

# **DE 5 STAPPEN**

## Ethische aspecten bij de beoordeling van herstelgedrag

NVVG commissie Ethiek  
November 2008

De commissie Ethiek van de NVVG bestaat uit:

Peter van Amelsfoort  
Yvonne Cernohorsky  
Bert Cornelius (secretaris)  
Jim Faas  
Dirk Jan Helmink  
Carla Lelieveld  
Lex van de Ven (voorzitter)  
Haije Wind

**Inhoud:**

Achtergrond..... 3

Inleiding..... 3

Ethische aspecten..... 4

    Stap 1: Is beoordeling van herstelgedrag aan de orde? ..... 4

    Stap 2. Is het herstelgedrag inadequaar? ..... 5

    Stap 3. Blijft het herstelgedrag inadequaar? ..... 6

    Stap 4. Is het inadequaat herstelgedrag verwijtbaar?..... 7

    Stap 5. Is de eventuele sanctie aanvaardbaar? ..... 8

Bijlage 1.....10

Bijlage 2.....11

## Achtergrond

Het bestuur van de NVVG heeft de commissie Ethiek verzocht te rapporteren over de ethische aspecten bij de beoordeling van herstelgedrag van cliënten die een WIA-uitkering aanvragen. De aanleiding voor dit verzoek was het NVVG-rapport *Herstelwerk*<sup>1</sup>, waarmee het NVVG-bestuur reageerde op het verzoek van het UWV om te adviseren over de beoordeling van herstelgedrag.

Het NVVG-bestuur heeft het verzoek aan de commissie Ethiek niet nader gespecificeerd. Daarom heeft de commissie de vrijheid genomen om antwoord te geven op de algemene vraag:

*Welke ethische aspecten zijn te onderkennen aan de beoordeling van herstelgedrag van cliënten die een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen?*

Bij de beantwoording van deze vraag heeft de commissie Ethiek gebruik gemaakt van de volgende literatuur: de rapporten *Rust Roest II en III* van de NVVG<sup>2</sup>, het Lisv rapport: *Herstelgedrag: theoretische en empirische invalshoeken* (1998)<sup>3</sup> en het boek *'Herstelgedrag'* (Van den Bold e.a. Bohn Stafleu van Loghum, 2006).

## Inleiding

De nota *Herstelwerk* van de NVVG beperkt zich tot cliënten die na de WIA-claimbeoordeling tijdelijk volledig arbeidsongeschikt (80-100% WGA) zijn bevonden. Dilemma's op het terrein van herstelgedrag kunnen zich echter ook voordoen bij WIA-claimbeoordelingen met een andere uitslag en bij claimbeoordelingen in een ander wettelijk kader, zoals de Ziektewet voor vangnetters en de Wajong. Deze notitie *Ethische aspecten bij de beoordeling van herstelgedrag* is toepasbaar bij *alle* claimbeoordelingen, ongeacht het wettelijk kader en ongeacht de uitslag.

Deze notitie belicht de ethische aspecten die zich kunnen voordoen bij de beoordeling door de verzekeringsarts<sup>4</sup> van gedrag van de cliënt dat zich richt op herstel of verbetering van de gezondheid en van functioneren.

Volledigheidshalve zij hier vermeld dat herstelgedrag óók activiteiten omvat die gericht zijn op hervatten in arbeid. Over de vraag of de cliënt zelf voldoende heeft bijgedragen aan re-integratie, werkhervatting en participatie oordeelt in de eerste plaats de arbeidsdeskundige, al of niet in overleg met de verzekeringsarts.

Deze notitie beoogt slechts handreikingen te bieden aan de verzekeringsarts en biedt geen pasklare oplossingen in individuele gevallen. Zij geeft ook geen antwoord op de vraag wanneer herstelgedrag verwijtbaar inadequaat is. Het is geen protocol, standaard of richtlijn. Deze notitie kan de verzekeringsarts helpen bij de beoordeling of herstelgedrag al of niet adequaat is en vervolgens of inadequaat herstelgedrag al of niet verwijtbaar is, en welke ethische afwegingen daarbij van belang zijn.

Deze notitie heeft een relatie met de verzekeringsgeneeskundige richtlijn *Communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars*<sup>5</sup>.

Toereikende tijd, middelen en deskundigheid van de verzekeringsarts zijn voorwaarden voor een optimale en transparante beoordeling van het arbeidsvermogen in het

<sup>1</sup> [http://www.nvvg.nl/download/content/NVVG\\_rapport\\_Herstelwerk.pdf](http://www.nvvg.nl/download/content/NVVG_rapport_Herstelwerk.pdf).

<sup>2</sup> Rust Roest II uit '01, Rust Roest III uit '06

<sup>3</sup> <http://cba.uwv.nl/cba/opencms/CBA/module6/criteria/11775/01.htm>

<sup>4</sup> Waar de verzekeringsarts of de cliënt met *hij* wordt aangeduid, kan ook *zij* worden gelezen.

<sup>5</sup> <http://cba.uwv.nl/cba/opencms/CBA/module3/414/?chapterIndex=true>

algemeen, en van de beoordeling van herstelgedrag in het bijzonder, conform het *Professioneel Statuut Verzekeringsartsen*<sup>1</sup>.

Gezien de mogelijke uitkomst, namelijk een sanctie, worden aan de zorgvuldigheid van de beoordeling van herstelgedrag hoge eisen gesteld. De cliënt dient gedurende het gehele beoordelingsproces steeds volledig geïnformeerd te zijn over de argumenten en de conclusies van de verzekeringsarts.

### **Ethische aspecten**

Nadat de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er beperkingen zijn die het rechtstreekse en medisch objectief vast te stellen gevolg zijn van ziekte of gebrek, komen volgens de commissie Ethiek bij de beoordeling van herstelgedrag vijf elkaar opvolgende vragen naar voren. Deze zijn:

1. Is beoordeling van herstelgedrag aan de orde?
2. Is het herstelgedrag inadequaaf?
3. Blijft het herstelgedrag inadequaaf?
4. Is het inadequaat herstelgedrag verwijtbaar?
5. Is de eventuele sanctie aanvaardbaar?

Deze vragen zijn te beschouwen als stappen in het beoordelingsproces en kunnen ieder met *-ja-* of *-nee-* worden beantwoord. Elk van de vijf stappen wordt hieronder nader toegelicht. Daarbij wordt bij iedere stap aangegeven of en, zo ja, welke ethische aspecten de commissie Ethiek onderkent en welke haar overwegingen daarbij zijn. De vijf opeenvolgende stappen worden geïllustreerd met twee doorlopende casus, die zijn ontleend aan de praktijk van één van de commissieleden.

#### ***Stap 1: Is beoordeling van herstelgedrag aan de orde?***

De beginvraag voor de verzekeringsarts is of de ziekte of het gebrek in het algemeen een behandeling of interventie kent die gezondheid en functioneren kan verbeteren. Zijn die mogelijkheden er niet, dan zijn herstelgedrag en dus ook de beoordeling daarvan niet aan de orde.

Zijn er wel behandel- of interventiemogelijkheden, dan is de beoordeling van herstelgedrag aan de orde.

#### *Ethisch aspect*

De verzekeringsarts beoordeelt de kwaliteit van het herstelgedrag primair binnen het wettelijke kader van de claimbeoordeling. Is het herstelgedrag ten aanzien van verbetering van het *functioneren* adequaat, dan kan hij in zijn rol als *verzekeringsarts* de beoordeling van herstelgedrag met deze conclusie afsluiten. Het zou in zo'n geval echter kunnen dat het herstelgedrag gericht op verbetering van de *gezondheid* niet adequaat is. Het hangt van de taakopvatting van de verzekeringsarts af, of hij bij het onderzoek naar individueel herstelgedrag niet alleen het verzekeringsbelang op het oog heeft, maar als *arts* ook het gezondheidsbelang voor de cliënt. Speelt het gezondheidsbelang in zijn overwegingen geen rol, dan kan hij bijdragen aan gezondheidsschade voor de cliënt.

De commissie Ethiek vindt dat de verzekeringsarts het herstelgedrag van de cliënt *altijd* moet beoordelen, ook wanneer er alleen een gezondheidsbelang is en geen verzekeringsbelang. De beoordeling kan in deze situatie, wanneer het herstelgedrag inadequaaf is, uiteraard alleen leiden tot een advies. De cliënt is vrij om dit advies al of

---

<sup>1</sup> [http://www.nvvg.nl/download/content/Professioneel\\_Statuut.pdf](http://www.nvvg.nl/download/content/Professioneel_Statuut.pdf)

niet op te volgen. Onderzoek naar de verwijtbaarheid van het inadequate herstelgedrag is niet aan de orde.

**Casus 1:**

*Een 22-jarige man, productiemedewerker via uitzendbureau, meldt zich ziek in verband met psychische klachten. Hij wordt uiteindelijk opgeroepen voor het spreekuur van de verzekeringsarts. De cliënt neemt daarop telefonisch contact op met het UWV en zegt niet te durven komen in verband met straatvrees. De verzekeringsarts besluit hem thuis te bezoeken. De cliënt vertelt dat hij sinds een aantal weken last heeft van een angstig gevoel als hij naar buiten gaat. De angst ontstaat zodra hij buiten is en gaat gepaard met hartkloppingen, zweten, beven en een benauwd gevoel. Door deze klachten is hij al een aantal weken niet meer de deur uit geweest. Werken lukt niet. Zolang hij thuis blijft heeft hij geen klachten. Zijn vriendin, met wie hij samenwoont, werkt 5 ochtenden per week en doet de boodschappen. Het stel heeft een baby van 4 maanden, die hij overdag verzorgt. Verder steekt hij veel tijd in zijn hobby modelbouw.*

*De verzekeringsarts stelt volledige arbeidsongeschiktheid vast in verband met paniekstoornis met agorafobie. Hij overweegt dat deze stoornis met cognitieve gedragstherapie (CGT), eventueel aangevuld met medicatie, goed te behandelen is en dat beoordeling van herstelgedrag aan de orde is, zowel vanuit verzekerings- als vanuit het gezondheidsbelang.*

**Casus 2:**

*Een 36-jarige, alleenstaande vrouw komt op het spreekuur van de verzekeringsarts voor een professionele herbeoordeling van haar WAO-uitkering. Ze is bekend door volledige arbeidsongeschiktheid in verband met alcoholverslaving en langdurige opname in een verslavingskliniek. Ze heeft na het ontslag uit de kliniek intensieve nazorg gehad in het kader van resocialisatie. De ambulante begeleiding is inmiddels afgesloten. Echter, ze vertelt de verzekeringsarts dat het toch sinds enkele weken door familieproblemen weer helemaal fout is gegaan en dat ze is teruggevallen in het dagelijks gebruiken van grote hoeveelheden alcohol. Ze zegt geen normaal dagnachtritme meer te hebben, haar huishouden te verwaarlozen en geen sociale contacten meer te hebben. De verzekeringsarts ziet een matig verzorgde, wat matte en licht gespannen vrouw met een alcoholfoetor. Ze kan wel vlot antwoord geven op vragen.*

*De verzekeringsarts oordeelt dat er sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid door recidief alcoholmisbruik met persoonlijk en sociaal disfunctioneren. De prognose van herstel van gezondheid en functioneren schat de verzekeringsarts in als redelijk tot goed. Het is immers met adequate klinische en ambulante therapie tot voor kort steeds beter met haar gegaan. De beoordeling van het herstelgedrag van cliënte is dus aan de orde.*

## **Stap 2. Is het herstelgedrag inadequaar?**

De verzekeringsarts kan deze vraag pas beantwoorden, wanneer hij volledig geïnformeerd is over de diagnose van de ziekte en de beperkingen, en over de aard en effectiviteit van de interventie, die had kunnen bijdragen aan herstel. Wanneer dan blijkt dat de cliënt niets, onvoldoende of het verkeerde heeft bijgedragen aan herstel, dan kan de verzekeringsarts oordelen dat het herstelgedrag van de cliënt inadequaar is.

De verzekeringsarts kan uiteraard aan de individuele cliënt niet garanderen dat de nagelaten therapie had geleid tot herstel, zelfs niet wanneer uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de therapie bewezen effectief is. De verzekeringsarts mag volstaan met aan te geven dat de nagelaten therapie algemeen aanvaard en gangbaar is in de reguliere geneeskunde en dat artsen in het algemeen van mening zijn dat de effectiviteit redelijk tot goed is. Dit geldt ook bij de vraag of de nagelaten therapie prospectief alsnog tot herstel zal kunnen leiden (zie Stap 3).

## Ethisch aspect

Bij de beoordeling van herstelgedrag kan blijken, dat de cliënt een diagnostisch onderzoek, therapie of interventie heeft nagelaten, omdat hij vindt dat de aard en de omvang daarvan zijn persoonlijke integriteit naar zijn idee onaanvaardbaar zou hebben aangetast of niet in verhouding zou hebben gestaan tot het verwachte effect op zijn gezondheid en functioneren. De verzekeringsarts dient vanuit een aantal principes te overwegen of hij de mening van de cliënt al dan niet deelt<sup>1</sup>. Na weging van deze principes kan de verzekeringsarts tot de conclusie komen dat de keuze van de cliënt om een bepaald onderzoek of bepaalde behandeling te weigeren of te verkiezen boven een andere, moet worden gerespecteerd en dat het herstelgedrag adequaat is.

### **Casus 1:**

*Cliënt blijkt geen hulp te hebben gezocht voor zijn klachten bij de huisarts of bij een andere hulpverlener. Als redenen geeft hij aan dat hij niet naar het ochtendspreekuur van de huisarts durft te gaan, dat hij de baby niet alleen kan laten en dat hij geen klachten heeft zolang hij thuis blijft.*

*De verzekeringsarts voorziet dat de arbeidsongeschiktheid zonder CGT waarschijnlijk zal voortduren en dat er geen andere, minder belastende therapie is met dezelfde effectiviteit. De verzekeringsarts komt tot de conclusie dat het herstelgedrag van de cliënt inadequaat is.*

### **Casus 2:**

*Cliënte blijkt na de terugval in alcoholmisbruik geen contact te hebben opgenomen met de hulpverlener van de verslavingskliniek, die haar in de resocialisatiefase heeft begeleid. Ze is bang dat ze weer helemaal opnieuw moet beginnen en dat ze weer langdurig zal worden opgenomen. Ze heeft wel contact gezocht met een man, een ex-verslaafde die ze in de kliniek heeft leren kennen. Deze ontmoet ze af en toe in een plaatselijk café.*

*De verzekeringsarts acht de kans op herstel erg klein, wanneer cliënte zich niet opnieuw onder behandeling stelt van de verslavingskliniek en oordeelt dat het herstelgedrag van cliënte inadequaat is.*

## **Stap 3. Blijft het herstelgedrag inadequaat?**

Nadat de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat het herstelgedrag niet adequaat is, komt eerst de vraag naar voren of de cliënt dit inadequate herstelgedrag kan verbeteren en hoe de verzekeringsarts hem daarbij kan helpen. Hij biedt de cliënt tijd en mogelijkheden om zijn herstelgedrag te verbeteren. De verzekeringsarts informeert de cliënt over de aard en effectiviteit van de te benutten therapie, waar en door wie de therapie aangeboden wordt en overlegt daarover zo nodig met de huisarts of met andere behandelaars.

---

<sup>1</sup> Deze principes zijn ontleend aan het advies 'WGBO en bedrijfsarts', dat in augustus 2000 is uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor gezondheidsrecht en de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde):

1. proportionaliteitsbeginsel: het voorgenomen onderzoek of de voorgestelde behandeling moet in redelijke verhouding tot het doel staan;
2. subsidiariteitsbeginsel: het voorgenomen onderzoek of de voorgestelde behandeling is de minst belastende methode;
3. het aantal onderzoekshandelingen of behandelingen dient binnen redelijke grenzen te blijven, niet onevenredig bezwaarlijk of belastend te zijn, en de lichamelijke en psychische integriteit niet onevenredig zwaar te belasten.
4. informatieplicht: de cliënt dient duidelijk geïnformeerd te worden over aard en noodzaak van het onderzoek of de behandeling;
5. noodzakelijkheidsvereiste: het voorgenomen onderzoek is beperkt tot het doel en relevant en noodzakelijk ter bereiking daarvan.

### *Ethisch aspect*

Er zijn bij stap 3 geen nieuwe ethische aspecten te onderkennen.

#### **Casus 1:**

*De verzekeringsarts informeert de cliënt tijdens het huisbezoek over de diagnose en over de effectiviteit van CGT, die tot herstel van gezondheid en functioneren kan leiden. Hij adviseert de cliënt om alsnog zo snel mogelijk een afspraak te maken met de huisarts. De verzekeringsarts wijst de cliënt op de mogelijkheid van een huisbezoek door de huisarts of door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, die vanuit de GGz aan de huisartsenpraktijk verbonden is. Hij biedt aan om met de huisarts te overleggen over de situatie van de cliënt en over de wenselijkheid van therapie. De cliënt gaat daarmee akkoord. Tenslotte wijst de verzekeringsarts de cliënt op zijn verplichtingen ten aanzien van herstelgedrag. Hij zegt dat de cliënt zelf al het mogelijke dient te doen om te herstellen en dat zijn uitkering in gevaar komt wanneer hij dat nalaat.*

*De verzekeringsarts spreekt af om over 2 weken telefonisch contact op te nemen met de cliënt om de situatie opnieuw te beoordelen. De verzekeringsarts overlegt in deze periode met de huisarts. Deze deelt de mening van de verzekeringsarts en is bereid om een huisbezoek af te leggen als de cliënt daarom vraagt.*

#### **Casus 2:**

*De verzekeringsarts adviseert cliënte om zo snel mogelijk contact te zoeken met haar hulpverlener van de verslavingskliniek. Hij bespreekt met cliënte dat een langdurige tweede opname waarschijnlijk niet nodig is en dat na detoxificatie kan worden volstaan met ambulante therapie. Hij zegt haar toe dat zij tijdens deze ambulante therapie met voorlopig behoud van haar WAO-uitkering onder begeleiding kan werken aan haar reïntegratie. Hij wijst haar ook op haar wettelijke verplichting om alles bij te dragen aan haar herstel. Cliënte belooft nog vandaag of anders morgen, in ieder geval zo snel mogelijk haar hulpverlener te bellen. De verzekeringsarts spreekt met cliënte af dat zij hem laat weten wanneer de therapie begint. Zij zal dan over 3 maanden weer worden opgeroepen voor het spreekuur. Mocht de verzekeringsarts echter binnen 4 weken niets van haar vernemen, dan zal zij direct weer worden opgeroepen.*

*Na afloop van het beoordelingsgesprek overdenkt de verzekeringsarts nog eens de situatie die nu ontstaan is en het mogelijke vervolg. Hij verwacht dat hij bij de herbeoordeling tot de conclusie zal komen dat het inadequate herstelgedrag verwijtbaar is, wanneer cliënte geen adequate hulp heeft gezocht. Hij overweegt ook dat een eventuele sanctie in de vorm van verlagen of stoppen van de uitkering wel eens zou kunnen bijdragen aan een neerwaartse spiraal en psychosociale ontredering. Hij bespreekt deze verwachting met een collega-verzekeringsarts, die dezelfde mening heeft.*

### **Stap 4. Is het inadequate herstelgedrag verwijtbaar?**

Wanneer het inadequate herstelgedrag binnen redelijke termijn niet verbetert en de cliënt het behandeladvies van de verzekeringsarts niet opvolgt, onderzoekt de verzekeringsarts of het inadequate herstelgedrag de cliënt te verwijten is.

### *Ethisch aspect*

De regel is dat ieder mens zelf verantwoordelijk is voor zijn gedrag en dat de cliënt autonoom, bewust en in vrijheid heeft gekozen om inadequaat herstelgedrag te vertonen. In uitzonderingssituaties kunnen autonomie en keuzevrijheid echter door persoonlijke en/of door externe factoren min of meer beperkt zijn (zie bijlage 2 voor een overzicht van deze factoren). De verzekeringsarts dient na te gaan of en, zo ja, in welke mate de autonomie en keuzevrijheid van de cliënt beperkt zijn en vervolgens te overwegen of het inadequate herstelgedrag aan de cliënt te verwijten is.



**Casus 1:**

Na de time-out van 2 weken blijkt dat de cliënt geen contact heeft opgenomen met de huisarts. De verzekeringsarts besluit om voor de tweede keer bij de cliënt thuis langs te gaan. In dit vervolgesprek, waarbij ook de partner van de cliënt aanwezig is, blijkt dat de situatie niet is veranderd, dat de cliënt nog steeds niet buiten de deur komt en dat hij niet gemotiveerd is voor therapie. De verzekeringsarts vindt geen persoonlijke of externe factoren waardoor de keuzevrijheid van de cliënt beperkt is. De cliënt en zijn vriendin stellen nogmaals dat gedragstherapie niet mogelijk is, omdat de cliënt te angstig is om naar buiten te gaan, dat de baby overdag verzorgd moet worden en dat de cliënt klachtenvrij is zolang hij thuis blijft. De verzekeringsarts komt nu tot de conclusie dat het inadequate herstelgedrag verwijtbaar is. In dit stadium van de beoordeling overlegt de verzekeringsarts de casus met een collega-verzekeringsarts. Deze collega kan zich vinden in de overwegingen van de verzekeringsarts.

**Casus 2:**

Cliënte laat in de wachtperiode van 4 weken niets van zich horen. De verzekeringsarts plant volgens afspraak een tweede beoordeling. Door een administratief misverstand wordt cliënte echter pas 2 maanden later opgeroepen voor het spreekuur. Ze verschijnt zonder bericht van verhindering niet. Ze wordt opnieuw opgeroepen en komt dan wel. Tijdens het gesprek blijkt dat cliënte onveranderd veel alcohol gebruikt en dat ze geen hulp heeft gevraagd bij de verslavingskliniek. Ze zegt het gebruik wel te willen stoppen, maar dat het haar gewoon niet lukt. Ze put zich uit in vage verontschuldigheden. Haar huurbaas heeft haar uit haar woning gezet in verband met een huurachterstand. Ze zwerft overdag door de stad en slaapt bij kennissen of in een opvanghuis. Tijdens dit tweede gesprek ziet de verzekeringsarts een emotioneel vlakke, passieve, onverzorgde vrouw met een sterke alcoholfoetor, die op vragen secundair reageert. Hij overweegt dat er nu mogelijk sprake is van een depressie en/of van een beginnende cognitieve functiestoornis die de autonome keuzevrijheid sterk vermindert. Hij komt nu, in tegenstelling met zijn eerdere verwachting, tot de conclusie dat het inadequate herstelgedrag niet verwijtbaar is. Met het oog op haar gezondheidsbelang adviseert hij cliënte nogmaals met klem om zich onder behandeling te stellen en overlegt met haar goedvinden met een psychiater van de verslavingskliniek over de stand van zaken. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van een ambulante team zal met cliënte contact zoeken.

**Stap 5. Is de eventuele sanctie aanvaardbaar?**

Op grond van de conclusie van de verzekeringsarts dat het inadequate herstelgedrag verwijtbaar is en de sanctie aanvaardbaar, schrijft de wet voor dat het UWV uiteindelijk de cliënt een financiële sanctie op legt.

Een financiële sanctie heeft in het algemeen inkomensachteruitgang tot gevolg, niet alleen voor de cliënt, maar mogelijk ook voor de personen die financieel van hem afhankelijk zijn. Vooruitlopend op een dergelijke beslissing dient de verzekeringsarts af te wegen of de financiële sanctie aanvaardbaar is.

*Ethisch aspect*

De verzekeringsarts staat voor de vraag of zijn conclusie –verwijtbaar inadequaate herstelgedrag- mag leiden tot een financiële sanctie, wanneer die sanctie schade kan toebrengen aan de gezondheid en/of het functioneren van de cliënt en/of van anderen die financieel van de cliënt afhankelijk zijn.

De commissie Ethiek vindt dat de cliënt in de eerste plaats zelf verantwoordelijk blijft om de sanctie en de eventuele gezondheidsschade met adequaat herstelgedrag te voorkomen. Alleen in uitzonderlijke gevallen kan het medisch niet verantwoord zijn om de sanctie te effectueren. In die gevallen is de sanctie niet aanvaardbaar.

**Casus 1:**

*De verzekeringsarts bespreekt in het tweede gesprek met de cliënt en zijn partner wat de gevolgen zijn van het verwijtbare inadequate herstelgedrag: verlagen of stopzetten van de uitkering. Zij zijn het niet met de verzekeringsarts eens en stellen dat de straatvrees van de cliënt vanzelf maar moet overgaan en dat hen meer tijd moet worden gegund voor herstel. De vriendin zegt dat zij meer uren zal moeten gaan werken om het gezinsinkomen nog enigszins op peil te houden en dat dat niet ten goede zal komen aan de ontwikkeling van de baby. De verzekeringsarts komt echter tot de conclusie dat de sanctie niet zal leiden tot gezondheidsschade en dat deze dus aanvaardbaar is. In een verzekeringsgeneeskundige rapportage met afschrift aan de cliënt beargumenteert de verzekeringsarts zijn conclusie.*

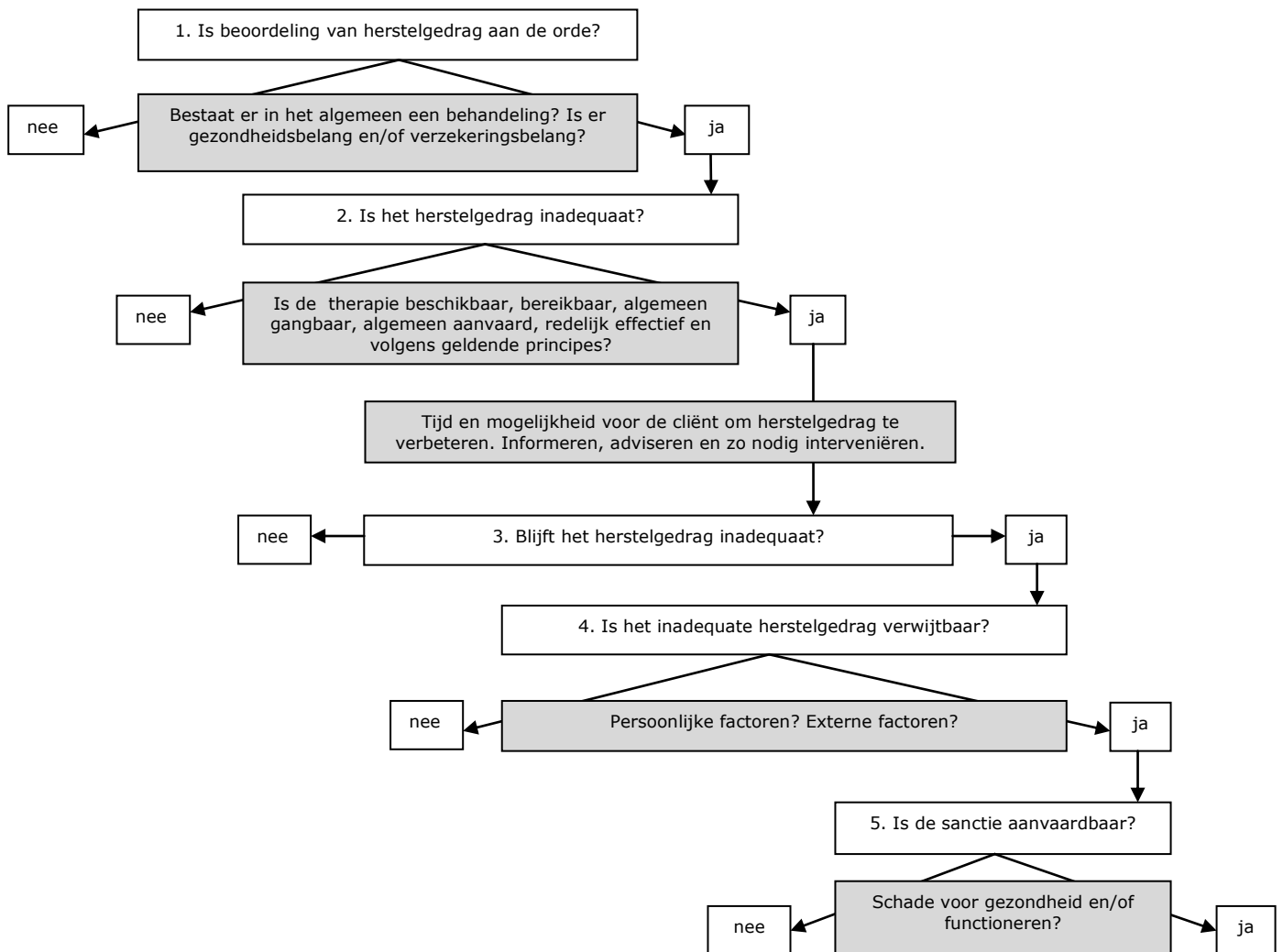
**Casus 2:**

*Een sanctie is niet aan de orde, omdat het inadequate herstelgedrag niet verwijtbaar was.*

## Bijlage 1

### Beslisboom beoordeling herstelgedrag

In onderstaand beslisboom zijn de vijf opeenvolgende beslisstappen, die bij de beoordeling van herstelgedrag gezet kunnen worden, samengevat. De stappen staan in de witte tekstvakken. In de grijze tekstvakken staan de factoren, die een rol spelen bij de afweging of de verzekeringsarts de vragen met ja of nee beantwoordt.



## Bijlage 2

### PERSOONLIJKE FACTOREN

- **Ziekte**  
De definitie van het ziektebegrip in het Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) houdt verlies van autonomie en van keuzevrijheid in. Dat kan vooral zo zijn wanneer er een gebrekkig ziektebesef en –inzicht is. Dat kan leiden tot inadequaaf herstelgedrag.  
*Voorbeeld:*  
Schizofrenie met uitgebreid negatief symptomencomplex zonder ziekte-inzicht en ziektebesef; ernstige depressie met initiatiefverlies.
- **Cognities**  
Het kan zijn dat de cliënt de behandelmogelijkheden niet kent en daarom inadequaaf herstelgedrag heeft vertoond. Het kan ook zijn dat de cliënt ten onrechte meent dat de ziekte onbehandelbaar is. Dan ligt het voor de hand dat de verzekeringsarts de cliënt informeert over de ziekte en de behandelmogelijkheden.  
*Voorbeeld:*  
Chronisch aspecifieke lage rugpijn met catastroferen en bewegingsangst.
- **Emoties**  
Het kan zijn dat inadequaaf herstelgedrag samenhangt met angst voor de therapie en vermijdingsgedrag.  
*Voorbeeld:*  
Operatie- of anesthesieangst; angst voor trauma-luxerende psychotherapie.
- **Genetisch/biologische factoren**  
Het kan zijn dat de cliënt niet zelfstandig tot adequaat herstelgedrag komt, omdat hij de intellectuele vaardigheden daartoe mist. Ook de leeftijd kan door degeneratieve processen leiden tot beperking van keuzemogelijkheden en tot inadequaaf herstelgedrag.  
*Voorbeeld:*  
Verstandelijke beperking met gebrekkige zelfredzaamheid.
- **Meningen en overtuigingen**  
Het kan zijn dat de cliënt op grond van politiek-maatschappelijke of godsdienstige overtuiging inadequaaf herstelgedrag heeft vertoond. De vraag is dan of de cliënt in vrijheid ook tot een andere keus kan of had kunnen komen. Het kan ook zijn dat de cliënt meent dat herstel van ziekte en functioneren niet in zijn voordeel is. In dat geval heeft hij niet de wil of de motivatie om te herstellen.  
*Voorbeeld:*  
Geen geloof in de te volgen behandelingsstrategie; geen vertrouwen in reguliere gezondheidszorg; Jehovahgetuige; ziekte winst; schadeletselprocedures; beroepsprocedures.
- **Leereffecten**  
Het kan zijn dat de cliënt niet heeft geleerd om zelf zorg te dragen voor zijn herstel. Dit kan een meer of minder sterk effect zijn van operante en klassieke conditioneringsprocessen  
*Voorbeeld:*  
Aangeleerde hulpeloosheid als persoonskenmerk.
- **Coping**  
De cliënt kan door zijn persoonlijkheid de vaardigheid missen om adequaat om te gaan met ziekte en therapie. Gebrekkige copingvaardigheden hoeven niet per se onomkeerbaar te zijn.  
*Voorbeeld:*  
Inactiviteit; passief probleemvermijdend gedrag.

### EXTERNE FACTOREN

- **Zorgaanbod**  
Herstelgedrag kan inadequaaf zijn wanneer de therapie voor de cliënt niet beschikbaar en/of niet bereikbaar is.  
*Voorbeeld:*  
Beperkt beschikbare cognitieve gedragstherapie bij CVS; niet verzekerde therapie.
- **Meningen en overtuigingen**  
Mede bepalend voor inadequaaf herstelgedrag van de cliënt kunnen meningen en overtuigingen over de ziekte en de therapie zijn van anderen, zoals van de bedrijfsarts, andere verzekeringsartsen, de huisarts of andere behandelaars, van sleutelfiguren uit de directe sociale omgeving van de cliënt of van de werkgever.  
*Voorbeeld:*  
Geen of onvoldoende reïntegratie-activiteiten van de werkgever en bedrijfsarts; passiviteit van de verzekeringsarts ZW-Arbo ten aanzien van herstelgedrag bij vangnetters; alternatieve of ineffectieve behandelwijze door huisarts of specialist; ineffectieve sociale steun.