



Rob Kok: 'We moeten dokter durven zijn'

'Laat je niet op de kop zitten door mogelijke juridische gevolgen van je medische oordeel'

Rolf Blijleven, Bas Sorgdrager, Frans Marcelissen

Begin dit jaar werd Rob Kok (1966) voorzitter van de NVVG. TBV sprak met hem over zijn agenda als voorzitter en over de haken en ogen aan prognostiek en de sociaal-geneeskundige praktijk.

Kun je iets vertellen over je achtergrond?

Ik ben eerst wiskunde gaan studeren in Delft, maar dat heb ik niet lang volgehouden. Ik wilde toch iets met mensen. Voor geneeskunde werd ik uitgeloot, dus toen ben ik psychologie gaan studeren in Utrecht. Mijn doctoraal neuropsychologie heb ik gedaan in Tilburg, maar in die tijd was de arbeidsmarkt heel slecht. Toen ben ik alsnog geneeskunde gaan doen. Rond mijn dertigste werd ik arts-assistent, in 1999 ben ik begonnen bij het GAK, later UWV, en in 2005 ben ik geregistreerd als verzekeringsarts. Daarna kon ik promotieonderzoek gaan doen bij het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG), naast mijn werk als verzekeringsarts. In 2014 ben ik gepromoveerd en daarna heb ik een jaar in de particuliere sector gewerkt. Inmiddels ben ik terug bij UWV en het KCVG. Dat is goed te combineren met het voorzitterschap van de NVVG.

Wat was je promotieonderzoek?

Ik ben gepromoveerd op het evalueren van EBM-onderwijs (EBM: evidence-based medicine, red.). We hebben een EBM-interventie ontworpen, van vijf dagen verspreid over een half jaar, met veel huiswerkopdrachten. Die interventie is geëvalueerd, met een interventiegroep en een controlegroep van allebei zo'n 65 man. Na vijf maanden hebben we gekeken of we de processtappen van EBM – zaken als de beantwoordbare vraag, zoeken met de juiste steekwoorden in de juiste bronnen, de *critical appraisal* – terugzagen in de rapportages die verzekeringsartsen maakten in hun reguliere werk. Daaruit bleek dat verzekeringsartsen die daarin zijn opgeleid, dat vaker en beter doen dan de controlegroep.

Werd de kwaliteit van het oordeel ook beter door die opleiding?

Nou, aanvankelijk was ik eigenlijk op zoek naar een onafhankelijke kwaliteitsmeter, maar die bestaat niet. Als je gebruik maakt van wetenschappelijke literatuur en je probeert die te integreren in je oordeelsvorming, dan vinden we dat al 'kwaliteit'. De verwachting was

dat de kwaliteitsmeter als het ware verder uitslaat als mensen zo'n EBM-interventie toepassen, maar dat heb ik gaandeweg los moeten laten. Wel denk ik dat oordelen en adviezen van hogere kwaliteit zijn, als die zijn afgezet tegen de *evidence* die er is.

Een onafhankelijke kwaliteitsmeter bestaat niet. Vind je het jammer dat je die conclusie hebt moeten trekken?

Nee, helemaal niet. Uit mijn onderzoek blijkt namelijk ook dat verzekeringsartsen onzeker blijven over hun oordeelsvorming, ook als ze het inzetten van EBM beheersen. Bij UWV begeleid ik casuïstiekgroepen die werken aan mediprudentie, daar zie je hetzelfde. De oplossing kwam uit die groepen: elke zes tot acht weken bij elkaar komen en de methodiek oefenen aan de hand van echte casuïstiek. Daarin komen twee dingen samen die UWV belangrijk vindt: EBM en mediprudentie. Daarom krijgen wij van UWV alle ruimte om die casuïstiekgroepen procesmatig te begeleiden. En dan zie je dat de casuïstiek en de oordeelsvorming toch op een hoger plan komen. Vanuit mijn onderzoek was ik al langer betrokken bij de mediprudentiecommissie, ik heb er ook onderwijs in gevolgd en gegeven, en ik vind het ook leuk. Dus als de vraag opkomt of er op een goede manier is gezocht in de mediprudentie, dan word ik vaak als eerste aangekeken. De rode draad in mijn loopbaan is denk ik een zekere honger naar kennis, en waar en hoe je die vindt. Die methodiek en die systematiek, die is in EBM sterk uitgekristalliseerd. Dus ik vind het ook heel leuk als ik dat kan toepassen en aan mensen kan leren.

Door de associatie met jurisprudentie heeft mediprudentie een te zware lading gekregen

Mediprudentie is een interessante bron van kennis, maar jammer genoeg alleen toegankelijk voor mensen binnen UWV.

Ja, alle partijen zijn het daarover eens, maar UWV is terughoudend met vrijgave uit angst voor juridisch misbruik. Een begrijpelijke vrees, vind ik. Mediprudentie is iets heel anders dan jurisprudentie en dat moet je de buitenwereld goed duidelijk maken. Misschien helpt het als we het anders noemen: voorbeeld-casuïstiek. Het is bedoeld als hulpmiddel voor de professional die wordt geconfronteerd met een verzekeringsgeneeskundig dilemma, om na te gaan wat de *aanpak* was – dus niet

het *oordeel* – in een vergelijkbare casus. Dat is een totaal ander concept dan jurisprudentie.

Bedrijfsartsen willen ook graag het redeneerpatroon van verzekeringsartsen kunnen volgen.

We staan zeker open voor uitwisseling. De database bevat ongeveer 150 casussen, maar die wordt nog niet zo vaak geraadpleegd. De verwachting is dat dat verbetert als-ie openbaar is.

Hoe kwam je ertoe om voorzitter van de NVVG te worden?

In de zomer van 2014 werd ik gepolst of ik 'iets' bij de NVVG wilde doen. September 2015 is me gevraagd of ik voorzitter wilde worden, door Sylvia van der Burg-Vermeulen en Jim Faas (respectievelijk directeur en voormalig voorzitter van de NVVG, red.). Dus ik vroeg: "Waarom kiezen jullie voor mij?" Nou, vanwege de wetenschappelijke achtergrond, en ze zagen in mij iemand die verbanden zou kunnen maken, in het algemeen en met de jongere collega's, die we hard nodig hebben. Ik praat vrij makkelijk, je kunt mij wel voor een zaal zetten. Je bent natuurlijk het uithangbord van de vereniging. Voor mij is het een eer, én een uitdaging.

Wat staat er op jouw agenda voor de beroepsgroep?

Belangrijk voor mij is dat verzekeringsartsen en bedrijfsartsen elkaar over en weer feedback geven als het ertoe doet, maar ook verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen over en weer. Er moet meer afstemming tussen de professionals komen. Daarmee kunnen we het vak op een hoger plan brengen.

Er zijn nogal wat obstakels die de afstemming tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts hinderen.

Ja. Vroeger had je vooroverleg. De politiek heeft bedacht dat daar dingen werden bekonkeld, en misschien is dat incidenteel ook wel gebeurd, maar daarom is er een scheiding aangebracht: de bedrijfsarts heeft een begeleidende rol, de verzekeringsarts een oordelende rol. Door die strikte scheiding is het kind met het badwater weggegooid. Het is in het belang van de werknemer als bedrijfsarts en verzekeringsarts van elkaar weten wat ze doen, en waarom. Als je elkaars formele rol respecteert, is er niets op tegen om met elkaar te overleggen. Daar wil ik me wel sterk voor maken.

Prognostiek, de onderbouwing van de beoordeling van duurzame arbeidsongeschiktheid, is ruim tien jaar geleden ingevoerd. Hoe heeft het zich ontwikkeld?

Er is een beoordelingskader dat bestaat uit drie stappen. Je probeert te onderbouwen dat er geringe kans is op herstel, in het eerste jaar, in het tweede jaar, of je stelt vast dat er sprake is van een stabiele of progressieve ziekte. Die

stappen zijn bedoeld als hulpmiddel en ze worden over het algemeen goed gehanteerd, maar ze zijn niet per se verplicht. Waar het om gaat is dat je in de prognose moet terugzien welke weging eraan ten grondslag ligt. Soms ontbreekt het daaraan en zie je ook die stappen niet terug.

Door de bedrijfsarts/ begeleider te scheiden van de verzekeringsarts/beoordelaar heeft de politiek het kind met het badwater weggegooid. Ik pleit voor meer interdisciplinair overleg

Kijk je hoe het maken van die prognosestelling wordt ervaren, dan vindt men onderbouwing van oordeelsvorming en prognose heel belangrijk, maar ook dat die prognose vaak lastig te geven is. Comorbiditeit is een probleem. Mensen hebben vaak twee of soms drie ziektes en dan is het heel moeilijk te zeggen wat domineert en wat bepalend is voor de prognose.

Wat zijn de dilemma's van prognostiek?

Je beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor WGA of IVA (werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten en inkomensverzekering voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, red.). IVA was van oorsprong bedoeld voor *definitief* volledig arbeidsongeschikten; bijvoorbeeld voor mensen met een groot CVA, die in een verpleeghuis terecht komen, waarbij de kans op herstel tot enig arbeidsvermogen nihil is. De rest moest allemaal in de WGA 80-100, vanuit een zeker optimisme dat enig herstel op de lange termijn nog voorstelbaar was. Bij een WGA blijf je mensen langer volgen en wordt er een herbeoordeling gepland. Daar kan wel positieve invloed van uitgaan. Maar in de loop der tijd is de scheidslijn tussen IVA en WGA 80-100 dunner geworden, door twee oorzaken. Ten eerste zag je mensen in de WGA na verloop van tijd eerder verslechteren dan verbeteren. Er treedt deconditionering op, de arbeidsmarkt wordt steeds moeilijker, mensen worden ouder en als je maar lang genoeg wacht krijgen mensen er ziektes bij. Dus dat aanvankelijke optimisme is in de loop der jaren gelogenstraft. Soms werd dan achteraf de prognose in twijfel getrokken, maar dat is natuurlijk flauw – de toekomst is nu eenmaal niet te voorspellen. Daarnaast speelde de regelgeving een rol. Bij IVA wordt 75% van het laatstgenoten loon volledig betaald door de overheid. De WGA-uitkering van 70% komt voor een

belangrijk deel ten laste van de werkgevers. De niet-eigenrisicodragers betaalt door de premiedifferentiatie (meer WIA-instroom leidt tot meer premie per werknemer); de eigenrisicodragers betaalt de gehele uitkering of een premie aan een particuliere verzekeraar waar hij het eigen risico weer heeft herverzekerd. Die willen mensen dus overgeheveld zien naar de IVA. Dus werd er bij ons aan de poort gerammeld of wij ons werk wel goed hadden gedaan.

Is dat een weeffout?

Ik denk dat men de consequenties niet heeft overzien. De intentie was goed, maar er is politiek water bij de wijn gedaan en dan krijg je dit soort effecten.

Dat maakt de transparantie van de afweging wel heel belangrijk.

Zeker. Je ziet wel dingen als “er is conform de richtlijn gehandeld”, maar dan moet je ook zeggen wat je uit de richtlijn hebt gebruikt voor je oordeelsvorming en je prognose. Je moet alle curatieve behandelingen op een rijtje hebben, ook welke er nog gaan plaatsvinden, en als je dan nog kennisvragen hebt moet je kijken in richtlijnen en laten zien hoe je dat gebruikt in je afweging. Als je dat goed doet, heb je bij bezwaar en beroep ook meer stof aangeleverd waarop geschoten kan worden. Het zij zo. In dat juridische spanningsveld opereren we nu eenmaal.

Komt het voor dat de richtlijnen goed zijn toegepast, terwijl dan toch een verkeerde afweging wordt gemaakt?

Nee. Je moet je er altijd van vergewissen of de richtlijn van toepassing is op de cliënt. Bij comorbiditeit kunnen alle ziektes een rol spelen voor de belastbaarheid, dus dan moet je niet doen alsof je met één richtlijn alles hebt afgedekt.

De causale denker kijkt puur medisch of de ervaren beperking een gevolg van de ziekte is, de finale denker vormt zich een biopsychosociaal beeld van de patiënt. Hoe zie jij dat onderscheid?

In de sociale zekerheid krijgt het biopsychosociale beeld iets meer gewicht, terwijl in de private verzekeringen meer puur medisch wordt gekeken. Die bandbreedte is er, maar we hebben allemaal de taak om de beperkingen als gevolg van ziekte of gebrek te kenmerken. De ICF, het biopsychosociale model in optima forma, is in ons vak vrij algemeen doorgevoerd. Het gaat om functioneren, en daarbij spelen niet alleen ziekte of gebrek maar ook andere factoren een rol. De bedoeling is dat je een compleet beeld maakt, maar vervolgens in de oordeelsvorming de factoren die niet aan de ziekte gerelateerd zijn, buiten beschouwing laat. Maar dat is soms zo'n spasme! Wat is nou motivatie, en wat is echt niet kunnen? Is het 20%

motivatie, dan tellen we dat niet mee. Dat werkt niet. Maar als je een duidelijk motivatieprobleem constateert bij iemand, moet je daar wel over in gesprek.

Het buiten beschouwing laten van niet aan ziekte gerelateerde factoren leidt soms tot een 'spastische' beoordeling

En hoe zit het met sociale omstandigheden? Iemand zegt door ziekte niet te kunnen werken maar blijkt medisch helemaal in orde te zijn, en na lang doorvragen blijkt dat hij zijn drugsverslaafde zoon niet lang alleen thuis wil laten.

Tja. In de praktijk kan dat heel lastig zijn. Maar het blijft wel sociale geneeskunde. Dus ik stel me voor dat je coulant bent, en tegelijk probeert om zo iemand de juiste richting op te helpen, naar het juiste loket, bij wijze van spreken. Als een bedrijfsarts dat meemaakt moet-ie de werkgever adviseren om naar andere oplossingen te gaan zoeken.

Zelf maak ik wel mee dat mensen in de WIA, die kinderen krijgen, toch goed voor die kinderen kunnen zorgen, van alles met die kinderen doen, met ze meegaan naar sportactiviteiten. Het feit dat ze dat doen en blijkbaar kunnen, betekent niet dat ze de zorg voor die kinderen moeten opgeven, maar wel dat er mogelijkheden zijn om werk te doen. Dat moet je ze wel duidelijk maken.

Is er voor die mensen wel werk?

Dat ligt eraan. Voor mensen van boven de zestig met reële problematiek een prognose doen over werkvermogen blijft lastig.

Maak je onderscheid naar leeftijd?

Officieel niet. Maar je moet ook kijken naar de schadelast, niet alleen voor de maatschappij, maar voor de persoon zelf. Soms zie je nog wel mogelijkheden, maar dan moet je er ook meer effort in steken. Het is asociaal om iemand van dertig af te serveren als arbeidsongeschikt, en het is dus sociaal als je wat harder aan zo iemand trekt. Maar als het nog maar twee jaar consequenties heeft, en iemand veertig jaar gewerkt heeft, dan doe je dat niet. Maar dat is nooit een makkelijke uitweg. Mijn ervaring is dat ouderen die arbeidsongeschikt worden, daar ernstig door teleurgesteld zijn. Je werkende leven moeten beëindigen als gevolg van ziekte ervaart bijna iedereen als een nederlaag.

Worden wel alle kansen benut in de twee jaar tot aan de WIA?

Er wordt tegenwoordig veel meer gekeken naar wat mensen nog wél kunnen. Dat is positief, vooral ook in het belang van de werknemer zelf.

Arbeidsgerelateerde zorg in de eerste twee jaar draagt bij aan een gunstiger prognose. Maar die zorg kost geld. De ziektekostenverzekering dekt dat niet en de werkgever is ook niet verplicht het te betalen. Worden daardoor kansen gemist?

In het algemeen wordt kwaliteit van leven niet alleen bepaald door gezondheid, maar ook door een heleboel andere dingen, waaronder arbeid en een zinvolle dagbesteding. Die zijn heel belangrijk. Dus het werkt zeker ook gunstig als mensen daar uitzicht op hebben.

Hoe zie je arbeidsparticipatie als zorguitkomstmaat?

De mens is meer dan zijn ziekte. In de curatieve sector is dat beseft nog niet bij iedereen doorgedrongen. Er zijn initiatieven om dat wat beter tussen de oren te krijgen, en die juich ik toe. Als de dokter, of de specialist, alleen maar zou bedenken wat de patiënt voor werk doet, en wat de invloed is van zijn of haar ziekte op dat werk en op zijn of haar maatschappelijke rol, dat zou al goud zijn.

Het zou al goud zijn als curatieve collega's aan de patiënt zouden vragen wat de gevolgen zijn van hun ziekte voor hun werk

Het zou ook heel zinvol zijn als de curatieve collega's een arts arbeid en gezondheid zouden kunnen raadplegen. Ik zit in de stuurgroep van een KNMG-project, Doelmatige zorg. Alle acht federatiepartners zijn vertegenwoordigd en de vraag is dus hoe we de zorg doelmatiger kunnen maken. Dat project wordt gefinancierd door VWS. Ik vond het opvallend dat men in eerste instantie alleen maar kijkt naar gezondheidsgerelateerde uitkomstmaten. Het gaat bijvoorbeeld over de vraag of je in de zorg niet te veel diagnostiek inzet. Maar je zou bijvoorbeeld ook in de curatieve zorg iets meer kunnen investeren in het verkorten van wachtlijsten, zodat mensen eerder re-integreren, zodat je aan de uitkeringskant veel meer bespaart. Maar dat stuit tegen een muur, want dan kom je op het terrein van de sociale geneeskunde, en die wordt gefinancierd door Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Men denkt nog onvoldoende in termen van de BV Nederland.

Er zijn veel interventies gericht op terugkeer naar werk, die worden ingezet bij vangnetters. Zijn die effectief?

Ik ken die onderzoeken niet zo precies, maar elke verzekeringsarts kijkt wel of er behandelingen zijn die het beloop kunnen verbeteren. Hoe effectief return-to-work-interventies zijn in termen van percentages mensen die weer aan het werk zijn, weet ik niet. Het is op zich wel goed om te kijken naar arbeidsparticipatie als zorg-uitkomstmaat, maar je moet je er ook weer niet op blindstaren. Een behandeling moet leiden tot betere gezondheid en minder beperkingen. Als dan ook nog iemands motivatie goed is, de coping is in orde en er is geen comorbiditeit, dan gaat het vanzelf al wel richting werk. Een deel van de vangnetters is misschien een wat zwakkere groep met verhoudingsgewijs meer motivatie- en copingproblemen.

Zijn er voldoende instrumenten voor prognostiek?

Aan de ene kant wil men er richtlijnen voor, aan de andere kant wijst men richtlijnen af omdat het kookboek-

geneeskunde zou zijn. Prognosestelling is het moeilijkste onderdeel van ons vak. De afweging wat je wel en niet laat meewegen in je prognosestelling blijft heel lastig. Wij vragen aan onze curatieve collega's ook wel wat ze verwachten van het beloop. Daar wordt vaak zeer terughoudend op gereageerd, ook als je aanvoelt dat er een duidelijke verwachting van een bepaalde behandeling is. Ik denk weleens dat we ons teveel op de kop laten zitten door de mogelijke juridische consequenties van onze uitspraken. We moeten wel dokter durven zijn.

Heb je een boodschap voor de lezers van TBV?

Ik zoek de verbinding en ik wil meer samenwerken met andere disciplines. Er moet meer feedback komen, over en weer. De belangen zijn niet altijd tegenstrijdig. Verzekeringsartsen hebben niet alleen een beoordelende rol, maar we moeten bij arbeidsongeschiktheid ook eruit halen wat er in zit. Ik wil werken aan meer begrip voor elkaars positie, en meer gezamenlijkheid.