



Onderzoeksmethoden standaard

Oktober 2000

Uitgave

Landelijk instituut sociale verzekeringen

Postadres

Postbus 74765

1070 BT Amsterdam

Bezoekadres

Gebouw Metropolitan

Buitenveldertselaan 3

1082 VA Amsterdam

E-mailadres

postoffice@lsv.nl

Internet adres

www.lsv.nl

Algemeen telefoonnummer

020 504 75 00

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	5
1 Inleiding	
1.1 Aanleiding standaard onderzoeksmethoden	7
1.2 Doel van de standaard onderzoeksmethoden	7
1.3. Uitgangspunten	8
1.4 Samenhang met andere standaarden	8
1.5 Opzet van de standaard onderzoeksmethoden	9
2. Kern van de standaard	11
3 Toelichting	
3.1 Algemeen	13
3.2 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek	13
3.2.1 Oriëntatie	13
3.2.2 Het beoordelingsgesprek	14
3.2.3 Medisch onderzoek door de verzekeringsarts	16
3.2.4. Informatie uitwisseling en overleg	17
a) Informatie over het functioneren en de reïntegratiekansen in de werksituatie	17
b) Informatie over het functioneren in de thuis en/of leerwerksituatie	18
c) Informatie over het functioneren in relatie tot het ziektebeeld, behandeling en prognose	19
3.2.5 Onderzoek door derden	19
a) Expertise	19
b) Overige methoden	20
3.3 Verklarende woorden lijst	21
3.4 Literatuurlijst	22

Voorwoord

Hoe de standaard tot stand kwam

Het LISV wilde de conceptstandaard onderzoeksmethoden van de NVVG specifiek toesnijden op de situatie van de verzekeringsarts. De uitgangspunten daarbij worden in de inleiding genoemd. Dit betekende dat bij de ontwikkeling van *deze* standaard werd gekozen voor een werkwijze waarbij ondergetekende de rol kreeg van schrijver/redacteur. S. Knepper, coördinator verzekeringsgeneeskunde, was gedurende dit proces mijn sparringpartner bij het Lisv.

Gelet op de betrokkenheid met deze standaard van velen in dit veld werden de eerste versies besproken in een drietal onderlinge toetsingsgroepen. Ook de PROM en het platform verzekeringsgeneeskunde (PVG) werden gehoord. Een latere versie werd voorgelegd in de gebruikelijke commentaarrronde. Daarna werden discussiepunten en opmerkingen op hoofdlijnen nogmaals getoetst in een drietal sessies. Tevens werden de conclusies uit de kwaliteitsbijeenkomsten meegenomen die door het Lisv in het najaar van 1999 werden georganiseerd. Dit betekende dat de standaard in zijn kern werd uitgediept en bijgeschaafd tot de vorm zoals zij nu voor u ligt. “Houd de standaard zelf helder, simpel en toetsbaar” was het devies.

Voor de totstandkoming van deze standaard wil ik met name bedanken:

- I. OT groep GAK Zwolle
- II. OT groep SFB Noord Oost
- III. OT groep WOSM
- IV. PROM groep waarin deelnamen: L. Van der Beek, E.L. de Boer, F. Felder, A. Franzen, L. Jansen Koster, G. van Strien, C. Wever, H. Willems, C. Zeelenberg
- V. PVG waarin deelnemen: H. de Wolff (Cadans), J. Csanky-Achilles (SFB), N.H.Th. Croon (GAK), H.F.I. Boersma (USZO) en P.A.M. van Rijn (Lisv)
- VI. Uit de commentaarrronde: allen van wie ik hun betrokken, kritische en opbouwende reacties mocht ontvangen.
- VII. Degenen die gevolg gaven aan de uitnodiging voor de discussiebijeenkomst:
GAK: Liesbeth Jansen-Koster, Lex van der Ven, Henk van der Waart, Han Hullen.
Cadans: W. Otto
NSPH: A. Bisschop
WOSM: R. van de Oever, Bart Linders
USZO: W. Winkel
Lisv: S. Knepper, W.E.L. de Boer

Epe 10 februari 2000, T. Buers, verzekeringsarts

1 Inleiding

1.1 Aanleiding standaard onderzoeksmethoden

De verzekeringsarts heeft tot taak de *mogelijkheden tot functioneren* van de cliënt vast te stellen. Deze beoordeling vormt de basis voor de claimbeoordeling, de reïntegratie en de indicering van hulpmiddelen.

Door professionele ontwikkeling op dit veld en de politieke belangstelling is de behoefte aan een specifiek verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethodiek gegroeid.

Een eerste aanzet daartoe werd gegeven door de ontwikkeling van het MAOC in 1996. Dit geeft de verzekeringsarts een werkkader om tot inzichtelijke en beargumenteerde beoordelingen te komen. De behoefte aan concretisering daarvan voor het praktisch verzekeringsgeneeskundig handelen is sedertdien sterk toegenomen.

Aan de basis van deze standaard onderzoeksmethoden liggen twee concepten ten grondslag:

- de standaard onderzoeksmethoden bij psychische stoornissen door het GAK ontwikkeld in opdracht van het toenmalige Tica in 1996;
- de standaard onderzoeksmethoden in 1997 ontwikkeld door de werkgroep Projectgroep OnderzoeksMethoden (PROM) van de NVVG in opdracht van het LISV.

1.2 Doel van de standaard onderzoeksmethoden

Deze standaard:

- biedt houvast aan de verzekeringsarts. Hij draagt bij aan de afstemming in de wijze van het verzekeringsgeneeskundige werken waardoor de dienstverlening aan professionele effectiviteit, efficiëntie en inhoudelijke kwaliteit wint.
- geeft inzicht in de manier waarop de verzekeringsarts de mogelijkheden tot functioneren van de cliënt onderzoekt. Hierdoor wordt dit handelen beter begrijpbaar en toetsbaar voor cliënt, opdrachtgever en (medische) collegae, tevens kunnen verwachtingen beter worden afgestemd.

De standaard *beperkt* zich tot het verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Het betreft *niet* het proces van oordeelsvorming. Dit betekent dat argumentatie en de wijze waarop mogelijkheden beschreven worden (bijvoorbeeld volgens de FIS methodiek en het rapportageprotocol) hier *niet* aan de orde komen.

De specifieke “verzekeringsgeneeskundige onderzoeksbril” wordt duidelijk. Tegelijkertijd worden elementen zichtbaar die uitgewerkt kunnen worden bij verdere ontwikkeling en professionalisering van dit vakgebied.

1.3 Uitgangspunten

Uitgangspunten om bovengenoemde concepten bij te stellen en verder te ontwikkelen zijn:

- *De standaard onderzoeksmethoden is expliciet gericht op het onderzoeken van mogelijkheden en sluit daarbij aan op het MAOC en andere standaarden.* Dit betekent dat de standaard toegesneden is op het onderzoek van de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren en *niet* op verklaring van zijn ziektebeeld. Hiermee bepaalt het vak haar onderzoeksperspectief. Het onderscheid met de manier van werken van de behandelende sector wordt daardoor duidelijker.
- *De opzet van de standaard onderzoeksmethoden biedt ruimte om nieuwe methoden en technieken direct te laten aansluiten.* Te denken valt bijvoorbeeld aan de ontwikkelingen rond de FCE, het rugonderzoek en training, de inzet van nieuwe andere deskundigheden, de vraag naar de waarde en plaats van het gebruik van vragenlijsten. In deze gevallen is vaak nader onderzoek nodig om de betekenis voor de verzekeringsgeneeskunde en de indicaties van deze methodieken duidelijk te maken. Desgewenst kunnen zij onder de paragraaf "waarnemingen derden" toegevoegd worden.
- *De standaard is toegesneden op de verzekeringsarts en bruikbaar in de dagelijkse praktijk.* Het beschrijft de verzekeringsgeneeskundige activiteiten en indicaties daarvan op hoofdlijnen. Dit betekent dat de dilemma's in de beoordeling en de interpretatieruimte waarmee de beoordelaar te maken krijgt, blijven bestaan. Per individuele beoordelingssituatie zal de verzekeringsarts een afweging moeten maken. Daarmee wordt duidelijk dat een professionele benadering van deze problematiek noodzakelijk is.

1.4 Samenhang met andere standaarden

Conform de standaard *MAOC* en *GDBM* richt deze standaard zich op de mogelijkheden tot functioneren van de cliënt. Voor de arts-cliëntrelatie gaat deze standaard uit van de verzekeringsgeneeskundige *gedragscode*.

Voor de communicatie met de cliënt met name voor die situaties, waar de verzekeringsarts toestemming vraagt aan de cliënt voor overdracht en uitwisseling van gegevens wordt verwezen naar de standaard *beheer medische gegevens*.

Voor de toetsing van de externe consistentie en voor de beoordeling van de relatie met de stoornis is de standaard *communicatie met behandelaars* van belang.

Voor het vaststellen van de relatie met de handicap gaat het om de samenwerking met de arbeidsdeskundige. De voorwaarden daarvoor zijn geformuleerd in twee richtlijnen te weten: *samenwerking tussen arbeidsdeskundige en verzekeringsarts* en *professionele eindselectie*.

De verslaglegging van de beoordeling wordt beschreven in de sinds 1987 bestaande richtlijn *rapportagetechniek*, die in 1999 geactualiseerd is.

1.5 Opzet van de standaard onderzoeksmethoden

De standaard bestaat uit twee delen die elkaar aanvullen en daardoor niet los van elkaar te zien zijn. In de “kern” worden de hoofdpunten uit de standaard beschreven. De toelichting geeft achtergrondinformatie op de standaard en een meer gedetailleerde uitwerking van de genoemde punten.

Binnen het perspectief van deze standaard is het mogelijk in de toekomst onderdelen toe te voegen op de volgende punten:

- invoegen van nieuwe onderzoeksmethodieken en toevoegen van het (lichamelijk) onderzoek specifiek gericht op beperkingen;
- aanvullende onderzoeksmethoden door derden, hun indicatie en waarde voor de verzekeringsgeneeskunde.

2 Kern: Standaard verzekeringsgeneeskundig onderzoek

1. Doel

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft tot doel om tot een *beargumenteerd oordeel* te komen over de mogelijkheden die een cliënt heeft om te kunnen *functioneren*.

2. Onderdelen van het onderzoek

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek bestaat uit:

2a Oriëntatie op de reeds aanwezige gegevens. Aan de hand van de aanwezige gegevens gaat de verzekeringsarts na of nader onderzoek nodig is. Indien dit het geval is expliciteert hij zijn (onderzoeks)vraagstelling.

De verzekeringsarts formuleert en beargumenteert zijn conclusies, als verder onderzoek niet noodzakelijk blijkt. Hij beoordeelt of het telefonisch of schriftelijk (laten) vragen van nadere informatie bij de cliënt of anderen tot het formuleren van conclusies kan leiden dan wel zijn verdere onderzoek effectiever kan laten verlopen.

2b Het beoordelingsgesprek omvat een *inventarisatie* door de verzekeringsarts van: de concrete beperkingen die de cliënt in zijn functioneren zegt te ervaren, wat de cliënt denkt nog wél te kunnen van diens activiteiten om (weer) te kunnen functioneren: *herstelgedrag*. De verzekeringsarts beoordeelt de mededelingen van de cliënt op hun plausibiliteit en consistentie.

2c Medisch onderzoek omvat een gericht onderzoek naar de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de cliënt. De verzekeringsarts beoordeelt of de bevindingen in overeenstemming zijn met reeds bekende gegevens en met wat de cliënt over zijn beperkingen meegedeeld heeft.

2d Overleg met derden omvat communicatie op indicatie met arbeidsdeskundigen, behandelaars, bedrijfsartsen, werkgevers en andere belangrijke derden. De verzekeringsarts toetst de mededelingen van de cliënt aan informatie die hij van deze derden krijgt, stelt zijn beeldvorming zo nodig bij. De verzekeringsarts overlegt ook met derden om de reïntegratie te bevorderen.

2e Onderzoek door derden omvat advies door arbeidsdeskundigen, ergonomen, psychologen, medisch specialisten en na functional capacity evaluation, work-samples, proefplaatsing, multifactoriële assessment, fitness- en conditietraining, psychologische counseling en dergelijke. De verzekeringsarts stelt de indicatie en blijft, gehoord het verkregen advies, eindverantwoordelijke voor de beoordeling van de mogelijkheden tot functioneren.

3 Uitvoering van het onderzoek

Het is zelden noodzakelijk om alle stappen in dit onderzoek te doorlopen.

Behoudens specifieke indicaties is de volgorde hiërarchisch. Afhankelijk van de plausibiliteit en consistentie van verkregen informatie en indrukken (observaties)

indiceert de verzekeringsarts de uitgebreidheid van het onderzoek. Dit kan zowel schriftelijk, telefonisch als in een persoonlijk gesprek plaatsvinden. De verzekeringsarts bepaalt of delen van het onderzoek gedelegeerd kunnen plaatsvinden. Hij blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de inhoudelijke conclusies tegenover cliënt en opdrachtgever.

3 Toelichting

De toelichting geeft verduidelijking van de kern en licht een aantal keuzes toe. Tevens worden bepaalde punten uitgewerkt of wordt een voorbeeld gegeven.

3.1 Algemeen

Doel

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft tot doel om tot *een beargumenteerd oordeel* te komen over de mogelijkheden die de cliënt heeft om te functioneren. Dit is conform het MAOC.

De standaard concentreert zich op het onderzoek in het *kader van de beoordeling* van de mogelijkheden. Deze keuze is gemaakt voor de vorm van de standaard ter wille van de duidelijkheid. Maar ook omdat door de context waarin vele verzekeringsartsen op dit moment werken het accent in het gesprekcontact op het beoordelen ligt en niet op bevordering van herstelgedrag en/of reïntegratie. Dit neemt niet weg dat bij het verzekeringsgeneeskundig onderzoek *ook* invloed uitgeoefend kan worden op de reïntegratie.

Onderzoeksactiviteiten

De verzekeringsarts heeft de regie in het onderzoek: hij *indiceert* de onderzoeksactiviteiten en is *inhoudelijk verantwoordelijk*.

De *onderzoeksactiviteiten* die hier worden beschreven hebben vooral te maken met het proces van *beeldvorming*: “Wat is met het functioneren van deze cliënt hier en nu aan de hand en wat betekent dat voor de mogelijkheden tot functioneren en welke mogelijkheden heeft de cliënt om hierin verbetering aan te brengen?”

Processen als oordeelsvorming en besluitvorming worden *niet* in de standaard behandeld. Toetscriteria werden reeds in het MAOC beschreven. Iedere casus vraagt ook om *maatwerk* vanuit een professioneel sociaal-medisch referentiekader.

In theorie zijn beeldvorming en oordeelsvorming te scheiden. In de praktijk van de verzekeringsarts blijkt deze scheiding lastig. Hypothesen, indrukken en het eigen referentiekader bepalen mede welke informatie gezocht wordt en hoe dit gebeurt.

3.2 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek

3.2.1 Oriëntatie

Doel

Het doel van de oriëntatie is het verzekeringsgeneeskundig onderzoek professioneel effectief en efficiënt in te richten. Het kenmerkt de kwaliteit van het handelen waarbij de professional zich “meester toont door zich te beperken tot het essentiële”, de cliënt niet onnodig belast wordt en voor de opdrachtgever de kosten in de hand gehouden worden.

Inhoud

De oriëntatie richt zich op:

- de vraag van de opdrachtgever en de context waarbinnen die gesteld wordt;
- reeds aanwezige relevante gegevens;
- het feit of de gestelde vragen door de verzekeringsarts te beantwoorden zijn.

Indicatie

Oriëntatie vindt altijd plaats. De verzekeringsarts kan de oriëntatie op de gegevens delegeren aan derden met uitzondering van de medische gegevens (bijvoorbeeld claimbehandelaar, wetstechnisch medewerker, arbeidsdeskundige). Dit zal afhankelijk zijn van de context waarbinnen de verzekeringsarts werkt.

Uitvoering

- Gegevens kunnen worden aangeleverd via: aanvraagformulier met toelichting, vragenlijst(en), dossiergegevens, telefoonbericht, brieven of rapportages van anderen (bijvoorbeeld arbeidsdeskundige, bedrijfsarts, huisartsen en overige reeds aanwezige relevante gegevens).
- De verzekeringsarts kan gericht gebruik maken van vragenlijsten.
- Als bij de oriëntatie al voldoende relevante, consistente en plausibele informatie aanwezig is kan de verzekeringsarts op basis van stukken besluiten tot:
 - een beoordeling van de mogelijkheden tot functioneren;
 - nadere vraag voor informatie en/of onderzoek door derden ter completering van zijn eigen beeldvorming en/of toetsing van de consistentie.
- Wanneer de cliënt bij zijn aanvraag aangeeft met de verzekeringsarts te willen spreken gaat de verzekeringsarts hier in principe op in.
- Op basis van de oriëntatie worden de volgende onderzoeksstappen geïndiceerd en gepland.

3.2.2 Het beoordelingsgesprek

Doel

In het beoordelingsgesprek onderzoekt de verzekeringsarts de mogelijkheden tot functioneren en indiceert waar nodig vervolgstappen in het onderzoek.

Inhoud

In het beoordelingsgesprek gaat het om:

- I. Mededelingen van de cliënt: *Inventarisatie van de beperkingen die cliënt in zijn functioneren zegt te ervaren, wat de cliënt denkt nog wel te kunnen, de activiteiten die hij reeds heeft ondernomen om zijn functioneren te verbeteren en die van hem gevraagd kunnen worden (herstelgedrag);***
- II. Indrukken van de verzekeringsarts over de *plausibiliteit en consistentie van de gegevens naar aanleiding van zijn gesprek met en observaties van de cliënt. De verzekeringsarts toetst deze gegevens aan zijn sociaal-medisch referentiekader en indiceert op basis van deze toetsing nader medisch onderzoek.***

Herstelgedrag:

Onder herstelgedrag wordt het gedrag van de cliënt verstaan dat gericht is op het herstel van het functioneren (leef- en werksfeer).

In het verzekeringsgeneeskundig onderzoek ligt het accent op *mogelijkheden*. Daarom *bespreekt* de verzekeringsarts met de cliënt wat deze heeft ondernomen en wat hij zou kunnen ondernemen om tot verbetering van zijn functioneren te komen (eventueel *ondanks* ziekte).

De aandacht gaat *verder* dan behandeling, behandelresultaat en therapietrouw. Het betreft ook gezondheidsbevorderend gedrag van de cliënt zelf. (Voorbeelden zijn: aanspraak op ontslagbescherming, conditieverbetering, keuzes maken, *éducation permanente*, verwachtingspatroon bijstellen in relatie tot leeftijd, capaciteiten en belasting).

Wanneer de cliënt niet tot een dergelijk gedrag komt, vormt de verzekeringsarts zich een beeld wat hieraan ten grondslag ligt en weegt dit mee in zijn oordeelsvorming over de mogelijkheden tot functioneren.

De relatie met de *beoordeling* van de “verwijtbaarheid” of “inadequaatheden” van het herstelgedrag wordt buiten beschouwing gelaten in deze standaard gelet op de nog niet afgeronde discussie op dit punt. Dit aspect verdient nader onderzoek.

Diagnose

De diagnose is een hulpmiddel om de mogelijkheden tot herstel van functioneren (met name prognose en behandelmogelijkheden) in beeld te brengen en om de logische samenhang tussen beperkingen en functiestoornis te wegen.

Indicatie

De verzekeringsarts voert altijd een beoordelingsgesprek met de cliënt om tot een beoordeling van de mogelijkheden te komen, tenzij bij de oriëntatie reeds voldoende informatie aanwezig was.

Uitvoering

- *Uitgebreidheid van onderzoek*
De uitgebreidheid en diepgang van het gesprek zijn per cliënt verschillend. De verzekeringsarts bepaalt afhankelijk van de aard, ernst, complexiteit van de problematiek en de context (REA, WAO, WAZ, WAJONG, ziektewet e.a.)

waarbinnen de vraag gesteld wordt de uitgebreidheid van het onderzoek, gesprekssituatie en daarmee ook de tijd die dit vergt;

- De verzekeringsarts heeft de keuze uit de volgende gesprekssituaties: spreekuuronderhoud, telefonisch contact en huisbezoek;
- Over het algemeen betekent dit dat naarmate de mogelijkheden tot functioneren minder evident zijn en ook de samenhang met de (functie)stoornis vragen oproept, het verzekeringsgeneeskundig onderzoek uitvoeriger zal zijn.
- De verzekeringsarts zal soms niet alle benodigde gegevens in één gespreksactiviteit kunnen verkrijgen. Dan wordt binnen *dezelfde* beoordeling een vervolgesprek geïndiceerd.

3.2.3 Medisch onderzoek door de verzekeringsarts

Doel

Medisch onderzoek door de verzekeringsarts heeft tot doel:

- om aanvullend op de mededelingen van de cliënt een beeld te vormen over de mogelijkheden tot functioneren;
- de mededelingen van de cliënt te toetsen op plausibiliteit en consistentie.

Inhoud

Het medisch onderzoek omvat de volgende elementen:

- III. Observaties
- IV. Gerichte anamnese
- V. Lichamelijk onderzoek

Indicatie

Observaties zijn onlosmakelijk met het beoordelingsgesprek verbonden, maar vinden evenzeer tijdens het lichamelijk onderzoek plaats. Observaties staan niet apart en vinden dus *altijd* plaats.

Gerichte anamnese. De verzekeringsarts bepaalt de aard en uitgebreidheid van de gerichte anamnese op basis van de interpretaties van de reeds aanwezige gegevens (mededelingen van cliënt uit het beoordelingsgesprek, eventuele mededelingen van bedrijfsarts, behandelaar).

Met een gerichte anamnese toetst de verzekeringsarts de factoren die tot het onvermogen leiden (sociaal-medische analyse van het functioneringsprobleem) aan zijn sociaal-medisch referentiekader. Tevens toetst hij resterende mogelijkheden tot functioneren binnen dit kader en beoordeelt hij of de kansen tot verbetering daarvan voldoende benut worden.

Gerichte anamnese betreft zowel somatische, psychologische en psychiatrische aspecten en de samenhang daarvan.

Lichamelijk onderzoek kan plaats vinden om één en of meer van de volgende redenen:

- om de aan klachten gerelateerde beperkingen/mogelijkheden tot functioneren nader te beoordelen op ernst, plausibiliteit en consistentie;

- als de cliënt daarom verzoekt;
- om psychologische redenen;
- als het lichamelijk onderzoek bijdraagt aan zorgvuldige vergelijking van de gegevens.

De indicatie tot en de uitgebreidheid van het lichamelijk onderzoek vergt bij iedere casus een individuele afweging die door de arts beargumenteerd dient te kunnen worden.

Uitvoering

- Voor de uitgebreidheid van het onderzoek geldt hetzelfde als onder het gestelde bij het beoordelingsgesprek. De verzekeringsarts bepaalt de uitgebreidheid en diepgang.
In principe bespreekt de verzekeringsarts met de cliënt welk onderzoek hij waarom verricht en geeft daarna zijn bevindingen weer. In de praktijk betreft dit vooral voor het lichamelijk onderzoek.
- De uitvoering geschiedt 'lege artis' en conform de verzekeringsgeneeskundige gedragscode.
- De bevindingen worden met de cliënt besproken en deze krijgt de gelegenheid hierop te reageren.

3.2.4 Overleg met derden

Doel

Het inwinnen en/of uitwisselen van informatie heeft tot doel:

- de consistentie van de claimklachten en de ervaren beperkingen te toetsen;
- de mogelijkheden tot functioneren van de cliënt mede in beeld te brengen en te beoordelen;
- reïntegratiemogelijkheden te beoordelen.

Inhoud

De inhoud van de informatie die uitgewisseld wordt heeft betrekking op:

- a) mogelijkheden tot functioneren in de *werksituatie* bij: bedrijfsarts en/of andere discipline van de arbodienst, werkgever en de arbeidsdeskundige
- b) actueel en mogelijk functioneren in de *thuis-* en de *leer-* en/of *werksituatie*: interpretaties en observaties van belangrijke derden voor de cliënt (partner, familieleden, vriend, burens, collegae, stagebegeleider).
- c) *diagnose, prognose en behandelduur en -resultaat* cq. *mogelijkheden, therapietrouw*: huisarts, specialist en/of andere behandelaar.

ad a) informatie over het functioneren en de reïntegratiekansen in de werksituatie

Indicatie

Informatie wordt uitgewisseld met de bedrijfsarts als de verzekeringsarts:

de mogelijkheden tot functioneren en reïntegratiekansen binnen het *eigen werk* wil toetsen en de schriftelijke onderbouwing van de bedrijfsarts onvoldoende duidelijk, plausibel of beargumenteerd is;

- bij de beoordeling van een *deskundigenoordeel* zijn beeldvorming wil

- completeren en/of de consistentie van de reeds gegevens wil toetsen;
- zijn beeld wil completeren en/of toetsen over het *herstelgedrag* van de cliënt en de *reïntegratie-inspanningen*;
- wil *overleggen* over de mogelijkheden tot ondersteuning van reïntegratie.

Informatie wordt uitgewisseld met de arbeidsdeskundige/ werkgever als de verzekeringsarts:

- beeldvorming noodzakelijk acht op enige aspecten van het *werk*;
- de *reïntegratiemogelijkheden* in het eerste spoor wil beoordelen;
- inzicht wil verkrijgen in het meest *recente functioneren* van cliënt.

Uitvoering

- De verzekeringsarts bespreekt met de cliënt waarom hij contact met de bedrijfsarts en/of werkgever opneemt en wat de onderwerpen voor het gesprek zijn.
- Het contact tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts kan telefonisch plaats vinden, in een sociaal-medisch team of schriftelijk. De verzekeringsarts licht zijn eigen visie op de mogelijkheden tot functioneren van de cliënt toe. De bedrijfsarts wordt hier expliciet genoemd, omdat in de praktijk het overleg meestal zo plaats vindt. In principe is informatie uitwisseling ook met andere arbdisciplines mogelijk waarbij gedacht kan worden aan maatschappelijk werk en/of de psycholoog.
- In voorkomende gevallen kan de verzekeringsarts ook direct contact opnemen met de werkgever.
- De verzekeringsarts licht zijn vraag aan de arbeidsdeskundige kort en bondig toe met zijn voorlopige indruk van de mogelijkheden van de cliënt en een globale schets van de gezondheidssituatie en herstel mogelijkheden van de cliënt. Dit gebeurt in principe mondeling.
- Wanneer de verzekeringsarts op grond van de informatie of het overleg met derden tot een ander oordeel komt over de mogelijkheden van cliënt dan hij eerder met de cliënt besproken had, stelt hij de cliënt daarvan op de hoogte.
- De verzekeringsarts handelt overeenkomstig zijn gedragscode.

ad. b) Informatie over het functioneren in de thuis- en/of leer- werksituatie

Indicatie

Contact met belangrijke derden voor de cliënt is geïndiceerd als:

- de toestand van de cliënt zelf zodanig is dat binnen de context van het contact met de verzekeringsarts onvoldoende tot zinvolle communicatie en informatieoverdracht gekomen kan worden en nadere informatie over het functioneren gewenst is;
- de relaties en interacties binnen de sociale omgeving (woon, school, werk) van zeer groot belang worden geacht door de verzekeringsarts om de mogelijkheden tot functioneren en reïntegratie te beoordelen.

Belangrijke derden (sleutelfiguren)

Het gesprek met derden (heteroanamnese) is het gesprek dat de verzekeringsarts op eigen initiatief naar aanleiding van de claim met belangrijke personen uit de directe omgeving van de cliënt voert. Te denken valt aan partner, ouder(s), andere familieleden en aan voor betrokkene andere belangrijke (sleutel)personen zoals vrienden, burens, collegae.

Uitvoering

- De verzekeringsarts bespreekt met de cliënt welke aanvullende informatie hij van wie wil krijgen.
- In de praktijk komt het vaker voor dat de cliënt uit eigen beweging iemand meeneemt naar het spreekuur, dat de verzekeringsarts dit in zijn onderzoek indiceert.
- Indien de cliënt zelf een derde meeneemt naar het spreekuur zal de verzekeringsarts handelen conform de gedragscode.

Ad. c) Informatie over het functioneren in relatie tot de het ziektebeeld, behandeling en prognose

Indicatie/ inhoud en uitvoering

Voor de indicering, beschrijving van de inhoud en uitvoering wordt verwezen naar de standaard: "communicatie met behandelaars" uitgave Tica 1996

3.2.5 Onderzoek door derden

Doel

Het aanvragen van onderzoek door derden heeft tot doel:

- de mogelijkheden tot functioneren van de cliënt *nader* in beeld te brengen
- de aard en ernst van de problematiek, prognose en behandelmogelijkheden in kaart te brengen
- de consistentie van de claimklachten en de ervaren beperkingen te toetsen

a) Expertise

Inhoud

Afhankelijk van de deskundigheid van de expert vraagt de verzekeringsarts naar het resultaat van onderzoek, diagnose, prognose, behandelduur, behandel-mogelijkheden en behandelresultaten.

Indicatie

De gegevens bij het verzekeringsgeneeskundig gesprek en onderzoek, aangevuld met de informatie van de behandelaar bieden onvoldoende duidelijkheid over de mogelijkheden tot functioneren.

In sommige gevallen kan de verzekeringsarts op basis van de stukken (dus al in de oriëntatiefase) tot de conclusie komen dat een expertise nodig is. Bijvoorbeeld omdat in een specifiek geval meer wordt gevraagd dan hij vanuit zijn eigen kennis en vaardigheden kan beantwoorden.

Uitvoering

De verzekeringsarts licht zijn vraagstelling aan de onderzoeker duidelijk toe (eigen bevindingen en voorlopig oordeel).

Uitvoering

- De vraagstelling aan de (medisch) specialist en/of (neuro)psycholoog voor een dergelijk onderzoek is zo gericht mogelijk en betreft vooral de aard, ernst van de stoornis, beloop, prognose, behandelduur en mogelijkheden tot behandeling.
- De verzekeringsarts licht de context van zijn vraagstelling toe en vermeldt relevante eigen onderzoeksbevindingen.
- De verzekeringsarts bespreekt met de cliënt de indicatie voor dit onderzoek, de resultaten daarvan en de betekenis voor de beoordeling van het functioneren met de cliënt.

b) Overige methoden

Op dit moment betreft het: proefplaatsing, worksample methoden, Functional Capacity Evaluation, Rugadviescentra, Psychologische Assessment centra.

Op dit moment ontstaan in snel tempo meer methodieken en centra die met gespecialiseerde deskundigheid de verzekeringsarts gericht ondersteuning zouden kunnen bieden bij het onderzoek naar mogelijkheden en reïntegratiebevordering.

Het is te vroeg om deze onderzoeken al op hun meerwaarde voor verzekeringsarts en hun indicatie te kunnen beoordelen. Nader onderzoek is nodig naar onder andere de methoden van onderzoek, resultaten en de kosten-/batenvoerhouding.

Recent onderzoek van TNO-arbeid (zie literatuur) waarbij verschillende FCE-methoden werden geëvalueerd wezen uit dat deze de oordeelsvorming van de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige niet kunnen vervangen, maar wel ondersteuning bieden op deelgebieden. Alle onderzochte methoden zijn ongeschikt voor de beoordeling van de geschiktheid voor de eigen arbeid.

Hier wordt volstaan met een globale indicatie. Op een later moment -na verdere ontwikkeling, onderzoek en evaluatie- worden de verschillende methoden

uitgewerkt en aan deze standaard toegevoegd.

Voorlopige indicaties

- I. indien de verzekeringsarts nader onderzoek nodig heeft om specifieke of zeer complexe beperkingen in kaart te brengen en dit zelf niet kan.
Voorbeeld: hand en vingerfunctie, aandacht- en concentratie mogelijkheden, IQ;
- II. het uittesten van bepaalde aangegeven beperkingen/mogelijkheden en met name de duurbelasting voor detaillering van de mogelijkheden tot functioneren.
voorbeeld: energetische beperkingen (hart/longfunctie problemen, psychische moeheid).

Uitvoering

- I. De verzekeringsarts bespreekt met de cliënt waarom hij welk onderzoek geïndiceerd acht en vraagt zijn medewerking.
- II. De verzekeringsarts licht de context van zijn vraagstelling toe aan de beoogde onderzoeker en vermeldt relevante eigen onderzoeksbevindingen.
- III. De verzekeringsarts bespreekt de resultaten van het onderzoek en de betekenis daarvan voor de beoordeling van het functioneren met de cliënt.

3.3 Verklarende woordenlijst

Beperkingen (disability)

Vermindering of verlies van activiteiten van normale gedragingen en activiteiten als gevolg van een stoornis. Beperkingen zijn uitingen van ziekte op het niveau van de uitvoering van voor de mens normale activiteiten.

Consistentie (intern)

Logische samenhang -zonder innerlijke tegenspraak- in de mededelingen van de cliënt omtrent de ervaren beperkingen in zijn functioneren.

Consistentie (extern)

Logische samenhang -zonder innerlijke tegenspraak- tussen de aard van de gepresenteerde klachten en het sociaal medisch kennisdomein en de samenhang van de verkregen waarnemingen die de beoordelend verzekeringsarts en anderen gedaan hebben.

FCE

Functional Capacity Evaluation onderzoek.

FIS

Functie Informatie Systeem.

GDBM

Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden (*standaard*).

Handicap

Vermindering of verlies van normale, sociale rolvulling als gevolg van stoornissen of beperkingen.

Herstelgedrag

In verzekeringsgeneeskundige zin betreft herstelgedrag het gedrag van de cliënt dat gericht is op het herstel van het functioneren (privé en in de werksituatie).

ICD

International classification of diseases.

ICIDH

International classification of impairments, disabilities and handicaps.

Klachten

Verbale uitingen van cliënt over de beleving van stoornissen en beperkingen

MAOC

Medisch arbeidsongeschiktheids criterium.

Stoornis (impairment)

Vermindering of verlies van lichamelijke en/of psychische structuur of functie. Stoornissen zijn uitingen van ziekten op het gebied van het organisme.

Plausibel

Het interpreteren van gegevens als geloofwaardig en conform de realiteit.

Ziekte of gebrek in kader van MAOC

Een afwijking van het menselijk organisme met vermindering van autonomie die zich uit in stoornissen, beperkingen en handicap.

3.4 Literatuurlijst

de Boer W.E.L., Hartnagel A., Prins R.
Herstelgedrag tour de horizon
Lisv 1998

Gedragscode verzekeringsartsen
Lisv 1996

Herngreen H. de Boer W.E.L.
Handleiding verzekeringsgeneeskundig beoordelingsgesprek
NSPH Utrecht 1998

Knepper S.,
Meer dan een diagnose
onderzoek bij psychische stoornissen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen
Bohn Stafleu Van Loghum Houten/Diegem 1999

Onderzoek FCE methoden
TNO-arbeid, A. Mul, D. Hazelnet, C. Wevers
Onderzoek voor Verbond van verzekeraars april 1999

Standaard medisch arbeidsongeschiktheids criterium
Lisv, Amsterdam 1996

Standaard onderzoeksmethoden bij psychische stoornissen
Lisv, Amsterdam 1997

Concept standaard arbeidsmedische beoordeling
PROM werkgroep
NVVG december 1997