

INTERVIEW

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

[@medischcontact](https://twitter.com/medischcontact)

VERZEKERINGSARTS ROB KOK:

‘Wij mogen patiënten aanspreken op hun herstelgedrag’



De verzekeringsartsen hebben een langdurig dispuut met hun werkgever het UWV over de werkwijze, het salaris en het tekort aan collega's. NVVG-voorzitter Rob Kok: 'We werken nu niet in de geest van de participatiewet uit 2015: proberen het volledig arbeidspotentieel uit mensen te halen.'

In maart van dit jaar bestond de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) vijftig jaar. Dat vierde ze met cabaret en terugblikken op de geschiedenis. Bij alle feestvreugde was er in dezelfde tijd ook gedoe en hectiek: al vijftien jaar voeren de verzekeringsartsen strijd met de leiding van het UWV – waar de meesten van hen werken – over de werkwijze, de werkdruk, het salaris en het tekort aan artsen. Dat culmineerde in een dispuut over hoe bij het UWV Groningen herbeoordelingen van arbeidsongeschikten waren uitgevoerd door verpleegkundigen, zonder dat er een verzekeringsarts aan te pas kwam, en louter op basis van de invulling van een gestandaardiseerde vragenlijst. Maar liefst 78 procent was daarna duurzaam arbeidsongeschikt verklaard. In een gezamenlijk met de twee andere beroepsverenigingen in de sector – de Novag (de vakvereniging van de verzekeringsartsen bij UWV) en de GAV (Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken) opgestelde brief aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), stelt de NVVG dat het volstrekt ongeloofwaardig is dat zo'n grote groep daadwerkelijk 'duurzaam volledig arbeidsongeschikt' is op medische gron-

'Er zit een perverse prikkel in het systeem'

den. Normaliter schommelt dat percentage rond de 20 (zie ook *kader*). De uitwas had alles te maken met het tekort aan verzekeringsartsen en de achterstanden bij de herbeoordelingen, wat UWV Groningen met de inzet van verpleegkundigen dacht op te vangen.

Rob Kok (1966) is sinds 2016 voorzitter van de NVVG. 'Het UWV schat de achterstand op 37 duizend dossiers', zegt hij. 'Dat is een forse onderschatting, het gaat om veel grotere aantallen. Volgens de Novag zouden we 180 duizend mensen opnieuw moeten zien.'

Het UWV-management lijkt meer geïnteresseerd in 'productie draaien' – bijvoorbeeld mensen duurzaam arbeidsongeschikt verklaren – en veel minder in de kwaliteit van de herbeoordelingen.

'Het UWV werkt vraaggestuurd. Patiënten worden opnieuw beoordeeld als ze zelf aan de bel trekken omdat het beter of juist slechter met ze gaat, maar vooral als werkgevers vragen om een herbeoordeling. Er zit namelijk een perverse prikkel in het systeem: komt een werknemer in de WIA, dan gaan de sociale premies die de werkgever moet betalen omhoog, maar als die uitkering duurzaam wordt dan stopt de verhoging. Dus blijven werkgevers vaak herbeoordelingen aanvragen, in de hoop dat mensen blijvend volledig arbeidsongeschikt worden. Een derde van alle herbeoordelingen die we moeten doen wordt daardoor veroorzaakt. Als je die prikkel eruit zou kunnen halen, zouden we dus meer capaciteit overhouden om ons op de inhoud te richten. Je wilt als dokter immers mensen op basis van hun

VERZEKERINGSARTS BIJ HET UWV

Nadat iemand twee jaar lang niet in staat is geweest te werken, stopt de verplichte loondoorbetaling door de werkgever. De verzekeringsarts bij het UWV gaat dan na of er recht op een uitkering bestaat in het kader van de WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen). Hij verzamelt informatie uit de curatieve sector, bij de bedrijfsarts, en ziet de patiënt op het spreekuur. Vervolgens wordt gekeken in hoeverre de ziekte beperkingen in het werk oplegt. In concreto: welke – theoretische – functies zou de patiënt nog kunnen vervullen? Dat gaat zo: stel, iemand verdiende 10 euro per uur en kan nu 6 euro per uur verdienen in zo'n geduide functie, dan is diegene voor 40 procent arbeidsongeschikt, en krijgt daarvoor een uitkering. Er is een ondergrens: is het verlies minder dan 35 procent dan volgt er geen uitkering. Afhankelijk van ziektebeeld en behandeling kan de verzekeringsarts besluiten de patiënt binnen een bepaald tijdsbestek weer terug te zien: de herbeoordeling. Het UWV heeft ook taken in het kader van de Ziektewet. Iedereen die ziek wordt maar niet voor een werkgever werkt (maar bijvoorbeeld via een uitzendbureau) of werkloos is, wordt gezien door een bedrijfs- of verzekeringsarts bij het UWV en krijgt begeleiding bij reïntegratie. Maar – anders dan bij mensen met een baan – is er uiteraard niet direct werk waar hij of zij naar terug kan.

ziektebeeld binnen een bepaald tijdsbestek herbeoordelen, omdat je verbetering verwacht. Zoals het nu gaat, is het niet in de geest van de participatiewet uit 2015: proberen het volledig arbeidspotentieel uit mensen te halen. Het is bovendien penny wise, pound foolish. Je hebt als UWV weliswaar minder 'productiekosten' – want duurzaam arbeidsongeschikten hoef je niet meer te zien – maar op de langere termijn ben je veel meer geld kwijt aan uitkeringen.'

Er is behoefte aan meer verzekeringsartsen. Waar komen die vandaan? Er is sprake van een enkele gepensioneerde huisarts of van GGD-artsen die worden omgeschoold. 'De ervaringen met zulke "zijinstromers" zijn goed. Er worden verder veel jonge collega's aangetrokken. Probleem is wel dat ze na afronding van de interne opleiding nogal eens naar een arbodienst of een

particuliere verzekeraar vertrekken. Daar kunnen ze meer verdienen en kunnen ze hun professionele normen en waarden meer uitleven: het werk komt daar minder neer op louter claimbeoordeling. We zien ook wel basisartsen die zich, bijvoorbeeld, willen specialiseren in de huisartsgeneeskunde of psychiatrie en die in hun wachttijd bij het UWV gaan werken. Ik vind dat positief. In het KNMG-visiedocument 'Zorg die werkt' wordt uitgedragen dat arbeidsgerichte medische zorg een zaak is van en voor alle dokters, en daarom denk ik: die jonge artsen hebben een lange stage in ons vak achter de rug, snappen dus wat we doen en zullen daarom als ze straks als huisarts of psychiater werken minder terughoudend zijn wanneer er van onze kant een verzoek om informatie komt.'

U constateert dat het verschil in beloning voor verzekeringsartsen bij het UWV en de

collega's die werkzaam zijn in aanpalende velden te groot is. Het UWV komt nu met 5 procent arbeidstoelage vanaf mei. Helpt dat?

'Een recent onderzoek van SZW laat zien dat er een gat zit van 14.000 à 16.000 euro bruto tussen wat artsen bij het UWV verdienen en collega's bij arbodiensten en commerciële verzekeraars. Tja, dan is 5 procent weinig, UWV maakt er goeie sier mee, maar de salarisontwikkeling heeft wel ruim tien jaar stilgestaan.'

Inmiddels komt taakdelegatie van de grond, volgens de verlengde-armconstructie: de arts blijft verantwoordelijk. Maar de minister heeft ook al de mogelijkheid van taakherschikking genoemd. Goede zaak?

'In principe moeten we daar niet naartoe, vinden wij. Kijk naar "Groningen": daar werd met die werkwijze bijna 80 procent duurzaam arbeidsongeschikt verklaard.



ERIK VAN 'T WOOD

'Wat vroeger als variant werd geaccepteerd wordt nu als ziekte bestempeld'

Taakdelegatie is daarentegen zeker een optie en gebeurt ook al. Voorbeelden: verpleegkundigen worden ingezet bij de beoordeling voor de Ziektewet. Medisch secretaresses kunnen administratieve taken verlichten. Nu maakt slechts een deel van de collega's gebruik van deze faciliteit. Misschien omdat het UWV verwacht dat je "productie" dan wel met 30 procent stijgt. De vraag is of dat reëel is.'

Bij meer dan 50 procent van de instroom in de WIA gaat het inmiddels om mensen met psychische klachten. Er is ook veel SOLK. Maakt dat het werk lastiger?

'Tien jaar geleden was ongeveer een derde psychisch, een derde bewegingsapparaat

PRAKTIJKPERIKEL

UITSLAG ONLINE? EERST MET DE PATIËNT SPREKEN!

en een derde overige ziektebeelden. Dat veel fysieke functies verdwijnen en dat er meer prestatiedruk is, draagt bij aan die groei. En wat vroeger als variant of buitenbeentje werd geaccepteerd wordt nu als ziekte bestempeld, denk aan: ADHD of autisme. Het gaat vaak om ingewikkelde problematiek, waar menig collega de tanden op stukbijt. Het helpt dan niet als er aan evidentie voor behandelingen minder belang wordt gehecht, zoals in het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving 'Zonder context geen bewijs'. Eenduidig wetenschappelijk bewijs zou onvoldoende recht doen aan het morele en persoonlijke karakter van goede zorg. Of als de Gezondheidsraad stelt dat de multidisciplinaire richtlijn voor CVS/ME – een beeld dat wij als onderdeel van SOLK zien – niet langer up-to-date is, terwijl daar geen bewijs voor is. Als patiënten cognitieve gedragstherapie of oefentherapie niet zien zitten, zouden wij dat voortaan niet langer mogen afdoen als "niet adequaat herstelgedrag". Dokters uit het domein arbeid en gezondheid waren helemaal niet betrokken bij dat advies van de Gezondheidsraad: een gotspe. Wij vinden dat we mensen juist mogen aanspreken op hun herstelgedrag, omdat wij hun gezondheidstoestand willen verbeteren en omdat een verzekering behalve rechten ook plichten geeft. Het zou daarom zonde zijn als patiënten door dit advies afzien van mogelijk effectieve behandelingen en duurzaam arbeidsongeschikt aan de kant komen te staan. Wij houden ons daarom aan de bestaande richtlijn uit 2013. Maar dat wordt wel lastiger nu het UWV-beleid in overeenstemming is met het advies van de Gezondheidsraad. Daarover wil het UWV met ons aan tafel.'

De NVVG zit aan een 'kwaliteitstafel' met bedrijfsartsen, vakbonden, werkgevers, de ministeries van SZW en VWS. Wat is daarvan de bedoeling?

'We werken aan een kennisagenda. Een kwetsbare zaak, want structurele bekostiging voor dit soort initiatieven is er niet. Hier zie je dat we vergeleken met collega's in het zorgveld een wat andere positie hebben. Ik bedoel: het ministerie van VWS praat geregeld met vertegenwoordigers van de KNMG,

Een goede vriendin van mij heeft kanker met vier metastasen in haar hersenen. Ze is alleenstaande moeder van drie kinderen. Na het falen van chemo- en radiotherapie heeft ze immunotherapie gekregen. Er is een MRI-scan gemaakt van haar hersenen om het effect te beoordelen; een CT-scan van de primaire tumor volgt nog. Over twee weken heeft ze een afspraak met haar specialist om de uitslagen te bespreken, maar gisteren heeft ze de uitslag van de MRI al online kunnen inzien in MijnDossier van het ziekenhuis. Ik neem haar mee voor een uitje en ze vertelt me heel blij dat de uitslag geweldig goed is en dat de tumoren in haar hoofd kleiner zijn geworden. Ze laat me de uitslag zien en tot mijn schrik lees ik iets heel anders. Ze heeft de uitslag verkeerd geïnterpreteerd, wat begrijpelijk is aangezien deze in voor haar ingewikkelde medische termen is geschreven. Voorzichtig probeer ik haar uit te leggen dat deze uitslag iets anders betekent. De grootste metastase is juist gegroeid. Ik zal het verdriet en de ontzetting op haar gezicht nooit vergeten.

Ik vind dat zo'n uitslag eerst met de patiënt besproken dient te worden voordat een patiënt deze zelf kan inzien.

Als huisarts krijg ik vaker bezorgde vragen over uitslagen die patiënten online lezen. Toevalsbevindingen die geen betekenis hebben, of termen die verkeerd begrepen worden. Ik ben voor openheid, absoluut, maar patiënten hebben niet altijd genoeg aan een uitslag. Ze beschikken soms niet over de juiste kennis om uitslagen naar waarde te kunnen schatten, wat tot onnodige angst, leed of bezorgdheid kan leiden. Of tot onterechte opluchting. Mijn pleidooi is dat uitslagen pas in te zien zijn nádat deze zijn besproken met de dokter. Eind 2019 wordt online-inzage in dossiers ook voor huisartsen verplicht. Ik hoop van harte dat deze aanpassing in de wet dan is gemaakt.

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

de FMS, of de LHV. Zo hebben dokters inspraak in de inhoud van hun werk. Het ministerie van SZW, dat ons werk financiert, doet echter zaken met het UWV, dat wil zeggen met de raad van bestuur en de directie. De NVVG wordt soms wel gevraagd, maar heel vaak ook niet, en wordt dus nogal eens geconfronteerd met een reeds uitgezette koers.'

Jullie zijn met drie clubs: GAV, Novag en NVVG. Toch zijn er maar zo'n 1100 verzekeringsartsen. Waarom bundelen jullie de krachten niet in één vereniging?

'De Novag was aanvankelijk vooral een vakbond binnen de UWV, maar gaat nu

ook over de inhoudelijke kwaliteit van het werk. Wij zijn vooral een wetenschappelijke vereniging. We hebben wel een traject bewandeld dat had moeten leiden tot samengaan met de GAV. Het opstellen van statuten en het bepalen welke thema's ons verbinden bleken moeilijk. Maar belangrijker nu is: we trekken waar nodig prima samen op.' ■

web
Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.