



Landelijk instituut sociale verzekeringen

LISV

Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde

maart 1999

Uitgave

Landelijk instituut sociale verzekeringen

Postadres

Postbus 74765

1070 BT Amsterdam

Bezoekadres

Gebouw Metropolitan

Buitenveldertselaan 3

1082 VA Amsterdam

Internet adres

www.lisv.nl

Algemeen telefoonnummer

020 504 75 00

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Het rapportageprotocol	7
3	Toelichting	9

1 Inleiding

1.1 Voorgeschiedenis

Als reactie op een toenemende behoefte aan een motivering van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling heeft de GMD in 1987 het rapportageprotocol voor het eerst vastgesteld. Het protocol gold alleen voor beoordelingen van langdurige arbeidsongeschiktheid. In 1995 heeft het toenmalige Tica het protocol enigszins geactualiseerd en opgenomen in de 'Naslag Gevalsbehandeling Sociale Verzekering'. Een rapportage conform het protocol is destijds ook door een werkgroep van voorzitters van Arrondissementsrechtbanken¹ aanvaard als een adequate verantwoording van de verzekeringsgeneeskundige motivering.

Het concept van het huidige protocol is aangepast mede naar aanleiding van de suggesties van regionale stafverzekeringsartsen tijdens de regiobijeenkomsten in juni/juli 1998. Het protocol is bestuurlijk vastgesteld en heeft thans de status van voorschrift.

1.2 Doel protocol

Het protocol geeft de randvoorwaarden waaraan iedere rapportage moet voldoen. Het bewerkstelligt dat telkens dezelfde relevante onderwerpen aan bod komen.

De rapportage bevat in hoofdlijnen de vraagstelling en de beantwoording daarvan, welke activiteiten er ondernomen zijn om de gegevens te verzamelen, de relevante bevindingen uit het onderzoek van de verzekeringsarts en de beschouwing waarin onder andere de motivering van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling wordt vastgelegd.

Er zijn verschillende betrokkenen die aan een rapportage behoefte hebben. Allereerst de cliënt zelf om na te gaan waarop de mate van arbeidsongeschiktheid is gebaseerd. Maar ook de verzekeringsarts, omdat hij daarmee zijn beoordeling voor zichzelf, zijn opvolger of zijn waarnemer reproduceerbaar maakt. Andere deskundigen als de arbeidsdeskundige, de arbeidsbemiddelaar en de jurist die de formele beslissing opstelt, zullen hun oordeel ook in belangrijke mate moeten kunnen baseren op de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, inclusief de daarbij behorende overwegingen. Ook bij de behandeling van bezwaarschriften en in beroepsprocedures waarin de verzekeringsgeneeskundige motivering ter discussie staat, is de rapportage het centrale document. Tenslotte is de rapportage in het kader van de kwaliteitszorg een belangrijk document voor toetsing van de beoordeling door de stafverzekeringsarts of anderszins door of namens derden, zoals de uitvoeringsinstelling, de opdrachtgever of de toezichthouder.

Vanuit de motiveringsgedachte (de motivering moet het oordeel van de verzekeringsarts kunnen dragen) is gekozen voor een uniforme verantwoording

¹ rapport 'Ben ik overtuigd?', Arrondissementsrecht-bank Assen, mei 1995

van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. De rapportage is dan ook niet geënt op afzonderlijke geadresseerden met verschillende informatiebehoeften.

Bij de uitvoering van de ZW wordt er alleen een rapportage opgesteld na zes maanden of eerder op indicatie.

1.3 Opzet protocol

Het protocol staat een modelrapportage voor waarvan de verzekeringsarts gebruik moet maken. Hierin staan de kernrubrieken vermeld waaronder de gegevens zodanig moeten worden verantwoord dat hieruit de aannemelijkheid van de beoordeling van de verzekeringsarts kan worden afgeleid. In de toelichting wordt per kernrubriek aangegeven waarom de desbetreffende informatie nodig is voor de onderbouwing van het oordeel.

In de praktijk heerst vaak onzekerheid over de vraag in hoeverre allerlei (andere) medische gegevens gerapporteerd moeten worden. De rapportage omvat een motivering van de beoordeling wat een cliënt nog moet *kunnen* en niet van wat de cliënt *mankeert*. Dus hoeven allerlei bevindingen bij medisch onderzoek alleen weergegeven te worden voorzover ze bijdragen aan de beoordeling van de mogelijkheden om te functioneren. In dat geval volstaat doorgaans een globale weergave in algemene termen. De relatie tussen bepaalde bevindingen en het functioneren heeft zelden een heel specifiek karakter doordat allerlei andere factoren meespelen. Inhoudelijk bestaat er dus geen noodzaak de rapportage te schrijven als het verslag van een medisch onderzoek.

De gebruikers van de rapportage zijn meestal niet medisch geschoold. Dit impliceert dan ook dat de verzekeringsarts de rapportage zoveel mogelijk in gebruikelijk Nederlands formuleert. Waar mogelijk vermijdt hij het gebruik van technische termen of medisch jargon voorzover dat niet is ingeburgerd in algemeen taalgebruik.

De *uitgebreidheid* van de rapportage hangt af van de situatie. Als die met een enkel gegeven heel duidelijk geschetst is, kan de rapportage summier blijven. Maar in geval van dreigende of feitelijke geschillen moet de rapportage en met name de motivering vaak behoorlijk uitgebreid zijn. De verzekeringsgeneeskundige rapportage bevat dus die gegevens die de motivering en conclusie inzichtelijk en plausibel maken.

1.4 Privacy en beroepsgeheim

De verzekeringsarts kan zijn conclusies niet baseren op feiten, waarover hij op grond van zijn beroepsgeheim vervolgens het zwijgen bewaart. De bescherming van de cliënt kan dus niet maximaal zijn. Het toetsen van het beroep op de collectiviteit betekent enerzijds dat van cliënten een zekere inbreuk op hun persoonlijke levenssfeer en medisch geheim verlangd mag worden, maar anderzijds mag die inbreuk niet verder gaan dan voor die toetsing nodig is.

Een enkele keer kan het vóórkomen dat de verzekeringsarts feiten moet vermelden over de gezondheidstoestand van de cliënt die diep ingrijpen in diens persoonlijke levenssfeer en die, gezien het doel van de rapportage, zonder toestemming van de cliënt onder ogen van derden kunnen komen. Weliswaar hebben deze derden doorgaans uit hoofde van hun taak een geheimhoudingsplicht, maar het is

voorstelbaar dat de cliënt bezwaren heeft tegen het vermelden van bepaalde gegevens. Soms kunnen dergelijke bezwaren door een andere formulering weggenomen worden. Het is in dergelijke situaties van belang dat de verzekeringsarts met de cliënt bespreekt wat hij wel of niet zal vermelden en in welke vorm. Uiteindelijk beslist de verzekeringsarts, waarbij richtinggevend is dat hij zijn beoordeling niet kan baseren op informatie die hij niet inhoudelijk vermeldt.

De wettelijke doorbreking van het beroepsgeheim beperkt zich in principe tot de gegevens die in de rapportage opgenomen zijn. De verzekeringsarts moet bij het opstellen van zijn rapportage telkens zorgvuldig afwegen welke gegevens voldoende relevantie bezitten om in de rapportage te vermelden. Wat relevant is, verschilt per situatie. Hiervoor zijn geen specifieke richtlijnen te geven. Het protocol geeft alleen een handvat voor enkele uitgangspunten. In individuele gevallen is het dus uiteindelijk aan het professionele oordeel van de verzekeringsarts om concreet te bepalen welke gegevens hij moet opnemen.

De informatie die niet direct relevant is voor de rapportage, moet onder het beheer van de verzekeringsarts blijven. Dit staat voorgeschreven in de standaard 'Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts' {M 98.23}. In deze standaard staat ook aangegeven wie onder welke voorwaarden over de rapportage kan beschikken.

1.5 Moment van rapportage en de rol van de cliënt

In het kader van een beoordeling voor de WAO, WAZ, WAJONG, Wet REA of BW {7:629} stelt de verzekeringsarts een rapportage op zodra hij op één of andere manier een (nieuw) oordeel over de mogelijkheden of beperkingen van de cliënt geeft. Vervolgens wordt deze rapportage als 'medisch besluit', inclusief het belastbaarheidsprofiel aan de cliënt verzonden. Ook ontvangt een cliënt een afschrift in geval van een deskundigenoordeel (art. 56a OSV), een bezwaarschriftprocedure, voorzover daarbij een verzekeringsgeneeskundige beoordeling heeft plaatsgevonden en een verzekeringsgeneeskundige beoordeling ten behoeve van de advisering over ontslagbescherming.

De eerste rapportage volgt altijd het volledige protocol. Latere rapportages kunnen verwijzen naar de eerste rapportage voorzover geen wijzigingen zijn opgetreden.

Voordat de verzekeringsarts een beslissing neemt, is het raadzaam de cliënt een afschrift van de rapportage te verstrekken als het aannemelijk is dat de cliënt hierdoor een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van de beoordeling. Ook is dat raadzaam als de cliënt zelf aangeeft dat hij een dergelijke inzage vooraf op prijs stelt. Dit is met name van belang wanneer de beoordeling complex is of een potentiële bron van misverstanden vormt. De verzekeringsarts stelt de cliënt door inzage vooraf in de gelegenheid feitelijke onjuistheden te corrigeren en neemt eventueel wantrouwen zoveel mogelijk weg.

In het kader van een beoordeling voor de ZW wordt er op indicatie en in ieder geval na zes maanden verzuim (sprake van langdurige arbeidsongeschiktheid) een rapportage opgesteld en volgt de eerste rapportage altijd het volledige protocol. Latere rapportages kunnen verwijzen naar de eerste rapportage voorzover geen wijzigingen zijn opgetreden.

Momenten om te rapporteren in de ZW zijn tenminste:

- als de cliënt een motivering wil;
- als motivering van de beoordeling van de verzekeringsarts wanneer de cliënt het niet eens is met een hersteldverklaring of met een afwijzing van zijn beroep op artikel 19 juncto 29, 29a en 29b ZW;
- als motivering bij iedere werkhervatting van de cliënt waar de verzekeringsarts het niet mee eens is;
- als motivering bij toestemming tot het verrichten van arbeid bij een aangewezen derde;
- als motivering wanneer op inhoudelijke verzekeringsgeneeskundige gronden een uitkering geweigerd wordt op grond van artikel 44 ZW (risicowering achteraf);
- als motivering wanneer op inhoudelijke verzekeringsgeneeskundige gronden een uitkering geweigerd wordt op grond van artikel 45 ZW (inadequaat herstelgedrag);
- als motivering wanneer een (nieuw) belastbaarheidsprofiel opgesteld moet worden, omdat de rapportage de argumenten voor de mogelijkheden en beperkingen weergeeft.

Als bovengenoemde indicaties zich in de eerste zes maanden niet voordoen, maakt de verzekeringsarts terwille van de voortgang en reproduceerbaarheid van de verzuimbegeleiding in elk geval werkaantekeningen over zijn activiteiten, waarnemingen en afspraken met de cliënt of derden.

2 Het rapportageprotocol

Onderzoekskader:

Verzekeringsgeneeskundig onderzoek voor de cliënt/opdrachtgever/belanghebbende als onderdeel van een arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling in het kader van:

- ZW;
- WAO/WAZ/WAJONG;
- deskundigenoordeel;
- beoordeling arbeidshandicap specifiek gevraagd bij voorzieningenaanvraag;
- beoordeling van de reïntegratieinspanningen van de werkgever;
- bezwaarschriftprocedure (werkgever/werknemer)/beroepsprocedures in kader van genoemde wetten;
- toestemming voor het verrichten van arbeid bij een aangewezen derde.

Vraagstelling:

De vraagstelling heeft betrekking op:

- de mogelijkheden van cliënten om nu of op enig moment in het verleden te functioneren/arbeid te verrichten;
- op de beoordeling van de causaliteit voor zover het een gevolg is van: 'Dezelfde oorzaak' of 'Zwangerschap/bevalling';
- het niet nakomen van voorschriften door de cliënt om helderheid te verkrijgen over de toerekening van het (verwijtbare) gedrag aan de cliënt.

Onderzoeksactiviteiten:

De verzekeringsarts beschrijft de onderzoeksactiviteiten. Dit kunnen zijn:

- bestudering dossiergegevens;
- contacten (telefonisch/spreekuur) met de cliënt, d.d.;
- beoordelingsgesprek, lichamelijk onderzoek, huisbezoek of bedrijfsbezoek, d.d.;
- overleg met of informatie van betrokken derden: werkgever, bedrijfsarts, behandelaar, arbeidsdeskundige, etc. d.d.;
- deelonderzoek door derden - medische expertise of ander onderzoek, d.d.

Onderzoeksgegevens:

De verzekeringsarts geeft voor zover relevant:

- een samenvatting van de *voorgeschiedenis* van de klachten en problemen in het werk en/of functioneren van de cliënt;
- een beschrijving van die klachten van de cliënt, inclusief belemmeringen, die zich volgens de cliënt kunnen manifesteren in het werk/algemeen dagelijks functioneren van de cliënt: de *claimklachten*;
- een *beschrijving* door de cliënt *van het eigen werk en van zijn mogelijkheden om te functioneren*;
- een beschrijving van alle gedragingen van de cliënt die gericht zijn op zijn herstel en het hervatten van arbeid in het algemeen: *herstelgedrag*;
- een beschrijving van de *waarnemingen* van de verzekeringsarts en van derden betrekking hebbend op de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren, inclusief eventuele meningen en/of conclusies.

Diagnose:

De verzekeringsarts verwoordt en codeert de diagnose conform de viercijferige Classificatie Arbo en Sociale verzekering (CAS) en de eventuele etiologische diagnose conform de ééncijferige Classificatie van Ongevallen en arbeidsgebonden factoren.

Beschouwing:

De verzekeringsarts beargumenteert op basis van feiten waarbij:

- een koppeling wordt gemaakt tussen *onderzoek* (feiten uit gesprekken met de cliënt, nadere waarnemingen en (eventueel) informatie van derden) en *conclusie* (oordeel);
- een expliciete beschrijving wordt gegeven van de mogelijkheden van de cliënt die in het algemeen directe relevantie hebben voor zijn (passende) arbeid (ZW) dan wel gangbare arbeid (FIS), waarbij een BLP wordt ingevuld als er sprake is van belastbaarheid;
- een prognose wordt gegeven van de belastbaarheid en de beoordeling wordt besproken met de cliënt, waarop de cliënt vervolgens weer zijn reactie kan geven.

Conclusie:

Deze behelst een (korte) beantwoording van de vraagstelling.

Planning:

Een verzekeringsgeneeskundig vervolgonderzoek wordt ingesteld en aan cliënt meegedeeld:

- als verwacht wordt dat de mogelijkheden van de cliënt aanzienlijk zullen verbeteren/verslechteren;
- als afspraken met de cliënt gemaakt zijn met betrekking tot de verplichtingen van de cliënt ten aanzien van zijn herstelgedrag.

3 Toelichting

Onderzoekskader:

Deze rubriek betreft de vraag om welk verzekeringsgeneeskundig onderzoek het gaat als onderdeel van een arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling. Het beschrijft de juridische positie van de betreffende beoordeling. Met deze gegevens kan snel een relatie worden gelegd met de vraagstelling.

Vraagstelling:

In verreweg de meeste gevallen heeft de vraagstelling betrekking op de *mogelijkheden* van de cliënt *om* met zijn gezondheidsklachten *te kunnen functioneren*. Daarbij is de mening van de cliënt daarover volgens de richtlijn 'Medisch arbeidsongeschiktheids criterium' {M 96.122} het te beoordelen uitgangspunt. Die moet dus altijd in de rapportage zijn terug te vinden.

In enkele gevallen heeft de rapportage ook betrekking op *causaliteitsvragen* en de *medewerkingsplicht*. Om de causaliteitsvraag zo eenduidig mogelijk te beantwoorden, worden er uitgangspunten geformuleerd in de standaard 'Zwangerschap en bevalling' (thans nog in ontwikkeling) indien de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt door zwangerschap of bevalling en in het beleidsadvies {B 96.93} indien toename van arbeidsongeschiktheid voortvloeit uit 'dezelfde oorzaak'.

Arbeidskundige of juridische vraagstellingen verwijst de verzekeringsarts steeds naar terzake deskundigen. De verzekeringsarts gaat dus niet in op de vraag of bepaalde wetsartikelen van toepassing zijn. Om deze reden gaat hij ook niet in op vragen over percentages arbeidsongeschiktheid of aanspraken op uitkering. De vraag of een cliënt geschikt is voor eigen- of concreet passend werk kan de verzekeringsarts alleen beantwoorden wanneer hij daarvan over een goede werkomschrijving beschikt. In alle andere gevallen beantwoordt de verzekeringsarts vragen over de arbeidsgeschiktheid uitsluitend in samenspraak met arbeidsdeskundigen en/of juristen.

In twee gevallen kan de verzekeringsarts reeds zelf ingaan op de vraag of de cliënt volledig arbeidsongeschikt is. De eerste situatie is waarin de verzekeringsarts de cliënt volledig (arbeids)ongeschikt acht aan de hand van de standaard 'Geen duurzaam benutbare mogelijkheden' {M 96.97}. De tweede situatie waarin uitsluitend op grond van een medisch oordeel tot een arbeidshandicap besloten kan worden, is wanneer de verzekeringsarts vaststelt dat er sprake is van een zeer duidelijk verlies aan prestatievermogen van de betrokkene, indien deze minder dan 75% van een normale voltijds functie kan vervullen. Het moet hierbij gaan om verminderd functioneren in welke reguliere arbeid dan ook (Arbeidsgehandicaptenbesluit van 20.7.1998).

Onderzoeksactiviteiten:

De verzekeringsarts vermeldt welke activiteiten ondernomen zijn om de gegevens te verzamelen.

De cliënt is de belangrijkste bron van informatie over zijn arbeidsmogelijkheden en beperkingen, klachten, etc. Naast een gesprek met de cliënt, bestudering van het dossier, telefonisch of schriftelijk contact met belanghebbende kan de verzekeringsarts wel of geen behoefte hebben aan het vragen of het geven van noodzakelijke informatie aan derden als een arbodienst of behandelaar(s). Mede in het kader van eventuele bezwaarschrift- dan wel beroepsprocedures motiveert de verzekeringsarts expliciet waarom hij wel of geen contact heeft gehad met een behandelend arts. Verwezen wordt voor de communicatie met behandelaars naar de standaard 'Communicatie met behandelaars' {M 97.04}, voor de verzekeringsgeneeskundige oriëntatie/uitvoering naar de standaard 'Onderzoeksmethoden' (thans nog in ontwikkeling) en voor het overleg met de arbeidsdeskundige naar het protocol 'Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling met het FIS' {M 96.50}.

Onderzoeksgegevens:

De verzekeringsarts vat de onderzoeksgegevens samen waarbij de volgorde van onderzoek niet wordt voorgeschreven. Voor wat betreft de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren, beschrijft de verzekeringsarts: de opvattingen van de cliënt over zijn arbeidsperspectief, welke mogelijkheden deze ziet om in eigen of ander werk te hervatten, wat daarover met de werkgever, diens arbodienst of behandelaar is afgesproken en of er wel of geen behandeling van de klachten is en zo ja welke, inclusief of er sprake is van gebruik van geneesmiddelen. Waar dat functioneel is, rapporteert de verzekeringsarts in de eigen bewoordingen van de cliënt.

Op indicatie kan het relevant zijn daarnaast bepaalde onderwerpen verdergaand te beschrijven zoals bijzondere medische aspecten, de arbeidssituatie, de thuissituatie, het dagverhaal, de opvatting van de cliënt of derden over de oorzaak van zijn klachten, de veranderingen in het dagelijks leven van de cliënt, zijn angsten en verwachtingen en de bevindingen en observaties van de verzekeringsarts zelf.

Diagnose:

Als er over de ziekte volstrekt geen diagnose te stellen is, moet dit worden aangegeven als 'ziekte niet nader omschreven' {CAS A689}.

Beschouwing:

De verzekeringsarts baseert zijn argumentatie op de mening van de cliënt over diens mogelijkheden om te functioneren. Hij toetst die mening op zijn interne consistentie (voorkomen op alle levensterreinen) en externe consistentie (aannemelijk relatie met klachten van de cliënt, bevestiging door waarnemingen van anderen dan de cliënt zelf). Hij overweegt tevens wat de cliënt doet of gedaan heeft om van zijn klachten af te komen en zijn arbeidsrol te behouden of weer op te pakken, ook als de klachten een meer permanent karakter aangenomen hebben: het herstelgedrag. Op deze manier motiveert hij plausibele conclusies over de mogelijkheden en beperkingen die hij bij de cliënt aanwezig acht.

Het uitgangspunt hiervoor is de richtlijn 'MAOC' {M.96.122}. Daarna bespreekt hij alles met de cliënt en legt hij alles vast in de rapportage inclusief de reactie van de cliënt. Dit is vooral van belang als er sprake is van een mogelijk meningsverschil.

De verzekeringsarts concludeert op deze wijze tot bepaalde mogelijkheden en beperkingen die hij zo gedetailleerd mogelijk beschrijft. In controversiële situaties geeft hij aan, waarom hij aan bepaalde argumenten doorslaggevende betekenis heeft toegekend.

De rapportage leidt meestal tot invulling van een belastbaarheidspatroon. Hierop moeten de bevindingen van de verzekeringsarts op 28 punten hun weerslag vinden. Het FIS- belastbaarheidsprofiel is een hulpmiddel dat altijd fungeert als sluitstuk van de rapportage.

Tenslotte geeft de verzekeringsarts een prognose van de mogelijkheden om te functioneren. Hij kan afspraken met de cliënt maken over zijn herstelgedrag waarbij een tijdsplanning en vastlegging van de doelstelling van een vervolgonderzoek hoort.

Gezien het bepaalde in de Algemene Wet Bestuursrecht moet de *motivering* van de verzekeringsarts zodanig volledig en voor de cliënt redelijkerwijs begrijpelijk zijn dat zij inzicht biedt in de gedachtengang van de verzekeringsarts.

Conclusie:

Veelal kan volstaan worden met de constatering dat de cliënt mogelijkheden heeft om te functioneren die conform de beschouwing zijn vastgelegd in het belastbaarheidsprofiel, behalve als GDBM van toepassing is. Rapportage en belastbaarheidsprofiel vormen dus één geheel.

Planning:

De verzekeringsarts vermeldt de termijn waarop het vervolgonderzoek gepland wordt met eventuele met de cliënt of derden overeengekomen afspraken waarop dan teruggekomen moet worden. De afspraken met de cliënt zijn vaak een weergave van de verplichtingen die de verzekeringsarts de cliënt in het kader van de artikelen 45 ZW, 25 juncto 28 WAO, 44 juncto 45 WAZ en 36 juncto 37 Wajong kan opleggen.

Te zijner tijd kan de standaard 'herbeoordeling', die op dit moment in ontwikkeling is hierbij betrokken worden.