

WOUT DE BOER

TERUGBLIKKEN OP SOCIALE VERZEKERINGS- GENEESKUNDE

RUIM 40 VERZEKERINGSARTSEN
OVER RUIM 40 JAAR WERKEN
IN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDE



VERZEKERINGSARTS AAN DE TOP?

ISBN 978-90-831338-4-3

© TREFPUNT MEDISCHE GESCHIEDENIS NEDERLAND

TERUGBLIKKEN OP SOCIALE VERZEKERINGS- GENEESKUNDE

RUIM 40 VERZEKERINGSARTSEN
OVER RUIM 40 JAAR WERKEN
IN DE VERZEKERINGSGENEESKUNDE

door

Wout de Boer

TREFPUNT MEDISCHE GESCHIEDENIS NEDERLAND

Urk 2021

The logo consists of the letters 'TMGN' in a white, serif font, centered within a solid red square.

INHOUD

1	Ten geleide	5
2	Inleiding	7
3	Organisaties, taken, vereniging, opleiding	11
3.1	Bedrijfsverenigingen, GAK, GMD en ABP	11
3.2	Taak: Beoordeling ziekteverzuim in het kader van de Ziektewet	12
3.3	Taak: Beoordeling langdurige arbeidsongeschiktheid in het kader van WAO en AAW en ABP wet	12
3.4	Taak: Beoordeling noodzaak voorzieningen voor verbetering van de arbeidsgeschiktheid en de leefomstandigheden	12
3.5	Vereniging	13
3.6	Opleiding	13
4	Periode 1967-1976: Zelfadministrerende Bedrijfsverenigingen, GAK, GMD en ABP	15
5	Periode 1976-1992: Zelfadministrerende Bedrijfsverenigingen, GAK, GMD en ABP	18
5.1	Achtergrond	18
5.2	Ooggetuigen bij de Zelfadministrerende Bedrijfsverenigingen (ZABVen): Ziektewet 1976-1992 beoordeling ziekteverzuim	20
5.3	Ooggetuigen bij het GAK: Ziektewet 1976-1992 beoordeling ziekteverzuim	23
5.4	GMD: AAW, WAO en andere 1976-1992: beoordeling langdurige arbeidsongeschiktheid en voorzieningen	26
5.5	ABP en uitvoering ABPW 1976-1992: beoordeling langdurige arbeidsongeschiktheid	33
6	Periode 1992-2002	36
6.1	Achtergrond	36
6.2	GAK Ziektewet, AAW en WAO 1992-2002	41
6.3	BVG / DETAM en hun opvolger CADANS 1992-2002	44
6.4	GUO: 1992-2002	46
6.5	ABP / USZO 1992-2002	47
7	UWV Periode 2002-2020	48
7.1	De mensen in de organisatie	48
7.2	De taken	49
7.3a	Sturing op aantallen	52
7.3b	Sturing op kwaliteit	54
7.4	Bezwaar en beroep	57
7.5	Opleiding en onderzoek	57
7.6	Terugkeerders	58
8	Factoren in de ontwikkelingen	60
9	Wat is verbetering, wat niet?	62
10	Ontmoeting verzekeringsartsen van vroeger met verzekeringsartsen van nu en straks	67
11	Respondenten	71
12	Verantwoording werkwijze	72
	Bijlage: Overzicht richtlijnen	74

AFKORTINGEN

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet	SUWI	wet op de Structuur Uitvoering Werk en Inkomen
ABPW	Algemene Burgerlijke Pensioenwet	SZW	(ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
ACD	Arbeids Complexen Documentatie	Tica	Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming
B&B	Bezwaar & Beroep	TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
BP	Beperkingenpatroon, later: belastbaarheidspatroon	TBA	wet Terugdringing Beroep Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
BV(en)	Bedrijfsvereniging(en)	USZO	Uitvoeringsorganisatie Sociale Zekerheid Overheidspersoneel
BVG	Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen	UVI(s)	Uitvoeringsinstelling(en) van werknemersverzekeringen
CBBS	ClaimBeoordelings & BorgingsSysteem	UWV	Uitvoering Werknemersverzekeringen
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen	UWVA	Vereniging van UWV artsen
CBR	Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen	VA('en)	Verzekeringsarts(en)
Cadans	samenvoeging van de bedrijfsverenigingen BVG en DETAM	VAGAK	Vereniging van artsen bij het GAK
CRvB	Centrale Raad van Beroep	VGGMD	Vereniging van Geneeskundigen bij de GMD
Detam	Bedrijfsvereniging voor Detailhandel, Ambachten en Huisvrouwen	Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
EZWB	Eerstejaars ZiekteWet Beoordeling	WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
FIS	Functie Informatie Systeem	WAZ	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
FML	Functionele Mogelijkheden Lijst	Wet BIG	Wet Beroepen in de Gezondheidszorg
GAK	Gemeenschappelijk Administratiekantoor	WGBO	Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst
GAV	Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (vereniging van)	WIA	Wet werk en inkomen naar ar eidsvermogen
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst	WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
GR	Gezondheidsraad	WTB	Wetstechnisch Beoordelaar
GUO	Gezamenlijk Uitvoerings Orgaan (bedrijfs- verenigingen BV Agrarisch bedrijf, BV De Samenwerking (slagers) en BV Tabaksverwerkende industrie)	WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
HSG	Hogeschool voor de gezondheidszorg	ZABV(n)	Zelfadministrerende bedrijfsvereniging(en)
KCVG	KennisCentrum VerzekeringsGeneeskunde		
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde		
LAD	(vereniging van) Landelijke Artsen in Dienstverband		
LISV	Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen		
Nivag	Vereniging van artsen bij het GAK		
NOVAG	Nieuwe Orde van Verzekeringsartsen Arbeid & Gezondheid (vakbond)		
NSPH	Netherlands School of Public Health		
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health		
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde		
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde		
OSV	Organisatiewet Sociale Verzekering		
SFB	Bedrijfsvereniging Sociaal Fonds Bouwnijverheid		
SMV	Sociaal Medisch Verpleegkundige		
SGBO	Sociaal Geneeskundige Beroepsopleiding		
SSG	Stichting Sociale gezondheidszorg		

1. TEN GELEIDE

Compensatie voor financiële gevolgen van ziekte en gebrek wordt in Nederland onder meer georganiseerd op landelijk niveau in de vorm van uitkeringen van sociale verzekeringen. Het geld voor die uitkeringen wordt opgebracht door de premiebetalers van wie dus solidariteit wordt gevraagd met de mensen die niet goed kunnen meekomen met de anderen. Voor die solidariteit is het nodig dat het verstrekken van de uitkeringen geloofwaardig is: wie het echt nodig heeft krijgt een uitkering, een ander niet. Wie wel en wie niet serieus beperkt is in zijn of haar mogelijkheden wordt beoordeeld door verzekeringsartsen. Arbeidsdeskundigen bepalen op basis van het medische oordeel welk werk passend is en welk inkomen iemand zou kunnen verdienen. Verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen dienen dan ook vooral de maatschappelijke solidariteit, naast het waardevolle werk dat ze voor individuele mensen doen. Dit boekje gaat met name over de verzekeringsartsen.

Dat mensen andere mensen beoordelen voor een aanspraak op een regeling is niet zo bijzonder. Zulk werk bergt conflicten in zich, wegens afwijzen of juist ruim toekennen, zie de IND, de rechtspraak en de Toeslagen bij de belasting. Meer bijzonder is dat verzekeringsartsen mensen in persoonlijk contact beoordelen (niet alleen op papier) en ook in persoon meedelen wat de uitslag is. Veranderingen in beleid, bijvoorbeeld strengere criteria, moeten ze ook in persoonlijk contact uitleggen en verdedigen. De artsen worden geworven voor hun medische deskundigheid terwijl ze opgeleid zijn in een cultuur van hulpverlening. Als artsen zijn ze individueel tuchtrechtelijk gebonden aan normen van de medische beroepsgroep waaronder hun beroepsgeheim. Hun opdrachtgever kan dat niet voor ze wegnemen.

Van 1979 tot 2021 was ik een van die verzekeringsartsen. Bovenstaande beschrijving van het werk van de verzekeringsarts is de mijne, niet iedereen ziet dat zo: sommige collega's zagen of zien zichzelf in de eerste plaats als hulpverlener voor re-integratie in werk, andere juist als schatkistbewaarder. In mijn tijd heb ik het werk en de omgeving ervan sterk zien veranderen en ook heb ik gezien dat sommige aspecten alleen maar lijken te veranderen. Die ontwikkeling heeft me gefascineerd en het leek me de moeite waard om die vast te leggen, niet alleen zoals ik die zag maar ook zoals collega's die zagen. Dat heeft geleid tot dit boekje dat in de eerste plaats is geschreven voor vakgenoten en direct betrokkenen. De beschrijving is meer journalistiek dan wetenschappelijk en ik heb beperkt eigen duiding en rode draden aangebracht. Wel heb ik achtergronden geschetst welke me nodig leken om de ontwikkelingen begrijpelijk te maken voor mensen die er niet bij zijn geweest. Ik hoop dat daarmee ook andere geïnteresseerden dan de vakgenoten zelf er iets van hun gading in vinden: de hier beschreven medische en maatschappelijke ontwikkelingen waren ook buiten de verzekeringsgeneeskunde van belang.

Lechnerconsult en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde hebben dit initiatief gesteund, waarvoor ik ze zeer erkentelijk ben. Luuk Lechner, Marijke van Bork en Rob Kok zijn daarin leidend geweest.

Veel mensen hebben me geholpen en zonder hen was het boekje ook zeker niet verschenen. In de eerste plaats natuurlijk alle collega's die de afgelopen paar jaar tijd hebben gegeven en moeite hebben gedaan om een genuanceerd beeld van vroeger tot nu te maken. Mart van Lieburg, directeur van het Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland heeft me op het spoor gezet om dit project te ondernemen. Mijn broer Dick, historicus, en Hans Duin, psycholoog en trainer van honderden verzekeringsartsen, hebben gezorgd dat de tekst een stuk toegankelijker is geworden, hopelijk ook voor niet-ingewijden. Aan allen mijn hartelijke dank daarvoor.

Wout de Boer

2. INLEIDING

Vroeger, toen alles was zoals het vroeger was, had je controleartsen en keuringsartsen. Controleartsen, bijvoorbeeld huisartsen, deden Ziektewetcontroles bij patiënten van andere huisartsen. Controles werden ook gedaan door artsen bij het GAK of als neven-taak door allerlei andere artsen. Waren de verzekerden ziek of niet? Dat wist je als arts. Konden ze werken of niet? Dat wist je ook als arts. En je had er niet veel tijd voor nodig: in enkele uren kon je vele tientallen mensen beoordelen en een hersteldverklaring mee-geven of iemand terug bestellen om op hem of haar in te praten. En je kreeg er vorstelijk voor betaald als je het een beetje slim inrichtte. Keuringsartsen deden WAO-beoorde-lingen bij mensen die al een jaar ziek en arbeidsongeschikt waren. Acht beoordelingen op een dag waren gewoon en je kon de arbeidsdeskundige zonder formulier duidelijk maken wat deze persoon medisch wel en niet kon, voor zover je als arts niet beslist had dat deze persoon helemaal niet meer moest werken. De arbeidsdeskundige nam dan de schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid en eventueel de begeleiding ter hand. Voor de WAO-beoordeling kreeg je als arts een drie maanden durende praktijkopleiding, desgewenst gevolgd door de twee jaar durende beroepsopleiding verzekeringsgenees-kunde. Soms droegen de artsen dus officieel de titel verzekeringsgeneeskundige en dat bracht enig extra salaris mee, de zogenaamde Y factor.

7

Dit was medio jaren zeventig van de twintigste eeuw. Tegenwoordig zijn de artsen ver-zekeringsartsen. Verzekeringsartsen worden uitgebreid opgeleid voor taken in de sociale verzekering: Ziektewet, WIA, Wajong, Participatiewet. Ze zijn medisch specialist *arbeid en gezondheid-verzekeringsgeneeskunde*, werken bij of voor UWV en beoordelen enkele mensen per dag, hebben een arsenaal aan richtlijnen en formulieren en typen per persoon een rapportage van vele pagina's. Met een Functionele Mogelijkhedenlijst van 56 items maken ze aan de arbeidsdeskundige duidelijk wat iemand wel en niet meer kan, ondanks ziekte. Wat er verder wordt van de persoon horen ze vaak niet. Productie en kwaliteit van de verzekeringsarts wordt bewaakt door management resp. staf en door collega's van de afdeling bezwaar en beroep. Zelf kunnen ze hun productie volgen via een dashboard dat ze vertelt hoe ze presteren in vergelijking tot collega's. Hun werk krijgen ze aangereikt door het UWV, daarop voeren ze zelf weinig tot geen regie. Hulptroepen (Sociaal Medisch Verpleegkundige, Medisch Secretaresse) moeten het niet strikt medische werk en het administratieve werk afvangen.

Hoe zijn deze veranderingen in taken, in kwalificatie voor en in sturing van het werk, gegaan? Dit boekje geeft daarover waarnemingen van mensen die deze veranderingen hebben meegemaakt. Ruim veertig verzekeringsartsen die in verschillende perioden en bij verschillende organisaties hebben gewerkt hebben stukjes van dit verhaal aangedragen. Het geheugen is een wat onbetrouwbare bron en daarom heb ik ook gepubliceerde en ongepubliceerde literatuur gebruikt.

Marten Toonder: '... omdat iets wat in de jeugd gebeurd is, dikwijls een gevolg is van een voorval op oudere leeftijd'.

Draaisma: 'In dat aforistische citaat laat hij een paar denkstappen weg. Schrijf je het stap voor stap uit, dan zegt Toonder dat iets dat verderop in je leven gebeurt een nieuwe interpretatie kan geven aan wat eerder in je leven is gebeurd, en die latere gebeurtenis verandert daarmee iets aan wat jij als je verleden ziet.'

8

De grote constante in de hier beschreven geschiedenis is dat deze artsen beoordelingen deden (en nog doen) van de mogelijkheden van mensen om te functioneren; mensen die een claim legden dat ze door ziekte beperkt waren in hun functioneren en daarom (financiële) ondersteuning nodig hadden. Die claims konden worden gehonoreerd als voldaan werd aan verschillende wettelijke criteria, met name medische en arbeidskundige criteria. De artsen beoordeelden of iemand voldeed aan het *medische deel* van de criteria. De artsen deden die beoordelingen niet als vrijgevestigde hulpverleners maar voor een organisatie die in staat was de gevraagde financiële hulp te (doen) verstrekken. De wetgeving in de sociale verzekering is de afgelopen 45 jaar nogal in beweging geweest, een overzicht van de voor dit boekje belangrijkste wetten en veranderingen vindt de lezer in tabel 1.

Opmerkelijk in dit ooggetuigenverslag is dat er vrij weinig aandacht wordt besteed aan de interactie met de mensen die werden beoordeeld. Daarin zit mogelijk meer continuïteit dan verandering. De ontwikkeling lijkt vooral te zitten in de *organisatie* waarbij de arts werkte (in dit verslag 15 verschillende in de afgelopen 40 jaar) en in de *taak* van de arts (beoordeling ziekteverzuim, beoordeling arbeidsgeschiktheid, beoordeling noodzaak voorzieningen). Ik presenteer de ontwikkelingen naar *periode* binnen de afgelopen 45 jaar en onderscheid naar aanleiding van de wetgeving vier perioden: 1967 - 1976, 1976-1993, 1993-2002, 2002-2020. De ontwikkelingen zijn uiteraard niet zo scherp door de jaartallen begrensd. In hoofdstuk 3 licht ik de taken en de opleiding ervoor toe. De eisen voor de opleiding worden bepaald door de beroepsvereniging. Daarna bespreek ik in de hoofdstukken 4, 5, 6 en 7 per periode de organisaties en het werk dat de artsen daar deden. In hoofdstuk 8 noem ik enkele factoren die naar mijn mening op de ont-

wikkeling grote invloed hebben gehad. Hoofdstuk 9 bevat een samenvatting van wat de ooggetuigen verbetering of verslechtering vonden. Daar waar illustratief heb ik de ooggetuigen, telkens een verzekeringsarts, als 'Een VA', sprekend opgevoerd in cursieve tekstblokken. In hoofdstuk 10 worden de ooggetuigen genoemd. In hoofdstuk 12 beschrijf ik hoe ik voor dit boekje te werk ben gegaan.

Ik spreek voor de duidelijkheid meestal van (verzekerings-) artsen maar tot 1993 was de gangbare term verzekeringsgeneeskundigen. Verder beschrijf ik het verleden, in de verleden tijd, tot 2021 maar het zal menig lezer opvallen dat veel nog actueel is.

Ik beschrijf de sociale *verzekeringsgeneeskunde*: het medische deel van het beoordelen van arbeidsgeschiktheid (mogelijkheden van mensen om ondanks ziekte te functioneren, m.n. in werk) en eventuele interventie in die mogelijkheden en verwachte verbetering van die mogelijkheden. Bij veel taken werkten de verzekeringsartsen samen met arbeidsdeskundigen. Die arbeidsdeskundigen komen hier maar marginaal aan bod omdat ik die te weinig heb gesproken, niet omdat ze niet belangrijk zouden zijn. Het kader is sociale verzekeringswetgeving, niet de private verzekering van arbeidsongeschiktheid. Het bepalen van de noodzaak van voorzieningen ter verbetering van de levensomstandigheden neem ik wel mee omdat die beoordelingen lange tijd een prominent deel van het werk van de verzekeringsartsen uitmaakten.

TABEL 1. OVERZICHT WETTEN EN ORGANISATIES INZAKE SOCIALE VERZEKERINGSGENEESKUNDE		
1930	Ziektewet (ZW)	Verzekering voor werknemers. Uitvoering door Raden van Arbeid en Bedrijfsverenigingen
1952	OSV	Organisatielwet Sociale Verzekering. Uitvoering van de Ziektewet alleen nog door 26 bedrijfsverenigingen, deels verenigd in het GAK, deels zelf administrerend (ZABV)
1966	ABP wet	Algemene burgerlijke pensioenwet Regelt o.m. Invaliditeitspensioen voor ambtenaren, ABP voert deze wet uit
1967	WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, voor werknemers. Bedrijfsverenigingen / GAK voeren de WAO uit, GMD geeft medisch en arbeidskundig advies
1973	Besluit Federatie Bedrijfsverenigingen	Een gedeeltelijk arbeidsongeschikte krijgt uitgekeerd naar volledige arbeidsongeschiktheid omdat werkloosheid de kans op werk verkleint ('verdiscontering')
1976	AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet, voor zelfstandigen en jong-gehandicapten, tevens voorzieningen voor werk en dagelijks leven. Bedrijfsverenigingen / GAK voeren de AAW uit, GMD geeft medisch en arbeidskundig advies
1985	WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst. Invoering inzage en correctierecht
1987	Stelselherziening WAO e.a.	Verdiscontering van de werkloosheid verdwijnt uit de WAO en AAW
1992	Fusie GAK GMD	GMD artsen en arbeidsdeskundigen gaan over naar GAK
1993	Wet BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Titel geneeskundige verdwijnt, artsen worden in het BIG register ingeschreven
1994	TZ / Arbo	Wet Terugdringing Ziekteverzuim / Arbeidsomstandighedenwet Verzuimbegeleiding en beoordeling deels (2-6 weken) naar bedrijven en arbodiensten
1994	AWB	Algemene Wet Bestuursrecht Raad van Beroep naar Rechtbank, instellen bezwaarprocedure in de sociale verzekering
1994	WVG	Voorzieningen in de leef sfeer naar gemeenten
1995	OSV	Deel van de artsen stroomt door van GAK naar de zelf administrerende bedrijfsverenigingen (ZABVen)
1995	OSV	Oprichting Tica: tijdelijk instituut voor coördinatie en afstemming van GAK en ZABVen
1996	WULBZ	Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte Verzuimbegeleiding en beoordeling geheel (52 weken) naar bedrijven en arbodiensten
1997	OSV 1997	Ontstaan Uitvoeringsinstellingen (UVI's) uit GAK, ABP, Cadans, GUO, SFB, Landelijk Instituut Sociale Verzekering (Lisv) volgt Tica op, wordt opdrachtgever van UVI's
1998	PEMBA	Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Einde AAW, instellen WAZ Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen en Wajong (Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten)
2002	SUWI	Structuur Uitvoeringsorganisatie Werk en Inkomen. Oprichting UWV; UVI's en Lisv gaan erin op. De verzekeringsartsen sociale verzekering werken nu alle bij of voor UWV
2002	Poortwachter	Wet Poortwachter: rol UWV bij beoordelen of werkgever en werknemer zich aan de verplichtingen tot re-integratie hebben gehouden
2004	WAZ	WAZ wordt ingetrokken
2006	WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. Einde WAO. WIA heeft langere wachttijd en hogere drempel voor uitkering. IVA voor mensen die blijvend volledig arbeidsongeschikt zijn bevonden, WGA voor de anderen. Verzuimbegeleiding en beoordeling nu voor 104 weken naar bedrijven en arbodiensten
2010	Wajong	Aanpassing Wajong: Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
2015	Participatiewet	Verdere aanpassing Wajong: Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten 2015

3. ORGANISATIES, TAKEN, VERENIGING, OPLEIDING

3.1 BEDRIJFSVERENIGINGEN, GAK, GMD EN ABP

De artsen van wie de verhalen hier verteld worden, werkten bij of voor bedrijfsverenigingen, GAK, GMD of ABP. Daarover het volgende. In 1967 waren er 26 bedrijfsverenigingen, administratieve organisaties die premies hieven voor de WW, de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en in 1976 ook de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). Ook verzorgden ze de desbetreffende uitkeringen. Bedrijfsverenigingen waren georganiseerd naar bedrijfstak, bijvoorbeeld de bouw, de gezondheidszorg, de detailhandel enzovoort. Ze werden bestuurd door vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers en ze hadden een zeker beleidsvrijheid om de toepassing van de wetten op hun bedrijfstak toe te spitsen. Dat bracht met zich mee dat ook de artsen, die met name werkten in het kader van de Ziektewet, voor een deel verschillend werkten bij verschillende bedrijfsverenigingen.

De zogeheten Zelfadministrerende Bedrijfsverenigingen (ZABVen) voerden hun taken zelfstandig uit, bijvoorbeeld de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid BVG voor de gezondheidszorg, het Sociaal Fonds Bouwnijverheid voor de bouw en de Bedrijfsvereniging voor de detailhandel en ambachten (Detam) voor o.a. winkelpersoneel en schoonmakers. De artsen bij die bedrijfsverenigingen zagen dus ook alleen mensen uit die sectoren. In 1967 voerde het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK) de administratie uit voor 18 van die 26 bedrijfsverenigingen en de artsen bij het GAK zagen dan ook mensen uit al die 18 bedrijfstakken.

In 1967 werd de GMD opgericht en daar werkten voornamelijk artsen en arbeidsdeskundigen. De GMD werd ook bestuurd door vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers. Het werk bij de GMD kwam van alle bedrijfsverenigingen uit alle bedrijfstakken. De GMD adviseerde de bedrijfsverenigingen over de uitvoering van de WAO en de AAW, andere taken dus dan bij GAK en ZABVen en ook andere werkwijzen voor de artsen.

Het ABP tenslotte was een pensioenfonds, een administratieve organisatie die in 1966 de taak van het uitvoeren van het invaliditeitspensioen kreeg, met de artsen en arbeidsdeskundigen die daarvoor nodig waren. Hier bestond de populatie geheel uit ambtenaren en onderwijzend personeel. Bij het ABP was het medische werk deels nog weer anders dan bij de andere organisaties.

3.2 TAAK: BEOORDELING ZIEKTEVERZUIM IN HET KADER VAN DE ZIEKTEWET

Bij de beoordeling ziekteverzuim ging het om de vraag of iemand het eigen werk kon doen. Het beoordelen van ziekteverzuim gebeurde in opdracht van een zelfadministerende bedrijfsvereniging of het GAK. Dit veranderde in 1994. In dat jaar werden verzuimbeoordeling en begeleiding geprivatiseerd naar de (deels nieuwbakken) arbo-diensten, die deze taak overnamen en veel verzekeringsartsen gingen mee. Alleen werknemers zonder standaard dienstverband (uitzendwerkers e.a. zogenaamde vang-netters) werden nog door verzekeringsartsen beoordeeld in het kader van de Ziektewet. Voor ambtenaren bleef de situatie zoals deze was tot 1996: de beoordeling en begelei-ding bij ziekteverzuim vond overwegend plaats door bedrijfsgeneeskundige diensten.

3.3 TAAK: BEOORDELING LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID IN HET KADER VAN WAO EN AAW EN ABP WET

Bij de langdurige arbeidsongeschiktheid ging het om de vraag in hoeverre iemand in theorie met passend werk inkomen kon verdienen. Daaraan zat de medische vraag hoe iemand in theorie kon functioneren (concentreren, zitten, tillen etc.) en de arbeids-kundige vraag welk werk daarbij passend zou zijn en wat daarmee verdiend kon worden. Het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid gebeurde in opdracht van een bedrijfs-vereniging door de GMD (WAO, later ook AAW en WAZ) en door het ABP voor de ABP-wet (van 1966). De GMD, ontstaan in 1967, werd opgeheven in 1992. De beoordeling van langdurige arbeidsongeschiktheid en de verzekeringsartsen en arbeidsdeskundige gingen in 1993 over naar het GAK en in 1995 ook naar de Zelf Administrerende Be-drijfsverenigingen. De betreffende artsen bij het ABP gingen naar het USZO. Al deze organisaties veranderden in 1997 van status (ze werden Uitvoeringsinstellingen, UVI's) om in 2002 op te gaan in het huidige UWV. De AAW werd in 1998 opgevolgd door de WAZ en de Wajong, de WAZ werd beëindigd in 2004 en de Wajong werd herzien in 2010 en in 2015. De WAO werd opgevolgd door de WIA in 2006.

3.4 TAAK: BEOORDELING NOODZAAK VOORZIENINGEN VOOR VERBETERING VAN DE ARBEIDSGESCHIKTHEID EN DE LEEFOMSTANDIGHEDEN

Het beoordelen van voorzieningen voor de arbeidsgeschiktheid gebeurde in 1967 in opdracht van de bedrijfsvereniging door de GMD voor de WAO en sinds 1966 door het ABP voor de ABP wet. In 1976 kwam de AAW, welke ook voorzieningen bood ter verbe-tering van de leefomstandigheden van gehandicapten. De GMD deed de beoordelingen voor de AAW (en ook diverse andere beoordelingen, welke hier niet uitgebreid aan de orde komen). De voorzieningen ter verbetering van de leefomstandigheden gingen in 1994 met de WVG naar de gemeenten.

De drie bovenstaande taken werden uitgevoerd door de artsen, veelal in samenwerking met arbeidsdeskundigen en anderen. De opdracht gevende organisatie stelde middelen

beschikbaar en gaf normen voor kwantiteit en kwaliteit. Ook de wetenschappelijke vereniging stelde normen voor kwaliteit.

3.5 VERENIGING

De groep van verzekeringsartsen was sinds 1969 georganiseerd in de wetenschappelijke vereniging NVVG (Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde). De NVVG was actief op het gebied van kwaliteit van handelen, ethiek, opleiding in, en maatschappelijke erkenning van, het vak. De NVVG trad toe tot de federatie KNMG in 2002. Naast de NVVG waren er verenigingen naar organisatie, bijvoorbeeld bij de GMD de Vereniging van Verzekeringsgeneeskundigen bij de GMD (VGGMD), bij het GAK de Vereniging van Artsen bij het GAK (VAGAK, later NIVAG), bij ABP de Kring van ABP-artsen, de koepel van artsen bij de UVI's (Vesuvius) etc. De verenigingen naar organisatie evolueerden met de organisaties mee: momenteel is er nog de NOVAG-UWVA voor de verzekeringsartsen die werken bij UWV. Deze verenigingen oriënteerden zich meer op de positie van de arts binnen de organisatie en arbeidsvoorwaardelijke aspecten daarvan. De organisaties waren niet erg genegen om de groep artsen als een aparte categorie personeel te behandelen. Een VA: *'De VGGMD had alleen incidenteel en alleen schriftelijk contact met de directie van de GMD. De directeur stelde zich op het standpunt dat uitsluitend via de lijn gecommuniceerd moest worden. Hij was niet bereid "om dadelijk ook nog met de poetsvrouwen te moeten afstemmen".'* Dat veranderde enigermate toen in 2013 de NOVAG ook vakbond werd. Via de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) hadden de artsen soms wel enige invloed op hun rechtspositie. Opgemerkt zij dat de artsen bij hun werkgevers altijd een zeer kleine minderheid van het personeel vormden, behalve bij de GMD.

13

3.6 OPLEIDING

De kwalificatie van de artsen hing in belangrijke mate samen met hun opleiding. Artsen kregen eerst instructie binnen de organisatie, en vervolgens de beroepsopleiding die leidde tot de titel specialist-verzekeringsarts. De interne instructie bij GAK, GMD en anderen evolueerde van bijna niets via de interne GMD-en later GAK-opleiding naar de Gemeenschappelijke Interne Basisopleiding (GIB) en huidige Basisopleiding verzekeringsgeneeskunde (BOVG, cursus en praktijk, bij elkaar een klein jaar). De beroepsopleiding bestond sinds de erkenning van het specialisme in 1964. Deze duurde aanvankelijk twee jaar, sinds 1985 drie jaar en sinds 1994 vier jaar en werd gegeven aan de Hogeschool voor Sociale Geneeskunde (HSG) in Utrecht en enige tijd bij het Dr Veeger-instituut in Nijmegen. Net als de organisaties veranderden de opleidingsinstituten herhaaldelijk van naam en van takenpakket. De HSG evolueerde tot Stichting Sociale Gezondheidszorg (SSG, met onder meer opleidingen Algemene Gezondheidszorg, Forensische geneeskunde en Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten), welke later fuseerde met de opleidingen Arbeids-en Bedrijfsgeneeskunde, Jeugdgezondheidszorg

en Algemene Gezondheidszorg van het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg tot Netherlands School of Public Health (NSPH). Van 1994 tot 2010 zijn de opleidingen Verzekeringsarts en Bedrijfsarts gecombineerd geweest in de opleiding Arts voor Arbeid en Gezondheid maar in de praktijk kwam die fusie niet tot stand en de Arts voor Arbeid en Gezondheid werd ook in de opleiding weer verlaten. De NSPH fuseerde met de opleiding Arbeids-en Bedrijfsgeneeskunde van het Coronel Instituut tot de huidige Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH). In Nijmegen wordt sinds 2014 de beroepsleiding verzekeringsarts aangeboden bij de Sociaal Geneeskundige Beroepsopleiding (SGBO). Kortstondig was er ook een TNO opleiding Verzekeringsgeneeskunde, op instigatie van het GAK.

4. PERIODE 1967-1976: ZELFADMINISTRERENDE BEDRIJFSVERENIGINGEN, GAK, GMD EN ABP

Van deze periode heb ik geen ooggetuigen gevonden. Toch moet deze periode kort worden beschreven, omdat de huidige verzekeringsgeneeskunde in die tijd is ontstaan met in 1967 de invoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en het intrekken van de Ongevallenwet en de Invaliditeitswet. De WAO verzekerde het theoretische verdienvermogen van werknemers voor zover dat door ziekte of gebrek was verminderd ten opzichte van het begin van de verzekering. Als iemand langdurig door ziekte of gebreken minder kon verdienen dan voorheen kon dat in principe worden gecompenseerd met een uitkering uit de WAO. Zo konden mensen in passend werk opgenomen blijven in de samenleving, met een aanvullende uitkering om een eventueel verlies aan inkomsten te compenseren. Inzake de WAO bracht de nieuw opgerichte GMD de medische en arbeidskundige adviezen uit, waarop de bedrijfsvereniging (zelfadministrerend of GAK) besliste. De artsen bij de GMD kwamen vooral van de Sociale Verzekeringsbank waar ze beoordelingen hadden gedaan voor de Ongevallenwet en de Invaliditeitswet.

De sinds 1930 bestaande Ziektewet (ZW) sloot in 1967 met een maximum duur van 52 weken aan bij de wachttijd voor de nieuwe WAO. De Ziektewet verzekerde de geschiktheid tot het uitvoeren van het eigen werk, voor zover die geschiktheid door ziekte of gebrek of zwangerschap was verminderd t.o.v. het begin van de verzekering. De controles werden voor de bedrijfsverenigingen (BVen) vooral gedaan door huisarts-verzekeringsgeneeskundigen. Bedrijfsartsen deden de controles bij bedrijven die het risico voor de ZW zelf droegen. Het GAK had zowel eigen (verzekerings-) artsen als huisarts-verzekeringsgeneeskundigen.

Aan voorschriften voor de arts was er alleen de ‘hersteldverklaring’ voor de Ziektewet (bij het GAK het zogenaamde blauwtje), en bij de GMD bestond het zogeheten EGO-formulier (Eerste Geneeskundige Onderzoek: meerdere pagina’s met in de kantlijnen suggesties van onderwerpen die uitgevraagd konden worden).

De beoordelingen leidden tot beslissingen van de bedrijfsvereniging waarbij de claim was gelegd. Tegen een beslissing kon de belanghebbende in beroep gaan bij de Raad van Beroep waar een voorzitter jurist, een raadslid werknemer en een raadslid werkgever zich over de zaak bogen. Hoger beroep was mogelijk bij de Centrale Raad van Beroep (CRvB), daar zaten alleen juristen. De rechter kon een onafhankelijke klinisch specialist inschakelen.

De GMD-verzekeringsarts beoordeelde niet alleen werkvoorzieningen uit de WAO: ook recht op vrijstelling van kijk- en luistergeld, rijgeschiktheid voor CBR in combinatie met autovoorzieningen en aanpassingen, kinderbijslag voor de SVB, verhuiskosten/woning-aanpassingen, indicatie focuswoningen en meer.

Ambtenaren vielen niet onder de werknemersverzekeringen ZW en WAO. Ambtenaren konden met ziekteverlof, tot hervatting in werk of tot er sprake was van blijvende ongeschiktheid voor de functie (variëtes tussen een paar maanden en jaren). De Rijks Geneeskundige Dienst of de regionale Bedrijfsgeneeskundige Dienst deden de controle en begeleiding van ambtenaren. Het onderwijspersoneel buiten gemeente of rijk (bijzonder onderwijs) kende geen standaard begeleiding / controle. Het schoolbestuur kon een leerkracht naar een vertrouwensarts (vaak een huisarts) sturen. Bij blijvende arbeidsongeschiktheid had een ambtenaar sinds 1966 recht op een invaliditeitspensioen waartoe vanaf 1966 het geneeskundig onderzoek bestond. Beleid was dat enigerlei vorm van re-integratie prevaleerde boven schadeloosstelling. Ook bij het ABP werden andere beoordelingen gedaan: werkvoorzieningen maar ook bijzondere pensioenen voor o.a. oorlogsslachtoffers en oud-Indiëgangers. Het ABP had sinds tweede helft van de jaren zestig een interne bezwaarprocedure die vooraf ging aan de beroepsprocedure.

De interne opleiding bij deze organisaties lijkt in deze periode vrij marginaal te zijn geweest. Wel waren er om de twee jaar Verzekeringsgeneeskundige Studiedagen die naast een inhoudelijke ook een sociale functie hadden. En er was sinds 1965 de tweejarige beroepsopleiding die door sommigen werd gevolgd. De beroepsopleiding was geïnitieerd door de Stichting tot bevordering der verzekeringsgeneeskunde. Deze was opgericht in 1962 wegens de opkomende ontwikkelingen in de sociale verzekering waarvoor de artsen tijdig en adequaat moesten worden opgeleid. De stichting bracht ook een tijdschrift uit, *Arts en Sociale Verzekering*, in eerste instantie voor de behandelende artsen en in tweede instantie ook voor controlerend geneeskundigen. Het vaststellen van de doelen van de opleiding werd overgenomen door de beroepsvereniging NVVG, toen deze werd opgericht, in 1969. De NVVG wilde de professionele stem van de verzekeringsgeneeskunde zijn. Kennis, specifiek voor de verzekeringsartsen, was te vinden in: A. Nap, *Validiteitsschattingen*. In de jaren zestig zijn verscheidene proefschriften verschenen over de beoordeling van ziekteverzuim en enkele over de beoordeling van langdurige arbeidsongeschiktheid.

Met de invoering van de WAO vervielen twee eerder bestaande voorwaarden voor uitkering: ongeval als oorzaak bij de Ongevallenwet en 66 2/3% invaliditeit als ondergrens bij de Invaliditeitswet. De medische toegang tot de WAO werd daarmee groter dan voor Ongevallenwet en Invaliditeitswet tezamen. Daarbij kwam dat de toepassing van de zogeheten verdiscontering van de werkloosheid (artikel 21 2a van de WAO) met besluit van de Federatie van Bedrijfsverenigingen uit 1973 veel ruimer werd dan daarvoor. WAO-uitkeringen werden met die verdiscontering vaak toegekend naar volledige arbeids-

ongeschiktheid in plaats van naar het theoretisch percentage arbeidsongeschiktheid. De WAO fungeerde daardoor vooral sinds 1973 toenemend als afvloeiingsregeling van de arbeidsmarkt en het aantal WAO-gerechtigden steeg veel harder dan was aangenomen. Die groei was (vooral achteraf) een probleem in veler ogen en rond 1976 begon het politieke tij te keren tegen het ruime gebruik van de WAO. Het is tijdens dat kerende tij dat de nu volgende ooggetuigenverslagen beginnen.

5. PERIODE 1976-1992: ZELFADMINISTRERENDE BEDRIJFSVERENIGINGEN, GAK, GMD EN ABP

5.1 ACHTERGROND

In deze periode werd enerzijds de sociale verzekering verder uitgebreid met de AAW, anderzijds ontstond er, als gezegd, toenemend kritiek op het grote aantal zieken en arbeidsongeschikten.

Het inzicht begon te dagen, dat ziekteverzuim vooral een probleem was van de werkvloer waarin werkgever en werknemer meer verantwoordelijkheid konden en moesten nemen. Medische controle was niet genoeg. De zelfadministrerende bedrijfsverenigingen (ZABVen), GAK, GMD en ABP begonnen in deze periode hun dienstverlening aan bedrijven uit te breiden, onder andere met meer eigen en jongere artsen. Vanaf medio jaren tachtig gingen verzekeringsartsen structureel met grote bedrijven overleggen over verzuim en dreigend lang verzuim (bedrijfsgericht werken). Met kleinere bedrijven werd wat later meestal gewerkt via brancheorganisaties. Geleidelijk namen in deze periode de ZABVen afscheid van de huisartsverzekeringsgeneeskundigen, ten faveure van eigen artsen. Vanaf medio jaren tachtig kwamen de jongere artsen in lokaal leidende posities (Adviserend Geneeskundige bij het GAK en de Detam, Districts-Verzekeringsgeneeskundige bij de GMD, Regionaal Adviserend Geneeskundige bij het ABP etc.).

Met de AAW werden zelfstandigen en jonggehandicapten verzekerd voor arbeidsongeschiktheid en ook konden voorzieningen ter verbetering van de leefomstandigheden worden verstrekt: ‘ter voorkoming van ernstige bestaansvershraling of psychische decompensatie’. De BVen betaalden maar de beoordeling werd gedaan door de GMD.

In reactie op het steeds stijgende volume aan WAO-ers en de praktijk van verdiscontering van werkloosheid werd door de wetgever in 1987 de zogenaamde stelselwijziging doorgevoerd (o.a. afschaffing van het eerder genoemde ‘verdisconteringsartikel’ 21.2 a van de WAO). In het kielzog daarvan werden op grote schaal mensen geherkeurd voor de aangepaste WAO. Dit had zijn weerslag op de medische beoordelingen, die nu vaker financiële consequenties hadden en waartegen dan ook vaker beroep werd ingesteld. Er was dan ook meer medische onderbouwing nodig, onder andere met informatie van behandelaars. Waar voorheen de behandelaar even kon worden gebeld werden vragen van verzekeringsartsen nu vaker schriftelijk gesteld en de antwoorden werden vastgelegd. Het inzage- en correctierecht werd in deze periode ingevoerd waardoor de door behandelaars verstrekte informatie meer zichtbaar werd. Behandelaars wilden die vragen niet altijd beantwoorden. Met name in de psychiatrie was dat een probleem (tekenend was een artikel in het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* in 1987: ‘Informatie aan keurende instanties? Nooit’). GMD en bedrijfsverenigingen besloten in 1983 dat het verstrekken van informatie deel was van de behandeling en dus niet apart hoefde te worden betaald. Daarop adviseerde de Landelijke Specialistenvereniging de leden

om geen inlichtingen meer te verstrekken. Onder druk van twee ministeries en de KNMG haalden GMD en bedrijfsverenigingen na jaren van touwtrekken uiteindelijk bakzeil en werd voor de informatie weer betaald.

Binnen de NVVG leefde het idee dat de stijging van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid werd toegeschreven aan falende dokters terwijl de oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid grotendeels niet-medisch waren. Beoordelen van zulke complexe gevallen door alleen maar dokters was volgens het NVVG-bestuur medisch-ethisch dubieus en de onmogelijke positie waarin de dokters zaten werd in de maatschappij niet waargenomen. E.L. Smits, voorzitter NVVG tot 1986, belegde daarom in 1976 het symposium *Oneigenlijk gebruik van artsen in de sociale verzekering* in reactie op de publieke en politieke kritiek. De boodschap van de NVVG vond weinig gehoor. Voor het overige mengden de artsen zich zeer beperkt in de discussie over de hoogte van het ziekteverzuim en de aantallen WAO-ers. P.C.M. den Bieman volgde Smits op, tot 1992 en startte bij de NVVG in 1987 de discussie en initiatieven over het mogelijk samen gaan met vereniging van bedrijfsartsen (NVAB). Verzekeringsartsen kwamen meer en meer op de werkvloer en het laten ontstaan één Arts voor Arbeid en Gezondheid, opvolger van bedrijfsarts en verzekeringsarts leek voor de hand te liggen. Uiteindelijk wilden de bedrijfsartsen er niet aan, mogelijk mede doordat met de nieuwe wetgeving over de inzet van arbodiensten en de daaraan verbonden artsen, het samengaan niet meer nodig maakte.

De beroepsopleiding besloeg drie jaar en bestond uit cursus, stages, scriptie en werken onder supervisie. De opleiding werd gegeven bij de SSG. Tot 1985 ging jaarlijks één groep in opleiding. Door de grote aanwas aan artsen was de wachttijd voor de opleiding flink opgelopen en werden in 1985 drie en ingaande 1986 vier groepen per jaar gestart. In 1985 waren de (uit 1962 stammende) opleidingseisen voor registratie als verzekeringsarts geactualiseerd. In de verhalen van de ooggetuigen komt de beroepsopleiding niet veel voor. Er wordt door de ooggetuigen wisselend op teruggekeken: vooral sociaal nuttig en soms ook wetenschappelijk / inhoudelijk zinvol. Hierbij moet worden bedacht dat de opleiding vaak pas na jaren werken werd gevolgd wegens de lange wachttijden die ontstonden door de aanwas van nieuwe verzekeringsartsen. Door die lange wachttijden hadden de cursisten veel kennis en vaardigheden al opgedaan in het praktische werk. De stages bij verwante organisaties werden vaak wel goed gewaardeerd. Het niet volgen van de opleiding werd steeds minder aanvaardbaar geacht voor het werk als verzekeringsarts. Ook werd bij alle organisaties ingezet op na- en bijscholing van de artsen, vanuit de eigen organisatie en ook met commerciële aanbieders.

In deze periode kwam onderzoek naar ziekteverzuim sterk op, vooral uitgevoerd door economen en sociale wetenschappers. Er was enig onderzoek naar aspecten van beoordeling en begeleiding van verzuim en arbeidsongeschiktheid, maar nog niet door verzekeringsartsen zelf.

5.2 OOGGETUIGEN BIJ DE ZELFADMINISTRERENDE BEDRIJFSVERENIGINGEN (ZABVEN): ZIEKTEWET 1976-1992 BEOORDELING ZIEKTEVERZUIM

De Ziektewet (ZW) werd bij de ZABVen vooral uitgevoerd door huisartsverzekeringsgeneeskundigen. Onder regie van een regionale of centrale stafarts kon een arts, huisarts of anderszins, controles doen van mensen die zich enkele dagen daarvoor ziek hadden gemeld. Meestal deed een controleur ZW een eerste screenende huisbezoek. De administratie zorgde voor de oproepen en de verdere afhandeling. Het verdiende goed en hielp menig beginnende huisarts om een praktijk te starten. Een VA: De huisarts-vgn werkten op basis van verrichtingen, enkelen vergaarden daarmee 100.000 gulden per jaar als neveninkomst. De kwaliteit was zeer wisselend en sommigen hadden de neiging om de verzekerden wel erg lang bij zich te houden en vaak terug te laten komen.

Een freelancer in 1975: Meeste was rug en ander bewegingsapparaat, luchtwegen, incidenteel surmenage. Voor mij was in deze setting de inhoudelijke kant van de beoordeling geen grote hinderenis. Wat de patiënten vertelden klopte met wat ik van de controleur al wist. Lichamelijk onderzoek kwam nauwelijks aan de orde, en wat vluchtige notities op de rapportjes bleken evenmin een probleem te zijn. Onverwacht was het verzoek om nog even bij een vijftal adressen langs te gaan om te kijken of het wegblijven van het spreekuur terecht was. Dat hoefde niet ingewikkeld te zijn; een sprintje naar de slaapkamer zou wel duidelijkheid geven. Pluis -niet pluis was het devies; maandag weer aan de gang en zo niet dan revisie door de verzekeringsarts in vaste dienst. Er was een klein lab en een spreek-onderzoekskamer. Per dagdeel tot 30 mensen beoordelen. Schoonmaak, winkelpersoneel, makelaarspersoneel e.a. Top-down kwam het consigne 'controleren, controleren, controleren is onze kerntaak'. Er was geen kwaliteitscontrole maar de directeur BV bemoeide zich wel met de gevalsbehandeling als hem dat uitkwam. Een boze werkgever of een bestuurslid dat een extra behandeling verdiende leidde tot ingrepen in het medische werk.

Een huisartsverzekeringsgeneeskundige in 1978: Een huisarts instrueerde mij over de controlepraktijk: Het werk was simpel. 'Mannen moesten niet piepen en vrouwen moesten niet werken maar voor de kinderen zorgen. Dat kregen ze direct te horen, inclusief AG-verklaring'. Alle informatie werd op een patiëntenkaart geschreven, bijlagen met paperclip eraan, maximaal 3 regels geschreven tekst. De hersteldverklaring op een klein kaartje, een uitsteldatum in de kantooragenda en op een afspraakkaartje. Niet verschijnen betekende geen uitkering. Als je nadere medische informatie over een verzekerde wilde hebben belde je de huisarts of specialist op (zonder expliciete machtiging) en vroeg hem de gewenste informatie, welke je altijd kreeg.

Bij een andere ZABV waren er meer rapportage eisen. Een VA: Lichamelijk onderzoek was heel belangrijk en ook hoe je zaken opschreef op de medische kaart: de medische anamnese, wat voor werk iemand deed, het onderzoek, de beperkingen, de behandeling, de achtergronden privé en wat werk betreft.

In de praktijk werden die eisen zeer wisselend nageleefd, een enkeling schreef helemaal niets op. Een VA: Ik had per casus een blaadje papier (formaat A5) tot mijn beschikking om de anamnese op te schrijven. Wat ik daar opschreef werd dan later door de medisch secretaresse op een

groene kaart gezet. Er was geen ruimte om meer op te schrijven dan klacht, diagnose, summiere onderzoeksbevindingen, conclusie / vervolg.

Al naar eigen inzicht en beschikbare tijd kon je meer doen dan alleen beoordelen. Een VA: Begeleiden was vooral wat nu de bedrijfsartsen doen: mensen terug bestellen na zoveel tijd (zelf te bepalen) om te zien wat er nu mogelijk was. In herhaalcontacten op iemand inpraten om bijvoorbeeld zijn coping te verbeteren en laten terugkomen om te zien of dat effect had, behoorde tot de mogelijkheden. Een VA: Cliënten werden door mij in beweging gebracht, ik zag hen vaak na 6 weken terug, dan was er een half uur spreektijd gereserveerd. Ongelooflijk hoeveel mooie en zinvolle processen toen in gang werden gezet. Wanneer dit niet zo was dan moest ik optreden en kwam er vaak een hersteld melding tegen de zin van cliënt in.

Het ging bij de zieke werknemers veelal om verkoudheden, verstuikingen en wonden, soms om beginnende meer ernstige pathologie en ouder worden met kwalen. Psychische problematiek werd in de bouw vrijwel niet gezien, daarentegen konden rug- klachten en hartklachten en kanker makkelijk leiden tot blijvende volledige arbeidsongeschiktheid. Zo nodig kon de arts naar een werkgever toe. Werkgevers waren in sterk wisselende mate bereid of in staat om werk aan te passen aan de werknemer. Een VA: Tussen de verzekeringsarts en diverse bedrijven ontstonden soms heel vruchtbare samenwerkingen. Die samenwerking bestond eruit dat je elkaar persoonlijk kende en gemakkelijk de telefoon kon pakken om elkaar te informeren. De werkgever nam contact om over bepaalde verzuimende (of soms bijna verzuimende) medewerkers nadere informatie te verstrekken, die van belang was voor de verzuimbeoordeling. Zelf kon ik de werkgever gemakkelijk bereiken om bijvoorbeeld aangepast werk te vragen voor een verzuimer, of een reïntegratietraject af te spreken. Werkgevers stuurden soms wel expliciet of omfloerst aan op afvloeien van werknemers via de WAO. Als verzekeringsarts stond je daar alleen tegenover en je kon meer of minder mee gaan in deze verzoeken.

In de bouw, bij het SFB werd wel overlegd met de bedrijfsartsen, in de detailhandel bij de Detam lijkt dat minder het geval te zijn geweest. De BVG had in de gezondheidszorg assistenten medische dienst, veelal ex-verpleegkundigen, die taken richting werk en werkgever op zich namen, onder regie van de verzekeringsarts. De verzekeringsarts BVG had minder productiedruk (4 tot 12 per dag, meestal 6) en kon interventies doen. Een VA: Er waren mogelijkheden door dialoog met werkgevers, keuzes werden gemaakt. Dit kon zijn een keuze in aantal werkuren, partner meer betrekken bij zorgtaken, meer delegeren of inhuren van huishoudelijke hulp. Grenzen aangeven, zich meer onafhankelijk opstellen etc.

De verzekeringsartsen in vaste dienst verwerkten de controles van de huisarts-vgn (huisarts-verzekeringsgeneeskundigen), soms stuurden ze die ook aan, kwalitatief. Toenemend deden de verzekeringsartsen in vaste dienst zelf de beoordelingen, 20-50 per dagdeel. Ook deden ze de langlopende gevallen, vroegen specialistische rapporten (expertises) aan, deden de meldingen voor de WAO aan de GMD en de beoordelingen voor de AAW. Een VA: De beoordelingen tijdens het spreekuur bestonden deels uit anamnestiche beeldvorming inzake de aard en ernst van de geclaimde aandoening. Maar bij fysieke klachten was

het eigen lichamelijk onderzoek obligaaf, ook wanneer het meer inwendige aandoeningen betrof, zoals long-, hart- en buikklachten. We hadden een eigen klein laboratorium voor urineonderzoek, bloedbeelden en BSE. Psychische klachten kwamen in de gezondheidszorg (en dus bij de BVG) wel veel voor, anders dan bij de andere BVen. Een VA: Ik zag in de 80-er jaren veel thuis-hulpen in de ZW die 1 jaar verzuimden met 'overgangsklachten' en 'empty nest problematiek'. Ook hyperventilatie was een oorzaak van langdurig ziekteverzuim. Deze beelden zijn inmiddels verdwenen cq hebben nu een andere diagnose en een andere, meer activerende aanpak.

De verzekeringsartsen van de BVen werden geacht het werk zonder veel instructie te kunnen doen. En ook zij moesten, net als huisarts-vgn, in enkele uren tientallen mensen beoordelen. Maar ze werkten minder solitair. Er ontstonden, met de groei van hun aantal, groepen verzekeringsartsen. Zij voerden in wisselende mate de regie over de zaken die wel of niet aan de huisarts-verzekeringsartsen werden toevertrouwd. De controleur werd opgevolgd door een rapporteur ZW die in overleg met de verzekeringsarts de eerste screening deed. Het afscheid nemen van de huisarts-vgn en het in dienst nemen van nieuwe verzekeringsartsen ging uiteraard niet altijd soepel. Een VA: Er werd toen in grote mate gebruik gemaakt van uitzendbureaus: die leverden vaak net afgestudeerde en onervaren collega's die na hooguit enkele keren meelopen direct aan de bak moesten, en door de adviserend geneeskundige (AG) moesten worden begeleid, gecontroleerd en aangestuurd. Mijn werk als Adviserend Geneeskundige bestond voor een groot deel uit het voortdurend proberen de spreekurbetzing kloppend te krijgen.

Van veel sturing was nog geen sprake: Een VA: Je werd door de Medisch Adviseur beoordeeld op de gemiddelde ziekteduur in dagen per diagnosegroep van de door jou beëindigde gevallen. Als dat onder het gemiddelde van de collega's landelijk lag, dan had je het goed gedaan, zat je op of boven het gemiddelde dan kreeg je de aantekening dat je wat alerter moest zijn. Consequenties had het niet. Handgeschreven beoordeling met groene vulpeninkt en een kort amicaal gesprek na de controle op het verplichte dragen van de witte jas. Een andere VA: De aansturing op kwaliteit was onduidelijk en zeker niet prominent aanwezig. Je kon sparren met de regionaal verzekeringsgeneeskundige (rvg) of een andere collega. Jaarlijks kwam de Adjunct Medisch Adviseur, en die keek naar een selectie van de dossiers. Feedback kreeg je via de rvg. Later werden casuïstiekbesprekingen ingevoerd, in goede sfeer en ook inhoudelijk stevig.

In de loop van de jaren tachtig gingen de ZABVen, net als GAK en GMD, toenemend bedrijfsgericht werken en ook kwamen de verzekeringsartsen hiërarchisch minder onder de Medisch Adviseur en meer onder managers. Met de groei van het aantal verzekeringsartsen en verandering van het werk nam ook de rol van de regionale vakbaas toe: dossiercontroles werden meer systematisch uitgevoerd. De vakbaas onderhield ook de contacten met het hoofdkantoor, met de GMD, GAK en andere ZABVen en met werkgevers.

5.3 OOGGETUIGEN BIJ HET GAK: ZIEKTETWET 1976-1992 BEOORDELING ZIEKTEVERZUIM

De primaire taak van de arts bij het GAK was het vaststellen van (on)geschiktheid in het kader van de ZW. Het lijkt erop dat in deze periode de meeste ZW-controles bij het GAK werden gedaan door artsen in loondienst of met een tijdelijk contract, maar aantallen heb ik niet gezien.

Een beginnend GAK-arts kreeg instructie in procedures, Een VA: *Opleiding was een week meelopen met arts van 73, en dan aan het werk. De vraag aan de arts was over geschiktheid voor het eigen werk. Niet zomaar ziek/niet ziek. Deze vraag werden artsen geacht qualitate qua te kunnen beantwoorden. Een VA: Het was in het begin volstrekt onduidelijk wanneer je ongeschiktheid wel en niet moest accepteren. Na enkele weken kreeg ik toch wel een idee van waar de grenzen ongeveer lagen. Daarnaast was een frequente vraag of iemand niet al ziek/ ongeschikt was bij aanvang van de ZW-verzekering.*

Na een ziekmelding ging eerst de Rapporteur Ziektewet (RZW) op huisbezoek, na enkele weken verzuim werd de dokter ingeschakeld. Een RZW: *Er werd niet gekeken of het nodig was iemand te controleren. Je ging gewoon overal naar toe.*

De GAK-arts deed minder controles dan de arts bij een ZABV maar de herinneringen lopen uiteen: 30 tot soms 50 op een ochtend in 1975, 30-40 à 50 op een dag eind jaren zeventig, 15 tot 20 op een ochtend, incidenteel 35 op een dag in de jaren tachtig). In de middag werden onder andere huisbezoeken gedaan. Een VA: *Soms ging je een huisarts bezoeken voor overleg, vaak om de behandeling te bespreken of een bedrijf voor mogelijke herplaatsing. De arts kon bedrijfsbezoeken afleggen, wat in de jaren zeventig eigenlijk niet mocht (in de jaren tachtig juist wel). Deze bezoeken gaven inzicht in de problemen van mensen wat betreft hun werk. Werkgevers stelden dat erg op prijs en het leidde soms ook later tot nuttige contacten. Mensen waren als ze bij de dokter kwamen meestal enkele weken ziek. De artsen hadden beperkt grip op de agenda, alleen de hercontroles bepaalden ze zelf. Later kregen ze meer grip op de triage omdat ze met de Rapporteur Ziektewet gingen overleggen over de lopende gevallen.*

Er was vaak een klein lab voor elementair bloed en urineonderzoek. Later werd zulk onderzoek gedaan bij een plaatselijk ziekenhuis. Een VA: *Er was een klein lab voor bezinking, hb, diff, urine eiwit. Er was een 'bakmeisje' dat geleerd had bloeddruppelonderzoek te doen. Vaak kwam er niets uit, wat dan een Herstelverklaring legitimeerde. Een andere VA: Veel gastarbeiders met last van de maag. Die werden geprotocolleerd behandeld. We maakten een foto van de maag; was er geen ulcus dan ook geen uitkering. Een andere VA: Dergelijk diagnostisch onderzoek was vaak een 'tactische' handeling om een -in mijn ogen-goed belastbare werknemer te kunnen overtuigen. Het GAK had enkele specialisten in dienst om te raadplegen (chirurg, neuroloog, orthoped) en er waren de collega's met wie kon worden overlegd. Het was ook mogelijk om expertises vragen aan externe specialisten, bijvoorbeeld psychiaters. Een VA: Niet zelden ook om mensen in een behandelcircuit te krijgen. Maar vaak ook weer vanuit tactische overwegingen*

met het oog op een eventuele beroepszaak. Vooral van belang waren overleggen met de huisarts, wat tot heel wisselende ervaringen leidde. Een VA: Sommigen waren heel kortaf, mogelijk om zich van de verzuimcontrole verre te houden, anderen waren heel blij met overleg, ook met informatie over verzuim van hun patiënten waar ze vaak niets van wisten. De verzekeringsarts had geen bemoeienis met de behandeling of diagnostiek. Een andere VA: Ik was aanvankelijk wel bezorgd wat de huisarts zou vinden van de observaties en ideeën van de verzekeringsarts maar dat bleek erg mee te vallen.

Korte gesprekken, gericht lichamelijk onderzoek, summiere aantekeningen en een blauwtje (melding hersteld voor eigen werk) volstonden. Er was geen tijd maar ook geen cultuur of aanleiding om psychische problematiek te onderkennen. Een VA: Ik en andere verzekeringsartsen waren psychisch onvoldoende onderlegd en dan zie je de psychische klachten ook niet. Het was allemaal sterk somatisch georiënteerd. ADHD, autisme, borderline, het kwam allemaal niet aan de oppervlakte. Een andere VA: Rechttoe-rechtaan-ziektegevallen overheersten in mijn beginjaren. Overspannenheid bijvoorbeeld kwam niet voor. Rust werd in veel gevallen als dé remedie beschouwd.' Na een hersteldmelding konden mensen zich opnieuw ziek melden en vaak was het ook wel een spel van onderhandelen. Een VA: Relationeel ging dat wel, maar ook wel moeilijk of bedreigend, er vielen soms wel harde woorden van de verzekerde. Soms uitstel als het niet duidelijk was of te conflictueus. Maar na het uitstel was het soms nog moeilijker: de verzekerde had zich ook zitten voorbereiden en bijvoorbeeld een verwijzing naar een specialist gekregen.

Naast controleren werden ook wel interventies gedaan. Een VA: Gedeeltelijke hervatting organiseren met bedrijfsarts en werkgever, contact bewerkstelligen tussen werknemer en werkgever wat er soms na de ziekmelding niet meer was geweest, instructies geven om te oefenen, het oefenschema laten aanpassen i.o.m. de fysiotherapeut zodat het 's avonds kon. Een enkele keer vond de fysiotherapeut dat vervelend maar meestal werd het advies wel geaccepteerd. Een andere VA: Herhaald laten terugkomen en werken aan het oplossen van problemen, bijvoorbeeld bij mensen die overspannen waren. De sfeer onder de artsen wordt als goed omschreven en er waren regelmatig symposia en dergelijke. In de middagen waren de artsen zelden nog aan het werk, zo lijkt het. Een VA: Men was gewend zeer solitair te acteren en bovendien waren de werktijden op kantoor betrekkelijk kort. Om die reden had de toen kort tevoren aangetreden AG de 'verplichte koffiepauze' ingesteld. Dat waren soms merkwaardige sessies op de kamer van de AG waarin een man of 4-8 soms zwijgend een kopje koffie genoten. Driekwart van de artsen werkten niet meer dan een ochtend en deed dan op weg naar huis nog (af en toe) een huisbezoek.

Sturing kwam van de regionale vakbaas, de Adviserend Geneeskundige, deze keek naar de dossiers en gaf met een speciale groene pen juridisch getinte commentaren die weinig bijdroegen en geen consequenties hadden. Een VA: je leerde er niets van en als je er geen gehoor aan gaf was het ook goed. Er was geen sturing, of zelfs maar feedback, over de verzuimduur bij de verzekeringsarts, dat had niet de interesse van het GAK.

Sinds medio jaren tachtig ontstond het bedrijfsgericht werken voor met name grote bedrijven, wat grote impact had op het werk van de verzekeringsartsen. Een VA: Geregeld overleg met bedrijfsarts, afdelingschef, personeelsfunctionaris. Dat ging over partiele herplaatsing maar ook wel over afvloeiing naar de WAO. Overleg was aanvankelijk op initiatief van het bedrijf. Re-integratie in deeltijd met art 30 en 31 ZW, een enkele keer een aanpassing van een werkplek. Bedrijven stelden in de beginjaren vaak omfloerst maar soms zeer expliciet afvloeiing voor, ook van mensen die ik nog helemaal niet kende. Argumentatie was bijvoorbeeld: mooie staat van dienst, 52 is respectabele leeftijd, kost steeds meer moeite, heeft WAO wel verdiend. Daar stond de arts alleen voor: de GAK-leiding zocht het compromis liever dan de confrontatie, zeker met de grote bedrijven. Later ging het overleg meer op initiatief van het GAK en werd er geprobeerd het verzuim aan de bron aan te pakken met adviezen aan ondernemers/leidinggevend, al dan niet ook in overleg met de bedrijfsarts (veel bedrijven hadden nog geen bedrijfsarts). Zieke werknemers werden ook meer systematisch besproken waarbij gekeken werd naar aanpassingen van enigerlei aard. In de samenwerking met de GMD werd soms de arbeidsdeskundige in stelling gebracht en later ook de verzekeringsarts van de GMD.

In de loop van de jaren tachtig kwamen er meer voorschriften, bijvoorbeeld over de rapportage. Daarmee en met het bedrijfsgericht werken ging de productie wel omlaag, naar zo'n 20 op een dag. In die tijd ontstond onderlinge toetsing, in navolging van de huisartsen. Een VA: Onderlinge toetsing ontstond begin jaren tachtig: het was niet zo'n succes omdat er veel weerstand was bij vooral de ouderen en het vaak niet verder kwam dan vrijblijvende casuïstiekbesprekingen. De onderlinge toetsing was aanvankelijk een verplicht nummer vanuit het GAK. Dat heeft zich wel ontwikkeld, met name door de inbreng van steeds meer jonge artsen. Een andere VA: Ik begon met bandjes van spreekuuroptnamen, net zoals bij de huisartsen. Ik heb er ook een protocol voor gemaakt omdat het nog nieuw was. Er was aanvankelijk totaal geen animo voor maar ik heb het bij de collega's wel gedaan gekregen.

Begin jaren negentig was er voor de mensen die in vaste dienst kwamen wat meer opleiding, volgens een vaste structuur en met materiaal. Een VA: We startten met twee weken opleiding. Een dagje mee met een rapporteur ziektewet en een soort college van de AG. Een praatje van de coördinator van de rapporteurs. Een dagje meelopen met een verzekeringsarts (op de kruk) en een paar huisbezoeken. Een syllabus met relevante wetgeving en achtergrondmateriaal. Al vrij snel deden we zelfstandig spreekuur (in die eerste weken) waarbij ik het spreekuur doorsprak met een supervisor. Daarna volgde nog een traject van plusminus één jaar interne opleiding/ coaching.

Ook de rapporteurs ZW gingen met meer structuur te werk dan aan het begin van deze periode. Een VA: Bij een ziekmelding kreeg de Rapporteur een formulier met basale gegevens. Op dit formulier noteerden zij, meen ik, ook hun onderzoeksbevindingen en conclusies. Ik weet niet of dit standaard was, maar doorgaans beoordeelden de rapporteurs een ziekmelding in eerste instantie aan de hand van een Schriftelijke Eerste Controle (SEC): een formuliertje waarop de zieke aangaf wat er aan de hand was. Soms nam de rapporteur n.a.v. van een SEC contact op met de zieke. De rapporteur kon ook besluiten een huisbezoek te doen, het nog even aan te zien, of direct met de verzekeringsarts te

bespreken. De rapporteur mocht een dossier maximaal een maand onder zich houden en moest bij langer durende ziekmeldingen overleggen met de verzekeringsarts. Dit overleggen gebeurde doorgaans rond een uur of 11:00-12:00. De verschillende rapporteurs – bijvoorbeeld twee per rayon – kwamen bij de verzekeringsarts langs en namen de ziekmeldingen en hun bevindingen door. De arts kon dan instrueren betrokkene op te roepen, of het dossier ‘in rood teruggeven’ aan de rapporteur. Dit hield in dat de verzekeringsarts met een rode pen een nieuwe uitsteldatum aangaf. De controle bleef tot die tijd bij de rapporteur die dan kon besluiten te bellen of nog eens langs te gaan o.i.d.

De taak van de Adviserend Geneeskundige (AG), de vakbaas, groeide met de instroom van de nieuwe generatie artsen. De AG deed dossiercontrole nu in gesprek met de verzekeringsarts van wie de dossiers waren beoordeeld. Een VA: Er was een grote productiedruk op de dossiercontroles zodat weinig tijd overbleef voor kwaliteitsverbetering. Dat was als jonge AG tegenover veel oudere artsen ook niet vanzelfsprekend. Er waren grote verschillen tussen de artsen (leesbaar en niet leesbaar, uitgebreid of summier, veel Hersteldverklaringen of niet, veel beroepszaken of niet), waar weinig aan te sturen viel. Er was ook geen cultuur van elkaar feedback geven; ieder deed het zo’n beetje op zijn eigen manier en die cultuur was niet echt een thema. Dat was overal zo, bleek uit het AG overleg. AG’n zagen elkaar maandelijks onder leiding van de Medisch Adviseur.

5.4 GMD: AAW, WAO EN ANDERE 1976-1992: BEOORDELING LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN VOORZIENINGEN

De hoofdtaak van de arts bij de GMD was het doen van beoordelingen in het kader van aanspraken op de WAO. Dit werk vergde wel opleiding; in de beoordeling zelf en in de wet en de administratieve procedures. Het puur medische werd je als arts geacht te weten. Sinds eind jaren zeventig was er een landelijke interne opleiding (drie weken les over drie maanden verspreid) over juridische en arbeidskundige zaken en over belasting-belastbaarheid. Toch werden beginnende artsen na een korte instructie in het diepe gegooid en meteen aangemerkt als verzekeringsgeneeskundige: als zodanig ondertekenden ze hun rapporten en brieven. Verder was het vooral leren in de praktijk met de facto coaching door arbeidsdeskundige en wetstechnisch beoordelaar en met veel sparren met de collega’s, eventueel mentor. Een VA: Het was als jong broekie wel zoeken naar mijn houding bij die oudere mensen die zich kwamen laten afkeuren en niet zomaar geloofden dat ik gekwalificeerd was. Ook was het denken van diagnostisch-therapeutisch naar belasting en belastbaarheid een hele omschakeling. Een VA: Oudere collegae vonden zichzelf veelal nog in eerste plaats arts, wat beter was dan verzekeringsarts. Deze artsen maakten veelal een inschatting of iemand wel of niet in de WAO moest of passend werk moest doen, maar onderbouwden dat niet en drongen hun conclusies op aan de arbeidsdeskundigen, die dat dan maar hadden uit te voeren. Voor wie dat wilde was er de beroepsopleiding van aanvankelijk twee jaar, later drie jaar. Veel oudere artsen volgden die niet en dat was volstrekt OK.

In principe stond voor een uitgebreide eerste WAO-beoordeling een uur, inclusief rapportage. Dat was dus zo’n acht beoordelingen op een dag (eind jaren tachtig ver-

moedelijk wat minder). Voor de zelf in te plannen herbeoordelingen werd veelal dertig minuten ingeboekt omdat de arts deze mensen al kende. Een VA: Soms herbeoordeling na 3 maanden en 6 maanden, ook wel als begeleiding met voorschriften voor herstelgedrag. In vergelijking tot de curatieve beroepen was het werk bij de GMD een redelijk goed betaalde oase van rust waarin je naar mensen kon luisteren en je in ze kon verdiepen voordat je een oordeel moest geven. Je besliste zelf hoever je daarin wilde gaan. Een VA: Ik deed zes oproepen per dag waarbij erg weinig herbeoordelingen. Dossieronderzoek bevestigde dat mijn team duidelijk minder 80-100 gafen ook veel minder herbeoordelingen creëerde. Een andere VA: Mijn dagelijkse werk bestond uit spreekuren waarvoor ik 45 à 60 minuten had. Dat liep vaak wel uit omdat ik goed wilde snappen hoe het bij de mensen zat. Waarom ging het niet, waar zaten de kansen op herstel etc. Het Belastbaarheidspatroon vulde ik in naar intentie, niet zozeer gestuurd / gehinderd door definities. Je kon zelf je herzieningen bepalen en dat deed ik erg veel (tot 3x laten terugkomen), om het beloop te volgen en ook uit nieuwsgierigheid. En ook om te begeleiden, d.w.z. coachen van mensen in hun omgang met hun ziekte en hun situatie (spiegelen, analyse, tips geven bijvoorbeeld over leren nee zeggen). Een andere VA: Ik was geheel en al vrij in plannen van mijn herbeoordelingen ook qua termijn en hield daarvan zelf maandschemaatjes bij. Dat was helemaal geen enkele moeite of probleem. Je wist van jezelf dat je ongeveer x herbo's per maand aankon, etc. Ik liet mensen vaak wel enkele keren terugkomen, hoe vaak dat was afhankelijk van de casus. Een andere VA: Herbeoordelingen deed ik als ik dacht dat het zin had, ook in termen van interventies in het herstelgedrag. Begin jaren tachtig werd de Transactionele Analyse populair binnen de verzekeringsgeneeskunde en met die begrippen ging ik werken. Ik vond het zinvol en leuk, of het vaak effect had, weet ik niet.

Voor de rapportage was er geen echt vereiste. Op een formulier Eerste Geneeskundig Onderzoek kon de arts uitgebreid noteren (in de kantlijn stonden veel suggesties voor uit te vragen thema's) maar dat bepaalde de arts zelf. Alleen een korte notitie op het zogenaamde achterkantje van dat EGO formulier of een blanco vel Rapportage Algemeen was ook goed. Een VA: Er was ook een formulier voor rapportage door alle drie de teamleden. Rapporteren kon met schrijven of inspreken en laten uittypen maar een enkeling zette de teamsecretaresse in voor zulke taken. Die zat dan ook bij het spreekuur, zonder plichtplegingen over medisch geheim. Artsen werkten meestal in vaste teams van één verzekeringsarts, twee arbeidsdeskundigen, één wetstechnisch beoordelaar en één teamsecretaresse die voor een bepaald rayon (alfabetisch of geografisch) verantwoordelijk waren. Per week was er twee keer één dagdeel voor teamoverleg en voor het verwerken van informatie van huisarts, expertise e.d. Een VA: In ons team was uitkering een hamerstuk, maar voorzieningen gaven soms veel discussie. Financieel en sociaal was dat niet logisch. Een andere VA: In ons team was er wel veel discussie als de arbeidsdeskundige geen functies kon vinden. Een andere VA: Ik ben weg gegaan omdat mijn invloed op toestroom WAO minder bleek dan gedacht. De arbeidsdeskundige was autonoom in de schatting en dat kon leiden tot uitkomsten waar ik het helemaal niet mee eens was. Er waren veel verschillen tussen arbeidsdeskundigen.

Overleg met huisartsen was meestal makkelijk, zeker als de arts kennis had gemaakt met de huisartsen in het geografische rayon. Verzekeringsartsen verschilden erg in de mate waarin ze informatie van huisartsen zochten en betrokken in hun beoordeling. Sommigen deden het graag en kregen vaak goede informatie, ook over achtergronden, anderen ervoeren huisartsen als advocaten van hun patiënten die neerzagen op de verzekeringsarts en geen zinvolle informatie produceerden. Het overleg met behandelaars werd in de jaren tachtig meer formeel, met een steviger positie voor de cliënt: deze moest van tevoren worden geïnformeerd over de vragen die de verzekeringsarts wilde stellen en daarvoor toestemming geven. Ook kreeg de cliënt inzage-en correctierecht. In 1988 verscheen het eerste protocol voor rapportage dat beschreef welke tekstkopjes moesten worden gebruikt.

Voor een expertise kon je zelf de specialist uitzoeken en vaak had je wel een idee van hoe die in het algemeen in de beoordelingen stond. Een VA: *Wij namen niet de soften*. Een andere VA: *Je kon zelf kiezen welke specialist je het meest geschikt leek, dat was niet alleen een kwestie van hard of soft*. De Raad van Beroep had ook zijn eigen lijst en de psychiaters op die lijst werden wel ervaren als soft. Soms was onderzoek mogelijk bij de arbeidsafdeling van de revalidatie, of bij de arbeidsexploratie van de gemeentelijke sociale werkvoorziening. Daar konden capaciteiten in observatie van één of meerdere dagen worden bepaald. Dit werd niet vaak gedaan, zo lijkt het, mogelijk omdat het bewerkelijk was en duur.

De teams voerden hun eigen regie over het werk. Een adviesaanvraag (vaak voorzien van een Medisch Portret van de BV collega) werd eerst door verzekeringsarts en arbeidsdeskundige individueel beoordeeld en in het teamoverleg werd dan het plan van aanpak vastgesteld. Meestal was dat eerst onderzoek door de verzekeringsarts naar stoornissen en beperkingen, dan onderzoek door de arbeidsdeskundige naar opleiding, werkervaring en mogelijke passende arbeid en dan afhandeling advisering aan de BV door de wets-technisch beoordelaar en de teamsecretaresse. Het advies werd door allen ondertekend. De rapportage van de arts was vrij toegankelijk voor de arbeidsdeskundige.

Het medisch oordeel kon zijn: volledig arbeidsongeschikt, al dan niet blijvend. Dat besliste de verzekeringsarts zelf. Het kon ook zijn: geschikt voor eigen werk, wat na 52 weken ziek zijn niet veel voor kwam. Het oordeel was vaak: geschikt voor werk maar met beperkingen. Ingaande 1976 moest daarvoor een Beperkingenpatroon (BP, later na kleine aanpassing Belastbaarheidspatroon en ook wel Beperkingen en Mogelijkheden Lijst geheten) worden ingevuld met 34 lichamelijke en 4 psychische/sociale functies waarin mensen beperkt konden zijn. In de loop van de jaren tachtig publiceerde het Bureau Wetenschappelijk Onderzoek van de GMD van al deze 38 items inzichten uit de wetenschap om het invullen te onderbouwen. Met het ingevulde Beperkingenpatroon kon de arbeidsdeskundige besluiten om passende functies te duiden vanuit de (regionale) Arbeidscomplexen Documentatie, ACD, of besluiten dat iemand 'gezien leeftijd, opleiding en handicap geen reëel aanbod was op de arbeidsmarkt'. Met deze frase

werd het eerder genoemde WAO artikel 21 2a (verdiscontering werkloosheid) ruim toegepast en arbeidsdeskundigen leken daarin onderling zeer te verschillen. Een VA: *er waren echte schatters maar anderen deden zelden of nooit schattingen*. De arbeidsdeskundigen hadden daarin een grote vrijheid, zodat een ingevuld BP wel of geen consequenties kon hebben voor de uiteindelijke beslissing over de WAO-uitkering. Met het invullen van het BP kon de verzekeringsarts tot op zekere hoogte anticiperen op wat de arbeidsdeskundige zou gaan doen en zo de uitkomst sturen. Een VA: *ik had samen met mijn arbeidsdeskundige uitgezocht welke effecten bepaalde scores hadden op de schatting. Dat bleek goed inzichtelijk te zijn en ik kon er goed mee werken*. Verschillen van streng tot soft bestonden ook tussen verzekeringsartsen (en volgens zeggen tussen kantoren), wat vooral bij rayonwijzigingen erg duidelijk kon worden.

Deze verschillen en de ruimte om wel of niet de uitkering te verlagen werden geleidelijk aan teruggedrongen, eerst bij de arbeidsdeskundige. In 1982 werd namelijk de zogeheten Administratieve Termijnstelling ingevoerd, waarbij de arbeidsdeskundige een belanghebbende een termijn gaf om te zoeken naar passend werk waarna de WAO-uitkering zou worden teruggebracht tot het theoretische niveau. De vrijheid om dit niet te doen, werd dus sterk minder. Dit gaf meer druk op de verzekeringsarts wiens BP nu in principe altijd consequenties ging hebben. In 1987 werd het verdisconteren van werkloosheid helemaal afgeschaft; met een grote herbeoordelingsoperatie ook met terugwerkende kracht. De ACD werd in 1988 geautomatiseerd en in 1992 opgevolgd door het Functie Informatie Systeem (FIS). Met de automatisering van de functieselectie nam de druk op het BP nog verder toe. Er kwamen meer vragen van arbeidsdeskundigen over wat iemand precies wel en niet kon, nu de computer het signaleerde als verkeisen niet goed pasten bij beperkingen. Voor het FIS werd het oude Beperkingenpatroon aanmerkelijk aangepast. Het aantal door de verzekeringsarts te beoordelen items steeg hiermee naar 42.

Naast de geschiktheid voor werk was de vraag of de belanghebbende bij aanvang verzekering wel geschikt was geweest om te werken een punt voor beoordeling, net als in de ZW. Deze vraag werd regelmatig gesteld en was vaak moeilijk te beantwoorden omdat er geen goede registratie was van iemands gezondheid bij de start van het werkende leven. De arts bij de GMD beoordeelde ook arbeidsgeschiktheid van zelfstandigen en jeugdgehandicapten, in het kader van de AAW. Hierover voerden de BVen meer regie dan over de WAO: er kwam vaker feedback vanuit de zogeheten Kleine Commissies van de BVen dat ze het met een bepaalde schatting niet eens waren. Soms lieten de BVen hun eigen artsen een AAW-beoordeling doen die dan later door de GMD-verzekeringsarts werd herhaald en waarover debat kon ontstaan. Het product van de beoordeling door de arts was ook bij de AAW een BP. De arbeidsdeskundige kon het BP vergelijken met zogenaamde profiogrammen: beschrijvingen van hoe het werk van een zelfstandige, bijvoorbeeld agrariër, er typisch uitzag.

De AAW bood ook leefvoorzieningen, een thema waarover de BVen veel regie wilden voeren. Iedere BV ontwikkelde een eigen beleid en straalde een bepaalde houding uit. In de herinneringen van de respondenten: de Bakkers en Slagers waren hard voor hun verzekerden, SFB en Grafische waren aardig en de Detam krentenwegers. Ook de GMD ontwikkelde een eigen beleid en regelmatig gaf al dat beleid (en de opvattingen van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige) aanleiding tot verhitte discussies waarin uiteindelijk ook de CRvB zich mengde. Vraag aan de verzekeringsarts was of afwijzing van de geclaimde voorziening zou leiden tot ernstige bestaansvershraling of psychische decompensatie. Voor de verzekeringsartsen waren de taxikosten / auto's de meest frequente beoordelingen van voorzieningen maar er waren ook allerlei andere:

Een VA: Mensen kregen volières met kanariepietjes vanwege 'dreigende bestaansvershraling'; we moesten na een rechtbankprocedure een Mercedes verstrekken aan een man wiens gekwetste ego volgens de deskundige psychiater niet in een Daffje paste. Een andere VA: Verzorgingskosten voor het paard van de arbeidsongeschikte tandarts die zonder paard mogelijk psychisch zou decompenseren. Nog een andere VA: Een cliënt vroeg om een vergoeding om maandelijks een keer een prostituée te kunnen bezoeken. Eerste reactie: afwijzen, want daar is 'gemeenschapsgeld' niet voor bedoeld. Maar het bleek niet eenvoudig, met het bestaansvershralingsaspect als gegeven, om een afwijzing juridisch rond te krijgen. Weer een andere VA: Veel overleg met revalidatiecentra over voorzieningen. Je ging er ook heen om te kijken en te bespreken. In het 'autoteam' deed je samen met arbeidsdeskundig technicus en een gecommitteerde van het CBR proefritten, om te bezien welke aanpassingen aan een auto noodzakelijk waren. Dan kon je ook een beoordeling rijgeschiktheid doen voor het CBR.

Voor huisvestingsvoorzieningen ging de arts meestal op huisbezoek. Dat kon erg leuk en interessant zijn maar ook wel bedreigend. Ook deze voorziening kreeg zijn eigen dynamiek. Een VA: De gemeente saneerde hele flatgebouwen per individu van 60-er jaren lavetten voor oude bewoners die daar met hun altijd aanwezige artrose niet in konden klimmen.

Sturing op het werk was er aanvankelijk niet, veel reflectie op kwaliteit was er nog niet en ook de productie was geen groot thema. Een VA: Je had je eigen rayon en als je achterliep gaf je wat meer gas. Sturing kwam wel van je teamgenoten en van de rechter of specialist uit een beroepszaak. Je kon je rapportages beperken tot aantekeningen en die pas bij een beroepszaak uitwerken. De vakbazen, de districtsverzekeringsartsen, keken vanaf eind jaren tachtig wel vaak naar dossiers en gaven daar ook feedback op. In die tijd ontstond ook wel druk op productie, niet zozeer op tijdigheid. Deze druk kon leiden tot heftige discussies tussen artsen en management.

De verhouding met de collega's van het GAK wordt door sommige respondenten beschreven als afstandelijk tot vijandig: echt een andere organisatie. Andere respondenten ervoeren dat niet zo. In 1978 werd het s-overleg ingevoerd waarin min of meer informeel met de GAK-arts besproken werd welke ZW gevallen gemeld zouden worden bij de GMD. Dit moest de communicatie verbeteren en ook de grote stromen aanvragen sturen. Regionale refereerbijeenkomsten van de artsen hielpen ook.

Het was in de wandelgangen wel bekend dat sommige kantoren veel harder waren dan andere maar dat leidde niet tot merkbare sturing door het management. Bij grote achterstanden kon het management bepalen dat groepen m.n. oudere werknemers met een administratief of semi-medisch ‘volledig arbeidsongeschikt’ werden weggeschreven. Een VA: *Eén verzekeringsarts handelde in opdracht van het management in een week 285 gevallen af, op papier en per telefoon. Het leidde vrijwel alleen tot heronderzoeken en beslissingen ‘definitief arbeidsongeschikt’.* Dit werd de andere verzekeringsartsen ten voorbeeld gesteld. Wij anderen waren daarover zeer verontwaardigd.

In de loop van de tijd veranderde de morbiditeit en ook veranderden de inzichten over arbeid en gezondheid. Diagnosen als rugklachten, (later ook bijvoorbeeld hartinfarct, borstkanker en HIV) veranderden van ‘einde arbeidsleven’ in chronische aandoeningen waarmee gewerkt kon en liefst ook moest worden. Dat besef groeide bij bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en behandelaars. Een VA: *Toen ik begon was de omgang met ziekte heel anders dan nu. Er moest vooral gerust worden. Iemand moest eerst op alle gebieden (micro-, meso- en macroniveau) functioneren voor er überhaupt aan werk gedacht kon worden. En dan nog, want werk is een zware belasting. In de behandeling kwam de rugschool op.* Een VA: *Voorheen werden veel patiënten aan hernia's geopereerd, er werden wervels vastgezet, maar op een gegeven moment kwam Van Akkerveeken, orthopeed, een voordracht houden over zijn rugschool en ik viel van mijn stoel. Hij liet ijskoud zien dat al dat opereren vaak simpel was, maar dat oefenen, hervatten, psychologische begeleiding, heel belangrijk waren. En toen kwam hoogleraar Vlaeyen, met het fear and avoidance model, dat paste in elkaar.*

Psychische stoornissen kwamen sterk op, waarbij het in ogenschouw nemen van psychologische aspecten aanvankelijk op veel weerstand stuitte: dat was geen ziekte. De GMD zette zwaar in op nascholing, bijvoorbeeld met Omgaan met gedragsstoornissen door M. Kouwenhoven. Ook het beleid speelde daar op in: vage, psychische klachten moesten niet tot arbeidsongeschiktheid leiden. Een VA: *Begin jaren negentig kregen we het Aangepaste Schatting besluit: strenge herkeuring. Als je bij moeilijke objectiveerbare aandoeningen, chronisch vermoeidheidsklachten, aspecifiek rugklachten, allemaal van dat soort, mensen met hoofdpijn, als je daar een forse urenbeperking geeft moet je dossier voorgelegd worden aan de staf en de staf geeft het een nieuwe collega die nog een keer naar die patiënt kijkt. Twee meningen, strenger. Maar dat werd niet overal zo gedaan.*

Medio jaren tachtig werd de intercollegiale toetsing ingevoerd, gestimuleerd vanuit het Centraal Kantoor GMD en dat is gebleven, ook als eis voor herregistratie als verzekeringsarts. Er werd een start gemaakt met het opstellen van protocollen voor de medische beoordeling, vooral naar diagnose (groep). Dat laatste lijkt niet tot resultaten te hebben geleid. Diverse kantoren startten refereer bijeenkomsten, al dan niet met collega's van het GAK, de ZABVen en/of huisartsen en de kliniek.

Met het zogeheten Werkmodel organiseerde de GMD het werk anders: cliënten werden opgeroepen voor wetstechnisch beoordelaar, verzekeringsarts en arbeidsdeskundige,

alle drie direct achter elkaar, de zogenaamde oproepbatterij. Dit moest de doorlooptijd van de advisering bekorten. Na het onderzoek werden de cliënten weer opgeroepen om de conclusie aan te zeggen. Dit tweede gesprek is waarschijnlijk weer snel verlaten maar het direct na elkaar oproepen door verzekeringsarts en arbeidsdeskundige beviel sommige verzekeringsartsen wel erg goed. Voor de cliënten was het een hele belasting. Een VA: Eind jaren tachtig kwam de eerste reorganisatie binnen de GMD. We kregen naast de Districtsverzekeringsarts en Districtsarbeidsdeskundige een directeur op kantoor. Bij zijn openingspeech vertelde hij dat ons werk genormeerd moest worden. Hij kreeg de professionals daar direct mee op de kast. Ons werk was zo complex dat het niet in normtijden te vangen viel. Hoe kon hij dat dan in vaste tijden vatten? En wat ging hij daar dan mee doen? Vanaf het begin was er dus een spanningsveld tussen managers en professionals ten aanzien van ons werk wat sinds de introductie van de managers dan ook als productie werd beschreven. Ik had daar overigens geen last van. Het bleef bij roepen door de manager en oren dichthouden door de dokter. Toch werden er productienormen opgesteld: begin jaren negentig vermeldt een respondent een eis van 15 beoordelingen per week, wat volgens deze makkelijk te doen was. Een VA: Als je keek naar het week-of maandgemiddelde was de productie niet zo slecht maar het was niet in strakke tijden te vatten.

Het inwerken veranderde niet veel: een instructie, een wisselende maar in het algemeen korte begeleiding bij de eerste beoordelingen en dan vrij en bevoegd met aanvankelijk wel een mentor. Verder was er de GMD-opleiding van 3 maanden, de beroepsopleiding een ruim aanbod aan nascholing.

Bedrijfsgebonden werken kwam bij de GMD eind jaren tachtig op. In verschillende gedaanten zag het er als volgt uit: de verzekeringsarts zag van een (i.h.a. groot) bedrijf de zieke werknemers en besprak de mogelijkheden tot terugkeer met leidinggevende/personeelszaken/bedrijfsarts en de verzekeringsarts kon ook adviezen geven wat betreft verzuimbeheersing, soms gevoed door het bestaande verzuim en de redenen daarvoor. Een VA: Bezoeken bij werkgevers vonden plaats om verschillende redenen: soms was het gewoon handig om zelf een werkplek te bezoeken, om een beeld te krijgen van aard en zwaarte van het werk. In zo'n geval maakte je meestal een afspraak met de bedrijfsarts. Soms ging je mee om met een arbeidsdeskundige een bedrijf te bezichtigen en meerdere werkplekken te bekijken. In zo een situatie gebruikte de arbeidsdeskundige je om wat cachet aan het geheel te geven: als er een dokter van de GMD meekwam, was er veelal ook het Hoofd Personeelszaken of de Directeur Sociale Zaken aanwezig. Ook de GMD-arts ontkwam niet aan de invloed van de economie. Een VA: Er was wel druk op het laten afvloeien van werknemers via de WAO maar als je goed duidelijk maakte welke criteria golden (en welke niet), dan verdween dat. Het hielp ook dat de arbeidsdeskundige erbij was, die nog evt. uitkeringsconsequenties kon aangeven: vaak minder uitkering dan men had gedacht. Een andere VA: Nadat ik iemand geschikt had verklaard voor passend werk kwam de bedrijfsarts van het betreffende grote bedrijf bij het management daartegen protesteren. Tot mijn verbazing en ergernis werd mijn beoordeling overruled. Dat is maar één keer gebeurd. Deze extra taak van bedrijfsgericht werken drukte de productie per verzekeringsarts uiteraard, wat zou

moeten resulteren in meer re-integratie en minder uitkering. Met het privatiseren van de uitvoering van de ZW naar de bedrijven en arbodiensten in 1994 verdween ook het bedrijfsgericht werken.

Mogelijk in relatie met het bedrijfsgericht werken werd afscheid genomen van het werken in geografische rayons. Dit leidde tot meer afstand tot m.n. de huisartsen, waarmee dan meer schriftelijk i.p.v. per telefoon werd gecommuniceerd.

De jongere artsen werden nu ook districtsverzekeringsarts en ondernamen zelf initiatieven van sturing op kwaliteit, bijvoorbeeld vergelijken van aanvragen van expertises, dossiers, casuïstiekbesprekingen en studiekringen met refereeravonden. Op een gegeven moment werd het beoordelen van dossiers en het geven van feedback ook officieel de taak van de districtsverzekeringsarts. De jongere districtsartsen moesten wel opboksen tegen de oudere verzekeringsartsen en af en toe werd zelfs van een al lang disfunctionerende collega daadwerkelijk afscheid genomen. Een VA: *Ik voerde (volkomen onervaren) functioneringsgesprekken op basis van informatie over gebruik van expertises, dossierstudie en beroepszaken. Uiteindelijk moesten twee collega's daardoor (veel uitdelen en verantwoordelijkheid afwentelen met expertises) het veld ruimen.*

De districtsverzekeringsarts zat tussen de uitvoerders en het hogere management. Een VA: *We hadden regionale rayonbijeenkomsten die vaak ontfaadden in foeteren op de zoveelste onuitvoerbare maatregel uit 'Amsterdam'. Pleidooien om de politiek duidelijk te maken welke gevolgen het overheidsbeleid had (teveel mensen een uitkering, iedere nadenkende uitvoerder voelde aankomen dat het schip wel moest stranden), waren niet welkom.*

Een VA: *Eenmaal per week hadden we artsenvergadering om nieuwigheden te bespreken en casuïstiek uit te wisselen. Ik besteedde veel aandacht aan expertises (graag zo min mogelijk: alleen bij vragen over diagnose en behandeling, schuif je verantwoordelijkheid als verzekeringsarts voor het oordeel over functioneren niet af, wees geen slecht voorbeeld voor de rechtbank die in WAO-zaken beslist op basis van rapporten van artsen die op ons terrein niet deskundig zijn) en beroepszaken.*

5.5 ABP EN UITVOERING ABPW 1976-1992: BEOORDELING LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

In het begin van deze periode lijkt de medische inbreng vanuit het ABP vooral te zijn geweest het beoordelen van keuringsdossiers. De bedrijfsarts deed de verzuimbegeleiding en als re-integratie in eigen of ander werk niet lukte kon een aanmelding voor een invaliditeitspensioen worden gedaan. De bedrijfsarts deed dan de zogenaamde huiskeuring waarin het beloop van de ziekte en het verzuim werd geschetst en de eindtoestand wat betreft de ongeschiktheid voor het eigen werk. De medisch adviseur in Heerlen besliste over de aanvraag, met voorwerk van medisch juridisch medewerkers. Toenemend vond onderzoek plaats door een eigen ABP-arts, soms in eerste instantie thuis, maar al gauw op een ABP-kantoor. Zo nodig konden specialisten worden ingezet voor een expertise. Deze praktijk veranderde. Een VA: *Het werd gebruikelijk om niet op*

huisbezoek te gaan maar mensen op het spreekuur te laten komen. Dit onder protest van de oudere ABP-artsen in mijn regio. Pas bij een huisbezoek kreeg je volgens hen een echt goed idee van hoe de mensen functioneerden. Dit protest kon hoog oplopen. Met de instroom van de jongeren, die een veel grotere productie hadden dan de ouderen, was het huisbezoek als routine niet meer vol te houden. Wel werd dat nog gedaan voor voorzieningen, waaronder woningaanpassingen.

Eind jaren zeventig werden er meer artsen aangenomen die onder andere vooroverleg gingen voeren met de bedrijfsartsen, om vóór de aanmelding voor een invaliditeitspensioen te zorgen dat echt alle mogelijkheden voor re-integratie waren uitgeprobeerd. De arbeidsdeskundige van het ABP was hierbij ook betrokken. Bij grote werkgevers kon dat overleg gaan over veel gevallen waarvan de dossiers soms erg laat werden aangeleverd. Dat beperkte de voorbereiding van de arts. Gevallen konden jaren slepen als werkgever en ABP het niet eens werden. Een VA: Soms moest je door je opstelling een ABP-visie hard aanzetten als steuntje in de rug voor de bedrijfsarts, of moest de bedrijfsarts zelf sterk tegenspel geboden krijgen, etc. om op het juiste eindpunt uit te komen: re-integratie met de juiste belasting in relatie tot de belastbaarheid! Over het algemeen waren de verhoudingen bedrijfsarts/verzekeringsarts over en weer goed, al kon het wel eens een beetje knetteren, meest was er wederzijds respect. Kwam je een keer niet tot overeenstemming over de aard en ernst van de klachten, onderliggende ernst van het ziektebeeld en de consequenties voor arbeidsvermogen, dan kon je het wel eens worden over een expertise en een gezamenlijke vraagstelling. Een andere VA: Het vooroverleg was soms heel redelijk, soms probeerden de werkgevers ten onrechte mensen kwijt te raken via het medische kanaal. Dan was de bedrijfsarts degene die dat bij mij moest bepleiten, die stond wel onder druk van de werkgever. En weer andere VA: Naar mijn ervaring was er niet veel druk van werkgevers om personeel te lozen: het wachtgeld van de ambtenaar was een goed alternatief. De bedrijfsarts volgde in het algemeen de adviezen van de adviserend geneeskundige goed op.

Als aangenomen kon worden dat de re-integratie optimaal was geprobeerd stemde de ABP-arts in met aanmelding en volgde er een zogeheten Pi pensioenkeuring inzake restcapaciteit. Bij geen restcapaciteit volgde een invaliditeitspensioen, als er nog wel restcapaciteit was volgens de arts, dan stelde de arbeidsdeskundige het percentage arbeidsongeschiktheid vast en werd in principe een verklaring herplaatsbaarheid afgegeven waarmee de belanghebbende wachtgeld kreeg en eventueel na 5 jaar alsnog een invaliditeitspensioen. Een VA: Ik was bij mijn stage verbaasd over het gemak waarmee een Invaliditeitspensioen werd toegekend.

Ambtenaren die niet onder een bedrijfsgeneeskundige dienst vielen, konden zelf een medische keuring aanvragen voor een invaliditeitspensioen. Via de Medisch Juridisch Medewerker kwam dan een commissoriale keuring tot stand – een commissie van drie artsen, een aangewezen door betrokkene, een door het ABP en een door de twee artsen samen (veelal een combi van huisarts en specialist(en)).

Naast de beoordeling van het recht op een invaliditeitspensioen werd van ambtenaren en daarmee gelijkgestelden de noodzaak tot/het recht op voorzieningen in de werksituatie of thuis en woningaanpassingen aan het ABP opgedragen. Ook daarin werkte, sinds begin jaren tachtig, de verzekeringsarts van het ABP samen met de arbeidsdeskundige en de Medisch Juridisch Medewerker in Heerlen.

De instromende artsen bij het ABP moesten verzekeringsarts zijn of worden, hun titel binnen het ABP was Adviserend Geneeskundige, AG. De afhandeling van de dossiers verschoof in deze periode naar de districtskantoren die groeiden en ook managers aantrokken. Een VA: *Er kwam een nadrukkelijker manager-cultuur die ook stempels wilden drukken. Een reorganisatie met zelfsturende teams: gelijkwaardig? Ach, die medici al dan niet samen met arbeidsdeskundigen paken de rest nog wel eens in. Nee, zo negatief was het niet, men vond je natuurlijke overwicht wel gemakkelijk. Maar het stierf een stille dood, en targets halen als team etc. met als aanstuurder de administratief medewerker, ook dat was een kort leven beschoren. Dat neemt niet weg dat de managerial sturing decentraal wel strakker werd. Waarbij niet elke manager even gevoelig was voor de hoge kwaliteitsstandaard van de medische dienst, die vanuit Heerlen nog altijd werd gestimuleerd. In 1987 werden regionale stafverzekeringsartsen aangesteld om te sturen op de inhoud, wat tot die tijd door de Medisch Adviseur in Heerlen was gedaan. De districtsmanager stuurde eerder op kwantiteit en doorlooptijd.*

Een VA: *Op een spreekurddag zag ik 3 à 4 mensen per dag, er waren 1 à 2 spreekurddagen en de andere dagen naar de bedrijfsgeneeskundigen diensten, die ik eens in de 4 à 6 weken bezocht.*

6. PERIODE 1992-2002

6.1 ACHTERGROND

In deze periode vonden grote organisatorische veranderingen plaats waardoor de verzekeringsartsen bij herhaling van werkgever veranderden en hun takenpakket zagen verschraken. De hoogte van het ziekteverzuim en van de arbeidsongeschiktheid waren politiek niet langer acceptabel geworden. Premier Lubbers had dit in 1990 een nieuwe sociale kwestie genoemd waarop de overheid moest ingrijpen. ZABVen en GAK gingen meer en meer bedrijfsgericht werken om het verzuim voor of bij het ontstaan aan te pakken. Er werd een pilot gestart ('pilot synthesemodel', ook wel 'pilot Eindhoven') waarin de verzekeringsarts van de ZABV of GAK voor een bedrijf alle medische werk deed, vanaf de aanstellingskeuring tot en met de WAO-beoordeling. Maar met de Parlementaire Enquête van de commissie Buurmeijer (1993) zette de politieke trend in dat sociale partners niet meer de regelingen inzake arbeidsongeschiktheid moesten besturen. De verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer om ziekteverzuim te voorkomen werd leidend. Alle bedrijven moesten zich aansluiten bij een arbodienst en deze commerciële arbodiensten gingen in 1994 de geprivatiseerde ZW uitvoeren. Omstreeks 1998 werd ook voor het bijzonder onderwijs arbodienstverlening verplicht. Het vooroverleg was inmiddels afgeschaft bij ABP, evenals de commissoriale keuringen, en alle keuringen werden door de ABP-artsen zelf verricht.

Verzuimbeoordeling en begeleiding gingen dus per 1 januari 1994 deels en per 1 januari 1996 vrijwel geheel naar de private markt van (meer commerciële) arbodiensten. Grote aantallen Ziektewetartsen gingen mee, en werden bedrijfsarts, vooral bij arbodiensten die uit de BVen waren ontstaan: Arboned, Avios, Detam-arbo, Commit e.a. Een VA: Dit werd sterk gestimuleerd vanuit het management, het werd voorgesteld als *de toekomst van het vak, alles wat leuk en interessant was aan het vak zou tot het werkkterrein van de arbodiensten gaan behoren. Achterblijven bij de UVT's stond gelijk aan de boot missen, je kon daar hooguit nog helpen met t.z.t. het licht uitdoen.* De verzuim-beoordeling en begeleiding van werknemers verdwenen daarmee als taak van de verzekeringsarts en daarmee ook het bedrijfsgericht werken. Voor de Ziektewet zagen de verzekeringsartsen alleen nog uitzendkrachten en zieke mensen uit de WW. Voorzieningen gingen in 1994 met de WVG (in 2007 WMO), naar gemeenten. Deze taak van de verzekeringsarts verdween dus ook. Voor de verzekeringsarts bleef dus hoofdzakelijk de beoordeling voor de WAO en AAW, de taak van de GMD.

Het bestuur van de uitvoering van de WAO en AAW werd in stappen uit de handen van de werkgevers- en werknemersorganisaties genomen en gecentraliseerd. De GMD ging, tot woede van het personeel, op in het GAK in maart 1992 en de GMD werd in 1995 opgeheven. De taken en de mensen van de GMD gingen in 1995 deels naar de ZABVen,

anderen bleven bij het GAK. Per 1 januari 1997 veranderden de ZABVen en het GAK en de afdeling arbeidsongeschiktheidsverzekering bij het ABP in Uitvoeringsinstellingen (UVI's: Cadans, GAK, GUO, SFB, USZO). Het Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming Tica (1995-1997) en later het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen Lisv (1997-2002) coördineerden resp. stuurden deze UVI's aan. UVI's, Tica en Lisv kwamen onder toezicht van het College van Toetsing Sociale Verzekering (CTSV 1994-2002). De UVI's en Lisv gingen 1 januari 2002 op in het UWV; het CTSV ging toen op in de Inspectie Werk en Inkomen van SZW. Het veld werd al met al fors opgeschud en de beleidsvrijheid van de bedrijfsverenigingen (en later de UVI's) inzake de WAO en de AAW werd uiteindelijk vervangen door een centrale aansturing.

Wat betreft de verzekeringsartsen bestond de aansturing vanuit Tica / Lisv vooral uit richtlijnen voor het handelen van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Deze werden in samenspraak met artsen en arbeidsdeskundigen van de UVI's, opgesteld. De richtlijnen voor de verzekeringsarts ondersteunden het proces van de beoordeling (en waren daarmee niet specifiek voor ziektebeelden). Voorbeelden zijn het MAOC (Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium) 1996, de standaard GDBM (Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden) 1996, het rapportageprotocol 1998 en Verminderde Arbeidsduur 2000. Ook legde het Lisv de uitvoering van de AAW en WAO voor alle UVI's vast in een *Naslag Gevalsbehandeling*. De interne opleidingen van de UVI's werden gecombineerd tot een gemeenschappelijke interne basisopleiding (GIB), aangestuurd door de Tica / Lisv-werkgroep Verzekeringsgeneeskundige Programmacommissie. Het CTSV ontwikkelde een controle protocol Sociaal Medisch Handelen in samenwerking met de UVI's en toetste daar op. Het CTSV deed onderzoeken naar de kwaliteit van de claim-beoordeling in de praktijk van de UVI's.

De relatie van de verzekeringsartsen met hun werkgevers kwam onder druk te staan. Er kwam een nieuwe functiewaardering van verzekeringsartsen in 1994 waarin de salarisschaal naar beneden werd verlengd en bovenaan werd afgekapt, zeer tot ongenoegen van de artsen, die daarover ook rechtszaken voerden. Het duurde met de nieuwe schaal dus langer voordat men op het maximum kwam én het maximum lag lager. Een actie daartegen: 'Vg zegt nee' bleef zonder succes. Een VA: *Niet getroffen verzekeringsartsen deden soms solidariteitsacties en kregen daarvoor dan strafkorting op hun salaris. Dit resulteerde dan in 10 gulden minder salaris voor 1 dagdeel langzaam aan werken.*

De medewerkers GMD werden als gezegd eerst geplaatst bij het GAK en later verdeeld ('uitgepond' in het jargon van die operatie) over het GAK en de ZABVen. Dat 'uitponden' ging als volgt: men zocht per regio een evenredige leeftijdsverdeling in tienjaars-klassen (van 25 tot 65). Als je naar een ZABV wilde of bij GAK wilde blijven en er was geen concurrentie binnen je leeftijdscohort, kon je altijd over (of blijven). Maar als er 'teveel' wilden, dan ging hoge leeftijd x dienstjaren voor. Als niemand in regio X naar BV Y wilde dan bepaalde het laagste product leeftijd x dienstjaren wie verplicht over moest.

Dit werd niet landelijk maar per regio bepaald. De meeste verzekeringsartsen zagen hun eerste voorkeur gehonoreerd maar teleurstellingen kwamen zeker voor.

Deze 'uitponding' gaf veel commotie omdat de verzekeringsartsen er bepaald niet neutraal tegenover stonden. Velen kwamen niet op de plek van hun voorkeur of raakten boventallig en er ontstonden concurrentie en scheve ogen. De naar de ZABVen 'uitgeponde' verzekeringsartsen kwamen voor de WAO te werken onder een kaasstolpconstructie waarbij de stafarts van het GAK ze superviseerde/controleerde. Een VA: *De zogenaamde 'marginale toetsing'. Omgekeerd was het ook wennen. Een andere VA: Voordien hadden we nauwelijks contact met de GMD. We beschouwden het als een totaal ander instituut dat veel geld en aandacht kreeg van de politiek.*

Managers Arbeidsgeschiktheid gingen ingaande 1993 de artsen en arbeidsdeskundigen aansturen. Een VA: *Er ontstonden termen als product en productgericht werken. Er kwamen strakke afspraken over de kwaliteit en de hoeveelheid producten die wij moesten leveren, over tijdigheid, rechtmatigheid en efficiëntie. Het werd economischer. Later werden de uitkeringsafdelingen gevoegd bij de sociaal medische afdelingen met Managers Uitkering en Arbeidsgeschiktheid, De 'span of control' werd daarmee veel groter.*

De beoordelingen voor de WAO en AAW werden ook fors veranderd. Met de wet Terugdringing van het Beroep op Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) 1993 werd het medische criterium van de WAO, *'gevolg van ziekte of gebrek'*, vervangen door *'een rechtstreeks en medisch objectief vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek'*. De regels voor de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid werden in het zogenaamde Schattingsbesluit gepreciseerd en herhaaldelijk aangepast. WAO'ers die nog geen vijftig jaar oud waren werden opnieuw beoordeeld, op basis van het nieuwe criterium. Met het in 1995 aangepaste Schattingsbesluit kon de arbeidsdeskundige tot meer arbeidsgeschiktheid besluiten dan daarvoor en veel mensen kregen minder of geen uitkering meer. Tussen verzekeringsartsen onderling en in het publieke domein leidden de nieuwe regels tot verhitte debatten, met name over de minder objectiveerbare ziektebeelden. Deze commotie leidde er toe dat het Ministerie van SZW aan Tica verzocht om een richtlijn voor ME / CVS te ontwikkelen, wat in 1996 uitmondde in de richtlijn over de interpretatie van het MAOC, het medische arbeidsongeschiktheids criterium, dat werd opgenomen in het Schattingsbesluit 2000. Periodieke herbeoordeling werd wettelijk verplicht gesteld: na een toekenning moest de uitvoeringsorganisatie na één jaar een herbeoordeling uitvoeren. De daarop gebaseerde uitkering zou maximaal drie jaar worden toegekend, waarna de arbeidsongeschikte zelf desgewenst verlenging moest aanvragen. Deze termijn werd éénmalig verlengd tot vijf jaar vanwege het grote aantal herbeoordelingen waarmee de sociale verzekering al belast werd. De AAW werd in 1998 ingeruild voor twee opvolgers: voor de zelfstandigen de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen (WAZ, in 2004 ingetrokken), en voor de jonggehandicapten de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong die nog bij herhaling zou worden

aangepast). De beoordeling van zelfstandigen en jonggehandicapten was voor de artsen niet veel anders dan bij de AAW: er moest nog steeds een FIS-formulier worden ingevuld. Voor de arbeidsdeskundigen veranderde het werk wel. Voor zover er geen eigen verdiensten waren van de zelfstandige moest geschat worden volgens de WAO-methodiek. Voor de jongeren moest de arbeidsdeskundige bepalen of dezen het minimum-loon zouden kunnen verdienen, eveneens conform WAO methodiek.

In 1994 werd de bezwaarprocedure, die bij het ABP al bestond, in de sociale verzekering ingevoerd. GAK en ZABVen moesten voortaan bezwaren tegen hun beslissingen eerst zelf herbezien en pas daarna konden mensen in beroep gaan. De Raden van Beroep werden opgeheven en de beroepsprocedure werd ondergebracht bij de rechtbanken. 'Bezwaar en beroep' als aparte dienst bij de UVI's ontstond in mei 1997. 'Medewerkers bezwaar' deden de beoordelingen in bezwaar, eerst met geselecteerde verzekeringsartsen van een Lisv lijst, later met stafverzekeringsartsen, tot de oprichting van de afdelingen Bezwaar & Beroep, plm. 1998.

Met de wet BIG nov 1993 verdween de titel geneeskundige en werd iedere arts verzekeringsarts (al dan niet in opleiding) of gewoon arts. Ook de WGBO (1994) verscherpte de medische regelgeving, onder meer inzake het beroepsgeheim. Dat medische informatie afgeschermd moest worden was al lang een thema. Er werd vaak wat losjes mee omgegaan en dat leidde geregeld tot debatten, tussen verzekeringsartsen onderling, met de arbeidsdeskundigen en met de administratie en het management. Splitsen van dossiers in medisch en niet-medisch werd nu noodzakelijk. Dat was voor de dokters principieel en dat werd uiteindelijk ook geaccepteerd. Het medische deel was alleen voor de dokter. Voor het vragen van informatie aan de behandelaar werd *informed consent* ingevoerd, met inperking van de vraagstelling: er mocht alleen nog feitelijke informatie worden gevraagd, geen meningen of inschattingen en de cliënt moest instemmen met de vragen aan de behandelaar.

Rond 1997 ontstonden private aanbieders van beoordelingen in de sociale verzekering, meestal verzekeringsartsen die eerder voor GAK, GMD of een ZABV hadden gewerkt. Een typisch voorbeeld was WOSM (naar de oprichters: Wijers, Oostdijk, Schipper en Van Mook), later gevolgd door andere bureaus en zzp'ers. WOSM werd bij UVI's vooral ingezet voor het wegwerken van achterstanden. Opdrachtgevers waren Cadans, GAK, USZO. Het was fors verdienen (vaak werd per advies / dossier betaald) maar dan ook hard werken: oproepen doen en adviezen schrijven, met controle door de ontvangende (staf-) verzekeringsartsen. Deze waren niet altijd blij met de vrije jongens die geld kwamen verdienen maar daar merkten deze externen niet zoveel van omdat ze alleen bij de UVI-kantoren kwamen voor spreekuren. Naast de UVI's was de Immigratie en Naturalisatie dienst IND een belangrijke opdrachtgever voor WOSM. Fulltime verzekeringsartsen werkten daar vier dagen en hadden wekelijks één dag voor ontwikkeling in wat ze maar wilden. WOSM groeide binnen enkele jaren van 5 naar 125 verzekerings-

artsen. Een VA: *Met de uitbundige groei kwamen er ook minder gedreven types en kwam de klad er wat in.* UWV ging ook tegendruk geven, bijvoorbeeld dat WOSM moest betalen voor het gebruik van de spreekkamers. De artsen in vaste dienst vonden de hoge productie door de WOSM artsen (zes WAO gevallen per dag) een bedreiging voor de kwaliteit en ook voor hun werkbelasting (vier per dag). De managers vonden geleidelijk aan dat ook de eigen artsen zo'n hoge productie moesten maken. WOSM zakte uiteindelijk in elkaar n.a.v. het door UWV plots beëindigen van het contract met WOSM (2005). Vanuit WOSM zijn veel verzekeringsartsen verder gegaan met eigen medische adviesbureaus of als zzp'er. De trend om los van UWV sociaal verzekeringsgeneeskundig werk te doen, was gezet, al ging het langzaam. Een VA: *Pas rond 2010 werd de externe inhuur van een groot volume.* Verzekeringsartsen die als zelfstandigen werkten gingen eind jaren negentig incidenteel optreden als deskundige voor rechtbanken, iets waar al lang om was gevraagd. Met het meer prominent worden van het eerder genoemde FIS formulier in de beoordeling wilden de rechters dat de medisch deskundigen dit ook invulden en dat konden of wilden velen niet. Aangezien inmiddels verzekeringsartsen gingen werken los van de UVI's waren deze beschikbaar, al heeft het lang geduurd totdat het inschakelen van verzekeringsartsen door de rechtbanken gebruikelijk werd.

De NVVG ervoer een roerige tijd: het bleef in deze tijd van schuivende panelen zoeken naar een positie, t.o.v. de politiek, de UVI's en ook ten opzichte van de bedrijfsartsen en in mindere mate de artsen bij de private verzekeringen. Er werd gewerkt aan een nieuw type arts, de Arts voor Arbeid en Gezondheid, die de bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde beheerste en kon aanbieden aan werkgevers en Bedrijfsverenigingen. Pogingen om er één beroep van te maken liepen schipbreuk en veel verzekeringsartsen gingen naar de arbodiensten en weg van de NVVG. Daarmee, en met de publieke en politieke kritiek op de claimbeoordeling raakte de NVVG in 1995 in een crisis waarbij nog maar weinig leden bij een enquête stemden voor voortbestaan van de vereniging. Er was een commissie van drie wijze leden voor nodig om de richting aan te geven voor een nieuwe identiteit waarmee de NVVG verder ging. In 2002 sloot de NVVG zich na lang aarzelen aan bij de KNMG waarmee de inbedding in de medische wereld werd verstevigd. De NVVG kreeg door dit lidmaatschap naast een bestuur ook een bureau met een directeur.

Het Tijdschrift voor verzekeringsgeneeskunde ging in 1993 verder als Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. Er kwam in 1994 een gecombineerde opleiding AAG met de mogelijkheid een uitstroomprofiel bedrijfsarts of verzekeringsarts te krijgen. De duur van de praktijkging naar 4 jaar om Europees te worden erkend als specialisatie.

Een thema was nog steeds de verhouding tussen de artsen en hun werkgevers. Een VA: *Eind jaren tachtig kwam, onder voorzitterschap van Harma Bouman, bij de afdeling Sociale Verzekering van de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel (NCHP) de wens naar boven om te komen tot een Professioneel Statuut, te koppelen aan de CAO. Zo gezegd, zo gedaan. Vele jaren achtereen*

kwam het verlangen naar een P.S. steevast ter CAO-tafel. Telkens werd dit dan afgeschoten, nu eens door de andere bonden die geen voorkeurspositie voor artsen wensten, dan weer door de werkgevers met vergelijkbare argumenten. Kortom de gun-factor ontbrak. Uiteindelijk lukte het toch. De Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, onderdeel van de KNMG, en de Vereniging Hoger Personeel VHP sloten in 1999 een overeenkomst met de UVI's over de professionele ruimte voor de verzekeringsarts, het Professioneel Statuut. De NVVG sloot zich daarbij aan. Het Professioneel Statuut legde tussen UVI en verzekeringsartsen de professionele verantwoordelijkheid, professionele autonomie en professionele standaard van de verzekeringsartsen vast, op basis van wetgeving (BIG en WGBO) en tuchtrecht. In deze periode gaan verzekeringsartsen onderzoek doen in hun eigen veld, getuige de (door het GAK gefaciliteerde) proefschriften van Kaiser, Croon & Langius en Vrijhof. In het geheel van het onderzoek op dit gebied bleef de bijdrage van de verzekeringsartsen echter marginaal.

6.2 GAK ZIEKTEWET, AAW EN WAO 1992-2002

De uitvoering van de ZW bleef een zaak van grote aantallen. Een VA: Na enkele dagen instructie ging ik zelf mensen zien, zo'n 20 tot 25 mensen op een dag, van 8 uur 's ochtends tot half zeven 's avonds. Dit was exclusief reistijd. Van 8 tot 15 uur zag ik de mensen. Daarna schreef ik brieven, maakte ik rapportages en bereidde ik me voor op de volgende dag. Zelf laboratoriumonderzoek e.d. deed ik niet, wel info opvragen bij de huisarts. Ook aanvullende adviezen/voorschriften geven bij het beleid van huisarts etc. En ook inzicht geven in de prognose. Toen was de problematiek vaak enkelvoudig en er waren meer fysieke klachten dan psychische klachten. De psychische klachten die voorkwamen waren vooral overspanning en depressie. Er was maar weinig complexe problematiek, minder mensen die zich voor de zoveelste keer ziek meldden.

Het Ziektewetwerk werd gedaan in een veelal geografisch rayon, samen met de rapporteur ZW en een wetstechnicus. De arts plande zelf de heronderzoeken en hoefde maar minimaal te rapporteren. Voor de overgekomen GMDers was het ZW-spreekuur wel wennen. Een VA: Het was van de ene dag op de andere ook ZW doen, 12 op een ochtend en 3 WAO in de middag. De werkwijzen en dossiervorming in de ZW vormden een uitdaging op zichzelf om te leren kennen. Als je efficiënt en gericht opschreef was zo'n aantal ZW-beoordelingen wel te doen.

De WAO-beoordeling was 3 à 4 mensen op een dag, uitmondend in een FIS formulier. Het eindadvies werd opgesteld met de eigen arbeidsdeskundige en wetstechnisch beoordelaar. Een VA: Vrij snel echter werden de teams afgeschafte en moesten de artsen gestaffeld werken waarbij een procesbegeleider de regie voerde. Het verantwoordelijk zijn voor de eigen werkvoorraad verdween hiermee en artsen voelden zich gemarginaliseerd. De wetstechnisch beoordelaar verdween en er kwam een procesbegeleider voor in de plaats, met aanzienlijk minder kennis van de wetgeving.

De WAO was wennen voor de voorheen ZW-artsen. Een VA: Deze verandering werd zonder enige instructie doorgevoerd. Plotseling van geschiktheid voor eigen werk naar een FIS belastbaarheidspatroon geschiktheid voor passende arbeid. Ik zou eigenlijk ZW blijven doen maar die gevallen waren er vrijwel niet meer dus het werd vooral WAO. Er hoefde eerst nog niet veel te worden gerapporteerd en het ging nog met pen en papier. Er was wel een format/inlegvel voor rapportage maar dat was veel te beperkt voor een goed rapport.

Voor het beoordelen van voorzieningen werden soms huisbezoeken gedaan, al dan niet met de arbeidsdeskundige, tot 1994. Toen gingen na intrekking van de AAW de voorzieningen naar de Wet Voorzieningen Gehandicapten, die werd uitgevoerd door de gemeenten.

Soms (tot 1996) gingen de verzekeringsartsen naar bedrijven in het kader van bedrijfsgerichte verzuimbegeleiding; ze hadden van die bedrijven de mensen die verzuimden, op het spreekuur gezien. Een VA: Bedrijven waren vaak wel geïnteresseerd in goede herplaatsing, met een stukje WAO. Druk van grote bedrijven om mensen te laten afvloeien via de WAO was er niet zo vaak en de GMD-arts kwam nog na de ZW-arts om tegenwicht te bieden tegen afvloeiing. Gesprekken waren wel vrij open. Maar als je elkaar kende werd weigeren soms ook wel moeilijker. Later werd het lastiger omdat de GMD arts er niet meer achter zat en dus geen tegenwicht meer kon bieden.

Het GAK had inmiddels een uitgebreide Interne Basis cursus, welke later met de interne GMD-opleiding uitgroeide tot de Gemeenschappelijke Interne Basisopleiding (GIB) van zes maanden voor alle UVI's onder auspiciën van het Tica. De aanvullende opleiding tot verzekeringsarts bij de NSPH ging naar 3½ jaar. Rapportages van (nog) niet-verzekeringsartsen werden toenemend gecontrasigneerd door een geregistreerde verzekeringsarts; dit werd formeel pas ingevoerd in 2007 bij UWV, naar aanleiding van uitspraken van de Centrale Raad van Beroep. Maandelijks deden de arts en Onderlinge Toetsing aanvankelijk o.l.v. de stafarts, later (toen Onderlinge Toetsing verplicht werd voor de herregistratie) mocht de hiërarchische leiding er niet meer bij zijn. Het management stuurde op hoofdlijnen, eerst niet direct op productie, later wel. Iedere arts had in het begin een eigen rayon, later niet meer (dit wisselde per kantoor) waardoor contact met huisartsen formeler werd. Door de invoering van de WGBO in 1994 (gerichte informatieverstrekking en toestemmingsvereiste) moest de informatie per brief, met machtiging.

Een VA: Na de opheffing van de GMD en de overdracht van de verantwoordelijkheid voor leefvoorzieningen naar de Gemeente, veranderde het werk gestaag. Wetswijzigingen, die elkaar in steeds sneller tempo leken op te volgen, hielpen hierbij. De werkinhoud werd eenvormiger: werkgevers- en huisbezoeken, overleg met behandelaars en bedrijfsartsen op locatie verdwenen uit de agenda. Er werden meer eisen aan de rapportages gesteld: in plaats van 4 regels werden 4 A-viertjes de norm. Waar ik voorheen nog 's avonds een rapportage kon schrijven, was ik nu gebonden aan mijn computer op kantoor. Mijn aantallen oproepen zag ik langzaam dalen.

Met het management hadden de dokters in het begin nog weinig te maken. Er waren vakinhoudelijke Staf-Verzekeringsartsen en Managers Uitvoering Arbeidsgeschiktheid (MUAG), die ondersteunden en niet duidelijk stuurden. Een VA: De stafarts bevorderde dat de collega's goed waren geëquipeerd, maar was ook buffer tussen de verzekeringsartsen en het management en alle oekazes van het Hoofdkantoor. De staf gaf instructies vanuit het hoofdkantoor door aan de verzekeringsartsen (bijvoorbeeld de invoering van Informed Consent conform de WGBO) en deed dossiercontroles op kwaliteit. Voor de artsen was dat wennen maar het lijkt geen grote problemen te hebben gegeven. De productie bleef een probleem en dat probleem groeide. Een VA: In deze periode wijzigden de productienormen niet wezenlijk. Toch waren er regelmatig achterstanden, op zowat alle kantoren wel, die met enig kunst-en vliegwerk moesten worden ingelopen. Overwerk, korter beoordelen, ook wel telefonisch, korter rapporteren en pro-forma uitkeringen waren manieren om dat te doen en het lukte telkens redelijk goed, er werd behoorlijk efficiënt gewerkt. Het is wel aannemelijk dat daardoor meer werd toegekend dan medisch gezien noodzakelijk was. Pro Forma toekenningen (omdat niet tijdig beoordeeld werd) mochten later niet meer. De eisen aan de rapportages gingen omhoog en er werd op getoetst, wat leidde tot minder productie. Hier en daar vlamde de competentiestrijd tussen managers en dokters op. Een VA: Er kwamen managers en die wilden zich meer manifesteren. Maakten vergelijkingen met andere UVI's en wilden meer aansturen zoals dat bij andere UVI's gebruikelijk was. Het leidde tot conflicten over de productie, de werktijden van de dokters, een tijdsklok kwam en werd meteen gesaboteerd etc. VA Een andere VA: De uitvoering werd sterk proces-gestuurd, gericht op input. Dokters waren niet meer dan een schakel in dat proces. Er werd steeds meer op productie gestuurd door het management, aan de hand van procesindicatoren. Nog een andere VA: Verder is de wetgeving steeds ingewikkelder geworden en zo ook de problematiek van de mensen, die ook nog eens veel mondiger zijn geworden. Met het verdwijnen van de teams moet je je rapportages maken voor veel meer verschillende mensen wat meer tijd vergt omdat je meer moet uitleggen.

Artsen met verschillende achtergronden (GAK, GMD, ZABV) gingen in nieuw samengestelde groepen werken. Een tijd lang werd gesproken over verschillende bloedgroepen. Hoewel wisselend per kantoor waren de bloedgroepen vaak herkenbaar, vooral bij de grotere kantoren. Een VA: Je had bij ons een groot verschil in rangen en standen: de voormalig GMD-artsen, de GAK-artsen en een heel grote groep die bij de Ziektewet werkte. Zowel in het vakinhoudelijk overleg, maar ook in de sociale omgang waren die rangen en standen zichtbaar. Ze hadden aparte tafels in het restaurant, de ex-GMD'ers werkten op de 5^e etage, de ex-GAK'ers op de 4^e, de Ziektewet-artsen op de 3^e.

Aanvragers van een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO, AAW, ZW) konden bezwaar maken tegen een beslissing die in hun ogen niet juist was. Bezwaar en beroep was een functie die moest worden uitgevonden. Het was voor de artsen het beoordelen van medische aspecten van bezwaarprocedures. Bij ziekwetprocedures ging het meestal om hersteldverklaringen waartegen bezwaar gemaakt werd. Dat betekende

een nieuwe beoordeling waarbij meestal de cliënt zelf gezien werd. Bij WAO zaken werd een hoorzitting georganiseerd waarbij de bezwaarverzekeringsarts aanwezig was en vragen kon stellen aan de cliënt en/of aan de gemachtigde. Af en toe werd de cliënt, al dan niet samen met de gemachtigde, daarna op het spreekuur gezien. Ook werd vaak informatie ingewonnen bij de curatieve sector of af en toe een expertise opgevraagd. Daarna volgde een medische heroverweging van de beoordeling. Nadruk lag in de bezwaarprocedure op de argumentatie. Ook had de bezwaarverzekeringsarts een rol bij beroepsprocedures waarbij vragen van de rechter beantwoord werden voor zover op medisch vlak. Samenwerking was er met de bezwaar arbeidsdeskundige en de (juridisch) medewerker bezwaar. De kwantiteit was zaak van de medewerker bezwaar, als die zei dat een dossier haast had, dan ging dat voor. Er konden 3 à 4 hoorzittingen per dag worden gedaan door de arts. Met bezwaarverzekeringsartsen van andere kantoren was er een vorm van intervisie. Het vergde soms enige takt en altijd een goede argumentatie om de primaire verzekeringsarts te overtuigen van het oordeel in bezwaar. De primaire artsen waren i.h.a. niet blij met 'correcties' vanuit bezwaar en de positie van bezwaar moest ook echt worden bevochten. Keus was er niet: de functie van bezwaar was wettelijk vastgesteld.

6.3 BVG / DETAM EN HUN OPVOLGER CADANS 1992-2002

Met de overkomst van de GMD'ers en de aankomende fusie werden meer managers actief in de processen van ZW en WAO / AAW. Productie was één van hun zorgen maar ook de steeds gaande reorganisatie en het laten instromen van nieuw personeel. Een VA: In 1993 ben ik bij de bedrijfsvereniging gebleven en werd regionaal stafverzekeringsarts met (volgens de directie) als belangrijkste taak: het blauw spuiten van GMD-collega's. Blauw was de kleur van de DETAM. De GMD-artsen hadden een grote voorkeur om naar het GAK te gaan, want dan bleven ze meestal in hun eigen veilige omgeving. Veel collega's werden tegen hun zin in uitgepond naar de zelfadministrerende bedrijfsverenigingen. In ieder geval bij de DETAM had men het idee dat de GMD-artsen nogal vrijgevochten types waren die werkten wanneer en waar het ze zelf uitkwam (in de ochtend werken en in de middag de tennisbaan op), regelmatig buiten de deur aten en declareerden en ook nog een luxe auto van de zaak hadden. Zij moesten leren op kantoor te werken van negen tot vijf of langer. Uitstapjes waren er niet (meer) bij, net als onkostendeclaraties. Daarnaast kregen ze een niet medische baas ter aansturing.

Ook op casusniveau was het zoeken naar de juiste procedures, soms in een sfeer van animositeit. Een VA: Een halfjaar voor de daadwerkelijke overplaatsing kregen wij (verzekerings-geneeskundigen die overgingen), de BVG-populatie onder onze hoede. Al heel snel werd duidelijk, dat we met te weinig personeel overgingen. Om het werk toch te kunnen uitvoeren gingen we zaken op de stukken af handelen die in onze ogen op de stukken afgehandeld mochten worden (geheel arbeidsongeschikt en / of uitstellen van beslissingen). Toen we nog onderdeel van GAK-GMD waren was dit geen probleem. De stafverzekeringsarts ging akkoord met al ons werk. Dat veranderde toen

we op de BVG-locatie gingen werk. Het werk wat we deden werd opeens veelvuldig afgekeurd door de stafverzekeringsarts. De mensen moesten vaak opgeroepen worden om gedeeltes van de anamnese (bijvoorbeeld dagverhaal) alsnog vast te leggen en te beoordelen of de beoordeling moest worden veranderd omdat we het niet zorgvuldig genoeg deden. Ook dit ging niet overal zo, volgens andere respondenten.

Het werk werd anders georganiseerd: de administratieve ondersteuning viel grotendeels weg: Zelf typen, zelf correspondentie met behandelaars verzorgen. Ook de teams werden afgeschaft als zijnde niet efficiënt. De dokter moest liefst alleen nog maar een FIS formulier invullen. De wetstechnisch beoordelaar verdween en er kwam een procesbegeleider voor in de plaats, met aanzienlijk minder kennis van de wetgeving. Een tegenbeweging was het initiatief om te gaan werken met een HBO-niveau Medewerker Verzekeringsarts, MVA, die voorbereidend werk zouden kunnen doen voor de va. Een VA: Dit is geprobeerd bij div kantoren, protocollen opgesteld, door de KNMG goedgekeurd, goede informatie voor de klanten maar de andere Medisch Adviseurs waren er niet blij mee: de arts moet de mensen zelf zien, anders kan niet. De arts leek te weinig in beeld te komen bij de beoordeling, de rechter wees het af en daarmee werd dit initiatief gestopt. Een andere VA: Het werd meer gestopt doordat er onvoldoende draagvlak was dan door de uitspraak van de CRvB welke heel erg specifiek was voor de casus.

Inhoudelijke managers (arts of arbeidsdeskundige) werden afgeschaft ten gunste van lijnmanagers en inhoudelijk werden de artsen gecoacht door stafartsen (Regionale Verzekeringsartsen geheten, RVA). De belangrijkste taken van de staf-verzekeringsarts waren het vakinhoudelijk op de hoogte houden van de collega's van de laatste ontwikkeling op vakgebied, zoals de richtlijnen, organiseren van vakinhoudelijk overleg en casuïstiekbespreking, klachten afhandelen en kwaliteitsbeoordeling van het werk van de collega's, externe relaties. De RVA werd vakinhoudelijk 'gevoed' door de centrale staf op het hoofdkantoor, m.n. de Adviseur Medische Dienst (voorheen Medisch Adviseur). Een VA: In de praktijk hield het werk in dat je de collega's ondersteunde op de kantoren in jouw rayon. Dat waren bij Cadans al snel 6 tot 10 kantoren. Je bezocht de kantoren minimaal éénmaal per 14 dagen. De collega's konden dan met vragen of casuïstiek bij jou terecht. Eenmaal per maand was er per kantoor een vakinhoudelijk overleg met vakinhoudelijke informatie verstrekking, bespreking van ingebrachte onderwerpen, instructies ten aanzien van nieuwe protocollen en richtlijnen, alsmede casuïstiekbespreking. Tevens werden kwaliteitseisen ten aanzien van het werk besproken. Op gezette tijden werden kwaliteitstoetsen gedaan, dat wilde zeggen dat er van iedere arts enkele dossiers werden onderzocht en langs de meetlat van de protocollen en richtlijnen werden gelegd. Het oordeel werd besproken en verbetertips werden zo nodig gegeven.

Een VA: Van de artsen werd verwacht dat ze een minimaal aantal beoordelingen per week zouden doen. Die schoen begon te wringen. De artsen deden met name eenmalige beoordelingen, waarvan een uitgebreide en beargumenteerde rapportage werd verwacht, inclusief uitgebreide beschrijving van de belastbaarheid en met inachtneming van steeds meer protocollen en richtlijnen. Daarnaast

werden de cliënten ook steeds mondiger en kostten steeds meer spreekuurtijd. En over de schouders van de artsen keken steeds meer kritische mensen mee zoals, de stafverzekeringsarts, manager, bezwaarverzekeringsarts, rechtbank, advocaten, tuchtrechter, patiëntenverenigingen, etc., die zich allemaal konden bemoeien met het inhoudelijke werk van de artsen. Dit alles leidde ertoe dat de artsen steeds meer tijd moesten besteden aan de spreekuren en vervolgens aan het rapporteren, waarbij ze met inachtneming van alle richtlijnen een compleet juridisch dichtgetimmerde rapportage moesten schrijven. Hierdoor nam de kwantiteit van het aantal geleverde producten sterk af met ruim de helft. Tot ongeveer 1994 deed een WAO-arts ongeveer acht beoordelingen per dag en werden zijn (korte) rapportages door een secretaresse uitgetypt. Nu de PC langzaam aan gemeengoed werd, werden de artsen geacht hun rapportages zelf te typen. Tevens ontstonden er steeds meer richtlijnen en protocollen en voelden de artsen steeds meer de behoefte de rapportages medisch en juridisch geheel dicht te timmeren, hetgeen er toe leidde dat een arts gemiddeld nog maar maximaal twee beoordelingen per dag kon doen. En sommigen kwamen niet verder dan één per dag. Het management kon daar eigenlijk maar weinig begrip voor opbrengen, want het was aan hen om de 'productie' efficiënt vorm te geven, volgens tijdsnormen die door analisten op het hoofdkantoor werden opgesteld en welke in elk geval door de artsen niet als reëel werden ervaren.

Tussen 2000 en 2002 werden bij Cadans aan de artsen dozen met dossiers aangeboden voor herbeoordeling, 10 dossiers, voor f 1.500. Daar was goede belangstelling voor. Elders sprak men er schande van. Een VA: Herbeoordelingen bleven te lang liggen waardoor actie nodig was. Vragenlijsten waren al ingevuld door de cliënten. Er gold een maximum aantal per va, en het moest aantoonbaar in vrije tijd worden gedaan. Afhandeling op de stukken konden ze zelf doen, voor oproepen een kort verslag opstellen waarom oproepen nodig was. Op de stukken leverde meer op. De stafarts controleerde serieus, evt. werd een verzekeringsarts gecorrigeerd en uitgesloten van verdere deelname aan dit project. Dat kwam in de krant, vermoedelijk vanuit GAK ingefluisterd. Het viel ook slecht bij managers van andere UVI's. Het CTSV vond het echter goed. Het heeft ongeveer een jaar gedraaid, tot de voorraad weg was. Externen deden hier aan mee, bijvoorbeeld Argonaut.

6.4 GUO: 1992-2002

Het GUO was resultaat van het samengaan van drie zelfadministrerende bedrijfsverenigingen: Agrarisch Sociaal Fonds, BV De Samenwerking (Bedrijfsvereniging voor het Slagers-en Vleeswarenbedrijf, de Groothandel in Vlees en de Pluimveeslachterijen) en de BV Tabaksverwerkende industrie. Het GUO had zo'n dertig ZW artsen, verspreid over het land, deels in rayonkantoorjes waar 1 arts zat met administratie. Een ZW-spreekuur was net als bij GAK plusminus twintig mensen op een ochtend. Er was geen eigen lab, wel konden de artsen zelf laboratorium onderzoek en foto's aanvragen. Als de werkgevers weleens ontevreden waren (over een te softe arts) kreeg dat bedrijf een andere arts. Artsen bij het GUO deden ook arbo taken voor de aan het GUO gelieerde arbodienst Stigas, ook toen dat niet meer mocht, onder het motto: 'wij zijn de kleinste, niemand let op ons'. Bij GUO was de regio autonoom en daarbinnen waren de artsen

dat ook, met een beperkte coaching door de medisch adviseur. Er was geen toezicht, de artsen regelden hun werk helemaal zelf. Cijfers waren er niet voor de dokters, die bleven bij de districtsdirecteuren. Dezen directeuren voelden zich wel de baas over de dokters, wat wel irritatie gaf. Bij afwezigheid wegens cursus of vakantie werd geen vervanging geregeld. Sowieso hadden de artsen het idee dat ze met te weinig waren voor al het werk. Bij de afsplitsing van Stigas gingen 25 artsen gingen met Stigas weg. Met de overkomst van de GMD'ers, ongeveer twintig artsen, werd een systeem opgezet van kwaliteitsborging waarin dossiercontrole essentieel was. De (parttime) perifere stafarts deed deze controle, met een tweede controle door de medisch adviseur. Het werk werd nog steeds gedaan op kleine kantoortjes waar soms alleen de arts en de arbeidsdeskundige aanwezig waren die dus ook de receptie en de techniek moesten doen. Ze deden dertig WAO-beoordelingen per week waarbij ze hun rapporten konden uitschrijven of inspreken, die werden dan uitgetypt.

6.5 ABP / USZO 1992-2002

Medio jaren negentig moest de uitvoering bij ABP WAO-conform worden en ontstond het USZO (1 januari 1996). Het vooroverleg werd afgeschaft. Een VA: Op een ochtend konden wel 30 dossiers op de agenda staan, deels zeer omvangrijk, waarbij het niet altijd mogelijk was om de zaak van tevoren goed door te nemen. Het vooroverleg toonde dat de arts voor arbeid -en gezondheid (waarvoor veel gepleit werd in deze periode) zou stranden, hetzij door een fundamenteel verschil van inzicht over wat iemand nou eigenlijk wel kon, dan wel de financiële belangen die ermee gemoeid gingen. Een 'geval' kon wel 8 jaar duren als werkgever en ABP het niet eens werden over het pensioenrecht. In die tijd werd het werk minder leuk met minder eigenstandigheid van de artsen en alle keuringen vonden nu door USZO-artsen plaats. Ze moesten in teams met de arbeidsdeskundige en wetstechnici die hun eigen meningen hadden over zaken waar ze volgens de artsen niet zoveel verstand van hadden. Voor deze periode van gewenning was aan de USZO-artsen niet veel tijd gegund omdat ze in 2002 opgingen in het UWV.

7. UWV PERIODE 2002-2020

De UVI's gingen op in het UWV (Uitvoering Werknemersverzekeringen) en de artsen kwamen allemaal bij de Divisie Arbeidsgeschiktheid (AG), later bij de afdeling Sociaal Medische Zaken (SMZ) of de afdeling Bezwaar en Beroep (B&B). Dat betekende vaak (opnieuw) veranderen van werkplek, samenvloeien van verschillende UVI culturen en routines, debat over de arbeidsvoorwaarden, werken met verschillende niet op elkaar aansluitende IT systemen, een groot verloop van lagere en hogere managers en wisselingen in de functionele en hiërarchische aansturing van de artsen. De taken van de verzekeringsartsen veranderden en de aansturing, op kwantiteit en op kwaliteit, evolueerde onder externe en interne invloeden. Opleiding van en onderzoek door verzekeringsartsen groeiden in deze periode.

7.1 DE MENSEN IN DE ORGANISATIE

Een VA: Er was bij de USZO'ers angst voor de nieuwe situatie: andere wetten, m.n. ook ZW en Wajong, grote afstand tot de bedrijfsartsen, autonomie van de artsen minder, ander soort managers, harder, minder gelikt, met in de praktijk een grote turnover van de managers. Angst om vergakkerlakt te raken. De artsen raakten gemengd en verdund door jonge collega's; het was zoeken naar de nieuwe cultuur. De uitvoerende verzekeringsartsen bleven beoordelingen doen, de eerstelijns stafartsen kregen afwisselend wel of geen management taken en kregen met deze wisselingen andere titels (stafverzekeringsarts, Manager verzekeringsarts, Manager claim, Adviseur VA). Een VA: De kanteling van staf va naar adviseur va was een belangrijke en is nog steeds belangrijk. De adviseur va zit in het management team, is niet de staf die alles moet weten maar werkt als team met de manager. Veel stafartsen moesten er niets van hebben om in een management team de verlengde arm van de manager te worden. Deze zijn m.n. naar Bezwaar en Beroep gegaan. De verzekeringsartsen wisten dan ook niet goed aan wie de adviseur nu eigenlijk adviseerde. De staf was voor de verzekeringsartsen, de adviseur niet meer; die was voor het management.

Ook de zes Medisch Adviseurs van de UVI's / Lisv kregen andere rollen: twee werden Medisch Adviseur van UWV, twee werden coaches van de stafartsen en twee kwamen op de afdeling Business Control & Kwaliteit. In 2006 werd door de Raad van Bestuur één Medisch Adviseur voor het hele UWV benoemd. Diverse rapporten getuigen ervan dat het voor de artsen en de organisatie zeker in de eerste jaren, maar ook later een zeer woelige tijd was

Het Professioneel Statuut uit 1999 werd geactualiseerd met het oog op het werk bij UWV: Het Professioneel Statuut vindt zijn bestaansrecht in de eerste plaats in het (ongeschreven) recht van de cliënt op een onafhankelijke beoordeling/advisering door de verzekeringsarts waarin diens professionele autonomie het sterkst naar voren komt.

De artsen verenigden zich in de NOVAG om als collectief hun belangen binnen UWV te behartigen. Dat werd door de UWV directie niet erkend. Om invloed te krijgen op CAO zaken sloot Novag zich in 2008 aan bij de CMHF, de centrale van middelbaar en hoger personeel bij de overheid. Discussies over het salaris van verzekeringsartsen leidden tot een benchmarkonderzoek van adviesbureau Hay (2014). In deze benchmark was het bruto salaris van de verzekeringsarts gemiddeld, netto bungelde de verzekeringsarts onderaan. Er veranderde niets door dit rapport.

Ook de nieuwsflashes van de NOVAG suggereren dat het tussen de artsen en het management een licht ontvlambare verhouding bleef. Het was geen toeval dat prof. Mathieu Weggeman een ware zegetocht hield langs congressen en symposia van verzekeringsartsen (en bedrijfsartsen) met zijn boodschap: 'Leidinggeven aan professionals: niet doen!' Een VA: Zijn verdedigingslinies van professionals tegen nieuwe managers (BOHICA: bend over, here it comes again) en tegen nieuw beleid (DELLE: durch einfach liegen lassen, erledigen) zongen nog lang na.

Een VA: Er kwam bij dat in aansluiting op de eerdere functiewaardering (FUWA) niet alleen de salarisschalen naar beneden werden bijgesteld. Na de UWV-vorming werden salarissen die hoger waren dan de nieuwe schaal bevroren totdat zij op de hoogte van de nieuwe schalen zouden komen. Voor aankomende artsen werd een aparte (lagere) schaal voor aspiranten in het leven geroepen. Uitlooperperiodieken, die voorheen vrijwel standaard werden verstrekt om het salaris aantrekkelijk en concurrerend te houden, werden nauwelijks meer verstrekt en zelfs ingetrokken. Bij UWV veranderden ook de secundaire arbeidsvoorwaarden. Auto's van de zaak werden niet meer verstrekt en de regeling werd afgebouwd. Onkostenvergoedingen werden geschrapt en/of versoerd. De opleiding tot verzekeringsarts werd nog wel door de werkgever vergoed, maar het werd geen vanzelfsprekendheid dat je daar snel aan kon beginnen. Productie was belangrijker dan opleiding. Deze zaken hebben veel gedoe gegeven onder de verzekeringsartsen bij UWV en hebben bijgedragen aan een grotere afstand tussen de artsen en hun leidinggevend en directie.

49

7.2 DE TAKEN

De WAZ werd afgeschaft in 2004 en daarmee verdween de taak van het beoordelen van zelfstandigen. Diverse kantoren probeerden om UWV voor de Sociale Verzekeringsbank en voor gemeenten sociaal-medische beoordelingen te laten uitvoeren.

De Wajong werd in 2010 gewijzigd en in 2015 wederom. Sinds 2010 moest de arts nog steeds de mogelijkheden en beperkingen vaststellen, nu ook met de vraag of de (in principe 18-jarige) cliënt blijvend geen mogelijkheden had tot arbeidsparticipatie. Had de cliënt wel mogelijkheden dan werd hij of zij actief in begeleiding genomen op basis van een participatieplan. De vaststelling van de duurzaamheid werd definitief op het 27ste jaar van de cliënt. Met de invoering in 2015 van de Participatiewet werd de beoordeling anders: nu moest de verzekeringsarts beoordelen of de cliënt een uur achtereen actief kon zijn en vier uur op een dag kon functioneren. Daarnaast moest samen met de ar-

beidsdeskundige worden vastgesteld of de cliënt basale werknemersvaardigheden had of deze kon ontwikkelen. Ook hier was dus de duurzaamheid van de beperkingen een criterium. Dit criterium werd door UWV aanvankelijk vrij streng en rigide toegepast maar de jurisprudentie ging eisen dat de ontwikkelmogelijkheden concreet en specifiek werden benoemd, waarmee het Wajong-criterium 'duurzaamheid' ging lijken op het WIA-criterium. De Participatiewet leidde ook tot beoordelingen voor de Indicatie Banenafpraak en de Indicatie Beschut Werk. De gewijzigde Wajong leidde tot herbeoordelingen van de bestaande Wajong gevallen voor de Herindeling Wajong.

De WAO werd beëindigd en eind 2005 opgevolgd door de WIA. Voor de WIA werd een beoordeling van duurzaamheid van beperkingen gevraagd welke ook consequenties had voor de ex-werkgever. De werkgever werd daarmee ook belanghebbende en kon deze beoordeling dus ook aanvragen en tegen de beslissing bezwaar aantekenen. De twee jaar wachttijd voor de WIA leidde tot een extra type beoordeling, de Eerstejaars Ziekewet beoordeling, EZWB, eigenlijk sterk gelijkend op de vroegere WAO-beoordeling na een jaar wachttijd.

Bij de voorbereiding van de WIA streefde de minister aanvankelijk naar een lijst van diagnoses met hersteltermijnen welke de toekenning van het predicaat 'blijvend arbeidsongeschikt' zou kunnen rechtvaardigen (de zogenaamde positieve lijst; er was ook kort sprake van een negatieve lijst van diagnoses waarmee blijvende uitkering zeker niet gerechtvaardigd was). Daartegen liepen de artsen (en anderen) te hoop. Op advies van de Gezondheidsraad werd in plaats van deze lijst de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen en mediprudentie omarmd. Mediprudentie is een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde casusbeschrijvingen. De NVVG kreeg de taak de protocollen verder te ontwikkelen. Van 2005 tot 2010 werd van 21 ziektebeelden beschreven wat die in het algemeen met zich mee brachten aan stoornissen en beperkingen en prognose, en welke behandeling en begeleiding kon worden ingezet. Ook werd in de protocollen vastgelegd wat gewenst was voor een goede beoordeling. Deze 21 protocollen kregen van 17 februari 2006 tot 1 juli 2013 kracht van wet onder een Ministeriële Regeling en 20 werden bij UWV geïmplementeerd met een specifieke opleiding. Het laatste protocol (Participatiegedrag, niet diagnosegericht) werd niet door UWV geïmplementeerd. Een VA: *De arbeidsdeskundigen hadden grote bezwaren tegen het claimen van de term participatie door de verzekeringsartsen, zoals de titel van het protocol suggereerde. Vooral echter zou dit protocol kunnen leiden tot veel heronderzoeken door verzekeringsartsen, wat met de bestaande werkvoorraad als ongewenst werd gezien. De ontwikkeling van de mediprudentie kwam aanvankelijk bij UWV te liggen (samen met de NVVG). Dit vergde meer tijd en werd in wisselende mate als praktisch bruikbaar gezien. Een VA: Inmiddels zitten er zo'n 125 casussen in, die je kunt gebruiken als voorbeeld bij onderlinge toetsing of bij de uitvoering van het eigen werk. In de opleiding is het opleveren van een casus verplicht. In welke mate er door de VA in*

de dagelijkse praktijk gebruik van wordt gemaakt is mij niet bekend. Zelf heb ik hier wel gebruik van gemaakt. Er staan bijvoorbeeld prachtige casussen in over 'arbeidsongeschiktheid ten gevolge van zwangerschap. Op dit moment liggen beheer en regie van de mediprudentie bij de NVVG. De casussen zijn inmiddels ook opengesteld voor bedrijfsartsen en voor verzekeringsartsen in de private sector.

Ook de eerder bestaande taken evolueerden. De taken uit de Ziektewet voor de vangnetters bleven, maar met weinig ruimte voor eigen regie en met toenemende inzet van Sociaal Medische Verpleegkundigen. Met de wet Poortwachter kreeg UWV een rol bij het beoordelen of werkgever en werknemer zich aan de verplichtingen tot re-integratie hebben gehouden. Dit werd ingevuld met 'Deskundigenoordelen' om medische geschillen tussen werkgever en werknemer te beslechten en verder met toetsing van de re-integratie-inspanningen als iemand een uitkering WIA aanvroeg. Een werkgever kon een loonsanctie krijgen als die inspanningen onvoldoende waren geweest en er werden loonsanctiecommissies ingesteld om het oordeel van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige te toetsen alvorens er beslist werd tot een loonsanctie. Met het als onvoldoende beoordelen van de inspanningen van de werkgever werden impliciet ook de adviezen van de bedrijfsarts beoordeeld, wat de verhouding tussen werkgever en bedrijfsarts flink kon belasten. Een VA: *Die loonsancties, dat was iets nieuws. Want toen moesten wij een oordeel geven over het werk van de bedrijfsarts! Dat was niet kinderachtig. En ja, het Ministerie wilde boeven vangen en dus onze hoofddirectie, die vond het wel heel belangrijk dat als je al sancties uitdeelde, dat er nog een keer een commissie naar keek. Een andere VA: Deskundigenoordelen werden aan het eind van het spreekuur erbij geplakt: ingewikkelde gevallen die 3 uur kostten en waarvoor 1 uur stond. Ook het bereiken van de bedrijfsarts was moeilijk, alleen al omdat het conflictueuze gevallen waren waar de bedrijfsarts graag ver van bleef. Het plan waarin de verzekeringsarts geacht wordt het medische oordeel van de bedrijfsarts te volgen tenzij er evidente reden is om dat niet te doen is in 2021 opgeschort, hangende de kabinetsformatie. Een VA: Deze voorgenomen werkwijze verzwakt de positie van de bedrijfsarts tegenover de werkgever (en de werknemer), met mogelijk meer langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid tot gevolg.*

Aanpassing van het Schattingsbesluit leidde tot grootschalige herbeoordelingen van 2004 tot 2007. De instroom in de WIA moest worden beteugeld om een nieuw WAO-debacle te voorkomen. Een VA: *Het Ministerie verwachtte zo alleen nog medisch invaliden te honoreren, voorbijziend aan het loondervingskarakter van de wet. Het oordeel 'blijvend geheel arbeidsongeschikt' moest ingaande 2005 worden voorgelegd aan een Beslisautoriteit (Intensivering van de beoordelingen). Eerst was de beslisautoriteit een procedure bij de Medewerkers Bezwaar en Beroep, maar toen uit de praktijk bleek dat de Beslisautoriteit weinig toevoegde, werd deze functie belegd bij de stafarts. De herbeoordelingen brachten veel reacties teweeg in de publieke opinie waarbij het UWV werd afgeschilderd als het Lourdes van de Lage landen (o.a. De fatale herkeuring, Zembla, 2005).*

Verzekeringsartsen gingen als gezegd sinds eind jaren negentig incidenteel, en sinds 2010 regelmatig, optreden als deskundige voor rechtbanken. Het Belastbaarheidspatroon en zeker de Functionele Mogelijkhedenlijst werden meer prominent in de beoordeling en de rechters wilden dat hun deskundigen dit ook invulden en dat konden/wilden vele klinisch specialisten niet. Aangezien inmiddels veel verzekeringsartsen los van UWV werkten, waren deze beschikbaar voor rechtbanken.

Al deze taken en de veranderingen erin vergden een forse capaciteit aan gekwalificeerde beoordelaars. Bij UWV lijkt er vrijwel continu sprake te zijn geweest van een tekort aan verzekeringsartsen. Een VA: *De NVVG heeft vrijwel vanaf het begin van UWV gewezen op de leeftijdsopbouw van de verzekeringsartsen en de beginnende sterke uitstroom. Volgens UWV was dat geen probleem. Een andere VA: Sinds de oprichting heeft Novag erop gewezen dat er artsen moesten worden aangenomen en opgeleid. Maar UWV heeft tot 2015 of 2016 vrijwel geen artsen opgeleid. UWV is te laat en te beperkt begonnen. Het artsentekort leidde tot verschillende maatregelen, in de sturing en uitvoering van het werk.*

7.3A STURING OP AANTALLEN

De relatie van de artsen met UWV werd sterk gekleurd door enerzijds het vrijwel permanente tekort aan artsen en de toegenomen managerial sturing van de processen bij UWV waarbij op productie en tijdigheid een zwaar accent werd gelegd. Een VA: *Discussies als StafVA met het management waren weerkerend over de doorlooptijden en de productie, waarbij ik mij consequent opstelde als van de inhoud en van de mensen maar niet van de logistiek of de cijfers. Het was voor alle stafartsen een moeilijke positie, eigenlijk afschermen van de professionals voor het management. Van management had je wisselend gemak of last. Een slimme manager liet de stafarts begaan met de dokters; dan had de manager minder last van die club. Andere managers wilden zich wel bemoeien bijvoorbeeld meer op stukken doen, minder IVA's toekennen, minder mensen accepteren in de ZW, landelijk niet uit de pas lopen etc. Andere stafartsen schoven wel meer op naar semi-managerial taken. Een andere VA: Het spanningsveld tussen management en artsen was in 2014 nog even voelbaar als in 1990. De managers moeten hun productiecijfers op orde hebben en dat is een weerkerend thema, dat vooral niet mag raken aan wat artsen als hun domein zien, nl. de inhoudelijke beoordeling. Bijvoorbeeld liever niet opvragen van medische informatie bij behandelaars, want dat kost (administratieve) energie en tijd en kan de voortgang van de afhandeling van de dossiers in de weg zitten. Of de druk op de artsen om beoordelingen op de stukken af te doen en mensen niet op te roepen naar het spreekuur: spreekuur kost meer energie en tijd.*

Een andere discussie betrof de mogelijkheid om artsen in de eerste weken van de Ziektewet alleen nog op indicatie van uitkeringsmedewerkers in te zetten. Na een gezondheidsrechtelijk advies en adviezen van KNMG / NVVG en tenslotte de Autoriteit Persoonsgegevens werd daar uiteindelijk van afgezien. Rond 2010 werd het normaal om externe artsen en artsen niet in opleiding in te huren om productie te maken. De echte verzekeringsartsen zagen dit met lede ogen aan. Een VA: *Artsen-niet-in-opleiding*

integreren minder in de groep, het kost veel energie van alle partijen en levert op de lange termijn weinig op. Die groep wordt echter steeds groter, omdat op de korte termijn de productie omhoog moet. Ook werd gekeken of de opleiding van de artsen niet veel minder zou kunnen, en of de artsen van Bezwaar en Beroep niet ook in de primaire uitvoering zouden kunnen worden ingezet.

De aanvragende populatie werd ingedeeld in klantgroepen (ZW arbo, EZWB, WIA, Wajong) waar artsen en arbeidsdeskundigen aan werden toebedeeld. Dit leidde enerzijds tot specialisatie en anderzijds tot verschraling van het werk, dat wel meer stuurbaar werd voor het management. Een VA: *ZW was echt wennen voor de ABPers. Per week zo'n 15 WAO-beoordelingen, veel herbeoordelingen, geclaimde toename arbeidsongeschiktheid e.a. Veel zeer dikke dossiers met onbekende regelgeving kostte veel tijd. Door deze verandering in werk zijn wel collega's weggelopen.* De WIA-herbeoordelingen werden wel geconcentreerd in zogenaamde herbostraten om de productie te verhogen. RTL Nieuws meldde in februari 2019 dat een team in Groningen onder voorbijgaan van de medische toetsing 2.555 dossiers had 'weggewerkt'. Vervolgens moesten met extra onderzoek deze beoordelingen opnieuw worden gedaan. Een VA: *Dit was gewoon frauduleus, erg slecht voor de betreffende personen en voor de geloofwaardigheid van UWV en onze beroepsgroep.* De verenigingen van verzekeringsartsen (GAV, NOVAG, NVVG) schreven in een open brief aan de minister hoezeer ze hierover verontrust waren.

De 'medewerker verzekeringsarts' was als idee nog steeds blijven leven en rond 2015 raakte bij UWV taakdelegatie in zwang. De taakdelegatie werd per persoon erg verschillend ingevuld. Wel redelijk vast was de Sociaal Medisch Verpleegkundige (SMV) die in de ZW Arbo de triage en eerste contacten deed; de arts baseerde het oordeel daarop. Een VA: *Voor interventies in herstelgedrag moest je de ruimte nemen om mensen meerdere keren te zien, en ze achter hun vodden te zitten. Daar kwamen de verpleegkundigen goed van pas want die verpleegkundigen die waren eigenlijk in die zin een beetje aan de dokter verwant, die hadden een veel betere taak in het monitoren van herstelgedrag.* Van de verzekeringsarts met ondersteuning van een medisch secretaresse werd uit oogpunt van kostenneutraliteit een productie verwacht van 130%, wat in de praktijk niet werd gehaald. Over de betekenis en waarde van de cijfers was dan ook veel discussie.

Bij de ZW werd de eigen regie van de arts vervangen door de regie van de Re-integratiebegeleider. Deze selecteerde de gevallen voor de arts (veelal na een eerste onderzoek door de SMV) en de verdere stappen. Een VA: *Dit gaf bij mij druk en onvrede. Omdat je telkens een overdracht moest schrijven voor de re-integratiebegeleider nam de administratieve druk toe. Ik deed zeven spreekuren op een 9-urige werkdag. Als arts ZW arbo vond ik het inhoudelijk niet erg verzekeringsgeneeskundig. Toch koos ik voor de dynamiek van de arbo omdat de protocollen / richtlijnen binnen WIA-wetgeving mij teveel benauwden.* Een andere VA: *Voor de Ziektewet deed ik acht beoordelingsgesprekken per dag. In de eerste jaren maakte ik handgeschreven verslagen. We konden naar eigen goeddunken vervolgbeoordelingen afspreken. Door het tekort aan verzekerings-*

artsen werden bedrijfsartsen ingehuurd om voor de Ziektewet beoordelingen te doen. De stafarts / AVA beoordeelt steekproefsgewijs dossiers. Het moment van het eerste contact met de arts schoof flink naar achteren en herbeoordelingen werden soms wel, soms niet of veel te laat uitgevoerd.

Feedback over de productie aan de verzekeringsarts vergde het verzamelen van gegevens uit verschillende systemen. Informatie over herbeoordelingen, aantallen volledig arbeidsongeschikt, aantallen bezwaar, productie per week e.d. De stafarts kreeg dat materiaal en gebruikte het voor coaching en enigermate voor benchmarking. Het was geen stevig instrument omdat populaties per arts systematisch konden verschillen, bijvoorbeeld zorgpersoneel of bouwvakkers of schoonmakers. Het bleek telkens moeilijk om voor de benchmark van arts en de juiste cijfers te produceren. Extremen waren wel te identificeren. Een VA: *Dat is verder geëvolueerd naar het Dashboard (2017) waarin de VA zijn resultaten kan vergelijken met collega's die vergelijkbare werkpakketten hebben. Dat dashboard wordt nog niet erg gebruikt.* Een andere VA: *De cijfers ervan kloppen nog onvoldoende.* Met het loslaten van werken in teams kreeg de verzekeringsarts geen feedback meer van de arbeidsdeskundige en met het niet meer voeren van de regie kwam er ook geen informatie meer over wat er met de cliënt gebeurde op korte of langere termijn.

7.3B STURING OP KWALITEIT

Een hoeksteen van de kwaliteitsborging bleef de beoordeling van rapportages. Daarvoor bestond de afdeling BC&K: Business Control & Kwaliteit. Er werd een kwaliteitsborgingssysteem gemaakt voor verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, op basis van het bestaande controleprotocol Sociaal Medisch Handelen van het CTSV. Er werd een verbeterd dossiercontroleprotocol ontworpen, in samenspraak met de stafartsen en stafarbeidsdeskundigen (nadien regelmatig bijgesteld). Uitgangspunt voor een kwalitatief juiste medische beoordeling was steeds het correct toepassen van het arbeidsongeschiktheids criterium en van de bestaande verzekeringsgeneeskundige richtlijnen en protocollen. Ingaande 2007 maakte de afdeling Kwaliteit van SMZ ieder kwartaal een statistisch bepaalde steekproef uit de productie, verdeeld over de diverse wetten (Wajong, WIA, ZW). De stafartsen en -arbeidsdeskundigen toetsten de dossiers van deze lijst conform het protocol en de resultaten werden centraal bij de afdeling Kwaliteit geadministreerd.

Vervolgens werd door de arts en arbeidsdeskundigen van Business Control & Kwaliteit een steekproef uit die resultaten genomen en opnieuw getoetst. Aanvankelijk vond deze over-toetsing plaats op de diverse kantoren in het land zodat directe terugkoppeling met de betreffende stafarts en -arbeidsdeskundige mogelijk was, later om logistieke redenen alleen nog digitaal. Het systeem resulteerde in rapportages over de kwaliteit, die door de directie en door het lokale staf en management op wisselende belangstelling konden rekenen. Goede scores werden met instemming begroet, slechte scores

leidden nogal eens tot discussies over de juistheid van de centrale toetsing of de gebruikte methodiek.

Overigens kreeg deze afdeling ook steeds vaker specifieke opdrachten voor vakinhoudelijke kwaliteitstoetsing, van centraal zowel als van lokale kantoren, zoals bijv. het toetsen van de toepassing van specifieke richtlijnen (bijvoorbeeld Geen Benutbare Mogelijkheden) of het onderzoek naar de handelwijze van verzekeringsartsen die te maken hadden gehad met fraudeerende psychiatrische experts: via UWV vond een groot fraude onderzoek plaats naar cliënten die met gekochte psychiatrische diagnoses een volledige uitkering claimden. Het onderzoek leidde tot gevangenisstraffen en tuchtrechtelijke consequenties voor de fraudeerende psychiaters en hun handlangers. In bladen als Elseviers magazine en het medische vakblad Medisch Contact kreeg het ruim aandacht.

Een verzekeringsarts zag op een ochtend twee of drie WIA-clieñten en werkte rapporten 's middags uit, de rapporten waren vaak uitvoerig, deels gevuld met standaard teksten over het wel of niet vragen van informatie bij behandelaars en toepasselijke richtlijnen. Volgens meerdere respondenten leidden de vele richtlijnen die waren ontstaan tot verhoging van de werklust en verlaging van de productie. In de medische wereld worden richtlijnen meestal opgesteld door de beroepsgroep zelf en ze zijn dan ook via de beroepsgroep makkelijk te vinden. In de verzekeringsgeneeskunde was dat vanaf het begin al anders: de opdrachtgevende organisatie stelde meestal de richtlijnen op, weliswaar in nauw overleg met de artsen. In deze UWV-periode nam de productie van richtlijnen sterk toe. UWV-beleid ontwikkelde zich naar aanleiding van wetgeving, praktische situaties en jurisprudentie en dat beleid werd onder meer zichtbaar in richtlijnen / handelingsvoorschriften voor verzekeringsartsen. Richtlijnen verschenen onder verschillende titels (Beoordelingskader, Leidraad, Regeling, Richtlijn, Protocol) en werden regelmatig geactualiseerd waardoor het niet makkelijk is een goed overzicht te krijgen over de geldende voorschriften. Na veel zoeken en navragen kon ik medio 2021 ruim tachtig 'richtlijnen' (documenten die de artsen voorschrijven wat ze moeten doen en hoe) vinden, waar van 44 vermoedelijk actueel geldig, zie de bijlage. Van 27 van die 81 is met een beetje goede wil te zeggen dat ze zijn opgesteld door de beroepsgroep (NVVG) zelf. Er zijn verder veel zogenaamde multidisciplinaire richtlijnen van allerlei aard die eerder achtergrondkennis voor de verzekeringsarts vormen dan directe instructies over hoe te handelen in bepaalde situaties. Deze staan onder andere vermeld op de site van de NVVG.

In 2005 was het rapportageprotocol uit 1998 herzien (vooral een meer uitgebreide toelichting) en de rapportages waren steeds uitgebreider geworden, tot zeven pagina's per beoordeling, wat veel tijd kostte. Een VA: *Beoordeling van de rapportages door de stafarts leidde er soms toe dat de rapportage nog wat uitgebreider moest. Dat werd gepusht door artsen van het hoofdkantoor, die de staf artsen controleerden. Ik kreeg de feedback via de stafarts, niet direct van de hoofdkantoor-artsen. Er kwamen prestatie-indicatoren kwalitatief, los van de kwantitatieve eisen. Met die*

scheiding van kwaliteit en kwantiteit werd de haalbaarheid van de eisen uit het zicht verloren. In de praktijk dan ook niet goed te combineren. Rond 2010 moest ik nog 3 WIA gevallen op een dag doen. Er werd dan ook geprobeerd de tijd voor rapporteren terug te brengen. Een VA: Rapporteren in Essentie (RiE) ontstond in 2012 en werd eind 2013 gepresenteerd. Doel was de soms zeer uitgebreide rapportages terug te brengen naar wat volgens het oude GMD-rapportageprotocol noodzakelijk was. Dus minder juridisch dichttimmeren en meer vertrouwen op wat de dokter had opgeschreven, geen of weinig citaten van richtlijnen en protocollen. Doelstelling was ook het verhogen van de productie die met 2 / dag veel te laag was. Er werd een groep stafartsen op gezet en er werd proefgedraaid. Maar het bleek moeilijk mensen mee te krijgen. Verzekeringsartsen vonden dat het te kort was en daarmee mogelijk een probleem met Bezwaar & Beroep of advocaten ofzo. Deze VA zelf kwam bij herbeoordelingen uit met 2 pagina's in deze aanpak en had daar nooit problemen mee. Enkele artsen uit de pilotgroep hadden geen problemen met RiE bij eerste beoordelingen of herbeoordelingen. Een andere VA: Korter rapporteren kost meer tijd en moeite dan knippen en plakken. Dat was ook een belemmering.

Een bijzonder voorbeeld van een richtlijn was het Claimbeoordelings-en borgingssysteem CBBS, nog ontwikkeld bij het Lisv maar ingevoerd in 2002 en aangepast in 2011 en 2020. Het CBBS definieerde de FML en daarmee een belangrijk deel van het product van de va (net als het rapportageprotocol). De FML omvatte volgens de instructie uit 2001 functionele capaciteiten (concentreren, zien, zitten etc.) en voorwaarden om te functioneren in werk (werk zonder deadlines, weinig contact met klanten, temperatuur etc.). In totaal 57 items verdeeld over 6 rubrieken van menselijk functioneren. Met de subitems waren het er 99, meer dan voor het FIS werden gevraagd. Ook dicteerde het CBBS de samenwerking met de arbeidsdeskundige. Het CBBS heeft onder vuur gelegen van cliënten en de rechtspraak en ook wel van verzekeringsartsen maar het werd met aanpassingen het standaard instrument in de claimbeoordeling. Werken met het CBBS vergde een meerdaagse scholing en na aanvullende eisen van de CRvB, aanvullende instructie.

Een VA: Het spanningsveld tussen management en artsen was voelbaar: productie versus professionele zorgvuldigheid (op de stukken of niet, info opvragen of niet, positie van de stafarts tussen va en manager). Er ontstond druk op verkort rapporteren en dus meer produceren. Met de protocollen en later de opkomende mediprudentie was dat moeilijk te verenigen. Een andere VA: De productie is sterk omlaag gegaan door verhoogde eisen aan de rapportage, ook waar dat niet zoveel waarde heeft. Verder is de wetgeving steeds ingewikkelder geworden en zo ook de problematiek van de mensen, die ook nog eens veel mondiger zijn geworden. Taakdelegatie is mooi maar heeft ook grenzen: je moet de medewerkers aansturen en zelf de moeilijkere beoordelingen doen. Met het verdwijnen van de teams moet je je rapportages maken voor veel meer verschillende mensen wat meer tijd vergt. Als je op elkaar bent ingespeeld gaat het sneller en kan het korter.

Een bijzondere vorm van kwaliteitssturing was de zogeheten intensivering van de claimbeoordeling (toetsing door de staf als een urenbeperking werd gesteld bij wat werd gezien als vage klachten).

7.4 BEZWAAR EN BEROEP

Een aparte groep in een aparte divisie waren de verzekeringsartsen bezwaar en beroep (B&B). Bij B&B gaf de verzekeringsarts een oordeel over het werk van de primaire arts waartegen bezwaar was gemaakt. In 2010 kreeg Bezwaar en Beroep een eigen Medisch Adviseur. Tot in 2019 werd gewerkt met (dikke) fysieke dossiers. Ook B&B ging werken met een medisch secretaresse voor de interne artsen, met een verwachte stijging van de productiviteit van 30%, welke bleef steken op 16%. Sommige artsen toetsten de primaire beoordeling defensief, d.w.z. terughoudend in het afwijken van het primaire oordeel, anderen deden een volledige heroverweging en nog weer anderen een heroverweging specifiek gericht op de aangevoerde bezwaargronden. Met onderlinge toetsing en richtlijnontwikkeling werd geprobeerd de bezwaarartsen op één lijn te krijgen en te houden. Een verzekeringsarts B&B deed maximaal twee fysieke beoordelingen/hoorzittingen per dag, plus beroepszaken en wat er zo meer bij komt kijken; dit maakt een productie van hooguit acht per week. Verzekeringsartsen werkten bij B&B wel met vaste arbeidsdeskundigen en medewerkers bezwaar. Een VA: De inhoud is alle wetten, de dossiers werden vakkundig door de medewerker bezwaar wetstechnisch voorbereid met een goede vraagstelling. De heroverweging ging in op de door de cliënt / gemachtigde aangedragen bezwaren. Er was grote professionele ruimte om e.e.a. goed te doen in de zin van de wetgever en in de wetenschap dat rechters, juristen of medisch deskundigen hier ook naar keken.

57

7.5 OPLEIDING EN ONDERZOEK

Een VA: De leeftijdsopbouw van de verzekeringsarts kent een groot cohort in de geboortejaren 1955-1965 (grof weg). Dat betekent dus dat in 2015 veel artsen al met pensioen gingen en nu nog. Hierdoor en doordat juist deze ervaren artsen ook de nieuwe generatie moet opleiden in grote getalen, konden zij minder doen. Het aantal aanvragen en herbeoordelingen was al gigantisch opgelopen en dan nog eens de vergrijzing en verminderde capaciteit door opleiding, leidde tot nog meer achterstanden zodat de Kamer in 2017 (geloof ik) de Minister om verantwoording ging vragen. Grote projecten van 'binden en boeien' en werven van nog meer artsen domineerden het UWV. De opleiding tot specialist was omvangrijk geworden [...] zodat er veel tijd in ging zitten van de arts in opleiding en van de opleider, tot verdriet natuurlijk van management. Management en de overheid gaan vragen stellen over of de verzekeringsarts wel nodig is, of dat een 'bekwame' arts ook voldoende kan zijn. Deze discussie loopt nog steeds en het aantal wachtenden op duidelijkheid in hun werk, gezondheid in inkomenssituatie neemt nog meer toe. Door de druk op opleiden, geduid als improductief, en de grote 'kerstboom' aan regels, opgelegd door de beroepsgroep voor de medische vervolgopleiding, is de spanning tussen management en opleiders met hun artsen in opleiding nog groter geworden. Een andere VA: 'Het opleiden van een VA kost grofweg €200.000 met daarbinnen out of pocket niet meer dan €50.000. Verlet uren van de VA in opleiding en de inzet van zijn praktijkopleider beliepen zo'n anderhalve ton'.

De beroepsopleiding, sinds 2014 ook aangeboden in Nijmegen bij de SGBO, duurde inmiddels vier jaar: werken onder supervisie van een geregistreerd praktijkopleider, cursus en diverse stages en een werkstuk/scriptie/artikel. De praktijkbegeleiding kreeg geleidelijk veel meer body dan voorheen. De opleiding werd in lijn gebracht met de opleiding van andere medische specialismen. De arts in opleiding moest zich competent tonen in alle aspecten van de verzekeringsgeneeskunde en daartoe veel oefenen en veel feedback krijgen van de praktijkopleider. Over de praktische invulling van de praktijkopleiding is veel vastgelegd, onder meer om te voorkomen dat de productiedruk de opleiding zou belemmeren. Met een systeem van erkenning van verworven competenties konden zijinstromers toe met een kortere opleiding.

In onderzoek door en voor verzekeringsartsen trad een stroomversnelling op, mede doordat Instituut GAK, TNO en UWV er de noodzaak van zagen en er geld voor vrijmaakten. Het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (samenwerking Amsterdamse universiteiten en UWV) werd opgericht, later kwam de Universiteit Groningen erbij. De website van het KCVG vermeldt tussen 2007 en 2021 het afronden van 21 proefschriften, naast andere onderzoeken. In 2015 werd het Cochrane Field Insurance Medicine gestart waar in internationale samenwerking betrouwbare kennis inzake verzekeringsgeneeskunde bijeen wordt gebracht.

7.6 TERUGKEERDERS

Verscheidene verzekeringsartsen waren in de UVI tijd of de vroege UWV tijd vertrokken en keerden later terug en zagen grote verschillen met het werk vroeger:

Een VA: Weer overgestapt in 2005 naar UWV na het volgen van de CBBS-cursus. Vak was enorm opgeschoten: opleiding veel beter, intervisie, straffe begeleiding. Er werd nu ook serieus getoetst. Anderzijds vonden de eerste ZW-beoordelingen altijd al pas laat plaats en nu vaak pas na 1 jaar. Er is een groot personeelstekort, veel verloop en veel werk wordt permanent door externe verzekeringsartsen verricht. Er is wel een grote afstand tussen de werkvloer en management. Op een stroom van demedicalisering zijn er meer managers gekomen maar die hebben weinig besef van het managen van professionals. Het vervreemdt de professionals wel van de organisatie. De helft van de jongeren gaat binnen een jaar weer weg. Het familiegevoel is vrijwel geheel verdwenen, erg jammer. In de afgelopen 15 jaar is het keurslijf nog veel strakker geworden. Binnen je eigen ruimte kun je daar wel praktisch mee omgaan: er wordt op heel veel niet gecontroleerd. Ook is er tegenwoordig weinig contact met de staf op het Hoofdkantoor. De regionale inhoudelijk adviseurs (Adviserend Verzekeringsartsen) hebben te weinig tijd voor een goede begeleiding van de jonge en nieuwe artsen. De nadruk ligt de laatste jaren nog veel meer op productie en er is weinig waardering voor de inhoudelijke prestaties. Er worden opportunistische regels geïntroduceerd om achterstanden weg te werken; er is steeds meer bureaucratie ontstaan rondom de verzekeringsartsen in een negatieve sfeer van wantrouwen. Opvallend in de huidige tijd is het ontbreken van klantbeoordelingen van het werk van de verzekeringsartsen; vergelijk het eens met wat andere grote bedrijven continu vragen aan hun klanten over de bejegening, algemene tevredenheid enzovoort.

Een VA: Ik was in 2009 aangenaam verrast door de professionalisering van de beoordelingen door protocolleren en betere verantwoording. Later kwam ik erachter dat dit een prijskaartje heeft namelijk bureaucratische processen waren nog groter. Goede inzichtelijke rapportage, die navolgbaar waren en beargumenteerd met een heldere medische overweging die leidden tot de eindconclusie was een verademing t.o.v. van anamnese naar eindconclusie. Het was voor mij ondenkbaar om twee mensen per dag te zien als gevolg van administratieve processen die voornamelijk erop neerkwamen in 80% werk waar geen denkvermogen voor nodig is en niet tot de kern van mijn professie hoort. De ZW-beoordelingen werden onder druk gezet doordat in de prestatie indicatoren de hersteld meldingen gingen domineren. Een goede dokter had veel hersteldmeldingen.

Een VA: Ze waren in 2014 net aan uitbreiding van het artsbestand toe en ik kon meteen aan de slag. De begeleiding was zeer goed. Ik was onder de indruk van de zorgvuldige manier waarop verzekeringsgeneeskundige rapporten tot stand kwamen. Het werk werd integer en deskundig uitgevoerd. Ik zag op een ochtend twee of drie cliënten en werkte mijn rapporten 's middags uit. Daarnaast werd in regelmatige inhoudelijke verzekeringsgeneeskundige overleggen bepaalde thematiek uitgediept en werden ook verzekeringsgeneeskundige protocollen behandeld.

Een VA: In 2016 weer terug in de gevalsbehandeling, bij B&B. Toen nog met veel dikke dossiers en veel uitzoeken naar wat er voorafgaande aan het bezwaar allemaal was gebeurd. Daar ging veel tijd in zitten, zodat ik met voorbereiding, hoorzitting/medisch onderzoek en rapportage zeker niet meer dan twee zaken per dag kon afhandelen. De digitalisering van de dossiers maakte het tijdsbeslag overigens niet veel anders, wel werkte het makkelijker met digitale dossiers. Met enige inspanning was mijn rapportage te beperken tot vier pagina's. Ik had geen invloed op mijn werkvoorraad, het werk kwam binnen via de medewerker bezwaar en het was stuk voor stuk afhandelen. Ik zag veel verschillen tussen de primaire verzekeringsartsen, met name de jongeren rapporteerden over het algemeen veel uitgebreider en nauwkeuriger dan de ouderen en de jongeren waren vaak ook wat meer positief kritisch als ik tot een afwijkend oordeel kwam. Wel verbaast het me dat een verzekeringsarts geen feedback krijgt over wat er van de mensen wordt. Is het wel belangrijk dat hun oordelen kloppen?

8. FACTOREN IN DE ONTWIKKELINGEN

Het is niet goed doenlijk om alle oorzaken en mechanismen van de evolutie van de sociale verzekeringsgeneeskunde precies in beeld te brengen. Diverse factoren hebben ook op elkaar ingespeeld. Uit de voorgaande hoofdstukken haal ik de volgende factoren naar voren.

1. Het wettelijke kader en de veranderingen daarin was een sterke determinant van de verzekeringsarts praktijk. De wetgeving bepaalt de taken van beoordeling, het criterium voor arbeidsongeschiktheid, de risicoselectie, de uitvoerende organisatie. Ook het Federatiebesluit uit 1973 over het verdisconteren van werkloosheid had een grote impact. Het CTSV oefende met het protocol Sociaal Medisch Handelen invloed uit op de praktijk en de verantwoording daarvan. Ook de herbeoordelingen die van tijd tot tijd verordonneerd werden door de wetgever hadden veel impact op de uitvoering.
2. De opdrachtgever bepaalde in grote mate de ruimte voor, en de organisatie van, het werk van de verzekeringsarts. Tijd per beoordeling, prioritering van bepaalde beoordelingen boven andere, ruimte voor eigen invulling, facilitering, kwaliteitsborging maar ook de mate waarin het werk aantrekkelijk was op de markt van dokters. Ooggetuigen zijn het eens dat de regie over het werk van de VA in de loop der jaren verschoven is van de arts naar de manager, met vermoedelijk veel lokale verschillen daarbij.
3. Een andere factor, minder vaak genoemd door de ooggetuigen, was de jurisprudentie waarin een bepaalde interpretatie van de taak achteraf wel of niet wordt goedgekeurd. De Centrale Raad van Beroep sprak zich bijvoorbeeld uit over de richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium, over voorwaarden voor beoordeling door niet-verzekeringsartsen, over de toelichting bij gebruik CBBS en veel andere. Jurisprudentie leidde vaak tot (aanpassing van) richtlijnen van de organisatie.
4. De verandering in de ziekte bij de mensen die werden beoordeeld. Tbc en arbeidsongevallen zijn bijna verdwenen; HIV, rugklachten en hartinfarct en kanker zijn geen fatale ziekten meer voor het functioneren van mensen, psychische stoornissen zijn sterk opgekomen en zo ook het aantal 'SOLK' patiënten (Somatisch onverklaarde lichamelijke klachten) en de co-morbiditeit bij de tot op hogere leeftijd doorwerkende werknemers. Werk is in Nederland ook veranderd: minder fysiek productie en meer mentaal dienstverlening.
5. De verandering in de populatie verzekeringsartsen zelf: van huisartsen en specialisten die het wat rustiger aan wilden doen naar collegebank-verlaters en andere jongere artsen die kiezen voor de verzekeringsgeneeskunde. Velen namen initiatieven om hun vak verder te brengen. Vanaf 2010 is er ook weer uitstroom van de jongeren, om te

gaan werken als huisarts, revalidatiearts, psychiater. Sociaal geneeskundige ervaring wordt nu bij sollicitaties voor specialist wel als een voordeel gezien; vroeger leek het een negatief punt te zijn.

6. De ontwikkeling en het verspreiden van kennis waarmee de groep verzekeringsartsen werd gevoed. Actief waren bijvoorbeeld de GMD afdeling Onderzoek, TNO, het KCVG e.a. Ook tijdschriften speelden een rol: *Arts & Sociale Verzekering*, *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, en het huidige *Tijdschrift voor Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde*, maar ook de Verzekeringsgeneeskundige Studiedagen en een grote markt voor nascholing. GMD en GAK verzorgden ook intern de verspreiding van relevante vakkennis.
7. In het verlengde daarvan ligt de ontwikkeling van vakinhoudelijke richtlijnen. De eerste was de specificatie van het antwoord dat de verzekeringsarts moest geven op de vraag van de administratie: in 1976 bij de GMD het beperkingenpatroon, voorloper van de FML. Later uitgebreid met rapportageprotocollen Tica/Lisv richtlijnen en Protocollen van de Gezondheidsraad en NVVG in de jaren tachtig. Later kwamen multidisciplinaire richtlijnen en vele UWV interne richtlijnen.

9. WAT IS VERBETERING, WAT NIET?

J.C.Bloem: 'Iedere verandering is een verslechtering, zelfs een verbetering'

Aan de ooggetuigen heb ik gevraagd wat ze verbetering en verslechtering vonden, nadat ze een eerdere versie van de voorgaande tekst hadden gelezen. Er kwamen veel reacties welke ik hieronder samenvat, voornamelijk met citaten. Het zal niet verrassen dat de reacties uiteenliepen. Ik heb ze samengevat in de volgende rubrieken: taken, oordeelsvorming, professionaliteit, relatie met management en organisatie, functie van de verzekeringsgeneeskunde in de samenleving.

Ontboezemingen van twee ooggetuigen die niet hebben stilgezeten in de afgelopen decennia:

Als ik zo alles teruglees bekruipt mij een wat triest gevoel. De verzekeringsarts lijkt een speelbal tussen opdrachtgevers, wetgevers, werkgever en belangenorganisatie. Daarbij komt de verzekeringsarts zelf ook niet als heel professioneel over. Er lijkt nauwelijks enige professionele trots over het werk van verzekeringsarts. Op deze manier is het ook niet verwonderlijk dat in de lijstjes van medisch studenten de verzekeringsgeneeskunde steevast onderaan bungelt.

Al deze reflecties laten onverlet dat er talloze beoordelingen zijn gedaan met als achtergrond dat deelneming aan de samenleving ook tot uitdrukking komt in de rol als 'werkende mens'. En dat die rol voor mensen een belangrijke is. Klinische beoordelingen: ongewis of het oordeel het juiste is. Maar wel met de intentie het goede te doen, naar de persoon en de samenleving. Vaak zal de interventie geleid hebben, wellicht met een zucht, tot het weer oppakken van werk?

62

De **taken** zijn minder geworden en dat wordt alom betreurd. De schakering van taken bij de GMD met de voorzieningen en de bijzondere opdrachten is vrijwel verdwenen en het volgen en begeleiden van mensen op weg naar werkhervatting is er ook vrijwel niet meer. Toen ik startte was er een directe relatie tussen het zien van iemand op het (ZW) spreekuur en het eigen werk. Contacten met werkgevers, werkplekonderzoeken e.d. maakte het werk heel concreet en daarmee kon je naar de klant ook uitleggen dat je wist waar het over ging. Nu zijn de beoordelingen gericht op het vaststellen van belastbaarheid in FML termen en geschiktheid eigen werk op beschrijvingen van klant en RB. Het concrete werk is niet meer in beeld, als gevolg van veranderingen van wet, regelgeving en uitvoering. Je bent nu meer een 'belastbaarheidsboer' i.p.v. een arts die de link legt tussen gezondheid en beperkingen in relatie tot een concrete werkplek bij een specifieke werkgever. Wat jammer is, is dat het werk bij het UWV eenzijdiger is geworden doordat artsen binnen één klantgroep werken. Zo zie je bijvoorbeeld alleen WIA of ZW. Het wordt een beetje lopendebandwerk, alhoewel individuele gevallen natuurlijk steeds verschillend zijn en voor de variatie en uitdaging zorgen. Het gaat dan vrijwel altijd ook nog om éénmalige cliëntcontacten. Een ziektebeloop volgen of daarin interveniëren is onmogelijk. De verzekeringsarts heeft helaas geen contacten meer buiten

de deur: niet met werkgevers, geen werkplekbezoek, geen contact met belangenorganisaties, etc. Re-integratie is van vrijwel geen belang meer.

Inzake de **oordeelsvorming**, het primaire werk van de verzekeringsarts wordt niet veel opgemerkt, net als in de verslagen van de ooggetuigen zelf.

Het zijn nog steeds vooral de gesprekken van de arts met de cliënt waarin het oordeel wordt gevormd, aangevuld met lichamelijk onderzoek en soms informatie van de behandelaars. Andere methoden, zoals allerhande testen, worden sporadisch ingezet. Het lukt de artsen maar moeilijk om helder te krijgen op grond waarvan zij oordelen en hoe zij dit doen. Hoewel er veel meer woorden voor nodig zijn, komt het vaak toch nog steeds neer op een subjectieve inschatting. De methoden die de arts inzet om een valide oordeel te vormen zijn nauwelijks onderzocht.

Het ontbreken van terugkoppeling (hoe is het verder gegaan?) blijft een ernstig nadeel en beperkt de ontwikkeling van de individuele verzekeringsarts én van het vak.

De huidige verzekeringsartsen hebben voor de Ziektewet meer tijd voor het fysieke contact met de cliënt. Door het werken op kantoren met meer collega's is er altijd eenvoudig gelegenheid om lastige vraagstukken met elkaar te bespreken. Je bent geen solist meer zoals 40 jaar geleden. Van gevalsbehandeling wordt een gedegen verslag gemaakt i.p.v. enkele woorden op een kaart of formulier.

Over de **professionalisering** van het vak is er enthousiasme over de vorderingen die zijn gemaakt, weliswaar ook met enkele kanttekeningen.

Verzekeringsgeneeskunde is een echt medisch specialisme geworden: richtlijnen, protocollen, intervisie en voortdurende bijscholing, kwaliteitstoetsing en onderlinge toetsing. Uniform opleidingsstramien: vier jaar begeleiding door een praktijkopleider, BOVG, vervolgopleiding tot sociaal-geneeskundig specialist en herregistratie eisen. Een verzekeringsarts kan zich door de opleiding met recht deskundig noemen op de diverse onderwerpen die het vak bestrijken: ZW arbo, EZWB, WIA, Wajong. Mijn ervaring is dat juist jonge verzekeringsartsen uitstralen dat ze een goede keuze hebben gemaakt.

Er is duidelijk meer professionalisme dan vroeger, ook en vooral door de opleiding, die op onderdelen samenvalt met die van de bedrijfsartsen. Wel zien de instituutopleiders een verschil in professionele attitude tussen de bedrijfs- en verzekeringsartsen, waarbij de laatsten zich i.h.a. makkelijker conformeren aan niet-medische regels en richtlijnen. Niet onlogisch gezien het veld waarin ze werken, maar het zegt zeker ook iets over het type arts dat kiest voor de verzekeringsgeneeskunde.

Kwaliteitseisen/ctsv protocol hebben geleid tot minder efficiency en effectiviteit. En: Te betreuren is het dat er, doordat er zo kritisch door vele partijen meegekeken wordt in de gevalsbehandeling, de artsen zich verplicht voelen een medisch en juridisch dichtgetimmerde rapportage te maken. Dit kost veel tijd en energie, die beter in cliëntencontact gestopt hadden kunnen worden.

Helaas zag ik ook wel dat een groep va-en de protocollen in de praktijk teveel als een kookboek gebruikten en niet al teveel zelf nadachten, c.q. niet beargumenteerd durfden af te wijken. Overigens ook vanwege het gegeven dat cliënten, geheel naar de tijdsgeest, simpelweg hun gelijk verwachten en eisen en daar alle middelen (tuchtrecht!) voor inzetten.

De academisering is een verbetering geweest. Verbetering is dat we ons werk meer evidence based kunnen verrichten.

Anderzijds: Het uitwerken van vraagstellingen vanuit het veld lijkt, op zijn zachtst gezegd, wat onderbelicht te zijn.

De volgende slag is de academische werkplaats nog meer verbinden aan de uitvoering.

Verzekeringsartsen krijgen veel te weinig feedback waarvan ze kunnen leren. Ze kijken naar papier, weinig naar de persoon, passen op hun manier de regels toe en de belanghebbenden kunnen in bezwaar en beroep gaan. De reactie van bezwaar en beroep geeft weinig inhoudelijke kritiek, of het leidt niet tot zelfreflectie.

De **relatie met de organisatie/het management** wordt, niet verrassend, niet als verbeterd gezien.

Het loslaten van de structuren van bedrijfsverenigingen is op zich wel een goede zaak geweest. Dat geldt niet voor het opheffen van de GMD. Dat is nog altijd jammer. Naar de toekomst zou het vakgebied er baat bij hebben om weer een zekere distantie te krijgen tegenover de directe uitvoerder. Dat was het geval bij de GMD en die min of meer onafhankelijke positie zou ook in de toekomst gewenst zijn. Dat biedt kansen op een inhoudelijk sterkere positie van de verzekeringsarts en verdere verdieping van het vak. Het groepsplan, dat bij de GMD erg sterk was, is verdwenen.

Het verlies van teamsgewijs werken is geen verbetering. In het verleden werd gewerkt in kleine, vaste teams. Dat is losgelaten, 'iedereen doet het met iedereen'.

Gebrek aan professionele autonomie (van de individuele arts en ook van de groep artsen als geheel) als gevolg van doorgeschooten bureaucratie. Dit is één van de belangrijkste redenen voor jonge dokters om te vertrekken. Tussen de andere medische specialismen staat verzekeringsgeneeskunde helaas nog steeds aan de onderzijde van de medisch-maatschappelijke ladder.

Het Professioneel Statuut VA is verankerd in CAO dus met waarde van professioneel contract.

De toename van het aantal managers (en managementlagen) met meer oog voor cijfertjes dan voor inhoud en mensen in bepaalde regio's, kwam uiteindelijk de resultaten niet altijd ten goede. De moeilijkheidsgraad van het werk is m.i. nog wel eens onderschat. De tijdsdruk, met nadruk op targets etc. werkte op bepaalde kantoren, afhankelijk van het management, ten nadele van de kwaliteit. Anderzijds beseften niet alle collegae dat afhandelingsduur een onderdeel van de kwaliteit is.

Het idee dat iedere beoordeling in dezelfde mal geperst moet worden (uniformering en processturing) gecombineerd met aansturing door niet inhoudelijk en veelal lager opgeleid management heeft de kloof tussen artsen en organisatie vergroot. De artsen vervreemdden van de organisatie en zaten gevangen in de paradox dat zij deel uitmaakten van een organisatie waar zij geen deel van wilden zijn. Toen ik startte voelde ik mij nodig en gewaardeerd bij de BVG. Dit werd gevolgd door een lange periode waarin de va een noodzakelijk en duur kwaad was. Dat tij is nu weer veranderd. Zonder va-en kan SMZ bijna niets en dat wordt nu ook erkend. Dat voelt anders. In de loop der jaren is de administratieve last enorm toegenomen. Dat wordt ingezien (inzet SMV en MS) maar ook was de va de speelbal van de organisatie m.b.t. wat hij/zij moest doen.

Een discussie van alle tijden is de toenemende rol en invloed van management. Aantal producten en tijdigheid. De laatste jaren is daarbij gekomen de prioritering van producten. Tot voor kort stond bijvoorbeeld de EZWB laag op de prioriteitenlijst, tot grote frustratie van de professionals. Hiermee geeft de organisatie aan dat het oordeel eigenlijk niet nodig is. Toekennen is de makkelijke weg.

Natuurlijk zijn er verbeterpunten, maar veel van wat daarvoor in aanmerking komt wijkt volgens mij niet veel af van wat je ook aan verbeterpunten in andere branches ziet (denk aan de rechtspraak, advocatuur, zorgorganisaties als ziekenhuizen) en in zekere zin een structureel karakter hebben: tijdsdruk door productienormen, de stijl van de leider in relatie tot kwaliteits-/kwantiteitscontroles (dus zowel inhoudsdeskundig als hiërarchisch).

Verbetering is -ondanks alle haperingen -onze ICT-ondersteuning. De ondersteuning, bijvoorbeeld met IT, is veel beter, anders dan je zou denken door het vele geklaag erover.

Een verzekeringsarts met een hoge productie wordt beter gewaardeerd dan een met een lagere. Ook weegt nog steeds zwaar het percentage hersteldverklaringen bij de ZW en het percentage <35% ao bij de WIA (net als 40 jaar geleden).

De verzekeringsarts-managers zijn op een na, allemaal afgebrand. Ze waren stootblok, veel conflicten met veel partijen: het was een onmogelijke functie.

Het UWV heeft bijna de grootste dichtheid van managers, die veel geld kosten. Het is onbestaanbaar dat dit grote medische bedrijf met honderden artsen geen arts heeft in de raad van bestuur, en ook geen arbeidsdeskundige.

65

Op het **maatschappelijke niveau** zijn de geluiden gemengd.

Ik heb de indruk dat maatschappelijke participatie als zodanig op veel meer plekken relevant en gezond wordt geacht dan in de sprekkamer van de verzekeringsarts. Mondjesmaat heb ik de indruk dat zelfs curatieve artsen af en toe oog krijgen voor het feit dat er aan 'een ziekte' ook een patiënt (met een baan...) vastzit. Zo beschouwd heb ik de indruk dat de verzekeringsarts voor dat deel van zijn/haar missie niet meer volledig alleen staat.

Merkwaardig genoeg heeft al het verantwoorden en rapporteren vrijwel geen enkel probleem opgelost: er zijn nog steeds achterstanden en het beroep op arbeidsongeschiktheidsregelingen groeit als vanouds (maar is niet meer zo duur als vroeger) en het 'handelen van de verzekeringsarts' blijft een ongrijpbaar fenomeen (maar is wellicht wat minder zwaarwegend).

Voor de klanten en 'gebruikers' van al dat fraais (cliënten, managers, uitvoeringsorganisaties, 'de maatschappij') vraag ik me af of er veel veranderd is. Nog steeds wordt er min of meer vanuit gegaan dat de (verzekerings-) arts wel weet hoe het moet en wordt diens oordeel simpelweg gevolgd. Wel is er steeds meer een maatschappelijke trend om willekeurig welk oordeel door een 'autoriteit' ter discussie te stellen en dat gebeurt dan natuurlijk ook met het verzekeringsgeneeskundig oordeel. Maar dit is meer een 'externe factor' dan dat ik hier iets specifiek voor de verzekeringsgeneeskunde zie gebeuren.

De 'verdiscontering' van vroeger is wellicht iets minder expliciet, maar uiteindelijk zien we ook nu tal van problemen en maatschappelijke fenomenen handzaam opgelost worden via de arbeidsongeschiktheidsregelingen. In een andere jas wellicht of met een andere naam, direct of indirect door het oneindig oprekken van het ziektebegrip.

Dit rechtvaardigt de verzuchting dat de politiek, naast andere gremia, bij volume beheersing stuurt aan de achterkant, waarbij de ene onuitvoerbare wijziging over de andere heen tuimelt. Volumebeheersing is juist effectief bij aanpak aan de voorkant met preventie en realistische en op de professional gerichte werkprocessen.

De NVVG heeft met de KNMG een veel beter podium gekregen. Maar het gezag is niet meer zoals vroeger, bijvoorbeeld Smits, Grond, De Pater. Het respect voor de arts, ook in de samenleving, verdwenen. De verzekeringsarts is een functionaris, meer niet.

Een ex-va vindt de problemen fundamenteel: We hebben de dokter als ordeningsprincipe omdat we als samenleving nog geen andere titel dan 'ziekte' hebben kunnen vinden om vrijgesteld te kunnen worden van verplichtingen. Naar mijn mening is er (dus) nog steeds sprake van 'Oneigenlijk gebruik van artsen in de sociale verzekering'.

Curatieve collega's geven geen (on-) gevraagd oordeel meer of een cliënt wel of niet kan werken. Dat is nu het mandaat van bedrijfs- of verzekeringsarts. Deze laat vaak de oren hangen naar patiëntenorganisaties zoals de CVS club, met een geringe invloed op specialistische richtlijnen omdat het gaat over werk etc.

We kunnen eindigen **op een positieve noot**: meerdere ooggetuigen zien aanwijzingen dat het nu de goede kant op gaat:

Mogelijk brengt het 'regiemodel' hier een verandering in: verzekeringsartsen bepalen met hun team zelf de benodigde stappen in het claimproces, waarbij ze verantwoordelijk zijn voor hun caseload waarbij de manager een faciliterende rol speelt. Een mooi voorbeeld is kantoor Leiden waarbij verzekeren vanaf de eerste dag in de ZW tot en met de claimbeoordeling WIA door een vast team wordt begeleid. Op deze wijze kan je als verzekeringsarts gedurende twee jaren waarde toevoegen aan een verzekerde en met eigen ogen zien welke gevolgen jouw handelen heeft.

Eén verzekeringsarts kijkt nog wat verder:

Wat mij blij stemt en dapper maakt zijn de recente vragen die op tafel liggen namelijk over hoe menselijk zijn wij nog als dokters in het oordelen en de maat nemen? Deze door technische rationaliteit gedomineerde maatschappij maakt een kanteling door meer de moraliteit en menselijkheid op de voorgrond te zetten. Moraliteit gaat over waarden, onze diepe drijfveren, raakt onze zingeving als mens en dokter. De kernwaarden die leidend zijn voor alle dokters: zelfbeschikkingsrecht, gezondheid, weldoen, vertrouwen, privacy, respect voor autonomie, niet-schaden en (morele) rechtvaardigheid bepalen de norm in ons handelen en niet de 'productie' noch de absoluteheid van een regel. De professie heeft nu de opdracht voor de toekomst zijn/haar eigen bestaansrecht, zijnde afhankelijk van de regels en wetten en een grote bureaucratische organisatie, op het spel te zetten om te kunnen komen tot de normen in handelen, voortkomend uit onze professionele waarden.

10. ONTMOETING VERZEKERINGSARTSEN VAN VROEGER MET VERZEKERINGSARTSEN VAN NU EN STRAKS

Op 14 september 2021 werd een seminar ooggetuigen verzekeringsgeneeskunde gehouden. Doelstelling was het verkennen van het belang van het verleden voor heden en toekomst van het vak. Negen respondenten van het ooggetuigenproject (verder: ouderen) en negen jongeren die in hun activiteiten een bovengemiddelde belangstelling hadden getoond voor hun vak, namen deel. Allen lazen vooraf het concept boekje ‘Terugblikken op sociale verzekeringsgeneeskunde’ en ze hadden zich voorbereid op gedachtewisselingen over de autonomie van de verzekeringsarts, maatschappelijke invloeden op de verzekeringsgeneeskunde en op de toekomst van het vak. Tijdens de dag werd er voornamelijk in groepen van 4, 5 of 6 over het eerste en het laatste thema gesproken. De resultaten werden plenair gedeeld op flipover en dat werd opgenomen. De gesprekken over de toekomst werden gevoed door een presentatie over de Speerpunten van het NVVG Bestuur door de voorzitter Rob Kok.

Het seminar vond plaats in de colloquiumzaal van het Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland op Urk. De deelnemers kregen de gelegenheid om het archief verzekeringsgeneeskunde aldaar te bezichtigen. Blijkens de evaluaties direct na afloop en enkele dagen later via de email vonden de deelnemers het een geslaagde dag. Enerzijds al wegens het spreken met collega's over iets anders dan casuïstiek, maar ook de uitwisseling tussen oud en jong. Het kennismaken met de geschiedenis van de verzekeringsgeneeskunde leidde vaak tot een ander beeld van het werk. Dat gold zowel voor het boekje als voor de gesprekken met de ouderen. Die inzichten over vroeger zouden kunnen helpen bij het hanteren van de problemen van nu. Een verrassing was dat er al zoveel was gepubliceerd over de verzekeringsgeneeskunde, zoals bleek uit het archief.

De gesprekken waren levendig en de deelnemers brachten velerlei invalshoeken naar voren welke zijn verkend, zonder tot afgeronde conclusies te komen, wat niet verwondert gezien de ‘duurzaamheid’ van de thema's. Onderstaand enkele impressies.

Jongeren was onder andere het volgende opgevallen bij het lezen van de geschiedenis van de afgelopen 40 jaar: de veelheid aan organisatorische veranderingen, veel dat van tijd tot tijd terug komt (is er nieuws onder de zon?), de omgekeerde evenredigheid tussen rapportage-eisen en productie, het kennelijk permanent bestaande tekort aan artsen, dat bij herhaling aanleiding vormt tot het doen van noodgrepen. Bij de individuele beoordeling is de autonomie van de verzekeringsarts net als vroeger weinig beperkt, maar op procesniveau, zoals bij het plannen van herbeoordelingen, is de autonomie weg.

1. Het thema autonomie van de verzekeringsarts toont de complexiteit van het werk. De gesprekken gingen vooral over waar men wel en niet van afhankelijk wilde zijn, gegeven de geschiedenis. De politieke waan van de dag kan makkelijk de houding van verzekeringsartsen beïnvloeden. Ons vak staat midden in tegenstrijdige belangen en daar moeten we een weg in vinden. De jurisprudentie en UWV beleid neigen naar steeds meer dicht timmeren van de beslisruimte van de verzekeringsarts, bijvoorbeeld als het gaat om het bepalen van de prognose maar ook de Wajong die niemand nog kan begrijpen. Ook het poortwachter zijn voor de WIA staat onder druk maar is toch een belangrijk aspect van wat wij leveren aan de samenleving. Is er voldoende ingang bij de beroepsvereniging om de Tweede Kamer te betrekken als dat wenselijk zou zijn? Er zijn veel NVVG contacten met het ministerie en ook de NOVAG heeft contacten in Den Haag. Meer communicatie naar de leden zou dat duidelijk kunnen maken.
2. Het bovenstaande leidt direct naar de beroepsopvatting van de verzekeringsarts, de afgelopen 40 jaar een weerkerend thema. Meer beoordelen of meer begeleiden, meer generalist of meer gespecialiseerd, in ziektebeelden of wetten? Het zou mooi zijn als de verzekeringsarts kon kiezen. Zouden we als beroepsgroep niet duidelijker moeten zijn over het thema begeleiden en/ of beoordelen?
3. Het beoordelen/ toetsen/ objectiveren staat hoe dan ook centraal, ook bij de start van de begeleiding. Objectivering kan verstevigd worden als we een betere medische onderbouwing kunnen geven voor beperkingen bij ziektebeelden: welke beperkingen zijn ongeveer te verwachten bij een bepaald ziektebeeld? Net als vroeger: eerst ziekte of gebrek en daarna wat hij/ zij daarmee kan? Een diagnoselijst zoals in het verleden wel bepleit is niet zinnig maar wel zinnig lijkt informatie uit al die beoordelingen die bij UWV zijn gedaan, bv over wat er van de cliënten is geworden. Nu is de praktijk vaak het volgen van wat de client inbrengt, weinig getoetst met medische gegevens. Dat past binnen het format voor rapportage. Vroeger kon je waarschijnlijk meer zelf bepalen hoe je wilde toetsen. Maar dat gaf ook meer ruimte voor de persoonlijke opvatting van de verzekeringsarts, of deze ruimhartig was of juist de hand op de knip hield. Naar die verschillen werd niet terugverlangd.
4. Cliënten kunnen met de moderne informatietechnologie makkelijker dan voorheen zien dat beoordelingen onderling verschillen en afwijken van de richtlijnen. Tussen AVAs lijken verschillen te zijn in opvattingen waardoor couleurs locales ontstaan die niet makkelijk zijn te verantwoorden. Als beroepsgroep zouden we daar veel actiever op moeten zijn: wij zien dat ook en doen er wat aan. De beroepsgroep/ NVVG staat minder sterk doordat er nog maar één groot UWV is, i.p.v. veel BVen, GAK en GMD. Ook ervaren velen minder binding met UWV als één organisatie.
5. Met intervisie en onze eigen richtlijnen kunnen we misschien meer tegenwicht bieden en ruimte houden? Die richtlijnen kunnen wel tegenstrijdig uitpakken, genoemd

werden MAOC en ICF als het gaat om persoonlijke en contextuele factoren. De standaarden/ richtlijnen/ protocollen zijn voor een belangrijk deel erg oud en dat staat weinig professioneel, zie bv de standaard onderzoeksmethoden, pijnlijk uit 2000! Protocollen slaafs volgen kán leiden tot verlies aan kwaliteit en beargumenteerd afwijken kán de kwaliteit verhogen. Zie de neiging om veel te rapporteren i.p.v. de essentie.

6. De targets die het management er soms op na houdt kunnen haaks staan op een kwalitatief goede beoordeling. Anderzijds kan het geen kwaad om efficiency na te streven en niet meer te willen weten dan nodig is voor de beoordeling. Momenteel kunnen werkgever en client vrij gemakkelijk een herbeoordeling vragen; daarvoor zou een goede onderbouwing gevraagd kunnen worden waardoor er minder aanvragen komen en op voorhand betere informatie.
7. Zou het overleg met behandelaars niet wat makkelijker kunnen? Ook met informatie van de verzekeringsarts aan de behandelaar voor het evt. verbeteren van de behandeling. Dit raakt de meer dan 100 jaar oude discussie van scheiding van behandeling en controle

Vervolgens werden de volgende speerpunten van het NVVG bestuur gepresenteerd en besproken:

- Regierol (terug) VA die lijnen uitzet in team met AD en SMV etc.
- Optimale administratieve ondersteuning ten eerste
- Met betere informatieverzameling curatieve sector
- Taakdelegatie vooral geschikt voor begeleidende rol ZW vangnet, beperkt voor beoordelen (WIA/WAJONG)
- Fysiek spreekuurcontact is de gouden standaard
- Dossier gaat mee met de cliënt
- Overleg met BA en curatieve collega waar nodig (netwerkgeneeskunde)

69

Welke problemen worden opgelost als die speerpunten werkelijkheid worden? Veel problemen zitten op het niveau van systemen en structuren, bv perverse prikkels voor werkgevers en werknemers. En je zou client en arbeidsdeskundige, om enkelen te noemen, mee willen krijgen in de realisatie van speerpunten. Dat laatste wordt overigens al nagestreefd.

De behoefte aan meer regie werd breed gedeeld maar waar zou die regie precies over gaan? Over de beoordeling en/ of begeleiding van het individu of (ook) over bv. het doen van herbeoordelingen en het stellen van prioriteiten? Waarvoor word je als verzekeringsarts precies verantwoordelijk? De cliënten worden nu na de WIA beoordeling vaak de wei in gestuurd. Welke zorg kun je redelijkerwijs leveren? Is gedefinieerd wat succes is in de regierol en is dat haalbaar voor (iedere) verzekeringsarts? Moeten we er bang voor zijn of kunnen we goed beslagen ten ijs komen? En is differentiatie mogelijk of moet op korte termijn iedere verzekeringsarts regie gaan voeren? Doet dat iets met het

tekort aan verzekeringsartsen? Vinden de arbeidsdeskundigen dat ook een goed idee? In het verleden was er vaak al enige competentiestrijd tussen artsen en arbeidsdeskundigen. Kan de verzekeringsarts een bepaalde arbeidsdeskundige afwijzen als deze niet goed lijkt te functioneren?

Kan een psycholoog de beoordeling van de mogelijkheden overnemen, als de dokter de stoornissen in beeld heeft gebracht? Assessmentpsychologen hebben kennis en instrumenten voor zulk werk. De dokter kan de regie houden maar de psycholoog doet dan het meeste werk?

Het thema van het netwerk met bedrijfsarts en huisarts sprak aan maar werd gezien het verleden en het heden niet makkelijk realiseerbaar geacht. De opvatting dat werken in principe goed is voor de gezondheid is nog lang niet overal geland, daar is nog winst te behalen. Maar we lezen ook veel over moderne arbeidsomstandigheden waar de honden geen brood van lusten. De werkwijze bij het ABP werd nog eens in herinnering geroepen.

Is het ideaal van het dossier dat met de cliënt meereist (denk bv. aan het frequent wisselen van bedrijfsarts) haalbaar of zelfs maar wenselijk? Kan iedere client dat aan? Wie bepaalt welke informatie met wie wordt gedeeld? Blijft de informatie bij UWV of kan die ook naar de private verzekeraar gaan? Zou de bedrijfsarts in dienst van UWV kunnen komen?

Een verzekeringsarts heeft niet per sé behoefte aan veel curatieve informatie, al bleek het nog niet eenvoudig om te specificeren waar dan wél behoefte aan was. De destijds orthopeed en neuroloog in dienst van het GAK/ GMD vervulden een tussenfunctie die niet meer bestaat. Licht het voor de hand om verzekeringsartsen zich te laten toeleggen op psychologie, cardiologie etc? Dat is wel gedaan met oncologie maar ook weer verlaten. De gouden standaard van het fysieke spreekuur wordt wel omarmd (mits met flexibiliteit te hanteren) maar hoe bepaal je dat afwijken gerechtvaardigd is? Je weet niet wat je niet weet. Ook in het verleden ging het afwijken onder de vlag van efficiency altijd richting meer toekennen.

Gezien de levendige discussies voorzag de bijeenkomst duidelijk in een behoefte. Het seminar werd, blijkens een korte evaluatie aan het eind van de dag, door vrijwel alle deelnemers ervaren als zinvol, leuk en inspirerend. Ik vlei mij met de gedachte dat het historische perspectief een toegevoegde waarde had. De reacties na het seminar lijken dat te rechtvaardigen.

Of het betrekken van de geschiedenis bij de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde van wezenlijk belang is, zal de toekomst uitwijzen. Veel aangeronde (en oude) thema's verdienen meer analyse en actie om ze in het heden te hanteren.

In ieder geval zijn de deelnemers aan het seminar, en zo ook de lezer van dit boekje, op de hoogte van het bestaan van het archief verzekeringsgeneeskunde op Urk en ik hoop dat ze daarvan gebruik zullen maken en het waar mogelijk zullen verrijken.

11. RESPONDENTEN

Max Asscher
Pieter Jan Bakker
Willebrord Beemsterboer
Pieter den Bieman
Wout de Boer
Marijke van Bork
Hans de Brouwer
Nico Croon
Hans Duin
Jim Faas
Paul de Groot
Jan Willem Hekkelman
Miriam de Haas
Jeannette Hoevers
Theo Hoofs
Rens Jansen
Ger Kaldenberg
Guido de Kanter
Didy van Klaarbergen
Alfons Klarenbeek
Olga van Kempen
Simon Knepper
Rob Kok
Jan Willem Koten
Bert Kremer
Herman Kroneman
Dirk van Latenstein
Luuk Lechner
Charles Lemmers
Ronald Mentink
Ies Meuwissen
Hanneke Mooi
Gerard Nagtegaal
Anton van der Noord
Wim Otto
Els Pieterse

Rijer Pille
Frederik Ronkes
Eugène Soons
Bernard Starink
Arthur Sterk
Kees Verwei
Lex van der Ven
Nettie Visser
Jan Hein Wijers
Haije Wind
Hans de Wolff

12. VERANTWOORDING WERKWIJZE

Bij het opbouwen van het archief Verzekeringsgeneeskunde op het Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland deed de directeur daarvan, prof. Dr. Mart van Lieburg de suggestie om een seminar te organiseren met oude verzekeringsartsen en zo ooggetuigen van vroegere tijden te horen. Dat leek mij een heel goed idee. Ter voorbereiding daarvan ben ik collega's die de ontwikkelingen hebben meegemaakt gaan vragen om een verslag van hun kant. Als vragen voor de ooggetuigenverslagen legde ik voor: wat deed je als verzekeringsartsen wanneer, met wie, hoe, in welke setting, met welke aansturing op kwaliteit en kwantiteit? Ik gaf daarbij de kanttekening dat ze hun verslag op hun eigen manier mochten opstellen, zolang het de beschrijving van de praktijk zou vormen. Sommige verslagen werden door respondenten zelf opgesteld en aangevuld op basis van nadere vragen van mij. Anderen heb ik geïnterviewd, langs dezelfde vragen. Naast verzekeringsartsen heb ik mensen vanuit de opleiding betrokken. Uiteindelijk heb ik van iedere respondent een door deze goedgekeurd verslag verkregen. Dat is de basis voor dit verslag.

72

De respondenten vormen een selecte groep van ooggetuigen, uit mijn eigen kring van kennissen, die weer kennissen aanbrachten. Ik heb geprobeerd om van alle taken, organisaties en tijdvakken meerdere ooggetuigen te hebben. Dat is niet helemaal gelukt. Men leek zich de situatie aan het begin van het werk beter te herinneren dan de veranderingen in de loop van de tijd. Tussen de personen en tussen vestigingen waren vermoedelijk flinke verschillen in de praktijk.

De zich ontwikkelende synthese van de verslagen heb ik aan alle respondenten minstens éénmaal en aan sommigen meerdere malen voorgelegd voor commentaar. Bij dat voorleggen van de synthese heb ik de respondenten ook gevraagd naar hun mening over verbeteringen en verslechtingen welke ik heb samengevat in hoofdstuk 8.

De selectie van respondenten is in zoverre scheef dat er een oververtegenwoordiging in zit van staf en anderszins bijzondere lieden. Al diegenen die na kortere of langere tijd het vak hebben verlaten zitten er niet bij, wel enkelen die een tijd iets anders hebben gedaan en terug zijn gekomen. Een ontbrekende stem is die van de managers. De ooggetuigen zijn daar vaak kritisch over en managers kunnen zich hier niet verweren. Wat dat betreft is dit verslag dus sterk eenzijdig. De periode indeling heb ik laten aanhaken bij die wijzigingen in de wetgeving en organisatie welke naar mijn inschatting het sterkst de ontwikkelingen bepaald hebben.

De voorliggende tekst is mijn synthese van de verslagen van ooggetuigen met een beperkte validering o.b.v. de literatuur en een beperkte contextualisering om het verhaal begrijpelijk te maken voor mensen die er niet bij zijn geweest. Aanvullende literatuur zocht ik liefst feitelijk wat betreft de praktijk en daarbij gebruikte ik veel grijze litera-

tuur. Context, zoals maatschappelijke ontwikkelingen, achtergronden van keuzes in de politiek en bij de organisaties heb ik aangestipt maar niet uitgediept.

Veel beschrijvingen gaan vooral over de procesmatige kant, de vraagstelling bood daarvoor ruimte en de respondenten meenden dus dat dat hun werk en de ontwikkelingen erin goed weergaf. Inhoudelijk blijft het daarmee wat aan de oppervlakte, waarbij het de vraag is of er inhoudelijk meer diepgang en vooral ook diepgang in de ontwikkeling te vinden was geweest. Wel is er veel ontwikkeling geweest in wetenschap en professionele discussie, maar dat valt buiten het bereik van dit project.

BIJLAGE

Overzicht richtlijnen voor verzekeringsartsen vanuit opdrachtgever of beroepsvereniging, voor zover die verder gaan dan de wettelijke criteria. Stand april 2021. Diverse richtlijnen zijn in bewerking voor actualisering.

JAAR	TITEL	BRON	GELDIG TOT
1976?	Beperkingenpatroon voor ACD	GMD	1988
Januari 1988	Belastbaarheidspatroon voor ACD	GMD	1992
1988	Rapportageprotocol	GMD	Maart 1999
1990	Rapportageprotocol	ABP	1996
1992	FIS formulier inzake belastbaarheid	GMD	2002
1994	Geen Benutbare Mogelijkheden	GMD	1996
April 1996	Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling AAW/WAO met het FIS (protocol)	LISV	2002 m.m. voor CBBS
Mei 1996	Deskundigenoordeel	LISV	Nu tekst in Handboek
Juni 1996	Toegenomen arbeidsongeschiktheid door 'dezelfde oorzaak'	LISV	Nu
Juni 1996	Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden	LISV	2005
Sept 1996	Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium	LISV	Juli 2000
December 1996	Communicatie met behandelaars, richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars	LISV	Nu
Februari 1997	Onderzoeksmethoden bij psychische stoornissen	LISV	Nu
1997	Gedragscode voor verzekeringsartsen werkzaam voor de uitvoeringsinstellingen SV	LISV	Nu
Februari 1998	Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts	LISV	Maart 2010
Maart 1999	Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde	LISV	Nu
April 2000	Verminderde arbeidsduur	LISV	2015
Juni 2000	Professionele herbeoordeling verzekeringsarts	LISV	Nu
8 juli 2000	Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten	SZW	2004
Oktober 2000	Onderzoeksmethoden	LISV	Nu
2002	Functionele Mogelijkhedenlijst	UWV	2020
2004	Wijziging Schattingsbesluit	SZW	Juni 2015
Sept 2005	Beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen	UWV	Onzekeer
30-11-2005	Aspecifieke lage rugklachten, vg protocol	GR	2008
30-11-2005	Hartinfarct, vg protocol	GR	2008
19-12-2006	Overspanning, vg protocol	GR	Nu
19-12-2006	Depressieve stoornis, vg protocol	GR	Nu

JAAR	TITEL	BRON	GELDIG TOT
15-3-2007	Angststoornissen, vg protocol	GR	Nu
15-3-2007	Beroerte, vg protocol	GR	Nu
15-3-2007	Borstkanker, vg protocol	GR	Nu
12-4-2007	Chronisch vermoeidheidssyndroom, vg protocol	GR	2013
12-4-2007	Lumbosacraal radiculair syndroom, vg protocol	GR	2020
23-4-2008	Artrose heup en knie, vg protocol	NVVG	Nu
23-4-2008	Reumatoïde artritis, vg protocol	NVVG	Nu
23-4-2008	COPD, vg protocol	NVVG	Nu
23-4-2008	Schizofrenie en aanverwante psychosen, vg protocol	NVVG	Nu
23-4-2008	Chronische schouderklachten, vg protocol	NVVG	Nu
23-4-2008	Chronisch hartfalen, vg protocol	NVVG	Nu
17-7-2008	Whiplash associated disorder I/II, vg protocol	GR	Nu
17-7-2008	Aspecifieke lage rugpijn (herziening 2008), vg protocol	GR	2020
17-7-2008	Hartinfarct (herziening 2008), vg protocol	GR	Nu
23-11-2009	Borderline persoonlijkheidsstoornis, vg protocol	NVVG	Nu
23-11-2009	Chronische nierschade, vg protocol	NVVG	Nu
23-11-2009	Darmkanker, vg protocol	NVVG	Nu
23-11-2009	Diabetes mellitus, vg protocol	NVVG	Nu
Maart 2010	Participatiegedrag, vg protocol	NVVG	Nu
Maart 2010	Richtlijn beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts	UWV	Nu
Januari 2010	Beoordeling laattijdige aanvragen Wet Wajong	UWV	2012
Juli 2010	Ontwikkelingsstoornissen Wajong	UWV	Nu
December 2010	Beoordeling van de duurzaamheid van volledigearbeids-ongeschiktheid in de wet Wajong	UWV	2015 in compendium
Juni 2011	Overtuigende rapportages in bezwaar (titel onzeker)	UWV	2017
Maart 2011	RIV-toets in de praktijk	UWV	2020
Juli 2011	Richtlijn Sociaal-Medisch Handelen bij het vermoeden van Gezondheidsfraude	UWV	Nu
Juli 2012	Beoordeling laattijdige aanvragen wet Wajong (update)	UWV	2017
Januari 2013	Richtlijn internationale gevalsbehandeling	UWV	Nu
Februari 2013	Diagnose, behandeling, begeleiding enbeoordeling van patiënten met het chronischvermoeidheidssyndroom (CVS)	CBO met o.a. NVVG en NVAB	Nu
Juli 2013	Richtlijn Lymeziekte	CBO met o.a. NVVG en NVAB	Nu
11 februari 2014	Zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid	UWV	Nu
Juni 2014	Kader borging beheer en verkeer van medische gegevens van de klant in de ZW-Arbo	UWV	Nu

JAAR	TITEL	BRON	GELDIG TOT
7 augustus 2014	Suïcidedreiging en de rol van de verzekeringsarts	UWV	2020
4 september 2014	Verkorte claimbeoordelingsprocedure WIA >65% verdiensten bij EWT	UWV	Nu
2015	Compendium Participatiewet	UWV	Nu
17 juni 2015	Wijziging schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten	SZW	Nu
8 juli 2015	Duurbelastbaarheid in Arbeid	UWV	Nu
Januari 2016	Aanvulling op het beoordelingskader duurzaamheid WIA	UWV	Nu
2016	Richtlijn Depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen	NVVG/ NVAB/ GAV	Nu
Januari 2017	Werkwijzer Laattijdige aanvragen Wajong	UWV	Nu
April 2017	Overtuigende rapportages in bezwaar	UWV	Nu
17 juli 2017	Handreikingen voor de samenwerking VA-T en SMV bij het actualiseren van medische gegevens	UWV	Nu
Oktober 2018	Handreiking Taakdelegatie; Professioneel en Juridisch Kader	UWV	2020
2018 (onzeker)	De beoordeling van cliënten met ME/ CVS bij UWV	UWV	Nu
2018-06-20	Verkeersdeelname bij drugs-gebruik op medische indicatie	UWV	Nu
Oktober 2018	Opname in Ziekenhuis of Instelling, Bedlegerigheid, ADL-afhankelijkheid en Onvermogen tot Persoonlijk en Sociaal Functioneren (OPSF).	UWV	Nu
Sept 2019	Regeling beheer en verkeer medische gegevens bij bezwaar en beroep	UWV	Nu
November 2019	SOCIAAL-MEDISCHE HEROVERWEGING IN BEZWAAR	UWV	Nu
Januari 2020	Aanvulling richtlijn Zwangerschap en bevalling	UWV	Nu
1 april 2020	Handreiking Taakdelegatie; Professioneel en Juridisch Kader		Nu
1 mei 2020	Werkwijzer Poortwachter	UWV	Nu
2020	Richtlijn lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	GAV/ NVAB/ NVVG	Nu
2020-09-07	Leidraad Zelfmoordpreventie voor medewerkers bij UWV	UWV	Nu
2020-09-15	Zij-instromers en Taakoverdracht	UWV	Nu

Er zijn veel multidisciplinaire richtlijnen en andere sociaal-medische informatie welke ik hier niet opvoer omdat ze niet zo duidelijk voorschriften bevatten voor het handelen van de verzekeringsarts.

OVER DE AUTEUR

Dr. Wout E.L. de Boer (Kloosterhaar, 1954) studeerde medicijnen in Utrecht en is sinds 1979 werkzaam als verzekeringsarts en sinds 1986 als zodanig geregistreerd. Sinds 2021 is hij met pensioen. Hij werkte vooral in de praktijk, in het onderwijs en in het onderzoek, bij de GMD, SSG, BVG, Tica/ Lisv, TNO Arbeid, Academisch Ziekenhuis Bazel, Lechnerconsult en UWV. Momenteel is hij curator verzekeringsgeneeskunde bij het Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland op Urk en hij bouwt daar het archief verzekeringsgeneeskunde op. Dat archief is nog lang niet compleet! Aanvullingen in fysiek materiaal of herinneringen zijn welkom: geschiedenisvgk@xs4all.nl

AD FONTES

EEN UITGAVE VAN TREFPUNT MEDISCHE GESCHIEDENIS NEDERLAND

Het Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland is een kennis-, documentatie- en erfgoedcentrum dat tevens fungeert als platform voor het niet-universitaire onderzoek van de geschiedenis van de geneeskunde, gezondheidszorg, verpleegkunde, farmacie, tandheelkunde en de paramedische vakken. www.tmgm.nl