijn participatiegedrag te verbeteren. De cliënt mag reflecteren op de voorlopige conclusie van de verzekeringsarts. De verzekeringsarts meldt daarbij ook welke indruk hij heeft opgedaan in het gesprek, met name over welke voor- en nadelen de cliënt verbindt aan werkhervatting en andere mogelijke belemmerende factoren. Dit kan confronterend zijn, maar: *‘het aanspreken van cliënten op hun herstelgedrag en het beoordelen van hun mededelingen op plausibiliteit en consistentie maakt deel uit van het onderzoek [...], ook als het niet prettig is dergelijke kwalificaties te vernemen. Onvriendelijke bewoordingen of stemverheffing zijn daarbij niet nodig om duidelijk te zijn. Wel is essentieel dat de aangesprokene zich gehoord voelt in de eigen beleving van het gedrag waarop hij of zij aangesproken wordt.’*³⁴ De cliënt krijgt zo nodig de tijd voor die reflectie, de verzekeringsarts plant in dat geval een vervolggerep. Met de reactie van de cliënt kan de verzekeringsarts de beoordeling van het participatiegedrag eventueel nuanceren of herzien. De verzekeringsarts legt deze interactie vast in de rapportage.

³⁴

Nationale Ombudsman, rapport 2009/140.

Stap B

Als de verzekeringsarts de conclusie handhaaft dat het participatiegedrag voor verbetering vatbaar of niet adequaat is, krijgt de cliënt de gelegenheid zijn participatiegedrag binnen een redelijke termijn te verbeteren. Komt de cliënt zelf met ideeën of oplossingen, dan haakt de verzekeringsarts daarbij aan, maar alleen als dit in de lijn van dit protocol past. Is dat niet mogelijk, dan geeft de verzekeringsarts de cliënt concrete adviezen en legt die vast in de rapportage. Dit wordt geëvalueerd met een professionele herbeoordeling.

Stap C

Als de cliënt de adviezen niet wil of kan opvolgen, beoordeelt de verzekeringsarts in hoeverre dit op medische gronden verwijtbaar is. Sommige factoren kunnen beletten dat de cliënt tot adequaat participatiegedrag komt. Het niet adequate participatiegedrag is dan niet verwijtbaar.

In dit protocol wordt de verwijtbaarheid op medische gronden³⁵ scherp afgegrensd van het juridische verwijtbaarheidsbegrip (van artikel 90 lid 1 WIA). De verzekeringsarts bepaalt of er sprake is van verwijtbaarheid op medische gronden en de daartoe bevoegde medewerker van de uitvoeringsinstelling bepaalt of er sprake is van verwijtbaarheid in juridische zin (zie verder bij stap E).

De vraag naar verwijtbaarheid behoort bij het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en komt niet voor het eerst aan de orde in deze fase van het stappenplan. Als de verzekeringsarts het participatiegedrag in eerdere fasen van het onderzoek heeft beoordeeld en met de cliënt heeft besproken zal de verwijtbaarheid al aan de orde zijn geweest. De verzekeringsarts geeft de cliënt in dat stadium immers geen adviezen die de cliënt niet kan opvolgen. Als er controverse dreigt over de adequaatheid van het participatiegedrag, is er reden nog eens extra stil te staan bij de verwijtbaarheid van niet adequaat participatiegedrag – eventueel dankzij voortschrijdend inzicht bij de beoordeling. Daarbij past een zorgvuldige afweging van de specifieke omstandigheden en persoonlijke kenmerken van de cliënt.

³⁵ Er is wel geopperd om in plaats van ‘medisch verwijtbaar’ en ‘medisch niet verwijtbaar’ te spreken van ‘medisch aan te rekenen’ respectievelijk ‘medisch niet aan te rekenen’. De achterliggende gedachte daarbij is dat ‘verwijtbaarheid’ een gebruikelijke (en daardoor mogelijk exclusieve) juridische term is. Op taalkundige gronden is dat onjuist: de werkwoorden ‘verwijten’ en ‘aanrekenen’ zijn synoniemen en niet voorbehouden aan de juridische discipline.

Er is geen sprake van verwijtbaarheid op medische gronden, als de cliënt wilsonbekwaam is of een gebrek aan beslisvaardigheid ter zake vertoont. In dit protocol spreken we verder van beslissingsonbekwaamheid.³⁶ Beslissingsonbekwaamheid kan zich voordoen bij:

- een (aangeboren of verworven) verstandelijke handicap;
- een anderszins gebrekkige intelligentie;
- acute fases van of chronische toestandsbeelden bij psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld ernstige depressie, psychose).

Soms is dit direct duidelijk, maar vaak blijkt het na verloop van tijd in de beoordeling. De beslissingsonbekwaamheid kan ook van tijdelijke aard zijn, bijvoorbeeld in een acute fase van een psychiatrische stoornis. In dat geval is het zaak de cliënt op een later moment te zien om de beslissingsonbekwaamheid opnieuw te evalueren.

Er kunnen externe factoren zijn, die deelname aan het arbeidsproces belemmeren en die buiten de invloedssfeer van de cliënt liggen. In dat geval is er geen sprake van verwijtbaarheid, sterker nog, dan is er überhaupt geen sprake van niet adequaat participatiegedrag.

In twijfelgevallen over de (medische) verwijtbaarheid wordt het voordeel van de twijfel aan de cliënt toegerekend. Hiermee is de beoordelingstaak van de verzekeringarts met betrekking tot de (medische) verwijtbaarheid afgerond.

De verzekeringsarts legt zijn motivering om niet adequaat participatiegedrag verwijtbaar of niet verwijtbaar te achten uiteindelijk vast met overwegingen pro en contra.

Stap D

Is er sprake van verwijtbaar niet adequaat participatiegedrag, dan geeft de verzekeringsarts aan de cliënt een formele (schriftelijke) aanwijzing.^{37,38} Hierin motiveert hij zijn conclusies en geeft hij duidelijk aan wat er concreet van het participatiegedrag van de cliënt verwacht wordt. Voor de cliënt is dit het moment om ofwel bezwaar aan te tekenen tegen de aanwijzing (het toetsmoment) dan wel alsnog de aanwijzing op te volgen (het inkeermoment).

³⁶ Zie bijlage 3 voor criteria om wilsbekwaamheid en beslissingsbekwaamheid te beoordelen.

³⁷ Deze formele aanwijzing is een beschikking in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), want zij is gericht op een rechtsgevolg: de cliënt is juridisch gezien verplicht zich eraan te houden. Volgt hij de aanwijzing niet op, dan kan een maatregel volgen. Daarom moet de cliënt bezwaar kunnen maken tegen (de inhoud van) de aanwijzing (verplichte bezwaarclausule).

³⁸ NB: het is wettelijk niet mogelijk zo'n aanwijzing te geven aan cliënten die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn volgens de WIA.

Hiertoe krijgt de cliënt de gelegenheid en de tijd. De verzekeringsarts evalueert dit bij wijze van professionele herbeoordeling met een termijn van enkele weken.

Stap E

Houdt de cliënt vol en volgt hij de aanwijzing niet op, dan meldt de verzekeringsarts aan (de bevoegde medewerker van) de uitvoeringsinstelling aan welke wettelijke verplichting (zie onder 2 ‘wettelijk kader’) de cliënt niet voldoet. Hij vermeldt daarbij dat er geen medische redenen zijn om aan te nemen dat er sprake is van niet-verwijtbaarheid.

Volgens de WIA, en alle andere arbeidsongeschiktheidswetten, wordt iemand een passende maatregel opgelegd, als hij zijn wettelijke verplichtingen niet nakomt. Daarbij geldt dat *‘de zwaarte van een maatregel afgestemd moet worden op de ernst van de niet- of niet-behoorlijke nakoming en de mate waarin de gedraging verweten kan worden aan de betrokkene’*.³⁹ Het vaststellen van deze (mate van) juridische verwijtbaarheid, die vereist is om een maatregel te kunnen opleggen, is juridisch maatwerk en is de taak van daartoe bevoegde medewerkers van de uitkeringsinstelling. De verzekeringsarts spreekt zich in deze context niet uit over ‘verminderde’ en ‘verhoogde’ (juridische) verwijtbaarheid. Deze juridische begrippen en gradaties zijn voor de verzekeringsarts niet geoperationaliseerd.⁴⁰ Anders gezegd: de verzekeringsarts heeft geen beoordelingsstaak met betrekking tot de (juridische) verwijtbaarheid.

Uiteindelijk is het gesprek over participatiegedrag tussen de verzekeringsarts en de cliënt dus de plek voor informatie-uitwisseling, overleg en discussie. Tijdens dit gesprek komen zij bij voorkeur gezamenlijk tot overeenstemming over wat in de gegeven situatie adequaat participatiegedrag is. Dit kan resulteren in adviezen en/of afspraken met een daarbij behorende follow-up. Moet de verzekeringsarts een aanwijzing geven, dan is dat omdat de cliënt het niet eens is met het oordeel van de verzekeringsarts over zijn participatiegedrag.

³⁹ Artikel 88 en 90 WIA, Maatregelenbesluit Sociale Zekerheidswetten, 23 augustus 2007, Stb. 2007, 304 (inwerking-treding 1 mei 2008).

⁴⁰ Hier is een analogie met de controverse in de psychiatrie over ‘toerekeningsvatbaarheid’: een begrip waarvoor door valide empirisch onderzoek gefundeerde parameters ontbreken, wat eens te meer geldt voor gradaties daarvan zoals ‘verminderde toerekeningsvatbaarheid’. Zie hierover bijvoorbeeld Panhuis, P.J.A. van (2009). Wanneer is een psychiatisch of gedragsdeskundig rapport ‘goed’. *Expertise en Recht*, 2009-2, p.48.

Afstemming en overleg

Naast de verzekeringsarts zijn diverse andere deskundigen betrokken bij participatiegedrag. Vooral de bedrijfsarts, de arbeidsdeskundige en de bemiddelaar of begeleider spelen – naast de behandelaar – een belangrijke rol. De verzekeringsarts stemt zijn beoordeling met hen af bij verschil van mening of bij stagnatie van het participatiegedrag.

Afstemmen met bedrijfsarts

De bedrijfsarts beoordeelt en beschrijft de beperkingen en mogelijkheden vanwege zijn ‘poortwachterfunctie’. De bedrijfsarts laat zich daarbij soms uit over de re-integratie-inspanningen of andere aspecten van participatiegedrag. Als de conclusie van de verzekeringsarts over het participatiegedrag verschilt met die van de bedrijfsarts, stemt hij dat met deze bedrijfsarts af. Hierbij bespreken en vergelijken ze de verschillende argumenten om, zo nodig, de beoordeling bij te stellen. Beide artsen moeten zich daarbij realiseren dat de verzekeringsarts vanuit zijn terugkijkfunctie enerzijds het voordeel kan hebben van het overzicht achteraf, maar anderzijds gehinderd kan worden door ‘hindsight bias’: het oordeel met de wetenschap achteraf kan door die kennis onterecht gekleurd zijn. De verzekeringsarts kan daarom niet zonder meer concluderen dat afwijkende eerdere beoordelingen van de bedrijfsarts op dat moment onjuist waren. Als de bedrijfsarts zich niet over het participatiegedrag heeft uitgelaten, hoeft de verzekeringsarts daar geen overleg over te voeren. Ook als de beoordelingen overeenstemmen is dat niet nodig.

Afstemmen met arbeidsdeskundige

De arbeidsdeskundige speelt een centrale rol in de beoordeling, omdat zijn werkterrein en daarmee zijn aandacht en inspanningen primair zijn gericht op werk en werkhervatting. De arbeidsdeskundige onderzoekt en stelt vast wat precies het (eigen) werk van de cliënt inhoudt of inhoudt, zodat de geschiktheid voor eigen werk beoordeeld kan worden. Hij gaat na in hoeverre er passende alternatieven binnen of buiten het bedrijf haalbaar waren of zijn. Daarbij gaat hij na of de cliënt of diens werkgever voldoende ondernemen of hebben ondernomen om in eigen of ander werk te hervatten. De arbeidsdeskundige let op eventuele andere dan alleen medische aspecten die bij de ziekmelding een rol gespeeld hebben, informeert de verzekeringsarts daarover en draagt op die manier bij aan een zo feitelijk mogelijke beoordeling van de claim en het participatiegedrag. De arbeidsdeskundige gaat na in hoeverre de cliënt afspraken over re-integratie na de claimbeoordeling nakomt. Als de scholing of re-integratie stagneert, onderzoekt hij de oorzaken daarvan. Vermoedt hij dat de beperkingen onjuist zijn ingeschat, dan legt hij dat voor aan de verzekeringsarts. Die kan daarop besluiten de beperkingen opnieuw te beoordelen. Maar dit kan ook aanleiding zijn het participatiegedrag opnieuw te beoordelen. Deze werkwijze is alleen mogelijk als de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige nauw samenwerken.

Rol arbeidsbemiddelaar, re-integratiecoach of andere dienstverleners

De arbeidsdeskundige kan eventueel een arbeidsbemiddelaar, re-integratiecoach of andere dienstverleners inschakelen. Zo nodig kan dit contact ook via de verzekeringsarts verlopen. In dit vervoltraject kan blijken dat het participatiegedrag minder adequaat is dan eerder werd aangenomen. Dat kan het gevolg zijn van een minder passend werk- of scholingstraject, maar ook van een (inmiddels?) onjuiste vaststelling van beperkingen of een onjuiste beoordeling van het participatiegedrag. In deze laatste twee situaties heroverweegt de verzekeringsarts de beperkingen en het participatiegedrag, dat laatste in overleg met de arbeidsdeskundige. Dit gebeurt door cliënt op te roepen voor een beoordelingsgesprek.

Overleg met behandelend arts of paramedische hulpverlener

Als een cliënt geen adequate behandeling krijgt en het participatiegedrag (nog) niet adequaat is, vormt dit een dwingende indicatie voor overleg en afstemming met de behandelend arts of paramedische hulpverlener, tenzij de cliënt niet (meer) onder behandeling is. Uit onderzoek blijkt dat bedrijfsartsen het handelen van behandelend artsen vaak als een obstakel voor re-integratie ervaren, maar daar zelden contact over zoeken.⁴¹ We veronderstellen dat dit voor verzekeringsartsen ook geldt.

⁴¹ Anema, J.R., Giezen, A.M. van der (1999). 'Little communication between company doctors and private physicians with respect to hindrances to return to work after prolonged absence from work because of low back pain'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1999, 143(11), 572-5.

De verzekeringsarts kan de cliënt bij twijfels over de behandeling niet zo maar terugverwijzen naar zijn behandelaar met de boodschap dat een andere behandeling nodig is. De verzekeringsarts informeert in dat geval met gerichte toestemming schriftelijk bij de behandelaar naar diens bevindingen, diagnose, (resultaten van) behandeling en de therapietrouw, zoals ook is voorgeschreven in de standaard 'Communicatie met behandelaars'.⁴² Als dan blijkt dat de cliënt inderdaad nog steeds geen adequate behandeling krijgt, probeert de verzekeringsarts dit af te stemmen met de behandelend arts. De verzekeringsarts vermeldt in dat geval op de machtiging expliciet dat zijn vraagstelling betrekking heeft op de behandeling vanwege de beoordeling van participatiegedrag. Waarschijnlijk kan het contact over een dergelijke precaire kwestie daarna beter mondeling plaatsvinden, dit is echter ter beoordeling aan de verzekeringsarts. De verzekeringsarts legt de essentie van het besprokene vast in de rapportage. Als de behandelaar vervolgens een naar het oordeel van de verzekeringsarts niet adequate behandeling voortzet, is dat een reden om niet adequaat participatiegedrag niet verwijtbaar te achten. Althans voor zover de betrokken professional bevoegd is die behandeling in te stellen. Als de cliënt niet wordt behandeld, terwijl er nog wel adequate behandelingsmogelijkheden zijn, overlegt de verzekeringsarts met de huisarts, die in de eerstelijns gezondheidszorg een spilfunctie heeft.

Volgens de KNMG-richtlijn⁴³ mag de behandelaar geen prognose van de ziekte geven, al of niet met adequate therapie. De verzekeringsarts vraagt in elk geval niet naar de arbeidsprognose, omdat de behandelaar daar geen uitspraken over kan doen. Hij kan wel aan de behandelaar vragen wat deze aan de cliënt over de prognose van diens aandoening heeft gezegd, of wanneer een eindsituatie wordt verwacht.

⁴² Tica (december 1996). Communicatie met behandelaars geeft richtlijnen voor de communicatie met behandelaars op initiatief van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Deze Tica-standaard is nog steeds geldig en bestrijkt het gehele traject van dienstverlening voor preventie, signalering van gezondheidsschade, beoordeling en begeleiding van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Deze paragraaf specificeert de richtlijnen van deze Tica-standaard voor de communicatie met behandelaars in het kader van de beoordeling van participatiegedrag.

⁴³ KNMG (december 2006). *Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie*.

Consultatie en onderzoek door derden

De beoordeling van participatiegedrag raakt aan complexe en vaak niet eenduidig te interpreteren begrippen als ‘autonomie’ en ‘keuzevrijheid’. Ook na grondige studie van de voorgeschiedenis en documentatie is het soms niet eenvoudig daar bij een eenmalig onderzoek een duidelijk beeld van te krijgen. In dat geval kan worden overwogen een cliënt nog eens uit te nodigen voor een vervolgesprek over zijn participatiegedrag of te overleggen met behandelaars of de bedrijfsarts. Als dat geen aanknopingspunten biedt, kan de verzekeringsarts overwegen een heteroanamnese bij een partner of andere naaste bekende af te nemen. De verzekeringsarts kan de keuze van het middel afwegen tegen het belang dat speelt.

Twijfelt de verzekeringsarts over het participatiegedrag, dan is het raadzaam om een collega-verzekeringsarts of een deskundige te vragen een oordeel over het participatiegedrag te geven. In de eerste plaats valt te denken aan een tweede beoordeling door een andere verzekeringsarts of in bijzondere gevallen –als sprake is van een complexe psychische stoornis – een psychiater. Omdat het in essentie draait om gedragsaspecten, kan ook het oordeel van een (bij voorkeur klinisch) psycholoog overwogen worden.

Verslaglegging

De verzekeringsarts vervult een publieke functie. Zijn beroepsuitoefening raakt aan belangrijke juridische aspecten die een transparante beoordeling vereisen. Daarom legt de verzekeringsarts in zijn rapportage de belangrijkste bevindingen over participatiegedrag vast. Hij rapporteert volgens het rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde: *‘wat de cliënt doet of gedaan heeft om van zijn klachten af te komen en zijn arbeidsrol te behouden of weer op te pakken, ook als de klachten een meer permanent karakter aangenomen hebben: het herstelgedrag.’*⁴⁴ Uit de rapportage moet duidelijk blijken wat de verzekeringsarts concludeert over het participatiegedrag: is het gedrag ‘adequaat’, ‘voor verbetering vatbaar’ of ‘niet adequaat’? En wat zijn hiervoor de argumenten? Ook staat in het rapport hoe de cliënt heeft gereageerd. Dit is vooral van belang als de cliënt het niet eens is met het oordeel van de verzekeringsarts.

Als de cliënt gebruikmaakt van de gelegenheid zijn participatiegedrag te verbeteren, legt de verzekeringsarts vast wat daarover is afgesproken en op welke termijn deze afspraken worden geëvalueerd. Ook rapporteert de verzekeringsarts over afstemming en overleg met derden of nader onderzoek, met de conclusie die hij daaraan heeft verbonden.

⁴⁴

Lisv (maart 1999). *Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde*.

Bij persistent niet adequaat participatiegedrag legt de verzekeringsarts uiteindelijk vast of er sprake is van verwijtbaar of niet-verwijtbaar niet adequaat participatiegedrag. Ook beschrijft de verzekeringsarts op grond van welke (pro- en contra-)overwegingen hij tot die conclusie is gekomen.

Verzekeringsgeneeskundige dilemma's

Behalve juridische aspecten kleven aan participatiegedrag ook ethische aspecten. Dit zien we ook terug in de resultaten van de enquête die voor dit protocol is uitgevoerd. Hieruit bleek dat de 'eigen normen en waarden' van verzekeringsartsen een rol spelen bij de beoordeling van participatiegedrag. Zo werden veelvuldig allerlei varianten genoemd op de norm *arbeidsethos* zoals 'werken is goed voor de mens', 'werk is goed voor de gezondheid' en 'werk boven uitkering'. Verzekeringsartsen vinden ook nogal eens dat 'ziek zijn' geen alibi is voor inactief blijven: rust roest. Verder benadrukken ze regelmatig de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt voor gezondheid, herstel en re-integratie. Daarbij blijken externaliserende cliënten niet altijd populair. Ook nemen verzekeringsartsen zichzelf nogal eens als referentienorm: 'ik zou met zulke klachten gewoon aan het werk zijn', 'ik heb zelf een hoge verzuimdrempel', 'ik heb zelf ook medische beperkingen'. Verzekeringartsen moeten zich bewust zijn van dergelijke eigen normen en waarden.

Naast de invloed van eigen normen en waarden doen zich bij de beoordeling van claims en participatiegedrag nog allerlei andere dilemma's voor. Enkele voorbeelden van regelmatig voorkomende dilemma's die de vraag opwerpen wat een 'goede' beoordeling is:

- De cliënt wordt vrijwel geheel in beslag genomen door zorgtaken, bijvoorbeeld voor zieke of gehandicapte familieleden of vrienden.
- De cliënt zoekt zijn heil bij alternatieve genezers, in plaats van adequate behandelingen te volgen.

- De cliënt wordt volgens de verzekeringsarts ten onrechte door zijn adequate behandelaar impliciet of expliciet gesteund in de gedachte dat hij weinig of niets kan en ‘moet rusten’.
- De cliënt is eerder als volledig arbeidsongeschikt beoordeeld en heeft zijn leven daar inmiddels al jarenlang naar ingericht.
- De cliënt heeft een uitgesproken slechte prognose quoad vitam en wil de tijd die hem nog rest niet besteden aan werken.
- Vanwege schulden of de uitkeringssituatie zelf loont werken materieel niet of nauwelijks.
- De cliënt functioneert naar volledige tevredenheid in vrijwilligerswerk.
- De cliënt maakt gezien zijn leeftijd en verdere achtergrond vrijwel geen kans op de arbeidsmarkt.
- Uit ervaring blijkt dat de cliënt zich gemakkelijk opnieuw arbeidsongeschikt meldt: een ‘draaideuruitkeringsgerechtigde’.
- De cliënt bedreigt de verzekeringsarts, als die hem aanspreekt op niet adequaat participatiegedrag.
- Uit fraudeonderzoek blijkt dat de cliënt tot veel meer participatiegedrag in staat is dan de verzekeringsarts tot op heden heeft verondersteld.
- Uit andere hoefde dan zijn formele taak weet de verzekeringsarts dat de cliënt tot meer participatiegedrag in staat is (informatie die buiten het consult om is verkregen).

Methodes voor ‘hoe om te gaan met ethische kwesties omtrent participatiegedrag’ vindt u in bijlage 3. Deze methodes kunnen u helpen, als u keuzes moet maken in situaties waarbij ethische waarden met elkaar conflicteren. Dit kan de kwaliteit en onderbouwing van uw keuzes en beslissingen bij participatiegedrag verbeteren. Ze bieden een kader om dilemma’s te benaderen, maar geen kant-en-klare oplossingen. Vanuit zijn specifieke positie hecht de verzekeringsarts bij dilemma’s over de beoordeling van participatiegedrag in elk geval veel waarde aan verplichtingen volgens wet- en regelgeving en aan de norm ‘werk boven uitkering’.

Als er dilemma’s of ethische kwesties zijn, legt de verzekeringsarts in de rapportage vast op grond van welke overwegingen hij tot zijn uiteindelijke keuze is gekomen. In de praktijk zal dat nogal eens het geval zijn bij de argumentatie of niet adequaat participatiegedrag al dan niet verwijtbaar is.

Achtergronden van herstelgedrag/ participatiegedrag

De term herstelgedrag werd voor het eerst in 1992 genoemd⁴⁵ en in 1996 gebruikt in de verzekeringsgeneeskundige richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium.⁴⁶ De term zelf lijkt te refereren aan een medisch begrippenkader ‘beter worden’, maar heeft een bredere invulling gekregen dan alleen een medische behandeling zoeken. Het gaat met name ook om de activiteiten die de cliënt onderneemt om (weer) aan het werk te komen of te blijven. In de richtlijn staat dat het in de praktijk niet altijd even eenvoudig is om onderscheid te maken tussen ‘niet kunnen’ en ‘niet willen’. Om hier toch een onderscheid in te kunnen maken moet de verzekeringsarts zich een indruk vormen in hoeverre de autonomie van de cliënt is aangetast en in hoeverre de cliënt zich machteloos voelt. Het herstelgedrag geeft daarvoor vaak belangrijke aanwijzingen. Het criterium werd in 2000 opgenomen in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten.⁴⁷ Ook de wetgever heeft het hervatten van de arbeidsrol genoemd als onderdeel van herstelgedrag.⁴⁸

⁴⁵ Boer, W.E.L. de (1992). ‘Argumentatieve claimbeoordeling deel II: argumentatie en beleid’. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 1992, 30, pag.137-139.

⁴⁶ Lisv (september 1996). *Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium*.

⁴⁷ Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Stb. 2000, 307.

⁴⁸ *Kamerstukken II 1998/99, 22 187, nr 88 1-2*.

Ideologisch sluit die invalshoek aan bij het in de jaren negentig geformuleerde politieke uitgangspunt ‘werk boven uitkering’. In de sociologie werd al in de jaren vijftig de ‘ziekenrol’ beschreven⁴⁹, die mensen in de gelegenheid stelt om een beroep te doen op vrijstelling van werkverplichting. Hiertegegenover staan inspanningen om te herstellen. Dat gebeurt zo nodig met opgedrongen hulp, omdat het collectief er belang bij heeft dat het individu mee kan komen. Daarom is arbeidsparticipatie de eerste doelstelling van een sociaal verzekeringsstelsel.

Bij een klein deel van alle ziekmeldingen blijft ondanks redelijke inspanningen herstel of hervatting uit. De zieke kan dan niet (voldoende) participeren vanwege zijn ziekte, gebrek of ongeval. Dit wordt de ‘gebrekkigenrol’ genoemd. Hierop is de tweede doelstelling van een sociaal verzekeringsstelsel gericht: bescherming tegen armoede met een uitkering. Idealiter onderschrijft iedereen deze doelstellingen, maar het is niet altijd evident wie die bescherming nodig hebben. Bescherming kan ook een niet bedoelde behoefte genereren, een behoefte die de participatiedoelstelling onder druk zet. Daarom worden aanvragen om in aanmerking te komen voor een uitkering beoordeeld in de zogenoemde claimbeoordeling. Die heeft niet alleen betrekking op het beoordelen van mogelijkheden en beperkingen, maar ook op het naleven van de gebrekkigenrol. Die naleving is echter relatief, want dit is afhankelijk van sociale normen over wat redelijkerwijs van de cliënt en zijn omgeving verwacht mag worden. Centrale vragen zijn wat op het moment van de beoordeling de mogelijkheden zijn om inkomen te verdienen, of redelijkerwijs is gedaan wat gedaan had kunnen worden om herstel en hervatting te bevorderen en of de mogelijkheden nog kunnen verbeteren. In een meer juridisch kader is op basis van deze gedachten in de jaren zeventig de leer van de menselijke schade geformuleerd.⁵⁰ Daarin staat tegenover het beroep op excusabiliteit wegens ziekte de verplichting de schade zo veel mogelijk te beperken en daar verantwoording over af te leggen. De beoordeling van dit herstelgedrag speelt zodoende in de gehele gevalbehandeling een belangrijke rol.

Kort nadat het ‘Medisch arbeidsongeschiktheids criterium’ verscheen, bleken verzekeringsartsen in 1997 vooral een ‘medische’ opvatting over herstelgedrag te hebben: stelt de cliënt zich onder behandeling en volgt hij medische adviezen op? Uit de recente enquête over hetzelfde onderwerp blijkt dat die opvatting zich inmiddels heeft verbreed tot de arbeidsrol, maar het kwam tot op heden niet tot algemeen geaccepteerde gedragsregels. Wel zijn er aanzetten gegeven zoals in de notitie ‘Rust roest: de rol van de verzekeringsarts ten aanzien

⁴⁹ Parsons, T (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: The Free Press.

⁵⁰ Viaene, J (1975). *Schade aan de mens deel III*. Antwerpen: Maklu.

van herstelgedrag' (2000).⁵¹ In de vervolgotitie 'Rust Roest II' (2001)⁵² zijn handvatten aangereikt voor de praktijk van de beoordeling van herstelgedrag en het plegen van interventies om herstelgedrag zo nodig bij te sturen. Deze belangrijke stap gaf invulling aan de idee dat herstelgedrag onlosmakelijk deel uitmaakt van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

Volgens de standaard onderzoeksmethoden van Lisv⁵³ (2000) is herstelgedrag gedrag dat gericht is op herstel van functioneren in leef- en werksfeer. Deze omschrijving gaat verder dan medische behandeling, behandelresultaat en therapietrouw. Die beslaat ook het gedrag van de cliënt dat gezondheid en arbeidsparticipatie bevordert. Als de cliënt niet tot dergelijk gedrag komt, maakt de verzekeringsarts een analyse van de achterliggende factoren. Hij weegt die vervolgens mee bij zijn oordeelsvorming. De standaard gaat niet in op de relatie met de uiteindelijke conclusie of herstelgedrag al dan niet 'adequaat' is en in hoeverre er sprake is van verwijtbaarheid. Dit aspect moest nog nader onderzocht worden.

Het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (2000) bevat een verwijzing naar herstelgedrag, die eraan herinnert dat op dit terrein nog een ontwikkeling plaats moet vinden.⁵⁴ Herstelgedrag wordt in het Schattingsbesluit omschreven als de oplossingen die de cliënt zoekt of gezocht heeft om weer met zijn belemmeringen te kunnen werken. Dit is het kernpunt van de bemoeienis van de verzekeringsarts met de factor arbeid, die daarmee een beeld krijgt van de globale voorwaarden waaronder een cliënt zou kunnen werken.

Een beleidsnotitie⁵⁵ van de sociale verzekering geeft in 2002 aan dat herstelgedrag als thema bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid aan betekenis heeft gewonnen. Hierin wordt vastgesteld dat het in onze cultuur geen gemeengoed is om cliënten aan te spreken op gedrag en verantwoordelijkheden. Sancties worden bijna niet toegepast. Uitvoeringsinstellingen hebben onvoldoende belang om te investeren in onderzoek en beoordeling van herstelgedrag. Maar ook het juridisch kader is er niet optimaal op ingesteld. De verzekeringsarts zou specifiek ingezet moeten worden bij tekenen van stagnerende werkhervatting. Opvallend genoeg blijkt dat ook particuliere verzekeraars vrijwel geen sancties opleggen bij tekortschietend herstelgedrag.⁵⁶

⁵¹ NVVG, werkgroep herstelgedrag (augustus 2000). *Rust roest: de rol van de verzekeringsarts ten aanzien van herstelgedrag*.

⁵² NVVG (juni 2001). *Rust Roest II: handreiking voor de verzekeringsarts ten aanzien van herstelgedrag* (concept).

⁵³ Lisv (oktober 2000). *Standaard Onderzoeksmethoden*.

⁵⁴ Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, Stb. 2000, 307.

⁵⁵ UWV (januari 2002). *Beleidsnotitie herstelgedrag*.

⁵⁶ Wervelman, E.J (2004). *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*. Kluwer, Deventer, 2004.

De Gezondheidsraad noemt functioneel herstel in 2005 even belangrijk als beheersing van ziekteprocessen.⁵⁷ Voor een goed begrip van participatieproblemen is het van belang de context – de onderling samenhangende fysieke, mentale en sociale systeemniveaus – bij het onderzoek te betrekken. De inleiding van de verzekeringsgeneeskundige protocollen legt ook veel nadruk op goede diagnostiek.⁵⁸ Daardoor lijkt het accent nog steeds te liggen op behandeling en begeleiding – de ‘medische’ opvatting over herstelgedrag. Maar de inleiding geeft ook aan dat de verzekeringsarts zich primair moet afvragen waarom deze cliënt met deze diagnose bij hem komt, terwijl zo veel anderen met dezelfde diagnose aan het werk blijven. Daarom moet de verzekeringsarts op zoek naar factoren die het herstel én de werkhervatting laten stagneren. Het beeld van samenhangende stoornissen, beperkingen en participatieproblemen kan op die manier aan de klinische manifestatie getoetst worden.

In de notitie *Herstelwerk*⁵⁹ heeft de NVVG in 2007 haar visie geformuleerd op de taken van de verzekeringsarts bij herstelgedrag. De visie van de NVVG is dat de verzekeringsarts voor herstelgedrag zowel een beoordelende als een interveniërende taak heeft. De beoordeling van herstelgedrag is onderdeel van de claimbeoordeling en geeft inzicht in oorzaken van stagnatie van herstel en herstelmogelijkheden. Als de herstelmogelijkheden niet worden benut, heeft de verzekeringsarts de taak dat te signaleren en betrokkenen te stimuleren om gemiste kansen alsnog te benutten. Daarbij intervineert de verzekeringsarts, omdat het noodzakelijk kan zijn de cliënt te instrueren over de mogelijkheden en activiteiten van derden te coördineren. Het is niet aan de verzekeringsarts om zelf te gaan behandelen.

De beoordeling van herstelgedrag vloeit voort uit een in de wet en polisvoorwaarden vastgelegde verplichting.⁶⁰ Cliënten consulteren verzekerings- en bedrijfsartsen zelden op eigen initiatief voor een claimbeoordeling. Zij zijn niet te kwalificeren als ‘klanten’ die een ‘product’ af komen nemen. In het spanningsveld tussen individueel en collectief belang is de claimbeoordeling daarom in potentie een conflictueus proces. Regelmatig komt de uitkomst van de beoordeling niet overeen met de verwachtingen van cliënten. De huidige trend in de cliëntenzorg is echter vraagsturing. Zowel in de zorgverzekering als geredeneerd vanuit patiënten- en cliëntenrechten is er een sterke tendens naar meer zorg leveren op basis van de vragen en behoeftes van cliënten.

⁵⁷ Gezondheidsraad (2005). *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Den Haag, juli 2005, nr. 10.

⁵⁸ Gezondheidsraad (2006). *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding*. Den Haag, 19 december 2006, nr.2006/22, p. 13-26.

⁵⁹ NVVG (november 2006). *Herstelwerk, herstelgedrag en de WGA*, advies uitgebracht aan UWV, november 2006.

⁶⁰ Artikel 28 en 29 WIA.

De beoordeling van herstelgedrag kan niet ‘vraaggestuurd’ plaatsvinden en staat daardoor op gespannen voet met deze tendens. Hiervan moeten we ons bewust zijn bij de uitvoering van wettelijke taken zoals de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden en -beperkingen én de beoordeling van herstelgedrag. Het is daarom van groot belang dat de verzekeringsarts op zorgvuldige wijze beoordeelt en niet onnodig inbreuk maakt op de geestelijke en lichamelijke integriteit van de cliënt.⁶¹

In het sociale zekerheidsrecht heeft de cliënt een medewerkingsplicht, als hij aanspraak wil maken op gemeenschapsgelden. Iemand moet die aanspraak op zijn juiste merites kunnen beoordelen. Dute⁶² wees echter al in 1988 op de noodzaak om – in het licht van bovengenoemde grondrechten – goed na te denken over de reikwijdte van die medewerkingsplicht. Volgens hem moeten daarvoor heldere rechtvaardigingsgronden worden geformuleerd. Dit geldt evenzo voor het onderwerp herstelgedrag: wat mag van cliënten worden gevraagd in termen van medische behandelingen en re-integratie? Dit moet op heldere rechtvaardigingsgronden stoelen. Overigens staat niet iedere cliënt voor ogen, wat van hem in het kader van zijn herstelgedrag wordt verwacht. Uit oogpunt van dienstverlening is daarom ook duidelijke voorlichting – en zo nodig accurate verwijzing – nodig.

Van herstelgedrag naar participatiegedrag

In de werkgroep is geopperd de term herstelgedrag te vervangen door participatiegedrag (ook in de titel van het protocol). Hiervoor zijn zowel argumenten voor als tegen. De argumenten om herstelgedrag te handhaven waren dat de term participatiegedrag niet leeft bij verzekeringsartsen op de werkvloer, ook niet bij cliënten. Daarnaast kan participatie inhoudelijk op meer betrekking hebben dan alleen op betaalde arbeid. Herstelgedrag zou als term min of meer ingeburgerd zijn in de verzekeringsgeneeskunde; het wordt in het Schattingsbesluit genoemd en inmiddels ook – zij het in beperkte mate – in jurisprudentie.

Daartegenover staat dat buiten de verzekeringsgeneeskunde de term herstelgedrag nauwelijks leeft en keer op keer uitleg behoeft. De term participatiegedrag neemt het misverstand weg dat het alleen gaat om herstel van medische klachten. De term staat daarnaast dichter bij de inhoud van het protocol (met zijn nadruk op re-integratie) en sluit aan bij veranderende maatschappelijke opvattingen over arbeidsongeschiktheid en bij het begrippenkader van de

⁶¹ Artikel 10 en 11 Grondwet.

⁶² Dute, J.C.J. (1988). ‘De medewerkingsplicht bij geneeskundig handelen in het sociale zekerheidsrecht’. *Tijdschrift Gezondheidsrecht*, 1988, p.324-355.

ICF. Verder is de Nederlandse term herstelgedrag in de internationale context (bijvoorbeeld in publicaties) problematisch. De autorisatiecommissie Verzekeringsgeneeskundige Protocolen (ACVP) adviseerde de werkgroep daarom van de gelegenheid gebruik te maken de term participatiegedrag te gaan gebruiken.

In de commentaarronde is expliciet gevraagd naar de keuze van de terminologie. Hierbij bleken belangrijke partijen in het veld voorkeur te hebben voor de term participatiegedrag. De introductie van dit protocol is een mooie gelegenheid om de term herstelgedrag te vervangen door de term participatiegedrag.

Wettelijk kader, juridische rechtvaardiging voor beoordeling van participatiegedrag en jurisprudentie

Het wettelijk kader van de beoordeling van participatiegedrag is eerder in dit protocol aangegeven. Opvallend is dat de wetgever weinig expliciet is over hoe ver men mag gaan in het dwingend opleggen van een beoordeling van het participatiegedrag of meer specifiek nog: het ondergaan van een medische behandeling. Ook de rechtspraak biedt hiervoor geen duidelijk kader. Deze beoordeling maakt namelijk inbreuk op een fundamenteel recht, te weten het recht op privacy. In deze bijlage wordt daarom besproken onder welke omstandigheden de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van het participatiegedrag juridisch toelaatbaar is.⁶³ Ook wordt ingegaan op de rechtvaardigingsgrond voor de verplichtingen van de cliënt in het kader van participatiegedrag. Tot slot volgt een overzicht van jurisprudentie die mogelijk interessant is voor het thema participatiegedrag.

Wettelijk kader

De verzekeringsarts van het UWV werkt binnen het publiekrechtelijk stelsel. Zijn werkveld is vormgegeven in de Algemene wet bestuursrecht (Awb), de wet Structuur Uitvoeringsorganisatie Werk en Inkomen (SUWI) en de sociale zekerheidswetgeving (Ziektewet, WAO, Wajong en WIA). Naast deze wettelijk kaders, het Schattingsbesluit (artikel 3) en de wettelijke

⁶³ Zie bijvoorbeeld Hendriks, A.C. (2009). 'De betekenis van het EVRM voor het gezondheidsrecht', in: *Gezondheidszorg en Europees recht. Preadvies VGR 2009*. Den Haag: Sdu uitgevers 2009, p. 13-102 (33-38).

participatieverplichtingen (artikelen 28 en 29 WIA) speelt ook nog dat het UWV op basis van artikel 88 WIA een WIA-uitkering geheel of gedeeltelijk kan weigeren, als de werknemer de verplichtingen van artikel 28 en/of artikel 29 niet nakomt.

Op de bezwaar- en beroepsprocedure van een beschikking is de Awb van toepassing. Beroep kan worden ingesteld bij de rechtbank (sector Bestuursrecht) en hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep (CRvB).

Daarnaast heeft de werkgever in de eerste twee ziektejaren een loondoorbetalingsplicht. De daaruit voortvloeiende begeleiding en controle van zieke werknemers is geregeld in artikel 7:629 van het Burgerlijk Wetboek (BW). De verplichting van de werknemer om mee te werken aan zijn herstel is geregeld in artikel 7:629 lid 3 sub b BW. In dit artikel staat dat de werknemer geen aanspraak heeft op loondoorbetaling gedurende de tijd dat door zijn toedoen zijn genezing wordt belemmerd of vertraagd. Ook moet de werknemer de redelijke voorschriften opvolgen die de werkgever, of een door hem aangewezen deskundige, heeft gegeven en meewerken aan door hen getroffen maatregelen (artikel 7:660a BW).

De bedrijfsarts adviseert de werkgever en de werknemer over de re-integratie. Als de werkgever besluit om geen loon door te betalen, kan de werknemer daartegen in beroep gaan bij de rechtbank (sector kanton), na een deskundigenoordeel. Deze rechtsgang is privaatrechtelijk. Het is belangrijk dit onderscheid te vermelden, omdat er bij participatiegedrag daardoor ook twee lijnen zijn waarlangs jurisprudentie wordt gevormd.

Rechtvaardiging voor de beoordeling van participatiegedrag

De overheid wil dat haar burgers zorgvuldig omgaan met sociale zekerheid en zij wil misbruik en oneigenlijk gebruik tegengaan. Deze doelen vormen de rechtvaardiging voor de verplichting van verzekerden om mee te werken aan een beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Voor de beoordeling van het participatiegedrag is dat niet anders. Alleen als de cliënt hieraan meewerkt, kan worden gecontroleerd of hij voldoet aan de wettelijke plicht om *'een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling te ondergaan voor zijn ziekte of gebrek'* (artikel 28 lid 2c WIA) en *'zich geneeskundig te laten behandelen of aanwijzingen van een arts op te volgen indien het UWV of de eigenrisicodragers, of het reïntegratiebedrijf in opdracht van het UWV of de eigenrisicodragers, daartoe opdracht geeft en zijn genezing niet te belemmeren'* (artikel 29 lid 2a WIA).

Deze medewerkingsplicht laat onverlet dat een verzekeringsgeneeskundige beoordeling, waaronder een beoordeling van het participatiegedrag, inbreuk maakt op de privacy, meer in het bijzonder de morele en lichamelijke integriteit van de cliënt. Daarom rust op verzekeringsartsen een zelfstandige verantwoordelijkheid. Hun professionele standaard, inclusief de plicht de (mensen)rechten van anderen te respecteren⁶⁴, verplicht hen om na te gaan of van de cliënt kan worden gevergd dat hij meewerkt aan een keuring. Een keuring waaraan de verzekeringsarts vervolgens conclusies verbindt en op basis waarvan hij adviezen of aanwijzingen geeft over het participatiegedrag van de verzekerde. Dat de verzekerde met een medische keuring instemt, doet hier niets aan af. Nog los van de vraag of in uitkerings situaties wel altijd kan worden gesproken van vrijwillige toestemming, moeten verzekeringsartsen te allen tijde handelen als goed hulpverlener.⁶⁵

Er is sprake van handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (artikel 1 Wet BIG). Dit betekent onder meer dat een bevoegde en bekwame verzekeringsarts ‘verantwoorde zorg’ moet bieden (artikel 40 Wet BIG). Daarom moet de verzekeringsarts zich ervan verzekeren dat zijn beoordeling van het participatiegedrag in de gegeven omstandigheden **rechtmatig** is en dat hij instaat voor de **geschiktheid** van de onderzoeksmethoden. Vanzelfsprekend moet de verzekeringsarts ook voldoen aan de **informatieplicht** en de cliënt voldoende informeren over de aard en het doel van de beoordeling.

Inbreuken op een grondrecht, zoals hier een inbreuk op de privacy, zijn slechts toegestaan, als aan de volgende drie criteria is voldaan:⁶⁶

- a) er moet sprake zijn van een legitiem doel;
- b) de middelen om dat doel te bereiken moeten passend zijn;
- c) de middelen om dat doel te bereiken moeten noodzakelijk zijn.

⁶⁴ Leenen, H.J.J., Dute, J.C.J. & Kastelein, W.R (2008). *Handboek gezondheidsrecht. Deel II. Gezondheidszorg en recht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008, p. 26.

⁶⁵ Artikel 7:450 en 7:453 BW (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst).

⁶⁶ Deze criteria zijn ontleend aan jurisprudentie van het EHRM (Europees Hof voor de Rechten van de Mens).

Toegesplitst op de beoordeling en bevordering van participatiegedrag kunnen die criteria als volgt worden uitgelegd:

Legitiem doel: het uitvoeren van een verzekeringsgeneeskundige beoordeling van het participatiegedrag van een cliënt moet voldoen aan een noodzakelijke doelstelling van sociaal beleid van de overheid. In dit geval is het legitieme doel zorgvuldig omgaan met de sociale zekerheid en het tegengaan van misbruik en oneigenlijk gebruik.⁶⁷

Passend middel: het middel, de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van het participatiegedrag, moet geschikt zijn om het gestelde doel te bereiken, dan wel er bestaat de gerechtvaardigde verwachting dat door het gebruik van het middel het doel wordt gerealiseerd.

Met de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van arbeidsmogelijkheden en beperkingen stelt de verzekeringsarts de arbeidsongeschiktheid volgens de arbeidsongeschiktheidswetten vast. We gaan ervan uit dat dit een passend middel is, mits de verzekeringsarts voldoet aan de voorwaarden die aan zo'n onderzoek zijn te stellen. Deze voorwaarden zijn te vinden in artikel 3 van het Schattingsbesluit. De verzekeringsarts mag onder die voorwaarden meewerken aan de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van de arbeidsongeschiktheid.

Of de beoordeling van participatiegedrag nu een passend middel is om het gestelde doel te bereiken, is daarnaast afhankelijk van de mate waarin a) participatiegedrag op valide wijze kan worden beoordeeld en b) deze beoordeling bijdraagt aan de zorgvuldige omgang met de sociale zekerheid en het tegengaan van misbruik en oneigenlijk gebruik. Indien deze vragen positief kunnen worden beantwoord, dan mag de verzekeringsarts meewerken aan de beoordeling van participatiegedrag.

Verzekeringsgeneeskundige standaarden, richtlijnen en protocollen geven bovendien een impuls aan de validiteit van de beoordelingen. Zij ondersteunen de beoordeling zowel inhoudelijk als procedureel. Daarnaast is (wetenschappelijke) evidentie beschikbaar over de

⁶⁷ Voor het legitieme doel en de passendheid van het middel kan daarbij worden gewezen op de relevante wetsartikelen in de WIA, die betrekking hebben op de verplichting 'een naar algemeen medische maatstaven adequate behandeling te ondergaan voor zijn ziekte of gebrek' (art 28 lid 2c) en 'zich geneeskundig te laten behandelen of aanwijzingen van een arts op te volgen indien het UWV of de eigenrisicodrager, of het reïntegratiebedrijf in opdracht van het UWV of de eigenrisicodrager, daartoe opdracht geeft en zijn genezing niet te belemmeren' (artikel 29 lid 2a). Het voldoen aan deze verplichtingen kan worden gezien als een geschikt middel om het gestelde doel te bereiken, dan wel er bestaat de gerechtvaardigde verwachting dat hierdoor het doel zal worden gerealiseerd: zorgvuldige omgang met de sociale zekerheid en het tegengaan van misbruik en oneigenlijk gebruik.

effectiviteit van een aantal medische behandelingen en ook over de effectiviteit van sommige copingmechanismen bij bepaalde aandoeningen. De verzekeringsarts kan zich dus in een aantal gevallen bij zijn beoordeling van participatiegedrag baseren op (wetenschappelijke) evidentie.

Noodzakelijk middel: of een verzekeringsgeneeskundige beoordeling van het participatiegedrag noodzakelijk is, moet worden beoordeeld aan de hand van twee subcriteria:

- a) *Subsidiariteit:* kan het legitieme doel niet worden bereikt met een ander middel, waarbij geen of in mindere mate inbreuk wordt gemaakt op de privacy van de cliënt, meer in het bijzonder zijn morele en lichamelijke integriteit?
- b) *Proportionaliteit:* staat het legitieme doel in evenredige verhouding tot de mate waarin inbreuk wordt gemaakt op de privacy van de cliënt?

Met het legitieme doel wordt, zoals eerder aangegeven, bedoeld: de zorgvuldige omgang met de sociale zekerheid en het tegengaan van mis- en oneigenlijk gebruik. Om de subsidiariteitsvraag te kunnen beantwoorden moet een verzekeringsarts nagaan of het participatiegedrag anders dan door een verzekeringsgeneeskundig onderzoek kan worden beoordeeld. Dat is moeilijk voorstelbaar, aangezien nu juist verzekeringsartsen – naast bedrijfsartsen – bij uitstek ervaring en deskundigheid hebben opgebouwd bij het in kaart brengen en beoordelen van gedrag van cliënten dat moet leiden tot deelname aan het arbeidsproces.

De proportionaliteitsvraag veronderstelt een belangenafweging. De overheid heeft op het terrein van de sociale zekerheid een ruime beleidsvrijheid. Alleen als evident is dat er geen evenredig evenwicht bestaat tussen de in het geding zijnde belangen, is geen sprake van proportionaliteit. Dit is bijvoorbeeld het geval als een vergaande inbreuk op de privacy slechts marginaal bijdraagt aan het doel. De wettelijke verplichting is door de wetgever aangegeven en daarmee ook de mogelijke inbreuk op de privacy van de cliënt. In algemene zin is de vraag naar de (juridische) proportionaliteit een vraag die verzekeringsartsen slechts in uitzonderingsgevallen toekomt.

Op individueel niveau kan de verzekeringsarts wel geconfronteerd worden met de vraag naar de (medische) proportionaliteit. Hij moet dan toetsen of een bepaalde behandeling (middel) beter bijdraagt aan het gestelde doel, mede in het licht van de privacyrechten van de cliënt. Dit vereist een weging waarbij privacyrechten en ook de wetenschappelijke basis van de voorgestelde behandeling een belangrijke rol spelen.

Jurisprudentie over verplichtingen tot participatiegedrag

Voor dit protocol is een zoekopdracht verricht in rechtspraak.nl met de zoekterm ‘herstelgedrag’.⁶⁸ Hierbij zijn 25 uitspraken gevonden, waarvan elf relevant voor het onderwerp (zie ook bijlage 4). Daarnaast zijn er diverse oudere uitspraken verwerkt in dit hoofdstuk die handmatig zijn verkregen via de ‘sneeuwbalmethode’ of oudere literatuur.⁶⁹ Omdat in deze paragraaf de jurisprudentie over de op het moment van de zoekopdracht nog gangbare term ‘herstelgedrag’ wordt besproken, wordt in de onderstaande tekst steeds de term ‘herstelgedrag’ gebruikt.

De vraag of een verzekeringsarts herstelgedrag mag beoordelen, komt voor in een zaak waarbij de klager betoogde dat de (bezwaar)verzekeringsarts ten onrechte het herstelgedrag had betrokken bij de vaststelling van de belastbaarheid.⁷⁰ In deze zaak stelt de CRvB dat *‘daargelaten dat het herstelgedrag van appellant (eveneens) in het kader van de toepassing van artikel 28 van de WAO kan worden beoordeeld, staat naar het oordeel van de Raad geen rechtsregel er aan in de weg dat de bezwaar-verzekeringsarts bij de beoordeling van een urenbeperking het herstelgedrag beziet in het kader van de Standaard (verminderde arbeidsduur: red)’*.

Het UWV is zelfs verplicht het herstelgedrag te beoordelen, zeker als zich de situatie voordoet dat ook een derde (in deze casus was dat de werkgever, die klaagde dat werkneemster een psychotherapeutische behandeling had gestaakt) belang heeft bij de beslissing over de WAO-uitkering. Als dit niet gebeurt, is het besluit op een onzorgvuldige wijze voorbereid en ontbeert het hierdoor ook een draagkrachtige motivering.⁷¹

Ook in het tuchtrecht is bevestigd dat de verzekeringsarts herstelgedrag mag beoordelen. Volgens het tuchtcollege kan de verzekeringsarts schade beperken door therapeutische adviezen te geven: dit is een onderdeel van zijn professioneel handelen.⁷² In een andere uitspraak was het tuchtcollege van oordeel dat een verzekeringsarts zonder meer bevoegd was aan een cliënt voor te stellen een cognitieve gedragstherapie te ondergaan.⁷³

⁶⁸ D.d. 30 augustus 2009 / alle uitspraken / alle rechtsgebieden/ geen datumbepering / zoekterm herstelgedrag. Aangezien op het moment van de zoekopdracht de gangbare term nog ‘herstelgedrag’ was, werd op die term gezocht en niet op de term ‘participatiegedrag’.

⁶⁹ Kelder, M.J. (2007). ‘Herstelgedrag: juridische en ethische aspecten’, in: Bold, I.F.D. van den, & Kelder, M.J. (red). *Herstelgedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

⁷⁰ CRvB, 3 april 2009, 07 / 5364, LJN BI0056.

⁷¹ CRvB, 25 maart 2009, 06 / 1717 WAO, LJN BC7885.

⁷² CTG, 22 januari 2004, 2003 / 078.

⁷³ CTG, 8 april 2004, 2003 / 192.

Volgens de Nationale Ombudsman maakt cliënten aanspreken op herstelgedrag en mededelingen van cliënten beoordelen op plausibiliteit en consistentie deel uit van een dergelijk (bedoeld is verzekeringsgeneeskundig) onderzoek. Ook hij vindt de wijze waarop dit wordt gecommuniceerd van belang: essentieel is dat de cliënt zich gehoord voelt in de eigen beleving van het gedrag waarop hij wordt aangesproken.⁷⁴

Daarnaast moet de cliënt er schriftelijk op worden gewezen dat het gaat om een voorgeschreven behandeling waaraan hij moet meewerken. Als hij dat niet doet, kan een sanctie volgen. Volgens de CRvB is het eigen aan een dergelijk voorschrift dat het op schrift wordt gesteld.⁷⁵

Over de proportionaliteit van een behandeling is diverse jurisprudentie voorhanden. Zo kan de weigering van een opname om anti-epileptische medicatie te reguleren een verzekerde niet worden toegerekend, omdat volgens specialistisch onderzoek bij veel epilepsiepatiënten een panische en soms bijna onredelijke angst bestaat voor een verlaging van de medicatie, als zij langere tijd aanvalsvrij zijn. Daarnaast ontwikkelen volgens voornoemde specialist veel epileptici een rigide persoonlijkheidsstructuur, waardoor zij een eenmaal ingenomen standpunt moeilijk kunnen wijzigen.⁷⁶ Ook vond de CRvB de weigering van een verzekerde om zich voor de vijfde keer te laten opereren voor dezelfde aandoening zonder meer gerechtvaardigd.⁷⁷

In een andere casus (inzake cannabisgebruik) beoordeelde het CRvB een zaak waarin de verzekeringsarts de werknemer het voordeel van de twijfel heeft gegund, dit in de hoop dat de werknemer zelf initiatieven zou ontplooiën en stappen zou ondernemen om zijn situatie te verbeteren. De CRvB oordeelde dat hier niet uit volgt dat de cliënt zijn genezing heeft belemmerd. Er is niet gebleken dat het cannabisgebruik van de werknemer een zodanig genezingsbelemmerend effect heeft op zijn aandoening, dat het bestuursorgaan een maatregel zou moeten treffen.⁷⁸

⁷⁴ Nationale Ombudsman Rapport 2009 / 140.

⁷⁵ CRvB, 97 / 6813, LJN ZB7520.

⁷⁶ RSV,1975 / 331.

⁷⁷ RSV,1968 / 9.

⁷⁸ CRvB 18 mei 2004, 03 / 146 USZ 2004 nr 10.

De rechter achtte echter een gemotiveerde weigering van psychotherapie en antidepressiva van een cliënte onvoldoende deugdelijke grond om haar weigering zich onder behandeling te laten stellen te rechtvaardigen. Het door de huisarts ondersteunde argument was dat de cliënte bang was niet meer uit het psychiatrisch circuit te komen.⁷⁹

Een andere uitspraak waarin de rechter onvoldoende argumenten aanwezig achtte om een behandeling te weigeren, gaat over een CPAP-behandeling bij het slaapapnoesyndroom. In deze zaak maakte de werknemer geen gebruik van een behandelingsmogelijkheid, terwijl daar wel een medische indicatie voor bestond. De CRvB deed twee afzonderlijke uitspraken over deze casus. Deze uitspraken zijn een mooie illustratie van zaken waarin de Raad het nemen van een ‘voorschotje’ op de belastbaarheid niet accepteert. Het ging in deze zaak om de beoordeling van de geschiktheid voor eigen werk in het kader van de Ziektewet. De werknemer werd hersteld verklaard voor het eigen werk als productiemedewerker, omdat hij met het CPAP-apparaat normaal zijn werkzaamheden zou kunnen verrichten. Naar het oordeel van de later ingeschakelde deskundige was de werknemer zonder het gebruik van CPAP arbeidsongeschikt. De CRvB overwoog: *‘nu deze behandeling bij appellant - om welke reden dan ook - ten tijde in geding niet toepasbaar was en hij hiervan dus geen gebruikmaakte, moet appellant naar het oordeel van de Raad ongeschikt tot werken worden geacht. De vraag of een bij de aan-doening passend, redelijkerwijs te verwachten herstelgedrag appellant in staat doet zijn om zijn arbeid te verrichten speelt hierbij, anders dan gedaagde betoogt, geen rol’*.⁸⁰ Vervolgens legde het UWV de werknemer een maatregel op (20 procent korting op zijn Ziektewetuitkering gedurende 16 weken). Hij had het CPAP-apparaat namelijk niet gebruikt en zo verwijtbaar zijn genezing belemmerd, terwijl er medisch gezien geen redenen waren om dit apparaat niet te gebruiken. De CRvB ging met deze redenering van UWV wél akkoord.

In een uitspraak van de Rechtbank Maastricht wordt besproken welke soort behandeling al dan niet kan worden gezien als een normale van iedere verzekerde te vergen behandeling. Onder behandeling wordt verstaan de normale van iedere verzekerde te vergen medische controle en behandeling. In dit geval ging het echter niet over een behandeling op indicatie van een medisch of paramedisch beroepsbeoefenaar. Het ging om een begeleiding op een trainingscentrum, die niet gericht was op genezing van betrokkene. Het weigeren van deze behandeling was volgens de rechter geen gedraging waardoor cliënt zijn genezing heeft belemmerd.⁸¹

⁷⁹ Arrondissementsrechtbank Assen, 7 november 1997 96 / 803 AAWAO P03 G08 en 96 / 1591 AAWAO P03 G08. Gepubliceerd in Kennisnet Sociale Zekerheid, Opleidingen Sociaal Recht Utrecht volgnummer 98-6, 4 maart 1998.

⁸⁰ CRvB, 12 mei 2004, 02/2697+2698 ZW, LJN: AP1692, en CRvB, 11 juli 2007, 05/4292 ZW, LJN: BA9412.

⁸¹ Rechtbank Maastricht 26/9/2005. LJN AU3662.

Opvallend is dat uit de gerechtelijke uitspraken geen richtinggevend kader is af te leiden voor het beoordelen van insufficiënt herstelgedrag.⁸² Een belangrijk criterium dat wel uit de jurisprudentie is af te leiden, is of het de verzekerde te verwijten is dat hij onderzoek of behandeling weigert. Niet verbazingwekkend, aangezien dit ‘verwijtbareidscriterium’ ook al in de wet opgenomen is. Daarin is bepaald dat ‘*de zwaarte van een maatregel afgestemd moet worden op de ernst van de niet- of niet-behoorlijke nakoming en de mate waarin de gedraging verweten kan worden aan de betrokkene*’.⁸³

In de sociale zekerheidsrechtspraak is er verder vaste jurisprudentie over dat een cliënt in staat moet zijn om een redelijk beraden beslissing te nemen. De cliënt behoudt zijn aanspraak op ziekingeld, als hij door zijn geestelijke gesteldheid niet in staat is tot weloverwogen besluitvorming. Zo besloot de CRvB, die eiste dat het bestuursorgaan dit onderzoekt.⁸⁴

Het is interessant om na te gaan in hoeverre een werknemer in het arbeidsrechtelijk systeem moet meewerken aan zijn herstel. Volgens artikel 7:629 lid 3 sub b BW heeft een werknemer geen recht op loondoorbetaling gedurende de tijd dat door zijn toedoen zijn genezing wordt belemmerd of vertraagd. Volgens de parlementaire behandeling van de WULBZ spreekt men van vertragen als het gaat om handelingen die naar algemeen geldende medische maatstaven de strekking hebben om de genezing te belemmeren. Als de enige reële mogelijkheid van genezing is gelegen in een operatie en daar bestaat uit medisch of psychologisch oogpunt geen bezwaar tegen, dan belemmert de werknemer door eigen toedoen zijn genezing als hij weigert deze operatie te ondergaan.⁸⁵ Dit moet wel verwijtbaar gedrag zijn. Er is overigens geen sprake van belemmeren of vertragen, als de werknemer geen gebruikmaakt van een wachtlijstomzeggende zorgvoorziening die de werkgever biedt. De werknemer mag zelf de arts en behandelingsmethode kiezen.

De Poortwachterwetgeving en de onderliggende regelgeving bieden verdere aanknopingspunten. In de regelgeving over de procesgang in het eerste ziektejaar staat dat van de werknemer mag worden verwacht dat hij meewerkt aan een behandeling die de bedrijfsarts volgens de richtlijnen uitvoert. Als richtlijn wordt onder meer genoemd de NVAB-richtlijn ‘Handelen van de bedrijfsarts bij psychische klachten’.⁸⁶

⁸² Faas, W.A (2008). ‘De kwaal erger dan het middel: een geval van genezingsbelemmering. Hoogste tijd voor een richtlijn?’ *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2008; 3: 110-112.

⁸³ Artikel 88 en 90 WIA; Maatregelenbesluit Sociale Zekerheidswetten, 23 augustus 2007, Stb. 2007, 304 (inwerking-treding 1 mei 2008).

⁸⁴ RSV 1974/370.

⁸⁵ *Kamerstukken II* 1995/96, 24.439, nr. 6, p. 74.

⁸⁶ Regeling Procesgang eerste ziektejaar. Staatscourant 26 maart 2002, nr. 60, pag. 11.

Rechtspraak over herstelgedrag binnen het arbeidsrecht is schaars. In een (verouderde) uitspraak oordeelde een rechter dat een werknemer niet verplicht is om een onderzoek te ondergaan naar de snelste en beste behandeling. Als de werknemer dit wel had moeten ondergaan, zouden volgens die rechter belangrijke rechten zoals vrije artskeuze, integriteit van het menselijke lichaam en privacy te zeer worden aangetast. De keuze van de behandelwijze is aan de werknemer, ook als die keuze leidt tot een ziekteverzuim van langere duur. De grens van die vrijheid staat in artikel 7:629 lid 3 aanhef en onder 3 BW (belemmeren en vertragen genezing), iets wat een rechter niet snel zal aannemen.⁸⁷ Deze uitspraak dateert echter van voor invoering van de Poortwachterwetgeving en de WIA.

Een rechter oordeelde dat de volgende werknemer zich onvoldoende inspande voor zijn re-integratie. Deze werknemer zei dat hij niet toe was aan re-integratie, omdat hij rust nodig had om contact te maken met God teneinde Zijn stem en aanwijzingen te kunnen horen.⁸⁸ Nog een voorbeeld: een medewerkster die is gestopt met een therapie die haar behandelend psycholoog heeft voorgeschreven, en deze niet heeft hervat op aangeven van de bedrijfsarts, zonder een deskundigenoordeel te vragen omtrent het behandelplan. Volgens de rechter heeft zij niet meegewerkt aan een maatregel die haar herstel, en daarmee haar werkhervatting, kon bevorderen, terwijl zij daartoe wel verplicht was.⁸⁹

Het Gerechtshof Amsterdam oordeelde dat een werkneemster onvoldoende aannemelijk had gemaakt dat zij op medische gronden niet in staat was de fysiek activerende begeleiding te volgen. Deze werkneemster had eerder geweigerd om mee te werken aan een maatregel van de bedrijfsarts om een fysiek activerende begeleiding op te starten. Volgens het hof was de werkgever onder deze omstandigheden gerechtigd de loondoorbetaling aan de werkneemster te staken.⁹⁰

De rechterlijke uitspraken over herstelgedrag in het arbeidsrecht zijn nogal wisselend. Het lijkt essentieel dat de werkgever en de werknemer duidelijke afspraken maken over het re-integratietraject en daarover bij verschil van inzicht een deskundigenoordeel aanvragen. Daarnaast moet ook hier het gedrag van de werknemer verwijtbaar zijn.⁹¹

⁸⁷ Ktr. Beetsterzwaag, 6 januari 1998, nr. 47519/CV EXPL 97-1452. In: *Documentatie arbeidsrecht. Opleidingen sociaal recht*, zending 1, 1998, Utrecht, maart 1998.

⁸⁸ Ktr. Wageningen, 15 december 2004. *Praktijkids* 2005, 28.

⁸⁹ Ktr. Zwolle, 22 september 2004, JAR 2004 / 231.

⁹⁰ Gerechtshof Amsterdam, 9 juni 2009, LJN BJ4324.

⁹¹ Gerechtshof s-Hertogenbosch 09/01/2007 LJN BA4435.

Conclusie

De wetgever is weinig expliciet over hoe ver men mag gaan in het dwingend opleggen van een medische behandeling. Ook de wetsgeschiedenis en de rechtspraak bieden hiervoor geen duidelijk kader. Wel wordt in diverse uitspraken het belang van een goede communicatie met de cliënt benadrukt. Daarnaast is overleg met de behandelende sector belangrijk. Ook is het de professionaliteit van de verzekeringsarts dat deze beoordeelt of de voorgestelde behandeling evidence-based is.

Dit protocol bevordert de validiteit van de beoordeling van participatiegedrag met name door een kader te schetsen dat de wijze van beoordeling van participatiegedrag voor iedereen inzichtelijk en toetsbaar maakt. Daarbij kan het protocol worden beschouwd als best practice voor dit moment. Er is bij best practices uiteraard altijd ruimte voor verbeteringen naar aanleiding van nieuwe inzichten en achteraf minder juist gebleken premissen en dergelijke.

Als verzekeringsartsen participatiegedrag beoordelen volgens de in dit protocol aangereikte kaders, draagt dit ook bij aan een eenduidige beoordelingswijze. Het protocol draagt op deze manier bij aan de passendheid van het middel van de beoordeling van participatiegedrag voor het doel zorgvuldig omgaan met de sociale zekerheid en tegengaan van misbruik en oneigenlijk gebruik.

Methodieken

Omdat er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar participatiegedrag, is het ook moeilijk om de analyse van dit gedrag wetenschappelijk te onderbouwen. Er zijn echter wel degelijk mogelijkheden om de analyse en de beoordeling van (stagnatie van) participatiegedrag te vergemakkelijken. Daar kan kennis aan bijdragen. Motivational Interviewing⁹² en Socratisch Motiveren⁹³ zijn in Nederland veel gebruikte populaire technieken om te beoordelen of iemand bereid is zijn gedrag te veranderen. De eerste methode is relatief uitgebreid en gericht op gedragsverandering door de cliënt, de tweede is kort en alleen gericht op verduidelijking van de problematiek en de mening daarover van de cliënt en relevante anderen te verduidelijken. Hieronder komen achtereenvolgens aan de orde:

- methodieken om bereidheid tot gedragsverandering te beoordelen;
- motieven om al of niet, of niet blijvend, te veranderen.

In een aantal disciplines zijn criteria ontwikkeld om wilsbekwaamheid en beslissingsbekwaamheid te beoordelen. Die worden daarna in deze bijlage behandeld. Tot slot zijn er methodieken om ethische dilemma's op gestructureerde wijze te ontleden. Hierop wordt aan het slot van deze bijlage kort ingegaan.

⁹² Miller, W.R., & Rollnick, S (2005). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem: Ekklesia.

⁹³ Appelo, M.T (2007). *Socratisch Motiveren*. Amsterdam, Boom. Van dezelfde auteur: 'Misverstanden en mythes. Cliënten zijn veranderingsbereid'. *Directieve therapie* (2009), 29, 1, p. 69-73. *Socratisch Motiveren: verdieping en praktijk*. Amsterdam: Boom (verschijnt april 2010).

B3.1 Methodieken om bereidheid tot gedragsverandering te beoordelen

In deze bijlage beschrijven we de ‘beslissingsbalans voor- en nadelen werkhervatting’ en de ‘linialen van belang en vertrouwen’. Beide zijn gebaseerd op Miller en Rollnick.

Beslissingsbalans voor- en nadelen van werkhervatting

Miller en Rollnick⁹⁴ gaan ervan uit dat ambivalentie een normaal onderdeel is van een veranderingsproces. Zij hebben daarom een beslissingsbalans opgesteld waarin ze deze ambivalentie uitwerken. Hieronder is deze balans vereenvoudigd tot een analyse van voor- en nadelen van re-integratie voor de cliënt.

Voordelen van werkhervatting	Nadelen van werkhervatting
Ik wil van het UWV af, de deur uit en volwaardig meedoen en me productief voelen	Ik wil mijn klachten niet verergeren
Ik wil mijn leven niet langer laten bepalen door mijn ziekte	Ik kan toch nooit meer verdienen dan mijn uitkering
Werk geeft structuur en ritme aan mijn leven	Ik heb andere zorgtaken, hobby's
Een uitkering is geen vetpot, ik wil een hoger inkomen	Ik kan niet werken onder een baas
Ik wil mijn sociale contacten op het werk weer terug	Ik zie op tegen de stress op mijn werk

De verzekeringsarts kan deze beslissingsbalans samen met de cliënt opstellen. Hiermee kan hij het participatiegedrag genuanceerder en systematischer beoordelen. Een voorbeeld: voortzetten van de status quo blijkt voor de cliënt veel persoonlijke baten te hebben en weinig kosten, terwijl gaan werken weinig baten voor hem heeft en juist veel kosten. In deze situatie valt er weinig participatiegedrag te verwachten. En andersom geldt dat net zo: als de status quo weinig oplevert en veel kost, terwijl gaan werken weinig kost en wel wat oplevert, valt er juist veel participatiegedrag te verwachten.

⁹⁴ Rollnick, S. & Miller, W.R. (1995). 'What is motivational interviewing?' *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Uit de beslissingsbalans komen zowel symptomen van de ziekte als persoonlijke aspecten naar voren: wat is voor de cliënt belangrijk vanuit zijn eigen persoonlijkheid, vanuit zijn sociale omgeving (familie, vrienden), werkgever, behandelaars? Het is overigens niet aan de verzekeringsarts om deze ambivalentie te gaan bewerken. Dat is aan bedrijfsartsen, re-integratiecoaches en andere hulpverleners.

*Liniaal van belang en liniaal van vertrouwen*⁹⁵

Stel aan cliënt onderstaande vragen en noteer zijn scores.

Liniaal van belang: hoe belangrijk is het volgens u om weer aan het werk te gaan? Geef hiervoor een cijfer op een schaal van 1 tot 10, waarbij 0 betekent ‘volkomen onbelangrijk’ en 10 ‘buitengewoon belangrijk’.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Volkomen
onbelangrijk

Buitengewoon
belangrijk

Liniaal van vertrouwen: Stel dat u zou besluiten om weer aan het werk te gaan, hoeveel vertrouwen hebt u er dan in dat het u zou lukken? Geef hiervoor een cijfer op dezelfde schaal van 1 tot 10, waarbij 0 betekent ‘helemaal geen vertrouwen’ en 10 ‘buitengewoon veel vertrouwen’?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Helemaal
geen vertrouwen

Buitengewoon
veel vertrouwen

⁹⁵ ‘Belang’ en ‘vertrouwen’ en het gebruik van de liniaal van belang en de liniaal van vertrouwen zijn ontleend aan Motivational Interviewing.

Cliëntenprofielen op basis van beide linialen

Miller en Rollnick geven vier cliëntprofielen aan de hand van de scores op deze twee linialen:

- Groep A Weinig belang, weinig vertrouwen. Deze mensen zien het belang van re-integratie niet in en geloven ook niet dat het ze kan lukken om re-integratie tot stand te brengen, mochten ze dat proberen.
- Groep B Weinig belang, veel vertrouwen. Deze mensen hebben er vertrouwen in dat ze kunnen re-integreren, als ze er maar voldoende belang aan hechten. Ze zijn er echter niet van overtuigd dat ze willen re-integreren.
- Groep C Veel belang, weinig vertrouwen. In groep C zit het probleem niet in de bereidheid om te re-integreren, want deze mensen zeggen dat ze dat willen. Het probleem is dat ze er weinig vertrouwen in hebben dat het ze lukt, als ze het proberen.
- Groep D Veel belang, veel vertrouwen. Deze mensen zien het belang van re-integreren in en geloven ook dat het ze zou kunnen lukken.

Miller en Rollnick geven vervolgens voor elke groep aan welke actie nodig is. Verzekeringsartsen kunnen dit gebruiken, als ze willen nagaan of de behandeling of re-integratie aansluit bij wat de cliënt nodig heeft. Hiermee kunnen ze dus beoordelen of de behandeling en de begeleiding zich op zijn minst op de juiste zaken richten.

Zij stellen: voor groepen A, B en C is er werk aan de winkel. Groepen A en B moeten werken aan het thema belang, anders komt er waarschijnlijk niets van re-integratie terecht. Voor groep C is er al een waargenomen belang. Zij hebben persoonlijke effectiviteit nodig: een effectieve en voor henzelf geloofwaardige manier om re-integratie door te voeren. Ook in groep A moet, aansluitend aan het werken aan belang, de persoonlijke effectiviteit toenemen. Groep D hecht voldoende belang aan verandering en heeft voldoende vertrouwen dat het hun zal lukken, maar is mogelijk nog niet 'klaar voor de start'. Deze groep moet dus werken aan het prioriteit geven aan verandering.

B3.2 Motieven om (niet of niet blijvend) te veranderen

De verzekeringsarts moet niet adequaat participatiegedrag kunnen relateren aan motieven van mensen om wel of niet te veranderen. In de onderstaande tabel ⁹⁶ geven we daarom een samenvatting van motieven zoals die zijn weergegeven in de vakliteratuur. Ook moet de verzekeringsarts kunnen omgaan met verschillende persoonlijkheidsstijlen, zodat de werkrelatie goed blijft. Er wordt dus een groot beroep gedaan op gesprekstechnieken.

⁹⁶ Deze tabel is met toestemming van de auteur overgenomen uit: Appelo, M. (2010). *Waardenloze gesprekken. Socra-tisch Motiveren in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Tabel 1 Motieven om (niet of niet blijvend) te veranderen

Mensen veranderen niet, omdat ze:

- Lui zijn:
 - biologische predispositie tot automatismen (*ik ben het zo gewend*);
 - ervaren ziektewinst (*elk nadeel heeft z'n voordeel*);
 - ervaren sociale bekrachtiging (*anderen doen het ook / het scheidt een band*);
 - mislukking vermijden (*als je niets probeert, kan het ook niet misgaan*).

- Onwetend zijn (*hoe kon ik dat nou weten*):
 - over de nadelen van de huidige situatie;
 - over mogelijke alternatieven.

- Cognitieve dissonantie voorkomen of reduceren:
 - geen, vage of beperkte doelen stellen (*pluk de dag / we zien wel / het hoeft niet perfect*);
 - focussen op voordelen van de huidige situatie (*je weet wat je hebt, niet wat je krijgt*);
 - nadelen negeren van de huidige situatie (*het valt best mee*).

- Denken dat het niet kan:
 - vanwege persoonlijk onvermogen en faalervaringen (*ik kan het toch niet*);
 - vanwege externe omstandigheden (*het ligt niet aan mij*).

Mensen veranderen wel, als ze:

- Een ernstige crisis (dreigen) door (te) maken (*zoiets nooit weer / dat zal mij niet overkomen*).

- De voordelen van het alternatief zien en willen (*ineens wist ik het: dat is het*).

- Discipline / doorzettingsvermogen tonen (*ik ga er helemaal voor*).

- De oorzaak van falen en succes bij zichzelf leggen (*het ligt aan mij, ook als het tegenzit*).

Mensen vallen snel terug na verandering, omdat ze:

- Oude neurale netwerken niet kwijtraken.

- Te weinig discipline hebben (*ik kan het niet volhouden*).

- De oorzaak van mislukking buiten zichzelf leggen (*het ligt niet aan mij*).

- De volgende punten overschatten:
 - het gemak (*het is veel moeilijker dan ik dacht*);
 - het tempo (*het duurt best lang voordat het werkt*);
 - het effect (*ik dacht dat het effect veel groter zou zijn*);
 - de impact van het effect (*ik dacht dat alles anders zou worden*).

B3.3 Methodiek om wilsbekwaamheid en beslissingsbekwaamheid te beoordelen

De laatste jaren is er steeds meer vraag naar beoordelingen van wilsonbekwaamheid, bijvoorbeeld in de psychiatrie, de verpleeghuisgeneeskunde en bij het notariaat.⁹⁷ Om te beginnen moet hiervoor duidelijk zijn wat wils(on)bekwaam is.

Voordat een behandeling start, moet een (wilsbekwame) cliënt toestemming geven. Dit is geregeld in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) met het zogenoemde *informed consent*. De cliënt moet uitleg krijgen over wat er waarom moet gebeuren volgens de behandelaar, welke resultaten hij mag verwachten, welke risico's er aan de behandeling kleven en welke alternatieven er zijn. Als de behandelaar vindt dat een cliënt wilsonbekwaam is, dan is er vervangende toestemming nodig van de vertegenwoordiger. Om een weloverwogen keuze te kunnen maken moet deze op dezelfde manier geïnformeerd worden als de cliënt zelf.

In de Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)⁹⁸ – en ook in de WGBO – komt de term wilsonbekwaamheid overigens niet voor, maar vinden we de formulering: 'dat de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling'. In de dagelijkse praktijk wordt dit kortweg 'wilsonbekwaam ter zake van de behandeling' genoemd. Het kan ook gaan om wilsonbekwaamheid ter zake van onderzoek. De wet beschrijft niet hoe dit moet worden vastgesteld.

Van belang is te vermelden dat wilsbekwaamheid geen statische eigenschap is en in de tijd kan wisselen. Daarbij kan iemand volledig wilsonbekwaam zijn, of alleen maar ter zake van bepaalde handelingen (partieel). Wilsonbekwaamheid 'ter zake' houdt in dat een cliënt de ene beslissing kan nemen, maar een andere (wellicht) meer ingewikkelde of meer ingrijpende niet. Hierbij gaat het er niet om of de cliënt een in de ogen van anderen onverstandige keuze maakt. De cliënt wordt in elk geval wilsbekwaam geacht totdat het tegendeel blijkt.⁹⁹

⁹⁷ *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (voor de hulpverlener)*. Werkgroep ingesteld door de minister van Justitie en staatssecretaris WVC, licht gewijzigde versie januari 2007; *Stappenplan Beoordeling wilsbekwaamheid ten behoeve van notariële dienstverlening*, vastgesteld door KNB-bestuur, mei 2006; *Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag*, uitgave van de NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, 2008.

⁹⁸ Zie <http://www.igz.nl/loketzorgaanbieders/wetbopz/Dwangbehandeling>.

⁹⁹ Berghmans, RLP (2005). 'Wilsbekwaamheid van concept naar praktijk' (5) *JGGZR* 2005, p.97-100.

Beslisvaardigheid of beslissingsbekwaamheid is een term die beter aansluit bij de medische context dan het juridische begrip wilsbekwaamheid. Alle handreikingen en protocollen die ontwikkeld zijn om de vraag naar wils(on)bekwaamheid te beoordelen vinden hun basis in de criteria die Appelbaum heeft ontwikkeld voor het beoordelen van beslisvaardigheid.^{100 101} Een cliënt moet:

- de aan de behandeling of onderzoek gerelateerde informatie kunnen *begrijpen*,
- deze informatie kunnen *waarderen* ten opzichte van de eigen situatie, betrekken op zichzelf,
- kunnen *redeneren* over de informatie om in het proces tot een beslissing over de behandeling of het onderzoek te komen,
- een *keuze* kunnen *uitdrukken*, een duidelijke *beslissing* ter zake *kunnen nemen*.

Als iemand niet voldoet aan een of meer van deze criteria, is hij wilsonbekwaam c.q. niet beslissingsbekwaam ter zake van een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld epilepsiebehandeling).

MacCAT-T (MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment) is een semi-gestructureerd interview waarmee deze criteria worden getoetst. Deze methode is een hulpmiddel om beslisvaardigheid op een zodanige wijze te beoordelen, dat deze concreter, gestructureerder en toetsbaarder is.^{102 103}

B3.4 Methodiek om ethische dilemma's te ontleden

Verzekeringsartsen moeten zich natuurlijk aan de wet houden. Daarnaast hanteert de instelling waar iemand werkt regels. Ook houden artsen zich vanuit hun beroep aan morele waarden. Soms lijken deze invalshoeken niet met elkaar te stroken. Dilemma's komen daarom regelmatig voor in het dagelijks werk. Hoe hiermee om te gaan?

¹⁰⁰ Grisso, T., Appelbaum, P.S (1997). 'The MacCAT-T: A clinical tool to Assess Patients' Capacities to make treatment decisions'. *Psychiatric Services*, 1997, 48, p.1415-1419.

¹⁰¹ Grisso, T., Appelbaum, P.S (1998). *Assessing Competence to Consent to Treatment, A guide for physicians and other Health Professionals*. Oxford: University Press.

¹⁰² Eyk, H. van, Ouwens, M.A., Hondius, A.J.K (2008). 'MacCAT-T, instrument bij de beoordeling van wilsbekwaamheid', *JGGZR* no 3 /4 mei 2008, p.53-57.

¹⁰³ Hondius, A.J.K., Zijderhoudt, R.H., Honig, A (2005). 'Wilsbekwaamheid vaststellen', *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, 2005, 60, p.597-607.

Er bestaat een aantal methoden voor ‘ethical case deliberation’, bijvoorbeeld de klinisch pragmatische methode, de Nijmeegse methode, de Rotterdamse methode van de routekaart, de hermeneutische dialoog en de socratische dialoog.¹⁰⁴ Sommige van deze methodes lenen zich goed voor een discussie achteraf (na een eenmaal gemaakte keuze), andere lenen zich goed voor een nog te maken keuze.

De Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek van de NVAB heeft de methode Moreel Beraad ontwikkeld, gebaseerd op de Nijmeegse methode die in de kliniek wordt gebruikt.¹⁰⁵ Deze methode is uitgewerkt en ook bruikbaar gebleken voor de praktijk van verzekeringsartsen.¹⁰⁶ De methode bestaat uit een aantal vragen over de casus, die stapsgewijs toewerken naar een weging van morele waarden die hierbij aan de orde zijn. Vervolgens werkt de methode toe naar een keuze voor het handelingsalternatief dat het meeste recht doet aan de morele waarden van de verschillende bij de casus betrokken belanghebbende partijen. Het gaat hier om een methode voor reflectie op het eigen handelen. Daarnaast wijzen wij op een in 2008 verschenen notitie van de commissie Ethiek van de NVVG over ethische dilemma’s bij participatiegedrag.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Weel, A.N.H. (2007). ‘De rol van ethiek bij het hanteren van professionele dilemma’s’, *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, jaargang 15, nummer 10 (2007), p. 447-453.

¹⁰⁵ NVAB, Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek (mei 2002). ‘*Methode Moreel Beraad*’. Deze methode is gebaseerd op de Nijmeegse methode voor moreel beraad, vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.

¹⁰⁶ Nauta, A.P. & en Faas, W.A. (februari 2008). ‘*Ethiek en Moreel Beraad. Een korte inleiding voor bedrijfs- en verzekeringsartsen*’, cursus Moreel Beraad voor verzekeringsartsen.

¹⁰⁷ NVVG Commissie Ethiek (juni 2008). ‘*Notitie De 5 stappen. Ethische aspecten bij de beoordeling van herstelgedrag*’.

Resultaten literatuuronderzoek herstelgedrag

In deze bijlage geven we u een overzicht van de zoekactieresultaten voor dit protocol op 090812. Er is gezocht in Medline, Embase en Psycinfo vanaf 1996 tot eind juli 2009. Alleen bij Psycinfo is door de bestandsopbouw gestart in 1997.

De zoekvraag is als volgt opgebouwd. De P (populatie) voor de zoekacties is breed geformuleerd met diverse gecontroleerde trefwoorden en vrije teksttermen. Er is alleen gezocht in de talen Nederlands, Engels, Frans of Duits. Het herstelgedrag is vervolgens via de operator 'and' gecombineerd met het werk, occupational diseases of occupational health, waarna de focus is gelegd op herstelgedrag via de volgende zoektermen:

- exp *Rehabilitation, Vocational/ (1384) / exp «Occupational-Diseases»/rh (659) / (work adj3 resumption).ti. (14) / (return* adj3 work*).ti. (548) / (work adj3 resumption).tw. / (work adj3 reintegration).tw / combinatie van alle zoektermen via "or" (2442).

Aan deze set zijn vervolgens zoekfilters voor studietypen toegevoegd (guidelines, sytematische reviews). Ook is gezocht naar rct's (randomized controlled trial) of observationele studies (zoals cohortstudies). Deze zijn ingeperkt met zoektermen om het werkterrein van de verzekeringsarts respectievelijk de bedrijfsarts aan te geven. Bij de observationele studies is ingeperkt tot de situatie in Nederland of tot artikelen geschreven in het Nederlands of door auteurs uit Nederland.

In onderstaande tabel staan de resultaten van de zoekactie. De namen van de files geven de zoekonderdelen aan. De totale zoekstrategie per bestand is onder de tabel vermeld. Med= medline, emb= embase, psy= psycinfo.

Naam file	Aantal
med 090812 P focus guidelines	12
med 090812 P focus systrev	54
med 090812 P focus bedrijfsarts verzekering rct	42
med 090812 P focus bedrijfsarts verzekering hl observat	9
emb 090812 P guidelines	4
emb 090812 P systrev rct observat nl	66
psy 090812 P herstelgedrag nl	70

Bij screening van de artikelen bleek bijna al het RTW-('return to work') onderzoek diagnosegerelateerd. Steeds terugkerende diagnosen waarbij onder andere sytematic reviews zijn uitgevoerd over het effect van interventies, zijn low back pain (LBP), muskuloskeletal diseases (MSKD), mental health problems en kanker. Deze informatie hoort in de betreffende protocollen en richtlijnen thuis. Er is literatuur over factoren gerelateerd aan werkhervatting of verzuimrisico, maar er is niets gevonden over de beoordeling van herstelgedrag.

Recent onderzoek wees overigens uit hoe weinig arbeidskundige interventies zijn onderbouwd met onderzoek.¹⁰⁸ Hier is nog een lange (onderzoeks)weg af te leggen. Naast deze literatuursearch werd naar uitspraken over herstelgedrag gezocht op rechtspraak.nl.

- 080930 / alle uitspraken / alle rechtsgebieden / geen datumbepanking / zoekterm 'herstelgedrag': 25 uitspraken / hieronder zijn elf uitspraken met de relevante tekstdelen, waarin de gerechtelijke instantie refereert aan herstelgedrag (de uitspraken waarin de term herstelgedrag 'los' valt, zijn niet opgenomen).

Hierbij vonden we acht CRvB-uitspraken, één van Rechtbank Zutphen, één van de Raad van State en één van het Hof Den Bosch. Hiervan zijn enkele met verwijzing in de juridische bijlage opgenomen.

¹⁰⁸

Rijks Universiteit Groningen. BIMRA-rapport, 2008 (www.bimra.nl)

Enquête herstelgedrag

B5.1 Aanleiding

Toen we het voorstel voor het (toen nog) protocol Herstelgedrag gingen ontwikkelen, vermoedden wij al dat er weinig vakliteratuur over zou zijn. Daarnaast hadden we het idee dat de beroepsgroep verdeeld zou zijn over de uitgangspunten voor het protocol. Hierdoor was het onzeker of de werkgroep wel de opvattingen van de beroepsgroep zou kunnen vertegenwoordigen. Daarom is bij dit protocol, anders dan bij de andere protocollen, een enquête uitgevoerd om de opvattingen in de beroepsgroep te achterhalen. De werkgroep heeft de vragen voor die enquête geformuleerd. De kernvragen waren:

1. Hoe gaan verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en medisch adviseurs om met herstelgedrag?
2. Welke knelpunten ervaren ze?
3. Wat denken ze nodig te hebben om herstelgedrag goed te kunnen beoordelen?

De werkgroep gebruikte de definitie van herstelgedrag zoals voor het protocol is vastgesteld. De enquête vond plaats tussen december 2008 en februari 2009.

Wout de Boer, Jim Faas, Simon Knepper, Oktober 2009

B5.2 Methode

Besloten werd tot een webenquête onder de leden van de GAV, de NVAB en de NVVG. Dat is een populatie van ongeveer 2000. Via de normale kanalen van de verenigingen zijn de leden uitgenodigd om de enquête in te vullen. Er is eenmaal gerappelleerd. Er werden zowel open als gesloten vragen gesteld, gericht op enkele persoonskenmerken, de uitvoering van de taken en de ervaren problemen en mogelijke oplossingen. De analyse van de antwoorden werd beperkt tot rechte tellingen en verschillen in beantwoording door de verschillende subgroepen: bedrijfsarts (ba), verzekeringsarts (va) of medisch adviseur (ma).

B5.3 Resultaten

De respons was na rappel: 469 (ongeveer 23 procent) en deze bestond voor 61 procent uit bedrijfsartsen, 32 procent verzekeringsartsen en 3 procent medisch adviseurs. Daarmee zijn deze subgroepen redelijk evenredig vertegenwoordigd. Van de respondenten had 78 procent meer dan tien jaar ervaring, 64 procent was man en 76 procent was ouder dan 45 jaar. Hieronder staan de enquêtevragen met daaronder de resultaten voor de hele groep en gespecificeerd naar subgroep als de verschillen significant zijn.

1. Wat zijn volgens u uw taken inzake herstelgedrag?
 - Herstelgedrag goed beschrijven: 65 procent (va 74%, ba 60%).
 - Herstelgedrag goed beoordelen: 90 procent.
 - Stagnatie in herstel onderkennen en benoemen: 97 procent.
 - Alternatieven aandragen bij onvoldoende of inadequaat herstelgedrag: 90 procent (va 81%, ba 95%).
 - Cliënt motiveren tot verandering bij onvoldoende of inadequaat herstelgedrag: 88 procent (va 80%, ba 92%).
 - Een sanctie adviseren, als de cliënt niet meewerkt: 34 procent + 42 procent 'enigszins' (va 45 + 43%, ba 28 + 42%).

 2. Hoe vaak beschrijft u het herstelgedrag bij arbeidsongeschiktheid?

33 procent doet dat (bijna) altijd 33 procent (va 51%, ba 23%) en 34 procent doet dat in de helft van de gevallen.

 3. Hoe vaak beoordeelt u herstelgedrag bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid?

Dat doet 49 procent bijna altijd + 45 procent impliciet (va 51 + 40%, ba 46 + 48%).
-

4. Vindt u het belangrijk om herstelgedrag te beschrijven?
78 procent vindt dat inderdaad belangrijk (va 83%, ba 75%).
 5. Vindt u het belangrijk om herstelgedrag te beoordelen?
88 procent vindt dat belangrijk (va 84%, ba 91%).
 6. Vindt u het vervelend om herstelgedrag te beoordelen?
29 procent vindt van wel, 64 procent niet (va 27% wel, 62% niet, ba 31% wel, 65% niet).
 7. Spelen uw eigen normen en waarden mee in de beoordeling van herstelgedrag? Zo ja, kunt u daar voorbeelden van geven?
75 procent dacht dat dat wel speelde, 20 procent niet. Verzekeringsartsen noemen als voorbeelden:
 - eigen arbeidsethos;
 - referentie eigen gedrag;
 - opvattingen over ziekte;
 - opvattingen over verantwoordelijkheid.
 8. In welke situaties beschrijft en beoordeelt u herstelgedrag, altijd of soms?
 - Bij stagnatie in de werkhervatting: 84 + 13 procent.
 - Bij moeilijk objectiveerbare klachten: 73 + 20 procent (va 81 + 15 %, ba 68 + 27%).
 - Bij moeilijk objectiveerbare beperkingen: 68 + 25 procent (va 75 + 20%, ba 64 + 27%).
 - Bij een kort arbeidsverleden of verzekerd verleden: 39 + 33 procent (va 60 + 28%, ba 27 + 34%).
 - Bij symptoomdiagnosen: 60 + 29 procent (va 71 + 21%, ba 53 + 33%).
 - Bij ernstige aandoeningen: 40 + 41 procent.
 - Bij privéproblematiek: 70 + 25 procent.
 - Bij arbeidsconflicten, verstoorde arbeidsverhoudingen: 71 + 18 procent.
 9. Kunt u voorbeelden geven van adequaat herstelgedrag, helemaal of enigszins?
 - Consultatie curatieve sector: 57 + 27 procent (va 64 + 24%, ba 52 + 28%).
 - Volgen advies behandelaar: 63 + 27 procent.
 - Volgen advies bedrijfsarts: 71 + 23 procent.
 - Volgen advies verzekeringsarts: 52 + 26 procent (va 69 + 23%, ba 43 + 27%).
 - Consultatie alternatief: 5 + 14 procent.
 - Wijziging ongezonde levensstijl: 67 + 22 procent.
 - Keuzen levenssfeer: 77 + 14 procent.
-

- Afvallen/ bewegen: 61 + 27 procent.
- Feitelijke werkhervatting: 53 + 31 procent.
- Paar uur/ week hervatten: 44 + 37 procent.
- Minstens halve dagen: 34 + 39 procent.
- Oriënteren ander werk: 46 + 33 procent.
- Omscholen: 45 + 33 procent.
- Regelmatig rusten: 12 + 24 procent (va 2 + 14%, ba 17 + 31%).
- Grenzen niet overschrijden: 25 + 35 procent (va 14 + 22%, ba 28 + 40%).
- Beperkingen accepteren: 32 + 33 procent (va 24 + 24%, ba 36 + 38%).

10. Kunt u een schatting geven van het voorkomen van adequaat en inadequaaf herstelgedrag?
61 procent zag overwegend adequaat herstelgedrag en 25 procent even vaak adequaat als inadequaaf (va 42 + 38%, ba 73 + 17%).

11. Wat doet u als u het herstelgedrag inadequaaf vindt, altijd en soms?

- Bespreken cliënt: 79 + 18 procent (va 74 + 23%, ba 86 + 9%).
- Alternatieven noemen: 80 + 15 procent (va 70 + 25%, ba 86 + 9%).
- Rapporteren: 57 + 35 procent (va 73 + 23%, ba 47 + 42%).
- Beperkingen minder inschatten: 9 + 46 procent (va 12 + 51%, ba 8 + 42%).
- Doelen cliënt onderzoeken: 65 + 29 procent (va 55 + 38%; ba 71 + 25%).
- Autonomie onderzoeken: 49 + 37 procent.
- Maatregel adviseren: 3 + 55 procent (38% niet).

12. Wanneer moet er volgens u gerapporteerd worden over herstelgedrag?
21 procent rapporteert altijd en 15 procent bijna altijd; 43 procent rapporteert alleen, als het herstelgedrag stagneert (va 37 + 30 + 20%; ba 12 + 7 + 56%).

13. Hoe vaak leidt een advies over inadequaaf herstelgedrag tot een maatregel van een werkgever of UWV?
Volgens 30 procent soms, volgens 50 procent zelden en volgens 13 nooit (va 22 + 45 + 24%; ba 34 + 53 + 7%).

14. Wat vindt u van sanctioneren op grond van juridische bepalingen, helemaal eens of enigszins?

- Nuttig, ook plichten: 56 + 27 procent.
- Negeren: 6 + 15 procent (va 13 + 17%, ba 3 + 14%).
- Beperkingen minder inschatten: 3 + 19 procent (va 5 + 36%, ba 1 + 9%).
- Dwang helpt niet: 8 + 18 procent.

- Behandeling afdwingen helpt niet: 6 + 17 procent.
 - Medicatie afdwingen helpt niet: 4 + 16 procent.
 - Stok achter de deur: 31 + 47 procent (va 40 + 46%; ba 26 + 47%).
 - Bevordert werkhervatting niet: 7 + 18 procent.
 - Bevordert werkhervatting wel: 16 + 47 procent.
 - Onuitvoerbare papierwinkel: 13 + 30 procent (va 22 + 36%; ba 7 + 26%).
15. Wat zijn de belangrijkste knelpunten waar u tegenaan loopt bij het beoordelen van en begeleiden bij herstelgedrag (bijvoorbeeld in de regelgeving, in vakinhoud of in organisatie)?
- Samenwerking gezondheidszorg of organisatie (70 procent: geen tijd, info, lukt niet).
 - UWV (66 procent: met name herbeoordelingen).
 - Cliënt (38 procent: perceptie, omgeving, advocatuur).
 - Regelgeving (37 procent: privacy, beroepsgeheim).
 - Kennis en vaardigheid (34 procent: criteria, complexiteit).
16. Wanneer past u een wel geïndiceerde sanctie niet toe? Verzekeringartsen gaven als antwoord:
- Financieel maakt het toch niets uit.
 - Cliënt kan therapie niet betalen.
 - Organisatie doet toch niets.
 - Dwang helpt niet.
 - Dwang bevordert motivatie niet.
 - Ethische overwegingen.
 - Liever herstelbaarheid bieden.
 - Zorgtaken cliënt.
 - Ernstige aandoening.
17. Wat hebt u als verzekeringsarts nodig in een richtlijn over herstelgedrag?
- Concrete suggesties (45 procent: richtlijn zelf).
 - Wat te doen met beoordeling (30 procent: geen goede behandeling).
 - Criteria beoordeling adequaat/ niet adequaat (27 procent: verwijtbaarheid).
 - Analyse herstelgedrag (19 procent: benoem aspecten).
 - Waardering medische behandeling (14 procent: meewerken cliënt).
 - Geschil van mening curatieve sector (10 procent: handelwijze).
 - Regelgeving (9 procent: wetsartikelen verduidelijken).
 - Sancties (8 procent: welke, wanneer wel, wanneer niet).
-

B5.4 Enkele conclusies

Eerder vond in 1997 een beperkt onderzoek plaats naar de opvattingen over herstelgedrag onder 49 verzekeringsartsen, die bovendien 169 cliënten een vragenlijst over hun herstelgedrag lieten invullen. Bij dat onderzoek bleek dat zowel de artsen als de cliënten het zwaartepunt legden op de medische en gezondheidszorgaspecten van herstelgedrag. Bij ruim 75% van de cliënten werd het herstelgedrag adequaat gevonden, in overgrote meerderheid gebaseerd op gezondheidgedrag. Inspanning om te kunnen werken werd veel minder gerapporteerd.¹⁰⁹

Een peiling op de schaal van het huidige onderzoek, ook onder bedrijfsartsen, heeft niet eerder plaatsgevonden. De resultaten van deze enquête geven op belangrijke onderdelen een redelijke indicatie van waar de overeenstemmingen en de discussiepunten liggen. Als zodanig heeft de enquête voor het opstellen van het protocol een functie gehad. De generaliseerbaarheid van deze enquête is echter beperkt. Er is maar een klein deel van de beroepsgroep bereikt en onbekend is hoe de respondenten zichzelf hebben geselecteerd. De uitspraken die gevraagd werden zijn tamelijk algemeen gesteld, waardoor de betekenis van de antwoorden niet zeer scherp is af te bakenen. De rubricering van de open vragen is gemeenschappelijk opgesteld door de drie onderzoekers, maar de antwoorden zijn wegens tijdgebrek slechts door één onderzoeker gescoord.

In elk geval geeft de enquête een belangrijke aanwijzing dat verzekeringsartsen het beoordelen van herstelgedrag als vast onderdeel van hun werk zien. Daarbij behoren beschrijven en beoordelen, onderkennen van stagnatie, aandragen van alternatieven en motiveren van de cliënt. Voor zover de huidige enquête vergelijkbaar is met die uit 1997 lijkt het erop dat verzekeringsartsen inmiddels breder kijken dan alleen naar de strikt medisch inhoudelijke aspecten. Veel verzekeringsartsen realiseren zich dat hun eigen waarden en normen een rol spelen bij deze beoordelingen. Wat wel of niet adequaat is, hangt volgens de respondenten sterk af van de situatie. Er is geen universeel adequaat herstelgedrag of het moet het maken van keuzes in de persoonlijke sfeer zijn. Als een verzekeringsarts niet adequaat herstelgedrag vaststelt, wordt dat meestal besproken en ook wordt geprobeerd dat beter te begrijpen. Sancties aan de orde stellen, al was het maar als drukmiddel, wordt zinvol gevonden. Een sanctie adviseren is minder eenduidig: 45 procent van de respondenten ziet dat wel als taak, 45 procent niet. Niet adequaat herstelgedrag kan (een) aanleiding zijn beperkingen minder ernstig in te schatten, maar zeker niet als regel.

¹⁰⁹ Boer WEL de, Hartnagel AA, Prins R, Reuling A. *Herstelgedrag: theoretische en empirische invalshoeken*. Lisv, Amsterdam, 1998.

De verschillen in opvatting tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen zijn in het algemeen niet groot en lijken vooral bepaald door verschil in werksetting.

De uitkomsten lenen zich overigens goed voor verdere studie en bewerking, met name de casuïstiek van de open vragen.

B

Commissie en commentaarronde

Werkgroep Participatiegedrag

- Mr. W.A. (Jim) Faas, verzekeringsarts UWV, *voorzitter*
- S. (Simon) Knepper, verzekeringarts, *secretaris*
- Dr. M. (Martin) Appelo, gezondheidszorgpsycholoog, senior onderzoeker Centrum Integrale Psychiatrie Lentis, universitair docent Psychologie, RUG
- I.F.D. (Ingeborg) van den Bold, verzekeringsarts UWV
- S. (Simone) den Brinker, bedrijfsarts
- L.R. (Bert) Cornelius, verzekeringsarts UWV
- Prof. mr. A.C. (Aart) Hendriks, hoogleraar Gezondheidsrecht Universiteit Leiden
- M. (Margriet) van Heugten-Hoogendoorn, verzekeringsarts UWV
- J.G.N.M (Jan) Hoevenaars, verzekeringsarts, medisch adviseur Movir
- Drs. A. (Anneke) Huson, beleidsmedewerker en projectleider, Stichting Pandora
- Drs. Y. (Ynske) Jansen, projectleider protocollen en richtlijnen arbeid, CG-Raad
- Mr. M.J. (Marja) Kelder, bedrijfsarts Arbo-Unie
- C.A. (Kees) de Kock, huisarts-onderzoeker UMCN
- M.J. (Marten) van Til, bedrijfsarts VUmc

Adviseurs werkgroep

Dr. W.E.L. (Wout) de Boer, verzekeringsarts

Mr. F.M. (Frans) Westerbos, arts

Autorisatiecommissie Verzekeringsgeneeskundige Protocollen

- Prof. dr. J.H.B.M. Willems, *voorzitter*
Bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde AMC/Uva, Coronel Laboratorium voor Arbeid en Gezondheid
- Mevr. Y. Jansen
Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland
- Prof. dr. R.J. van den Bosch
hoogleraar psychiatrie UMCG, Groningen; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
- Prof. dr. J.J.L. van der Klink
bedrijfsarts, psycholoog, hoogleraar sociale geneeskunde, UMC, Groningen
- Dr. H. Kroneman
verzekeringsarts; UWV
- A.H.J.M. Sterk
verzekeringsarts en bedrijfsarts;
- Dr. T.M. Pal
Bedrijfsarts, NVAB
- Mevr. A.E. de Wind
Verzekeringsarts, NVVG
- Mevr. J.G. van Balen
Huisarts, NHG
- R. Kolsteren, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- R.H.C.J. Mentink, *secretaris*
bedrijfsarts en verzekeringsarts, projectleider VGI

Leden van beide commissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise in zake het op te stellen verzekeringsgeneeskundige protocol of autorisatiebeoordeling. Zij kunnen echter ook belangen hebben. Dat behoeft geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van de betreffende commissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en naar de overige leden van de commissie als naar de NVVG. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen, die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de commissie te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen.

Commentaarronde

In de conceptfase is dit protocol met de bijbehorende toelichting en bijlagen voor commentaar voorgelegd aan een aantal organisaties en personen. Deze dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst. Van de volgende organisaties en personen hebben we een reactie ontvangen:

- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA)
- UWV Sociaal Medische Zaken
- UWV Bezwaar en Beroep
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad)
- Stichting Pandora
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV)
- Specialisatie Vereniging Sociaal Zekerheidsrecht (SSZ)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Prof. A.J. Akkermans, hoogleraar Privaatrecht VU
- Prof. W.H.A.C.M. Bouwens, hoogleraar Sociaal recht VU
- Mw. mr. M. Opdam, onderzoeker afdeling Staats- en bestuursrecht VU

