
**Verzekeringsgeneeskundige
mediprudentie**





Aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Onderwerp : Aanbieding advies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie*
Uw kenmerk : SV/AL/05/60669
Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-C6
Bijlagen : 1
Datum : 4 juni 2007

Mijnheer de minister,

Hierbij bied ik u aan het advies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie*. Het advies is opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad en getoetst door de Beraadsgroep Geneeskunde en de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht. De Gezondheidsraad geeft hiermee gehoor aan het verzoek van uw ambtsvoorganger, mede namens zijn ambtsgenoot van VWS, om een begin te maken met de ontwikkeling van ‘mediprudentie’.

Met het uitbrengen van dit advies is de advisering van de Gezondheidsraad in het kader van de invoering van de WIA vrijwel afgerond. Sinds het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* verschenen in vier adviezen negen verzekeringsgeneeskundige protocollen en de daarbij behorende algemene inleiding. Het tiende protocol, over *Whiplash associated disorder I en II*, sluit aan bij de multidisciplinaire richtlijn-in- wording van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO over dezelfde aandoening en zal verschijnen nadat deze richtlijn is gepubliceerd. Voorts zullen binnenkort met de verschijning van herziene versies van de protocollen *Aspecifieke lage rugpijn* en *Hartinfarct*, ook deze twee eerste verzekeringsgeneeskundige protocollen in overeenstemming zijn gebracht met de huidige opzet van de protocollen, die in de algemene inleiding is toegelicht.

De voorbereiding van het advies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie* is beschreven in het advies. Voordat de werkgroep Mediprudentie van de commissie WIA – die tezamen met deze commissie optreedt als commissie voor dit advies – aan het werk ging, waren in een project van NVVG, UWV en TNO al bijna vijftig verzekeringsartsen bij de voorbereidingen betrokken geweest. Ik hoop en verwacht dat in de handen van de verzekerings-

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 57 10
E-mail: nico.de.neeling@gr.nl

Postadres
Postbus 16052
2500 BB Den Haag
Telefax (070) 340 75 23
www.gr.nl



Onderwerp : Aanbieding advies
Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie
Ons kenmerk : -97/NdN/ts/797-C6
Pagina : 2
Datum : 4 juni 2007

geneeskundige professie de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie zich zal ontwikkelen tot een waardevol instrument, dat een integraal onderdeel vormt van het professionele kwaliteitssysteem.

Ik heb dit advies vandaag ook aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.A. Knottnerus

Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie

aan:

de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2007/14, Den Haag, 4 juni 2007

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een onafhankelijk wetenschappelijk adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Als achtergronddocument bij het advies is beschikbaar het rapport: Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. A07/04.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/14.

auteursrecht voorbehouden

ISBN: 978-90-5549-648-8

Inhoud

Samenvatting 11

- 1 Inleiding 15
 - 1.1 Achtergrond 15
 - 1.2 Adviesaanvraag 16
 - 1.3 Commissie en werkwijze 17
 - 1.4 Het advies 18
-
- 2 Wat is verzekeringsgeneeskundige mediprudentie? 19
 - 2.1 De term ‘mediprudentie’ 19
 - 2.2 Definitie 20
 - 2.3 Overeenkomsten en verschillen met jurisprudentie 25
 - 2.4 Een vorm van medische casuïstiek 26
 - 2.5 Functies 28
-
- 3 Toetsingskader 31
 - 3.1 Aandachtspunten 31
 - 3.2 Toepassing en herziening 38
-
- 4 Eerste verkenningen 39
-

5	Naar levensvatbare mediprudentie	41
5.1	De commissie Mediprudentie	42
5.2	Het identificeren van geschikte casus	43
5.3	Het schrijven en toetsen van de commentaren	43
5.4	Publicatie	44
5.5	Conditie	44
5.6	Evaluatie	45

Literatuur 47

Bijlagen 49

A	De adviesaanvraag	51
B	De commissie	55

Samenvatting

De verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming kan, behalve door verzekeringsgeneeskundige protocollen, ook ondersteund en verder ontwikkeld worden door de opbouw van ‘mediprudentie’. Dat was één van de conclusies van de Gezondheidsraad in het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Met het advies *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie* geeft een commissie van de Gezondheidsraad gehoor aan het verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, mede namens zijn collega van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, om met de ontwikkeling van mediprudentie een begin te maken.

Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie omschrijft de commissie als: ‘een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages’. In feite gaat het om een vorm van medische casuïstiek die eerst en vooral tot doel heeft de consensusvorming te bevorderen, in de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep, over wat in concrete, individuele gevallen een *juiste beoordeling* is. De verzekeringsgeneeskundige mediprudentie vervult hiermee, mede dankzij haar algemene toegankelijkheid, drie met elkaar samenhangende functies: verzekeringsgeneeskundige kwaliteitsbevordering, bevordering van rechtsgelijkheid en rechtszekerheid van de beoordeelde en bevordering van de transparantie van de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening.

De commissie formuleert een aantal aandachtspunten die bij het schrijven en beoordelen van commentaren bij verzekeringsgeneeskundige rapportages van belang zijn, tezamen vormend het ‘Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’. Zij volgt daarbij de vier beoordelingstaken die zij eerder in de verzekeringsgeneeskundige protocollen onderscheidde, waarbij ze de kerntaak van de verzekeringsarts voorop plaatst. Achtereenvolgens komen aan de orde de beoordeling van de functionele mogelijkheden, de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, de beoordeling van het te verwachten beloop en de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling. Daarnaast wordt in het toetsingskader aandacht besteed aan de dilemma’s die in een casus aan de orde kunnen zijn, aan de vergelijking met bestaande mediprudentie en jurisprudentie en aan de aanbevelingen die aan de analyse van de casus verbonden kunnen worden – om kennislacunes te dichten, richtlijnen of protocollen te herzien of uitvoeringsorganisatie of wetten aan te passen.

Parallel aan de ontwikkeling van het toetsingskader besprak de commissie zelf een twaalfstal verzekeringsgeneeskundige rapportages. Tegelijk met dit advies verschijnt een bundel met concrete ‘verkenningen’ van het door de commissie voorgestane mediprudentie-concept, waarin vier van deze rapportages, met de daarbij door de commissie geformuleerde commentaren, een plaats hebben gevonden. In het advies doet zij kort verslag van de belangrijkste leerpunten die uit deze vier commentaren naar voren komen. Ze laten zien dat de ontwikkeling van mediprudentie inderdaad een bijdrage kan leveren aan de kwaliteitsbevordering van de verzekeringsgeneeskunde.

In het laatste hoofdstuk van het advies zet de commissie haar ideeën uiteen over hoe een levensvatbare ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie gestalte zou kunnen krijgen. Zolang zich geen duidelijke mediprudentie-traditie gevestigd heeft, ziet zij een belangrijke rol weggelegd voor een multidisciplinaire ‘commissie Mediprudentie’ van de beroepsverenigingen van verzekeringsartsen. Deze commissie zou een belangrijke rol moeten krijgen in de selectie en anonimisering van rapportages die aan de ontwikkeling van mediprudentie kunnen bijdragen. Zij zou anderen moeten stimuleren om commentaren bij deze rapportages te schrijven, zelf bij gelegenheid ook als commentator kunnen optreden en vervolgens zorg moeten dragen voor de publicatie, als verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, van die rapportages met commentaren die daarvoor, gezien het Toetsingskader, in aanmerking komen.

De belangrijkste voorwaarde voor een succesvolle mediprudentie-ontwikkeling is dat het besef van het belang ervan breed gaat leven in de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep. Bijdragen aan en gebruikmaken van mediprudentie zullen beide hun plaats moeten krijgen in opleiding, deskundigheidsbevordering,

kwaliteitsbewaking, intercollegiale toetsing en dergelijke. De tijd die daarvoor nodig is zal in voldoende mate beschikbaar moeten zijn.

Tot besluit wijst de commissie op het belang van wetenschappelijk onderzoek. Onderzoek is essentieel om de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming, die ook aan de basis ligt van het formuleren van deskundige commentaren in het kader van de mediprudentie-ontwikkeling, kritisch te toetsen en beter te onderbouwen. Onderzoek zal ook nodig zijn om na drie à vijf jaar tot een goede evaluatie te kunnen komen van de ontwikkeling van mediprudentie én van de ontwikkeling en implementatie van de verzekeringsgeneeskundige protocollen.

Inleiding

1.1 Achtergrond

Het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid behoeft verbetering. Ontwikkeling van overkoepelende richtlijnen voor beoordeling, behandeling en begeleiding ('3B-richtlijnen') die door alle betrokken beroepsgroepen gedragen worden, kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren. De verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming kan bovendien ondersteund en verder ontwikkeld worden door de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen en de opbouw van verzekeringsgeneeskundige 'mediprudentie', naar analogie van de jurisprudentie van de rechterlijke macht. Dat was, heel in het kort, de boodschap van het Gezondheidsraadadvies *Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid* (het '3B-advies').¹

Met de aanbeveling om werk te gaan maken van de ontwikkeling van mediprudentie sloot de Gezondheidsraad aan bij de Nota van toelichting bij de wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten uit 2004.² Daarin werd gesuggereerd dat het goed zou zijn om verzekeringsgeneeskundige rapportages waarin de verzekeringsarts besluit tot het oordeel 'volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden' ('geen benutbare mogelijkheden'), centraal te toetsen. Zo zou 'mediprudentie' ontstaan waaraan toekomstige casus getoetst zouden kunnen worden. Deze werkwijze zou ongewenste verschillen in interpretatie van de wettelijke criteria kunnen voorkomen en zou op termijn lei-

den tot ‘verdere uniformering en verdere ontwikkeling van objectieve beoordelingscriteria’.²

In het 3B-advies betrok de commissie WIA van de Gezondheidsraad deze gedachtegang op de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het algemeen. Zij beval enerzijds aan om op korte termijn, vooruitlopend op de totstandkoming van 3B-richtlijnen, voor een aantal diagnoses al verzekeringsgeneeskundige protocollen te ontwikkelen, uitgaand van bestaande curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen. Anderzijds stelde zij vast dat de verzekeringsgeneeskundige beoordeling slechts beperkt door verzekeringsgeneeskundige protocollen te onderbouwen zou zijn. Daarom zou het goed zijn, zo schreef zij, om voor de diagnoses waarvoor protocollen ontwikkeld worden, ook een begin te maken met de ontwikkeling van mediprudentie, dat wil zeggen: een reeks verzekeringsgeneeskundige casusbeschrijvingen ‘met expliciete beargumentering en weging van de claimbeoordeling’. ‘De totstandkoming van verzekeringsgeneeskundige protocollen en de opbouw van mediprudentie [...] zijn twee parallelle ontwikkelingen die elkaar aanvullen en versterken’, zo schreef de commissie een paar maanden later, bij de aanbidding van de eerste twee verzekeringsgeneeskundige protocollen.³ ‘De protocollen ondersteunen de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in de praktijk door relevante kennis voor verzekeringsartsen toegankelijk te maken. De analyse van weloverwogen verzekeringsgeneeskundige beoordelingen kan vervolgens duidelijk maken welke rol deze kennis in de beoordeling van concrete casus kan spelen en hoe de beperkingen van de kennis door het professionele oordeel van de verzekeringsarts kunnen worden opgevangen. Mediprudentie kan zo de toepassing van de in de protocollen samengevatte kennis bevorderen, maar tevens leiden tot bijstelling van de protocollen, door het signaleren van bijvoorbeeld kennislacunes of nog niet eerder geëxpliciteerde professionele inzichten.’ Aldus de commissie WIA in december 2005.³

1.2 Adviesaanvraag

Op 19 januari 2005 vroegen de ministers van SZW en VWS, de Gezondheidsraad om advies over ‘wetenschappelijke onderbouwde hulpmiddelen bij de claimbeoordeling’ (zie bijlage A). De Gezondheidsraad bracht in antwoord hierop op 22 juli 2005 het 3B-advies uit aan de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In zijn reactie, mede namens zijn ambtsgenoot van VWS, verzocht minister De Geus de Gezondheidsraad vervolgens op 28 september 2005 om uitvoering te geven aan de in het 3B-advies geformuleerde aanbevelingen voor de korte termijn, waaron-

der de aanbeveling om een begin te maken met de ontwikkeling van mediprudentie, op basis van reeds afgeronde claimbeoordelingsdossiers.

1.3 Commissie en werkwijze

Op 31 maart 2005 installeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad de zogenoemde commissie WIA, die vier maanden later het 3B-advies uitbracht. Voor het opstellen van het advies over mediprudentie installeerde de voorzitter van de Gezondheidsraad op 6 maart 2006 een werkgroep van de commissie WIA, die tezamen met de commissie WIA fungeert als de commissie voor dit advies (zie bijlage B). In het jaar dat de werkgroep Mediprudentie werkte aan het advies waren ook acht andere werkgroepen van de commissie WIA actief. Deze hielden zich, eveneens op verzoek van de minister, bezig met het opstellen van acht verzekeringsgeneeskundige protocollen.

Voorbereidend werk voor de werkgroep Mediprudentie werd verricht door TNO Kwaliteit van Leven, UWV en de Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde in een gezamenlijk project, waarin zes focusgroepen van acht verzekeringsartsen (in de regel bestaande uit vier verzekeringsartsen, twee stafverzekeringartsen en twee bezwaarverzekeringartsen) door het UWV aangeleverde geanonimiseerde verzekeringsgeneeskundige rapportages bespraken en van commentaar voorzagen. Drie van de focusgroepen konden beschikken over een vergevorderd concept van het verzekeringsgeneeskundig protocol dat op dat moment in de maak was voor de diagnose die aan de orde was in de door de groep besproken casus. De groepen kwamen twee keer een dag bijeen, met een tussenpoos van minimaal twee weken. Aan het begin van de tweede dag waren in vier van de zes groepen een deskundige uit de werkgroep die het verzekeringsgeneeskundig protocol voorbereidde en een ervaringsdeskundige aanwezig om conceptteksten te becommentariëren en vragen te beantwoorden.

De producten van de focusgroepen – twaalf casus met commentaar, met zes verschillende diagnoses – vormden het vertrekpunt voor de werkgroep Mediprudentie van de commissie WIA. De werkgroep kwam acht maal bijeen. Parallel en in wisselwerking met elkaar ontstonden een lijst van aandachtspunten die relevant zijn bij de ontwikkeling en beoordeling van mediprudentie (het ‘toetsingskader’) en, uiteindelijk een viertal concrete ‘verkenningen’ van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Niet alle door de focusgroepen aangereikte becommentarieerde casus bleken een geschikt uitgangspunt te zijn voor het schrijven van een leerzaam commentaar; nieuwe geanonimiseerde casus werden door werkgroepleden zelf ingebracht. Gaandeweg ontwikkelden zich ook de ideeën van de werkgroep over wat mediprudentie is, welke functies mediprud-

tie zou kunnen vervullen en hoe een levensvatbaar mediprudentie-systeem in de praktijk gestalte zou kunnen krijgen. De werkgroep stond via voorzitter, dubbel-lidmaatschappen en secretariaat in contact met de commissie WIA en de gelijktijdig werkzame protocolvoorbereidende werkgroepen. Conceptprotocollen werden in de werkgroep ingebracht, leden van protocolwerkgroepen waren bij vergaderingen aanwezig of leverden commentaar op tussenproducten. Omgekeerd droeg de werkgroep Mediprudentie bij aan de totstandkoming van de *Algemene inleiding* en afzonderlijke verzekeringsgeneeskundige protocollen. De commissie WIA formuleerde de missie, besprak de samenstelling en becommentarieerde de resultaten van de werkgroep.

1.4 Het advies

Inmiddels heeft de Gezondheidsraad in vier adviezen negen van de tien* geplande verzekeringsgeneeskundige protocollen en een bijbehorende *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen* uitgebracht. Met de publicatie van dit advies geeft de Gezondheidsraad nu ook gehoor aan het verzoek van de ministers om een aanzet te geven tot de totstandkoming van mediprudentie.

Het advies gaat in op herkomst en betekenis van de term mediprudentie, geeft een definitie van het begrip verzekeringsgeneeskundige prudentie, belicht enkele overeenkomsten en verschillen met jurisprudentie en met andere vormen van medische casuïstiek en beschrijft de drie functies die verzekeringsgeneeskundige mediprudentie kan vervullen (hoofdstuk 2). Vervolgens introduceert de commissie haar 'Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie' (hoofdstuk 3) en de leerpunten die naar voren komen uit de eerste concrete verkenningen van het mediprudentie-concept (hoofdstuk 4). De commissie besluit het advies met een uiteenzetting van haar ideeën over de wijze waarop de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie in de praktijk gestalte zou kunnen krijgen.

* Het tiende protocol, over *Whiplash associated disorder I en II*, sluit aan bij de multidisciplinaire richtlijn-in-wording van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO over dezelfde aandoening en zal verschijnen nadat deze richtlijn is gepubliceerd.

Wat is verzekeringsgeneeskundige mediprudentie?

2.1 De term ‘mediprudentie’

Het is niet de gewoonte van de Gezondheidsraad om neologismen de wereld in te helpen. Het gebruik van de term ‘mediprudentie’ – overigens, zoals toegelicht in de Inleiding, geen creatie van de Gezondheidsraad – behoeft dan ook enige verantwoording.

De term mediprudentie is gevormd naar analogie van jurisprudentie. Analogie, in de taalkundige betekenis van het woord: vorming naar het voorbeeld of onder invloed van in klank of betekenis verwante woorden of vormen, ‘een levende vormkracht in iedere taal’,⁴ heeft hier een merkwaardig woord voortgebracht. Anders dan jurisprudentie – dat direct te herleiden is tot het Latijnse ‘prudentia’ (kennis, ervaring, verstand, inzicht) en ‘juris’ (van het recht) – is mediprudentie een geval van potjeslatijn. ‘Medi’ is niets in het Latijn. Om het verband te leggen met ‘medicina’ (geneeskunst) of ‘medicus’ (geneesheer) had de term bijvoorbeeld ‘medicoprudentie’ kunnen luiden (cf. het inmiddels enigszins ingeburgerde ‘medicolegaal’), maar dat ligt duidelijk minder goed in de mond. Bovendien zou de betekenis daarvan eerder ‘medische prudentie’ zijn geweest, terwijl de analogie met jurisprudentie suggereert dat het gaat om de prudentie *van* de geneeskunde, de ‘prudentia medicinae’.

Wat zou ‘prudentia medicinae’ kunnen inhouden? We gaan, de analogie volgend, te rade bij het begrip jurisprudentie. Jurisprudentie is het geheel van rechterlijke uitspraken dat, samen met wetgeving, internationale verdragen en

gewoonte, bron van recht is. In een iets ruimere betekenis omvat het begrip ook de verklarende aantekeningen die in de juridische literatuur aan rechterlijke uitspraken worden toegevoegd. De kern van het begrip wordt echter gevormd door de rechterlijke uitspraken zelf, de teksten waarin de rechter, rechtsprekend, aan het woord is.

Kent de geneeskunde vergelijkbare teksten? Teksten waarin de arts geacht wordt de ‘prudencia’, het geheel van kennis, ervaring, verstand en inzicht, van de geneeskunde uit te spreken? Die teksten zijn er wel degelijk. Natuurlijk: artsen spreken geen recht en hun uitspraken zijn niet op eenzelfde manier gezaghebbend als die van rechters, die geacht worden recht gesproken te hebben, zolang hun uitspraken niet door een hogere rechter verworpen zijn. Maar er zijn tal van situaties waarin op artsen een beroep wordt gedaan om zich, op grond van hun specifieke professionele deskundigheid, over zekere aangelegenheden uit te spreken en waarin aan hun uitspraken gewicht wordt toegekend, precies omdat ze geacht worden de ‘prudencia’ van de geneeskunde te vertegenwoordigen. Het gaat meestal om uitspraken over bepaalde kenmerken van personen, bijvoorbeeld over rijvaardigheid, toerekeningsvatbaarheid, de aanwezigheid van een indicatie voor het toekennen van een voorziening of de aanwezigheid van bepaalde gevolgen van ziekte of letsel, waaronder arbeidsongeschiktheid. De uitspraken nemen de vorm aan van, bijvoorbeeld, het rapport van een getuige-deskundige in een rechtszaak, de expertise van een orthopeed, neuroloog of psychiater ten behoeve van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling of de verzekeringsgeneeskundige rapportage van een verzekeringsarts.

De commissie acht de term mediprudentie in principe toepasbaar op de ‘prudencia’ die spreekt uit elk van deze verschillende soorten rapportage van medische deskundigen. Een adjectief kan dan aanduiden welk type rapportage aan de orde is, bijvoorbeeld de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, die het onderwerp is van dit advies.

2.2 Definitie

Onder ‘verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’ – hierna ook wel kortweg ‘mediprudentie’ genoemd – verstaat de commissie: ‘een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages’. De commissie licht de verschillende elementen van deze definitie achtereenvolgens toe.

Verzekeringsgeneeskundige rapportages

In de verzekeringsgeneeskundige rapportage doet de verzekeringsarts verslag van zijn beoordeling. Hij beschrijft de vraagstelling waarmee hij zijn onderzoek begon, de activiteiten die hij ondernam om die vraagstelling te beantwoorden en de bevindingen waartoe die activiteiten leidden. In de afsluitende beschouwing motiveert hij, op basis van zijn bevindingen, zijn antwoord op de uitgangsvraag. De verzekeringsgeneeskundige rapportage is het centrale document in de verzekeringsgeneeskunde en het belangrijkste product van de verzekeringsarts.* Het stuk ligt aan de basis van het oordeel van de arbeidsdeskundige en, vervolgens, van de formele beschikking van het UWV. In bezwaar- en beroepsprocedures waarin de verzekeringsgeneeskundige beoordeling ter discussie staat, speelt het een centrale rol.

Aan verzekeringsgeneeskundige rapportages worden dan ook hoge eisen gesteld. Het eerste ‘rapportageprotocol’ werd vastgesteld door de Gemeenschappelijke medische dienst (GMD) in 1987. In 1995 werd het geactualiseerd door het Tijdelijk instituut voor de coördinatie en afstemming (Tica). De thans geldende versie werd in 1999 vastgesteld door het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) en heeft nog steeds de status van een voorschrift waaraan alle in de publieke sector werkzame verzekeringsartsen zich hebben te houden.⁵

In de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, en dus ook in de rapportage, kunnen verschillende typen vraagstellingen aan de orde zijn, die corresponderen met wat de commissie in eerdere adviezen verschillende beoordelingstaken van de verzekeringsarts heeft genoemd.^{3,6-8} In dit advies richt de commissie zich, net als in de door haar opgestelde verzekeringsgeneeskundige protocollen, op de vier beoordelingstaken die de verzekeringsarts te vervullen heeft wanneer iemand na twee jaar ziekteverzuim een aanvraag indient voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WIA, te weten:

* Tot hier is de tekst van dit hoofdstuk zonder restrictie niet alleen van toepassing op het werk van verzekeringsartsen in de context van de wetgeving die voorziet in een collectief gefinancierde uitkering bij loonderving door arbeidsongeschiktheid, maar ook op de verzekeringsgeneeskunde zoals die wordt beoefend ten behoeve van particuliere verzekeringen. Het vervolg is weliswaar – in overeenstemming met de adviesaanvraag van de minister – toegespitst op de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van met name de uitvoering van de WIA, dat laat echter onverlet dat de commissie het opbouwen van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, langs de lijnen die in dit advies worden aangegeven, van belang acht voor de verzekeringsgeneeskunde in het algemeen, dus inclusief de uitoefening in de particuliere sector.

- de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis
- de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden
- de beoordeling van het te verwachten beloop en
- de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.*

Dezelfde of sterk verwante beoordelingstaken zijn aan de orde bij herbeoordelingen voor WIA of WAO, in het kader van de wet WAJONG en tot op zekere hoogte ook bij beoordelingen door verzekeringsartsen of geneeskundig adviseurs werkzaam in de particuliere sector.

Van de genoemde vier beoordelingstaken is de tweede, de beoordeling van de functionele mogelijkheden, traditioneel de kerntaak van de in de publieke sector werkzame verzekeringsarts. Het is ook deze beoordelingstaak die centraal staat in het ‘toetsingskader’ en in de voorbeelden van mediprudentie die bij de publicatie van dit advies gepresenteerd worden. De derde, de beoordeling van het te verwachten beloop of, met andere woorden, het stellen van de prognose, speelt altijd al een zekere rol in de beroepsuitoefening van de verzekeringsarts – zie bijvoorbeeld het al genoemde rapportageprotocol⁵ – maar heeft met de komst van de WIA een nieuwe betekenis gekregen doordat die wet een beoordeling vergt van de duurzaamheid van volledige arbeidsongeschiktheid. De overige twee beoordelingstaken zijn pas in de eerdere adviezen van de commissie als zodanig benoemd en zijn nog volop in ontwikkeling. Zo is in november 2006 het UWV-besluit *Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter* gepubliceerd, met het daarbij horende *Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen*, waarin veel duidelijker dan voorheen de rol van de verzekeringsarts in de evaluatie van de medische aspecten van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode (de ‘poortwachertoets’) beschreven wordt. De beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling, ten slotte, is de nieuwste van de vier beoordelingstaken. Met de komst van de WIA is ook deze taak, vooral door de verplichting in de regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA) tot het opstellen van een ‘re-integratievisie’, tot op zekere hoogte wettelijk verankerd. Met name de eerste en de vierde beoordelingstaak worden, ten gevolge van hun (relatieve) ‘nieuwheid’, nog niet expliciet

* De commissie noemt de vier beoordelingstaken hier in de volgorde waarin zij ze eerder, in de verzekeringsgeneeskundige protocollen en in de daarbij behorende ‘Algemene inleiding’, introduceerde. Zij wijst er echter op dat zij verderop in dit advies, bij de presentatie van het ‘Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’, de beoordeling van de functionele mogelijkheden, de ‘kerntaak’ van de verzekeringsarts, voorop zal plaatsen.

geadresseerd in de verzekeringsgeneeskundige rapportages die het uitgangspunt vormden voor de ontwikkeling van voorbeelden van mediprudentie door de commissie.*

Deskundig becommentarieerd

Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie omvat, in de opvatting van de commissie, niet alleen verzekeringsgeneeskundige rapportages, maar ook de deskundige commentaren die daarop geformuleerd zijn. De commentaren dienen deskundig te zijn in drie verschillende opzichten:

- ze moeten medisch deskundig zijn, dat wil zeggen: getuigen van zowel algemene als specifiek op de casus in kwestie toegesneden, zoveel mogelijk op *evidence* gebaseerde medische deskundigheid, met inbegrip van de etiologische, psychologische en maatschappelijke deskundigheid die voor het beoordelen van de wisselwerking tussen stoornissen, beperkingen, participatieproblemen, externe en persoonlijke factoren noodzakelijk is
- ze moeten gebaseerd zijn op kennis van de wetten, (beleids)regels en (verzekeringsgeneeskundige) richtlijnen die voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling gelden en, ten derde,
- ze moeten getuigen van verzekeringsgeneeskundige ervaringsdeskundigheid, dat wil zeggen dat ze in overeenstemming moeten zijn met de praktische omstandigheden waarin de verzekeringsartsen hun werk doen en met de mogelijkheden en problemen die zich daarin voordoen.

Belangrijk voor een goed begrip van mediprudentie is het om vast te stellen dat de commentaren zich *niet* richten op de vraag of de rapportages in overeenstemming zijn met de werkelijkheid waarover de verzekeringsarts rapporteert, maar op de rapportages zelf, dus op de schriftelijke neerslag van de beoordeling van de verzekeringsarts. Een commentaar dat wijst op tekortkomingen in een rapportage hoeft dan ook niet te impliceren dat de conclusies van de verzekeringsarts een onjuiste weergave zijn van de toestand van de beoordeelde, maar laat slechts zien

* Door deze taken te onderscheiden, naast de kerntaak van de beoordeling van de functionele mogelijkheden, wordt duidelijk dat idealiter tussen de artsen werkzaam in de poortwachterperiode enerzijds en de verzekeringsartsen aan de poort van de WIA anderzijds sprake is van tweerichtingsverkeer dat de kwaliteit van het werk van beide groepen beroepsbeoefenaren ten goede komt. De artsen in het voortraject voorzien de verzekeringsarts van de informatie die hij nodig heeft om tot een goede beoordeling te kunnen komen. Omgekeerd kan de verzekeringsarts vanuit zijn positie twee jaar na het begin van het ziekteverzuim leerzame feedback geven aan de artsen op wier werk hij terugziet en in overleg treden met behandelaars en begeleiders wanneer hij denkt dat er kansen op functioneel herstel gemist dreigen te worden. Deze wisselwerking zou zeer gebaat zijn bij de totstandkoming van gezamenlijke multidisciplinaire 'moederrichtlijnen': 3B-richtlijnen.

dat de juistheid van de conclusies niet blijkt uit de rapportage. Dat kan een leerzame constatering zijn. Maar het is niet hetzelfde als aantonen dat de conclusies op zichzelf onjuist zijn.

Dynamische verzameling

De waarde van de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie zal toenemen naarmate meer en meer becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages, met uiteenlopende kenmerken, aan de verzameling worden toegevoegd.

Bestaande mediprudentie zal in de regel, in meerdere of mindere mate, voor kortere of langere tijd, van betekenis blijven: door specifieke kenmerken van de becommentarieerde casus, door wijze lessen die uit de commentaren te leren zijn of door de bijdrage aan een voortgaand ontwikkelingsproces van opvattingen en normen. Na verloop van tijd zal echter bijna alle mediprudentie in zekere zin wel achterhaald raken, zodat ze uitsluitend nog van historisch belang is: door ontwikkeling van nieuwe wetenschappelijke inzichten, door ontstaan van een nieuwe stabiele professionele consensus, door veranderingen in maatschappelijke normen en omstandigheden of door de totstandkoming van nieuwe wettelijke regels. De verzameling van mediprudentie die ertoe doet zal dus enerzijds aan groei, anderzijds aan afkalving onderhevig zijn. Op langere termijn bezien zal de ontwikkeling van mediprudentie, als het goed is, een toename te zien geven van wetenschappelijk inzicht en professionele wijsheid, maar ook een afspiegeling zijn van de evolutie van haar maatschappelijke en juridische context.

Geanonimiseerd en algemeen toegankelijk

Om haar functies – toegelicht in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk – goed te kunnen vervullen dient mediprudentie, zoals in principe ook jurisprudentie, voor iedereen toegankelijk te zijn. Anders dan de rechtspraak is echter de verzekeringsgeneeskundige beoordeling niet openbaar – en met goede redenen: de verzekerde heeft recht op privacy en de verzekeringsarts heeft zijn geheimhoudingsplicht die ertoe dient de privacy van de verzekerde te beschermen zodat deze de verzekeringsarts alles kan meedelen wat voor hij voor een goed begrip van zijn gezondheidsprobleem noodzakelijk acht. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie dient daarom zorgvuldig en grondig geanonimiseerd te zijn.

De commissie heeft zelf in de door haar te publiceren concrete verkenningen van het mediprudentie-concept alle data, plaatsnamen en beroepsaanduidingen veranderd. Andere kenmerken, zoals gezinssamenstelling, hobby's en eigenaar-

digheden in woordkeuze van verzekeringsarts of betrokkene werden weggelaten, indien voor de beoordeling irrelevant, dan wel, indien dat niet mogelijk was, zodanig veranderd of geherformuleerd, dat de aanpassingen geen consequenties hadden voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

2.3 Overeenkomsten en verschillen met jurisprudentie

De rol van jurisprudentie als rechtsbron vloeit voort uit het feit dat toepassing van wetten altijd interpretatie vergt. Wetten bevatten vaak min of meer vage termen waaraan de rechter concreet betekenis moet geven. Daarnaast kunnen wetten ook leemtes bevatten die een rechter moet opvullen. Rechters in Nederland zijn niet gebonden aan eerdere rechterlijke uitspraken. Dat neemt niet weg dat van eerdere uitspraken vaak wel een zeker gezag uitgaat. Uiteraard spelen de kwaliteit van de uitspraken en de hiërarchie in de rechterlijke macht hierin een rol. Vooral uitspraken van de Hoge Raad zijn gezaghebbend en hebben daardoor een uniformerende werking op de rechtspraak.

De overeenkomst met verzekeringsgeneeskundige mediprudentie ligt voor de hand. De in de publieke sector werkzame verzekeringsartsen spreken weliswaar geen recht, maar ze passen wel wettelijke regels, zoals vastgelegd in onder meer Schattingsbesluit en WIA, toe in individuele gevallen. Zij staan daarbij evenals rechters voor de taak de wet te interpreteren: is *dit* een geval van de ‘consistente en plausibele samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen’ die de wetgever op het oog heeft? In de wijze waarop zij deze vraag beantwoorden geven zij concreet inhoud aan de wettelijke norm voor ‘arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ziekte’. Die wettelijke norm is tot op zekere hoogte vaag. De verzekeringsarts concretiseert deze norm in zijn beoordeling van individuele gevallen, op grond van zijn professionele deskundigheid.

Een belangrijk verschil is dat jurisprudentie bestaat uit rechterlijke uitspraken, terwijl de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie behalve de verzekeringsgeneeskundige rapportages ook de deskundige commentaren daarbij omvat: het uitgangspunt is niet zonder meer dat de verzekeringsarts in zijn rapportage de ‘*prudentia medicinae*’ uitspreekt, zoals de rechter per definitie rechtspreekt.* Natuurlijk is dat het streven, maar in de in dit advies voorgestelde definitie van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie ligt het uitgangspunt besloten dat een

* Overigens vindt de gedachte dat de commentaren deel uitmaken van de mediprudentie wel een parallel in de ruimere opvatting van jurisprudentie, die niet alleen de rechterlijke uitspraken zelf, maar ook de gepubliceerde annotaties omvat.

‘deskundige commentator’ nodig is om te bepalen in hoeverre de verzekeringsarts daarin is geslaagd.

Ondanks de evidente verschillen die er ook zijn, kan mediprudentie in de verzekeringsgeneeskunde een aantal functies vervullen die een duidelijke gelijkenis vertonen met die van jurisprudentie in het recht. De interpretatie van min of meer vage termen en criteria, het opvullen van lacunes in bestaande regels, de ontwikkeling van de wettelijke norm, het zichtbaar maken daarvan, de uniformerende werking en het scheppen van rechtszekerheid voor de aan het oordeel onderworpenen zijn alle functies van jurisprudentie die *mutatis mutandis* ook door de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie vervuld kunnen worden. De mate waarin de vervulling van deze functies daadwerkelijk gestalte krijgt is afhankelijk van het gezag dat de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie in de praktijk zal weten te verwerven. Ook in dat opzicht is de analogie met jurisprudentie instructief. Zij leert enerzijds dat voorbeelden van casuïstiek wel degelijk gezaghebbend kunnen zijn in nieuwe gevallen. Anderzijds vestigt zij de aandacht op een belangrijk verschil. Immers: het gezag van jurisprudentie wortelt in een geheel van denkwijzen en instituties met een eeuwenlange geschiedenis. In de verzekeringsgeneeskunde daarentegen is in het verleden ook wel becommentarieerde casuïstiek gepubliceerd,^{*} maar is het nooit gekomen tot een bloeiende traditie die een essentiële rol speelt in de ontwikkeling van het vak. Een ander verschil hangt hiermee samen. Geworteld in een vitale traditie als zij is, ontwikkelt jurisprudentie zich zonder centrale regie – al is natuurlijk de rol van de Hoge Raad niet uit te vlakken. De opbouw van mediprudentie daarentegen zal, zo meent de commissie, zonder centrale regie niet op gang kunnen komen. In het laatste hoofdstuk van dit advies formuleert zij haar voorstellen voor de invulling hiervan.

2.4 Een vorm van medische casuïstiek

De analogie met jurisprudentie is wat zij is: een analogie en niet meer dan dat. Verzekeringsspecialisten zijn geen rechters. En mediprudentie is geen jurisprudentie. Mediprudentie is, op de keper beschouwd, medische casuïstiek en als zodanig heeft natuurlijk de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie haar eigen historische wortels en haar hedendaagse pendanten in andere medische disciplines.

Artsen publiceren van oudsher casusbeschrijvingen met commentaren, voor collega’s om van te leren. Deze publicaties (klinische lessen, *case histories*,

* Zo werden in de eerste twee decennia na de invoering van de Ongevallenwet in 1901 in diverse tijdschriften uitgebreide gevalsbeschrijvingen gepubliceerd.⁹ Veel later, in de jaren tachtig van de vorige eeuw, werd deze draad door met name Timmer en Korten weer opgepakt met de publicatie van de ‘peripathetische besprekingen’ in het Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde.

casuïstische mededelingen etc.) zijn te beschouwen als het schriftelijke verlengstuk van diverse vormen van medisch onderwijs en intercollegiale uitwisseling en toetsing – in de dagelijkse routine van de zorg ingebouwd of apart georganiseerd, in het kader van kwaliteits- en deskundigheidsbevordering – die voor een belangrijk deel gecentreerd zijn rond de bespreking van concrete patiënten. Ook andere artsen dan verzekeringsartsen moeten zich vaak een oordeel vormen over de voorgeschiedenis van een patiënt, bijvoorbeeld om goed te kunnen begrijpen hoe het komt dat hij nu voor hen zit (cf. de eerste beoordelingstaak van de verzekeringsarts), om vervolgens een uitspraak te kunnen doen over het te verwachten beloop (cf. de derde beoordelingstaak) en over nog te benutten kansen in de sfeer van behandeling en begeleiding (cf. de vierde beoordelingstaak). De verzekeringsgeneeskundige casuïstiek neemt temidden van andere vormen van medische casuïstiek echter wel in zoverre een bijzondere positie in dat de kerntaak van de verzekeringsarts, de tweede beoordelingstaak, niet primair, zoals het grootste deel van de geneeskunde, gericht is op het bewerkstelligen van een zo goed mogelijke behandeling en begeleiding, maar op een *juiste beoordeling*.

Natuurlijk is beoordeling van wat er met een patiënt aan de hand is, zeg maar: diagnostiek, een belangrijke taak van artsen in het algemeen, maar bij de meeste medische disciplines staat die beoordeling vooral ten dienste van de effectiviteit van de behandeling die erop volgt en dus, uiteindelijk, van weldoen en niet schaden. In de verzekeringsgeneeskunde is dat niet het geval. De juistheid van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling wordt eerst en vooral bepaald door de vraag of de wettelijke criteria voor ‘arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ziekte’ op een juiste wijze zijn toegepast. Met andere woorden, zie het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten: de juistheid van de beoordeling hangt af van een juiste beantwoording van de vraag of sprake is van een consistente en plausibele samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.⁶ Kenmerkend voor deze verzekeringsgeneeskundige beoordelingsvraag is dat hij niet alleen de vraag behelst naar wat er hier en nu met deze verzekerde aan de hand is, maar ook de vraag of datgene wat er aan de hand is onder de noemer van ziekte te scharen is. Is de verzekerde ziek, in de geest van de wet, of niet? Door deze grens te trekken in wat naar zijn aard een gebied van vloeiende overgangen is, concretiseert de verzekeringsarts in individuele gevallen een impliciete norm, die niet in maat en getal is uit te drukken. Deze norm wordt enerzijds geschaagd door de wettelijke criteria en anderzijds door een professionele deskundigheid die evolueert in wisselwerking met de wetenschappelijke kennisontwikkeling en met tijdgebonden maatschappelijke opvattingen en omstandigheden. Ook wanneer duidelijk van ziekte sprake is spelen bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden bepaalde normen een rol, bijvoorbeeld bij de beantwoording van

de vraag wat redelijkerwijs van een bepaalde persoon, gegeven zijn ziekte, aan inspanning en aanpassing gevraagd mag worden.

Het zijn onder andere deze normatieve elementen van de beoordeling van de functionele mogelijkheden die vragen om ontwikkeling van consensus in de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep over wat in concrete gevallen een 'juiste beoordeling' is. Verzekeringsgeneeskundige rapportages vormen voor die consensusontwikkeling het natuurlijke vertrekpunt omdat ze in principe de gegevens dienen te bevatten waarop de verzekeringsarts zijn oordeel baseert en een expliciete motivering van zijn conclusies. Ook daaruit blijkt de bijzondere positie van de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie temidden van andere vormen van medische casuïstiek. In het algemeen is immers 'de casus' een verhaal dat naderhand geconstrueerd wordt, op basis van het medisch dossier, speciaal met het doel achteraf lering te trekken uit de gang der gebeurtenissen. Bij de ontwikkeling van mediprudentie echter is de casus een gegeven: de verzekeringsgeneeskundige rapportage *is* de casus.

Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie is dus medische casuïstiek, zeker, maar wel een bijzondere vorm daarvan, met een bijzonder belang.

2.5 Functies

De commissie meent dat verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, zoals gedefinieerd en nader toegelicht in het bovenstaande, verschillende, maar met elkaar samenhangende functies kan vervullen, die onder drie noemers te rubriceren zijn.

Verzekeringsgeneeskundige kwaliteitsbevordering

Opleiding, richtlijnen, nascholing, intercollegiale toetsing, casuïstiekbesprekingen en kwaliteitsbewaking zijn samenhangende, elkaar ondersteunende elementen van het verzekeringsgeneeskundig kwaliteitssysteem. De publicatie van de verzekeringsgeneeskundige protocollen heeft aan het streven naar kwaliteitsbevordering een nieuwe impuls gegeven. Aansluitend bij recente *evidence based* professionele richtlijnen geven ze een handzaam overzicht van wat een verzekeringsarts moet weten om een verzekeringsgeneeskundige beoordeling te kunnen verrichten in overeenstemming met de huidige stand van de medische kennis. Tegelijk laten ze zien hoe groot de discretionaire ruimte is waarin de verzekeringsarts in individuele gevallen, naar bevind van zaken, zijn weg moet vinden. Mediprudentie kan de verzekeringsarts hierin ondersteunen door systematische reflectie op de wijze waarop de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming in individuele gevallen zijn beslag krijgt, rekening houdend met de specifieke ken-

merken en omstandigheden die in die gevallen relevant blijken, en door de ontwikkeling van consensus over de normen die in de beoordeling van concrete casus zichtbaar worden. Daarbij is de specifieke bijdrage van mediprudentie, in vergelijking met andere vormen van professionele kwaliteitsbevordering als intercollegiale toetsing en casuïstiekbesprekingen, gelegen in:

- de vorm: publicatie van verzekeringsgeneeskundige rapportages met schriftelijke commentaren
- de systematiek: conform het ‘toetsingskader’
- de landelijke schaal en
- de centrale toetsing en regie.

Door die kenmerken kan mediprudentie, zo verwacht de commissie, een belangrijke bijdrage leveren aan kwaliteit en diepgang van het collectieve professionele leerproces.

Mediprudentie oefent haar kwaliteitsbevorderende functie uit in wisselwerking met andere elementen van het verzekeringsgeneeskundig kwaliteitssysteem, waaronder de verzekeringsgeneeskundige protocollen. De protocollen informeren de beroepsbeoefenaren die in de praktijk de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen uitvoeren en degenen die hun rapportages becommentariëren, en geven zo mede gestalte aan de mediprudentie. Omgekeerd kan echter de mediprudentie ook de protocolontwikkeling beïnvloeden, doordat uit de mediprudentie kan blijken dat bepaalde formuleringen van het protocol in bepaalde situaties strijdig kunnen zijn met het professionele oordeel van verzekeringsartsen of doordat in concrete gevallen bepaalde algemene principes gevolgd blijken te worden die nog niet in de protocollen waren verwoord. Zoals al eerder opgemerkt: ‘De totstandkoming van verzekeringsgeneeskundige protocollen en de opbouw van mediprudentie [...] zijn twee parallelle ontwikkelingen die elkaar aanvullen en versterken’.³

Bevordering van rechtsgelijkheid en rechtszekerheid

Is vanuit het professionele perspectief de betekenis van mediprudentie vooral gelegen in de bijdrage aan de kwaliteitsbevordering, vanuit het perspectief van degenen die beoordeeld worden is evenzeer van belang de bevordering van rechtsgelijkheid en rechtszekerheid. De zieke werknemer die zich meldt aan de poort van de WIA koestert de gerechtvaardigde verwachting niet geconfronteerd te zullen worden met willekeur. Hij moet erop kunnen rekenen dat zijn functionele mogelijkheden naar algemeen geldende maatstaven beoordeeld zullen worden. Natuurlijk voorziet de arbeidsongeschiktheidswetgeving in waarborgen

voor de rechtmatigheid van de beoordeling, door de mogelijkheid bezwaar aan te tekenen tegen een beschikking die op een als onjuist ervaren verzekeringsgeneeskundige beoordeling gebaseerd wordt en door de daarop volgende beroepsmogelijkheden. Maar juist kwetsbare mensen betalen voor deze rechtsgang vaak een hoge prijs. Bovendien blijft het verzekeringsgeneeskundig beoordelingsprobleem ook in bezwaar- en beroepsprocedures even complex als het in de aanvang al was. Mediprudentie kan dan ook, mede dankzij haar algemene toegankelijkheid, een bijdrage leveren aan rechtsgelijkheid en rechtszekerheid door de uniformerende en normerende werking die ervan kan uitgaan op de oordeelsvorming van alle bij de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetgeving betrokkenen: de (bezwaar)verzekeringsartsen, de onafhankelijke deskundigen, de beoordeelde en hun advocaten en de rechters.

Bevordering transparantie

Verantwoording afleggen is één van de pijlers van medische professionaliteit. Het vertrouwen dat samenleving en patiënten hebben in artsen moet van dag tot dag verdiend worden, onder andere door de kwaliteit van het medisch handelen zichtbaar te maken.^{10,11}

Het belang van deze moderne opvatting van medische professionaliteit wordt in het geval van de verzekeringsgeneeskunde nog onderstreept door het intensieve maatschappelijke en politieke debat over de wetgeving die voorziet in een collectief gefinancierde uitkering bij loonderving door arbeidsongeschiktheid. Verzekeringsartsen spelen in de uitvoering van deze wetgeving een cruciale rol. Mede gezien het grote publieke belang van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen, ligt het voor de hand dat verzekeringsartsen zoeken naar mogelijkheden om de samenleving inzicht te geven in de wijze waarop zij hun taak vervullen en ernaar streven de kwaliteit van hun handelen te bevorderen. De publicatie van geanonimiseerde verzekeringsgeneeskundige rapportages, becommentarieerd door vakgenoten en andere deskundigen, is één van die mogelijkheden.

Toetsingskader

Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, zo stelde de commissie vast in het vorige hoofdstuk, bestaat uit verzekeringsgeneeskundige rapportages met deskundige commentaren. De werkgroep Mediprudentie zag al in een vroeg stadium van haar werkzaamheden in dat het zeer behulpzaam zou zijn om te beschikken over een overzicht van aandachtspunten die bij het schrijven en beoordelen van zulke commentaren van belang zijn. De werkgroep nam zich voor een dergelijk overzicht gaandeweg te ontwikkelen, parallel aan de bespreking van afzonderlijke casus. Het in dit hoofdstuk te presenteren ‘Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’ is daarvan het resultaat. De commissie beschouwt dit geenszins als een eindproduct. Het ligt voor de hand dat in het voortgaande proces van mediprudentie-ontwikkeling ook het toetsingskader nu en dan bijstelling zal behoeven.

3.1 Aandachtspunten

Het ‘Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie’ (zie ommezijde) bestaat uit een aantal aandachtspunten die in deze paragraaf successievelijk worden toegelicht.

Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie

Beoordeling functionele mogelijkheden

- Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met betrokkene aan de hand is, een beschrijving die in het licht van de beschikbare relevante kennis compleet, consistent en plausibel is?
- Zo ja:
 - heeft hij op grond hiervan overtuigend beargumenteerd of en, zo ja, welke beperkingen bij betrokkene aanwezig zijn?
 - op welke gronden (*evidence*, consensus, normen, wettelijke regels) baseert hij zich hierbij en zijn deze houdbaar?
- Zo nee, wat schort eraan? Hoe had hij tot een betere beschrijving kunnen komen (additionele informatie verzamelen, tijd nemen voor reflectie, intercollegiaal overleg, expertise aanvragen, deskundigheid bevorderen)?
- Heeft de verzekeringsarts zijn beoordeling op hoofdlijnen aan betrokkene meegedeeld en wordt uit het verslag duidelijk hoe deze daarop gereageerd heeft? Heeft hij eventuele verschillen van inzicht met betrokkene besproken en wordt duidelijk hoe hij tot zijn uiteindelijke beoordeling gekomen is?

Beoordeling sociaal-medische voorgeschiedenis

- Is sprake van stagnatie van herstel en werkhervatting bij een aandoening waarbij in de regel het werk ruim binnen de termijn van twee jaar wordt hervat?
- Zo ja:
 - is de stagnatie geanalyseerd?
 - is de uitkomst van de analyse betrokken bij de evaluatie van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode?
 - is de uitkomst besproken met betrokkene en zo nodig met bedrijfsarts of behandelaar(s)?

Beoordeling te verwachten beloop

- Is aannemelijk gemaakt wat de prognose is ten aanzien van de beperkingen en wanneer een herbeoordeling nodig is?

Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling

- Heeft een adequate beoordeling plaatsgevonden van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding?
- Heeft de verzekeringsarts zo nodig overlegd met betrokkene en diens behandelaar(s) over het opstellen van een medisch plan van aanpak?

Dilemma's

- Staat de verzekeringsarts in deze casus voor dilemma's? Zo ja, heeft hij ze expliciet benoemd? Heeft hij zijn keuze(n) goed beargumenteerd? Komen uit de casus dilemma's voort voor andere betrokken instanties?

Mediprudentie en jurisprudentie

- Is er mediprudentie of jurisprudentie over in relevante opzichten (bijvoorbeeld diagnose, normen, dilemma's, aard beperkingen) vergelijkbare casus en wat leert de vergelijking daarmee?

Aanbevelingen

- Welke potentieel door onderzoek te dichten lacunes in kennis (over diagnostiek, bepaling functionele mogelijkheden, prognostiek, interventiemogelijkheden) blijken in de casus de verzekeringsgeneeskundige beoordeling te bemoeilijken?
- Welke suggesties voor de ontwikkeling (of herziening) van (bestaande) verzekeringsgeneeskundige richtlijnen/protocollen en welke aanbevelingen aan uitvoeringsorganisatie of wetgever komen voort uit de analyse van deze casus?

Beoordeling functionele mogelijkheden

Een complete, consistente en plausibele probleembeschrijving

Het is essentieel dat een verzekeringsarts in zijn rapportage op een gegeven moment – de ‘Beschouwing’ is daarvoor de geëigende plaats – zijn visie formuleert op wat er met de betrokkene aan de hand is. Hij heeft het aanwezige dossier bestudeerd, met het re-integratieverslag en de rapportages van eerdere beoordelaars en behandelaars, een beoordelingsgesprek gevoerd met de betrokkene, een medisch onderzoek verricht en zo nodig nadere informatie bij derden ingewonnen. Vervolgens staat hij voor de taak om zich op grond van deze, op verschillende wijzen en uit diverse bronnen verzamelde informatie, een oordeel te vormen over de vraag of bij betrokkene van een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen sprake is. Dit is de kerntaak van de verzekeringsarts en die taak behoort naar de mening van de commissie ook bij de becommentariëring in het kader van de opbouw van mediprudentie centraal te staan.

Is de verzekeringsarts erin geslaagd een beschrijving te geven van wat er met de betrokkene aan de hand is, een beschrijving die in het licht van de beschikbare relevante kennis compleet, consistent en plausibel is? Beantwoording van deze lastige, maar cruciale vraag vergt een deskundige lezing van de casus als geheel. Al lezend bouwt de commentator zich een beeld op van wat in de onderhavige casus aan de orde is, hij weegt en interpreteert de gegevens die hij in de verzekeringsgeneeskundige rapportage aantreft in het licht van zijn kennis en ervaring en het zich gaandeweg vormende beeld van het geheel, toetst omgekeerd het totaalbeeld aan de afzonderlijke gegevens en komt zo gaandeweg tot zijn oordeel.

Hij doet daarbij in wezen niets anders dan de verzekeringsarts die hij in de rapportage aan het werk ziet. De beoordeling, van de commentator zowel als van de verzekeringsarts, wordt gedreven door deskundigheid die gebaseerd is op medische kennis – bijvoorbeeld zoals samengevat in een verzekeringsgeneeskundig protocol – en professionele ervaring. De beoordelaar weet welke factoren – op het niveau van de functies en anatomische eigenschappen, op het niveau van de activiteiten, op het niveau van de maatschappelijke participatie, in de persoon en in de externe fysieke en sociale omstandigheden* – voor de beoordeling relevant kunnen zijn. Doordat hij begrijpt hoe deze factoren in wisselwerking met elkaar kunnen samenhangen, is hij in staat eventuele inconsistenties op te sporen

* Deze opsomming van typen factoren die relevant zijn voor de beoordeling is gebaseerd op de systematiek van de *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Zie ook de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*.

en zich een beeld te vormen van de samenhang die in dit geval met een zekere plausibiliteit aan de orde is.

De beschrijving van die samenhang moet volledig zijn in die zin dat alle aanwezige stoornissen en beperkingen en alle problemen bij de deelname aan arbeid zijn beschreven. De inschatting van de plausibiliteit van de beschrijving door de verzekeringsarts impliceert bovendien een beoordeling van de volledigheid van de beschikbare informatie. Wanneer teveel wezenlijke informatie ontbreekt is een goede inschatting van de plausibiliteit van de beschrijving onmogelijk. Welke informatie wezenlijk is verschilt van geval tot geval, maar, om de gedachten te bepalen: informatie over de claim van de verzekerde (wat zijn de door hem ervaren belemmeringen om te functioneren?), medische aspecten in engere zin (symptomen, klachten, onderzoek, behandelingen, actueel en in het nabije verleden), het functioneren in arbeid, de thuissituatie, het herstelgedrag, relevante kenmerken van de persoonlijkheid en de toekomstvisie van de betrokkene, zal in de meeste gevallen niet mogen ontbreken.

Beargumentering van beperkingen

Wanneer de verzekeringsarts een consistente en plausibele visie heeft geformuleerd op wat er met de betrokkene aan de hand is, heeft hij een belangrijk deel van zijn werk gedaan. De volgende stap die hij moet zetten is die van de beoordeling of datgene wat er aan de hand is behoort tot het domein van ziekte, in de geest van de wet: Is er sprake van een consistente samenhang van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen?⁶ De verzekeringsarts zal overtuigend moeten beargumenteren waarom dit al of niet het geval is. Daarmee heeft hij in de kern ook de vraag naar de beperkingen beantwoord. Maar de vereiste gedetailleerde beoordeling van de beperkingen vergt ook een meer toegespitste argumentatie waarom deze beperkingen, met deze mate van ernst, al dan niet door de verzekeringsarts als aanwezig worden aangenomen. Voor de commentator rijst onder meer de vraag of de ex- en impliciete gronden waarop de verzekeringsarts zijn argumentatie baseert in het licht van de wettelijke regels, de beschikbare *evidence*, de professionele consensus en relevante algemeen aanvaarde normen houdbaar zijn.

Hoe een betere probleembeschrijving mogelijk was geweest

In het geval dat de 'beschrijving van wat er aan de hand is' duidelijk te wensen overlaat, is de volgende vraag die de commentator zich moet stellen hoe hij denkt dat het beter had gekund. Had de verzekeringsarts additionele informatie kunnen verzamelen en hoe dan? Had hij de tijd moeten nemen om met collega's te over-

leggen? Had hij het oordeel van een deskundige moeten inroepen? Of lijkt het erop dat hij zijn eigen kennis en vaardigheden beter op peil moet brengen?

Bespreking van verschillen van inzicht

Of de probleembeschrijving voldoet of niet, de verzekeringsarts zal in de meeste gevallen een (voorlopige) conclusie bereiken over de beperkingen die hij aanwezig acht. Uit zijn rapportage zal moeten blijken dat hij deze conclusie aan de verzekerde heeft meegedeeld en hoe deze daarop gereageerd heeft. Duidelijke verschillen van inzicht zal hij met de betrokkene moeten bespreken. Deze krijgt daardoor de kans aanvullende informatie te geven of zijn zienswijze nader toe te lichten en daarmee de verzekeringsarts op andere gedachten te brengen. Maar ook als de verzekeringsarts de kans gering acht dat hij zich alsnog zal laten overtuigen, is de bespreking van de belangrijkste verschillen van inzicht van belang. Het geeft de verzekeringsarts de mogelijkheid om zijn beoordeling tegenover de betrokkene te motiveren en zo te bevorderen dat er, ondanks het verschil van inzicht, een constructief gesprek op gang komt. Bovendien zal hij in zijn rapportage moeten laten zien hoe hij, gehoord de tegenwerpingen van de betrokkene, tot zijn uiteindelijke beoordeling gekomen is.

Beoordeling sociaal-medische voorgeschiedenis

In vele gevallen komen verzekerden aan de poort van de WIA met aandoeningen die in het algemeen niet leiden tot twee jaar ziekteverzuim. De vraag rijst dan waardoor bij deze personen functioneel herstel is uitgebleven. Een zo goed mogelijke beantwoording van die vraag is voor verzekeringsartsen om te beginnen van belang om zich een goed beeld te kunnen vormen van wat er op dit moment met de persoon in kwestie aan de hand is en daarmee voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden. Maar ook los daarvan is de ‘analyse van de stagnatie van het herstel’ van belang: voor de evaluatie van de medische aspecten van de re-integratie-inspanningen gedurende de poortwachterperiode (de ‘poortwachertoets’), voor het stellen van de prognose en voor het beoordelen van de huidige en geïndiceerde behandeling. De analyse kan ook leiden tot feedback aan bedrijfsarts of behandelaars die bij het voortraject betrokken waren.

Zoals eerder toegelicht (zie 2.2) gaat het hier om een relatief nieuwe verzekeringsgeneeskundige taak die door de ontwikkeling van 3B-richtlijnen ondersteund zou kunnen worden.

Beoordeling te verwachten beloop

Het beoordelen van het te verwachten beloop of, met andere woorden, het stellen van de prognose, is van belang voor de door de WIA vereiste beoordeling van de duurzaamheid van volledige arbeidsongeschiktheid, voor de beoordeling van behandeling en begeleiding en voor de planning van herbeoordelingen. Het is vaak een lastige taak. De beschikbare statistische gegevens over het beloop van aandoeningen en over de voorspellende waarde van prognostische factoren bieden bij de beoordeling van individuele gevallen meestal maar beperkt houvast. Het commentaar zal zich richten op de vraag of, naar het zich laat aanzien, datgene wat gezegd kan worden, is gezegd en of dat wat gezegd is, voldoende wordt onderbouwd.

Beoordeling lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding

De verzekeringsgeneeskundige protocollen bevelen de verzekeringsarts aan om te beoordelen of de lopende behandeling en begeleiding in het licht van de geldende maatstaven adequaat is. Zo niet, dan is de aanbeveling om met de betrokkene en diens behandelaar(s) of begeleider(s) te overleggen over het opstellen van een medisch plan van aanpak: welke concrete doelen zijn haalbaar, op welke termijn en wie doet wat om ze te bereiken? De uitoefening van ook deze nieuwe beoordelingstaak zou bij de totstandkoming van 3B-richtlijnen gebaat zijn.

Dilemma's

Wanneer in een beoordelingssituatie dilemma's aan de orde zijn is het van belang dat verzekeringsartsen deze herkennen en in hun rapportage benoemen. Dat is bevorderlijk voor de kwaliteit van de afwegingen die aan de beoordeling ten grondslag liggen en kan bijdragen aan de inzichtelijkheid van hun argumentatie.

Verzekeringsartsen opereren in een spanningsveld tussen de belangen van de verzekerde en die van de maatschappij. Zij komen daardoor niet zelden voor situaties te staan waarin ze moeten kiezen tussen handelingsopties die ieder hun eigen bezwaren hebben. Dilemma's die in de verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening met enige regelmaat aan de orde zijn gaan bijvoorbeeld over:¹²⁻¹⁴

- kwaliteit versus kosten: De kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zou niet zelden gebaat zijn bij de inzet van meer tijd en middelen.

- solidariteit versus autonomie: Mensen zijn vrij in het kiezen van behandelaren en behandelingen. Anderzijds vloeien uit de solidariteit die de basis vormt van de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, voor verzekerden niet alleen rechten voort, maar ook de verplichting om mee te werken aan effectieve behandelingen.
- responsiviteit versus rechtsgelijkheid: De toepassing van de criteria voor het al dan niet honoreren van een uitkeringsclaim vraagt om ruimte voor de beoordelaar om de bijzondere kenmerken van ieder individueel geval in de beoordeling te kunnen betrekken. Maar wanneer de beoordelaar zich teveel ruimte toe-eigent, komt de rechtsgelijkheid in gevaar.

Overigens is niet altijd de individuele verzekeringsarts degene die bij een dilemma voor de belangrijkste keuze staat. Dat kan ook de uitvoeringsorganisatie, de schrijver van professionele richtlijnen of de wetgever zijn. Het laatste van de bovengenoemde drie typen dilemma's kan bijvoorbeeld voor een individuele verzekeringsarts geen probleem zijn – hij doet eenvoudig wat hij altijd moet doen: de algemene regels zo goed mogelijk toepassen in het individuele geval – maar kan dat wel zijn voor de uitvoeringsorganisatie of de wetgever die bepaalde regels hebben vastgesteld. Zij zullen zich, wanneer ze zien hoe de regels in de praktijk door verzekeringsartsen worden toegepast, moeten afvragen of de resultaten van die toepassing overeenstemmen met hun opvatting van rechtsgelijkheid.

Voor de commentator vormen dilemma's een belangrijk aandachtspunt. Het zijn keuzen waarmee vaak geworsteld wordt, maar waaraan soms ook te makkelijk wordt voorbijgaan. Het expliciteren en analyseren ervan kan een belangrijke bijdrage leveren aan het leerproces van individuele verzekeringsartsen, de beroepsgroep en andere betrokken instanties.

Mediprudentie en jurisprudentie

Als er mediprudentie of jurisprudentie is over in relevante opzichten vergelijkbare casus, dan zal de commentator deze bij het schrijven van zijn commentaar moeten betrekken. Naarmate de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie meer gezag verwerft, zal de eis dat de relevante mediprudentie geraadpleegd en bij de beoordeling betrokken moet worden, steeds nadrukkelijker ook aan de praktiserend verzekeringsarts gesteld kunnen worden.

Aanbevelingen

Het ontwikkelen van mediprudentie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het identificeren van kennislacunes die door onderzoek te dichten zouden zijn. Er kunnen ook suggesties uit voortkomen voor de ontwikkeling of herziening van verzekeringsgeneeskundige richtlijnen en protocollen. Met name de beschouwing van de gesignaleerde dilemma's zou kunnen leiden tot aanbevelingen aan het adres van bijvoorbeeld de uitvoeringsorganisatie of de wetgever.

3.2 Toepassing en herziening

Het 'Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie' is, zoals alle elementen van een dynamisch, professioneel kwaliteitssysteem, niet in steen gehouwen. Het is veeleer te beschouwen als een voorlopige neerslag van het denken over de kwaliteit van verzekeringsgeneeskundige beoordelingen. Als zodanig zou het niet alleen behulpzaam kunnen zijn bij het identificeren van rapportages waaruit belangrijke lessen te trekken zijn en bij het schrijven en toetsen van commentaren, maar zou het ook een rol kunnen spelen in opleiding, deskundigheidsbevordering, intercollegiale toetsing, casuïstiekbesprekingen en kwaliteitsbewaking. Omgekeerd zouden van deze kwaliteitsbevorderende activiteiten impulsen kunnen uitgaan om het toetsingskader bij te stellen.

Eerste verkenningen

In de loop van zeven vergaderingen besprak de werkgroep Mediprudentie twaalf levensechte verzekeringsgeneeskundige rapportages. De bespreking van de casus was voor de werkgroep primair een verkennende exercitie in de loop waarvan hij zich een beeld vormde van wat mediprudentie zou kunnen zijn, van de eisen waaraan mediprudentie-commentaren zouden moeten voldoen en van de functies die mediprudentie zou kunnen vervullen. De werkgroep realiseerde zich echter dat het, om goed duidelijk te kunnen maken wat mediprudentie naar zijn inzicht behelst, nuttig zou kunnen zijn om enkele voorbeelden van mediprudentie te kunnen tonen.

Om die reden maakte de werkgroep, in de beperkte tijd die hem ter beschikking stond, vier rapportages met commentaren gereed voor publicatie. Deze zijn opgenomen in de bundel *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie: vier verkenningen*, die tegelijk met dit advies beschikbaar komt. De commissie benadrukt dat deze vier rapportages niet geselecteerd zijn met het oogmerk een representatief beeld te geven van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen zoals die thans in de praktijk worden uitgevoerd. Het doel was slechts om aan de hand van enkele leerzame voorbeelden te laten zien wat het mediprudentie-concept in de praktijk zou kunnen behelzen. De resulterende vier casus met commentaren zijn verkenningen van datgene waartoe de ontwikkeling van mediprudentie uiteindelijk zal kunnen leiden en niet meer dan dat. Ze representeren geenszins het eindstadium van wat de commissie bij het woord ‘mediprudentie’ voor ogen staat. Net als – en parallel aan – het toetsingskader zal ook de

wijze waarop rapportages becommentarieerd worden zich in de toekomst verder ontwikkelen. En naarmate de verzekeringsgeneeskundige kwaliteitsbevordering meer en meer gestalte krijgt – ondersteund door protocollen en mediprudentie –, zullen ook de verzekeringsgeneeskundige rapportages zelf veranderen.

In de commentaren bij de gepubliceerde vier casus vestigt de commissie de aandacht op een aantal leerpunten. In twee van de vier gevallen geeft de verzekeringsarts er in zijn rapportage onvoldoende blijk van greep te hebben op wat er met de betrokken verzekerde nu werkelijk aan de hand is. Het blijft bijvoorbeeld onduidelijk, in het geval van een man met chronische lage rugpijn, waarom herstel en werkhervatting bij deze man, anders dan bij verreweg de meeste anderen met lage rugpijn, zijn uitgebleven. En in het geval van een jonge vrouw met vermoeidheidsklachten is de eerder gestelde en door de verzekeringsarts aanvaarde diagnose chronische-vermoeidheidssyndroom in feite onvoldoende onderbouwd, hetgeen belangrijke consequenties heeft voor de beargumenteerde beantwoording van de vraag of en in hoeverre van een consistent en plausibel geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen sprake is. In het geval van een man die inmiddels hersteld is van een langdurige overspanning, lijkt de verzekeringsarts daarentegen goed in beeld te hebben hoe de vlag erbij hangt, maar aanvaardt hij niettemin, zonder argumentatie, dat bepaalde beperkingen aanwezig zijn. En zo worden in de commentaren nog enkele leerpunten geformuleerd. Bijvoorbeeld het punt dat een nieuwe beoordeling die leidt tot het aannemen van aanzienlijk minder beperkingen dan een eerdere beoordeling, niet kan worden voltooid zonder dat de verzekeringsarts kennis heeft kunnen nemen van de volledige rapportage van zijn voorganger. En het belang van het open bespreken van verschillen van inzicht tussen verzekerde en verzekeringsarts, een punt dat in twee van de vier casus aan de orde is. Ten slotte wordt gewezen op het belang van het formuleren van criteria om te kunnen bepalen wanneer iemand zodanig tekortschiet in zijn medewerking aan medische behandelingen dat het opleggen van een sanctie – een korting op de uitkering – gerechtvaardigd is.

Al met al illustreren de vier verkenningen die de werkgroep heeft voltooid naar de mening van de commissie in voldoende mate dat de ontwikkeling van mediprudentie voor de kwaliteitsbevordering van de verzekeringsgeneeskunde van waarde zou kunnen zijn.

Naar levensvatbare mediprudentie

De commissie ziet mediprudentie primair als onderdeel van een professioneel kwaliteitssysteem. Zo'n systeem wordt idealiter gedragen door alle leden van de professie: zij dragen bij aan de kwaliteitsbevorderende werking ervan en nemen de lessen ter harte die er voor henzelf uit voortkomen. Doordat verzekeringsgeneeskundige mediprudentie zich mede richt op de bevordering van de transparantie van de wijze waarop de professie haar taken vervult, zijn echter ook personen en partijen buiten de verzekeringsgeneeskundige professie bij de ontwikkeling van mediprudentie betrokken. De commissie meent dat deze betrokkenheid niet alleen passief zou hoeven te zijn: de ontwikkeling van mediprudentie zou ook moeten openstaan voor input die de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep, mede in reactie op de publicatie van mediprudentie, van buiten de professie ontvangt. Mediprudentie geeft zo mede vorm aan de dialoog tussen verzekeringsgeneeskunde en buitenwereld.

Wil de verzekeringsgeneeskundige mediprudentie haar functies goed kunnen vervullen, dan is de inbreng van velen noodzakelijk, maar ook, in de beginfase, zolang zich nog geen duidelijke mediprudentie-traditie gevestigd heeft, een bepaalde mate van centrale regie. Niet elke verzekeringsgeneeskundige rapportage is immers even geschikt om deel uit te maken van mediprudentie. En bovenal: niet elk commentaar voldoet aan de eisen die aan een commentaar in het kader van mediprudentie-ontwikkeling moeten worden gesteld. De commissie meent dat deze regie het best kan worden uitgeoefend door een multidisciplinair samengestelde 'commissie Mediprudentie' die opereert onder de vlag van de

beroepsverenigingen* van verzekeringsartsen. Deze commissie zou een belangrijke rol moeten krijgen in de selectie van casus die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Ze zou ook moeten besluiten of een bepaald commentaar als bijdrage aan mediprudentie wordt aanvaard en zorg moeten dragen voor de publicatie van de als mediprudentie aangemerkte becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages.

In dit hoofdstuk gaat de commissie in op de verschillende elementen van wat zij beschouwt als een levensvatbaar systeem voor de ontwikkeling van mediprudentie.

5.1 De commissie Mediprudentie

De centrale commissie die de regie voert in de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie zou, zo stelt de commissie zich voor, moeten worden ingesteld door de beroepsverenigingen van verzekeringsartsen en ook primair aan die verenigingen verantwoording verschuldigd moeten zijn. De commissie meent op basis van haar eigen ervaring dat de commissie Mediprudentie multidisciplinair van samenstelling moet zijn. Verzekeringsartsen zullen er natuurlijk een belangrijk aandeel in moeten hebben. Maar ook de bedrijfsgeneeskundige, de huisartsgeneeskundige en enkele medisch-specialistische disciplines, bijvoorbeeld psychiatrie, cardiologie en revalidatiegeneeskunde, zouden in de commissie vertegenwoordigd moeten zijn, omdat verzekeringsartsen in de praktijk veel met deze andere medische disciplines te maken hebben en bovendien hun beoordelingen in overeenstemming dienen te zijn met de *state of the art* in de geneeskunde als geheel. Ook juridische expertise, re-integratiedeskundigheid en het perspectief van de beoordeelde verzekerde zouden in de commissie gerepresenteerd moeten zijn. Aanvullende specialistische expertise op medisch, paramedisch, psychologisch en juridisch gebied en ervaringsdeskundigheid van mensen met specifieke aandoeningen kunnen ad hoc worden ingeroepen.

De centrale mediprudentie-commissie zou, behalve als regisseur en redacteur, zelf ook als commentator kunnen optreden: commentaren van anderen samenvattend en daarop voortbouwend, soms ook in een eigen commentaar bij een bijzondere nieuwe casus.

* Bij 'beroepsvereniging van verzekeringsartsen' denkt de commissie in eerste instantie aan de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. Het ligt echter voor de hand dat ook de Nederlandse Vereniging van Adviseurs in Particuliere Verzekeringszaken GAV en haar leden, die met gelijksoortige beoordelingen te maken hebben, in de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie – en in de centrale mediprudentie-commissie – een aandeel zullen hebben.

5.2 Het identificeren van geschikte casus

Leerzame casus zouden bij de commissie Mediprudentie moeten kunnen worden aangemeld door allen die beroepsmatig bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling betrokken zijn, al of niet voorzien van (een aanzet tot) een commentaar. De kwaliteitsbevorderende activiteiten binnen het UWV, zoals intercollegiaal overleg en casuïstiekbesprekingen, kunnen bij het identificeren van geschikte casus een belangrijke rol spelen. De commissie Mediprudentie draagt zorg voor een grondige anonimisering van de rapportages, voor zover deze niet al voor de indiening heeft plaatsgevonden.

De commissie meent dat het, om de bestaande procedures niet te compliceren, aanbeveling verdient om voor de ontwikkeling van mediprudentie uitsluitend casus in behandeling te nemen, waarvan de behandeling in beoordelings- en eventuele beroepsprocedures is afgerond. Het ligt voor de hand dat leerzame rapportages vooral door verzekeringsartsen zullen worden aangedragen, maar het is niet uitgesloten dat op termijn ook van andere zijden, bijvoorbeeld door patiënten/cliëntenorganisaties, casus in de mediprudentie-ontwikkeling zullen worden ingebracht.

Op voorwaarde dat de beoordelings- en beroepsprocedures zijn afgesloten, zullen ook casus die reeds door een rechtbank of de Centrale Raad van Beroep behandeld zijn in de ontwikkeling van mediprudentie kunnen worden opgenomen. De commissie Mediprudentie zal de ontwikkeling van de jurisprudentie op haar terrein nauwgezet moeten volgen. Casus die juridisch goed geanalyseerd zijn en bovendien verzekeringsgeneeskundig leerzaam, zijn een goudmijn voor de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie.

5.3 Het schrijven en toetsen van de commentaren

De ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie zal primair gedragen moeten worden door verzekeringsartsen. Veel commentaren zullen, net al de casus zelf, kunnen voortkomen uit de activiteiten in het kader van het UWV-kwaliteitssysteem en uit vormen van intercollegiaal overleg, opleiding en deskundigheidsbevordering in andere professionele verbanden.

De commissie Mediprudentie kan spontane initiatieven tot het schrijven van (aanzetten tot) commentaren aanmoedigen en daarnaast (combinaties van) deskundigen actief benaderen met het verzoek een commentaar te schrijven of zelf optreden als commentator. Ook niet-verzekeringsartsen zouden aan de mediprudentie-ontwikkeling kunnen bijdragen: andere medici en paramedici, psycholo-

gen en andere professionals, maar ook patiënten/cliëntenorganisaties. Dit alles, natuurlijk, met inachtneming van de privacy van de verzekerden.

De commissie Mediprudentie bepaalt vervolgens welke commentaren uiteindelijk, samen met de geanonimiseerde verzekeringsgeneeskundige rapportages, als mediprudentie gepubliceerd zullen worden. De commentaren zullen deskundig moet zijn in de drie opzichten die de commissie eerder (zie 2.2) onderscheidde. Gaandeweg zal de commissie Mediprudentie haar eigen maatstaven moeten ontwikkelen voor de beoordeling of die deskundigheid in voldoende mate aanwezig is. Het in dit advies voorgestelde 'Toetsingskader verzekeringsgeneeskundige mediprudentie' zal hierbij, zo verwacht de commissie, een nuttige rol kunnen vervullen. De vraag of de in het Toetsingskader vermelde aandachtspunten met voldoende deskundigheid zijn behandeld, zou in eerste instantie bij de selectie van commentaren een goede leidraad kunnen zijn.

5.4 Publicatie

De commissie Mediprudentie zal zorg moeten dragen voor een goede toegankelijkheid van de mediprudentie via internet. In 2.2 wees de commissie al op de noodzaak de te publiceren verzekeringsgeneeskundige rapportages zeer zorgvuldig te anonimiseren.

Een website zou ook een forum kunnen bieden voor commentaren (op commentaren) en discussie. De commissie Mediprudentie zou de discussie in goede banen kunnen leiden en, wanneer dat aan de orde is, kunnen signaleren dat het moment gekomen is om een nieuw commentaar te (laten) schrijven.

Voor een goed functioneren van mediprudentie zou het zeer welkom zijn wanneer ook gevestigde verzekeringsgeneeskundige en andere medische vaktijdschriften aandacht zouden besteden aan verzekeringsgeneeskundige mediprudentie.

5.5 Condities

Bepaalde condities moeten vervuld zijn, wil de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, zoals hierboven geschetst, daadwerkelijk op gang kunnen komen. Het belangrijkste is dat het besef dat verzekeringsgeneeskundige mediprudentie nuttig en nodig is breed gaat leven in de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep. Gebruikmaken van mediprudentie en bijdragen aan het ontstaan ervan moeten beide hun plaats krijgen in opleiding, deskundigheidsbevordering, kwaliteitsbewaking, intercollegiale toetsing en dergelijke. Verzekeringsartsen en instituten zullen interessante (geanonimiseerde)

verzekeringsgeneeskundige rapportages, al of niet met (aanzetten tot) commentaar, moeten voorleggen aan de commissie Mediprudentie. Die commissie, vervolgens, zal in staat gesteld moeten worden om haar taken te kunnen vervullen.

Naast professionele betrokkenheid en inzet is ook voldoende tijd voor het tot wasdom komen van een vitale mediprudentie-traditie een cruciale voorwaarde: tijd voor individuele verzekeringsartsen om bij te dragen aan en kennis te nemen van mediprudentie, tijd voor de professie als geheel om te kunnen laten zien waartoe de ontwikkeling van mediprudentie kan leiden.

En ten slotte is er de noodzaak van wetenschappelijk onderzoek, waarop de commissie al in haar eerste advies, zich aansluitend bij het advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek, gewezen heeft.^{1,15} Onderzoek naar onderwerpen als de interdoktervariatie bij de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling, de operationalisatie van kernbegrippen als ‘plausibiliteit’ en ‘consistentie’, de samenhang tussen persoonlijkheidsstructuur, externe omstandigheden en mate en duur van arbeidsongeschiktheid en de validiteit van *evidence based* methoden voor beoordeling en prognosestelling is en blijft van groot belang voor een voorspoedige ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde.

5.6 Evaluatie

De commissie meent dat de opbouw van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie goede kansen biedt om de kwaliteit en transparantie van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en de rechtsgelijkheid en rechtszekerheid van de beoordeelde te bevorderen. Maar zij ziet onder ogen dat er geen garanties zijn dat haar positieve verwachtingen bewaarheid zullen worden en dat de noodzakelijke investeringen naar verloop van tijd tegen de baten zullen opwegen. Een goede evaluatie van de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, na een jaar of drie à vijf, acht zij dan ook wenselijk. Het daartoe uit te voeren wetenschappelijk onderzoek zou tegelijk met de ontwikkeling van de mediprudentie zelf in gang moeten worden gezet, niet alleen om naderhand dezelfde parameters, vóór en na de ‘interventie’ gemeten, met elkaar te kunnen vergelijken, maar ook om het proces van mediprudentie-ontwikkeling zelf, de problemen die daarin onvermijdelijk zullen rijzen, de percepties van de verschillende betrokkenen en de gemaakte kosten, door middel van kwalitatief en kwantitatief onderzoek goed te kunnen documenteren. De uitkomsten van dit onderzoek zullen van belang zijn voor toekomstige besluitvorming over de verdere ontwikkeling van mediprudentie en eventuele herziening van de wijze waarop die ontwikkeling vorm krijgt. Te denken valt aan het toetsingskader, de

rol van de centrale regie en de wijze waarop deze wordt ingevuld, de wijze van selecteren en publiceren etcetera.

Het belang van evaluerend onderzoek geldt natuurlijk, *mutatis mutandis*, ook voor de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskundige protocollen. Begeleid door goed onderzoek zullen beide initiatieven, de ontwikkeling van protocollen en van mediprudentie, voor alle betrokken partijen een leerzame ervaring opleveren waarop in de toekomst kan worden voortgebouwd.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/10.
 - 2 de Geus AJ. Besluit van 18 augustus 2004 tot wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Staatsblad 2004; 434: 1-20.
 - 3 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Aspecifieke lage rugpijn, Hartinfarct. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005: 2005/15.
 - 4 Geerts G, den Boon T, red. Groot woordenboek der Nederlandse taal. 13^e uitgave. Utrecht/Antwerpen: Van Dale; 1999.
 - 5 Lisv. Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde. Amsterdam: Lisv; 1999.
 - 6 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Overspanning, Depressieve stoornis. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006: 2006/22.
 - 7 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker. Den Haag: Gezondheidsraad; 2007: 2007/05.
 - 8 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad; 2006: 2007/12.
 - 9 van Genabeek J. Opbouw: de periode 1901-1920. In: de Boer WEL, Houwaart ES, red. Geschiktheid gewogen. Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven; 2006: 53-117.
 - 10 Gezondheidsraad / Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Vertrouwen in verantwoorde zorg. Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Signalering ethiek en gezondheid 2006/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid; 2006.
-

- 11 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Medische professionaliteit. KNMG Manifest. Utrecht: KNMG; 2007.
- 12 de Boer WEL, Steenbeek R. Rapport probleemsituaties. NVVG; 2005.
- 13 de Boer WEL, Hazelzet AM, van Gerven JHAM. Vademecum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden. Hoofddorp: TNO Arbeid; 2002.
- 14 Teulings C, van der Veen R, Trommel W. Dilemma's van sociale zekerheid. Den Haag: VUGA; 1997.
- 15 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek Verzekeringsgeneeskunde. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek; 2004.

A De adviesaanvraag

B De commissie

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 19 januari 2005 schreef de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Voorzitter van de Gezondheidsraad (brief kenmerk SV/AL/05/614):

Binnenkort zal ik het wetsvoorstel Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) bij het parlement indienen. Dit wetsvoorstel, dat de WAO zal vervangen voor de personen die vanaf 2006 een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, heeft als uitgangspunt dat niet langer het verstrekken van een uitkering centraal moet staan, maar het bevorderen van de arbeidsgeschiktheid en het zoveel mogelijk benutten van de mogelijkheid om te werken.

De SER heeft in zijn adviezen over het nieuwe arbeidsongeschiktheidsstelsel benadrukt dat bij de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid een lijst van aandoeningen als hulpmiddel richtinggevend moet zijn bij de individuele arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De raad stelt voor een neutrale lijst te gebruiken van ziekten en aandoeningen, waarvoor aan de hand van wetenschappelijke gegevens prognoses zijn opgesteld over het verloop van de ziekte, gegeven de geëigende behandeling. De raad stelt voor om bij de ontwikkeling en actualisering van deze lijst gebruik te maken van protocollen met diagnose-prognosecombinaties.

Naar aanleiding van de SER-advisering en mijn beleidsvoornemens in het wetsvoorstel WIA heb ik met u overlegd, wat geresulteerd heeft in onderstaande. Hierdoor wordt naar mijn mening een completere aanpak bereikt dan betrokkenen oorspronkelijk voor ogen stond.

Onderdeel van het nieuwe stelsel is dat het claimbeoordelingsproces hervormd en kwalitatief verbeterd wordt. Bij het streven naar een hoge kwaliteit van de claimbeoordeling bestaat behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde informatie die daarbij als ondersteuning gebruikt kan worden. Met

behulp van deze informatie kunnen hulpmiddelen bij de claimbeoordeling ontwikkeld worden: een set beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden. De informatie die daarin bevat is, is relevant voor de behandeling, de preventie, de verzuimpreventie en begeleiding van verzuimende werknemers, de re-integratie en de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden. Op die manier kan de professionele kwaliteit van de sociaal-geneeskundige processen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid bevorderd en getoetst worden. Als onderdeel van deze protocollen en standaarden bestaat behoefte aan evidence-based informatie met betrekking tot de prognose van ziektes. Een dergelijk hulpmiddel kan bestaan uit een neutrale opsomming van ziektes met de daarbij behorende gebruikelijke hersteltermijnen, gegeven een geëigende behandeling, en de spreiding die daarbij optreedt. Deze prognostiek kan gebruikt worden bij de verzuimbegeleiding, de poortwachertoets, bij de bepaling van de duurzaamheid en bij het vaststellen van een tijdstip voor een herbeoordeling. Deze vier doeleinden kunnen als volgt worden toegelicht.

- Afhankelijk van de ziekte die een verzuimende werknemer heeft, kan de bedrijfsarts adviseren over de re-integratie (is het mogelijk en zinvol het werk te hervatten, en zo ja op welk moment, in welke omvang en welke werkzaamheden) en over de meest gewenste curatieve behandeling.
- Bij de poortwachertoets beoordeelt het UWV of de werkgever en werknemer voldoende hebben gedaan aan re-integratie. Deze toets wordt ruim opgevat: het gaat er zowel om of de werknemer tijdig en voldoende heeft hervat, als om de vraag of voldoende is gedaan om het medisch herstel te bevorderen. Zo is het bijvoorbeeld in beginsel noodzakelijk een specialist te raadplegen en een voorgeschreven behandeling te volgen. Ook wordt beoordeeld of de werkgever voldoende heeft gedaan om aangepast werk beschikbaar te stellen.
- Bij het beoordelen of een volledige arbeidsongeschikte ook duurzaam arbeidsongeschikt is, moeten de herstelkansen van betrokkene gezien worden. Is er nog kans op herstel, en zo ja op welke termijn. Hierbij is van belang welke behandelingen iemand al gevolgd heeft, en welke mogelijkheden er nog zijn of dat wellicht al een eindtoestand is bereikt, en wat de behandel mogelijkheden voor gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsmogelijkheden. Het gaat nadrukkelijk niet alleen om medisch herstel, maar om herstel van de arbeidsmogelijkheden.
- Bij iedere claimbeoordeling zal de verzekeringsarts een moment voor een volgende beoordeling aangeven. Het gewenste moment hangt met name af van de kansen op herstel (of verslechtering).

Bij het opstellen van bovenstaande hulpmiddelen die indicatief gebruikt zullen worden (beoordelingsprotocollen, behandelings- en begeleidingsstandaarden en de prognostiek die daarbij relevant is) wil ik mij baseren op recente medische inzichten. Naar mijn mening is de Gezondheidsraad het orgaan bij uitstek dat hierover beschikt. Om die reden wil ik u mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzoeken mij te adviseren over de inhoud van deze hulpmiddelen. Ik acht het essentieel dat de benodigde informatie ruim voor de inwerkingtreding van de WIA per januari 2006 gereed is, Om die reden verzoek ik u de volgende fasering in de voorbereiding en de planning aan te houden.

Ik verzoek u te beginnen met het maken van een Plan van aanpak waarin de huidige wetenschappelijke inzichten op het gebied van begeleiding en behandeling in relatie tot arbeid worden vermeld. Ik verzoek u hierbij aan te sluiten bij wat al beschikbaar is aan standaarden en richtlijnen in de curatieve sector en de sociaal-geneeskundige sector. Ook informatie uit het buitenland en resultaten van onderzoek kunnen hierbij gebruikt worden. In dit plan van aanpak wordt ook beschreven via welke procedure en met welke actoren de betreffende beoordelingsprotocollen en behandelings- en begeleidingsstandaarden kunnen worden opgesteld. Tot slot dient een basisstramien voor een protocol ontwikkeld te worden in deze fase.

De tweede fase zou het daadwerkelijk opstellen van de protocollen behelzen. In deze fase kan onderscheid gemaakt worden tussen voor arbeidsongeschiktheid relevante diagnosegroepen als bewegingsapparaat, psychisch, respiratoir, hart- en vaatziekten, en ongevallen. In deze fase zou het werk door verschillende sub-sommissies simultaan gedaan kunnen worden.

De derde fase houdt in dat uw raad de gemaakte protocollen formaliseert en reviewt en eventueel uitbreidt. Deze fase is op het moment nog niet opportuun.

Ik acht het essentieel dat de eerste fase voor juli 2005 is afgerond. Op die manier is het voor professionals op het veld van de verzuimbegeleiding en voor het UWV duidelijk welke producten er gereed zullen zijn bij inwerkingtreden van de WIA en hoe deze gebruikt kunnen worden. In het Plan van aanpak zullen de vervolgactiviteiten in 2005 en 2006 beschreven dienen te worden.

Hoogachtend,

de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
w.g. mr. A.J. de Geus

De commissie

Als commissie voor dit advies fungeert het geheel van de werkgroep Mediprudentie en de commissie WIA.

Werkgroep Mediprudentie

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
 - dr. A.H. Blankenstein
huisarts, VU medisch centrum Amsterdam
 - drs. W.E.L de Boer
verzekeringsarts, directeur, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Utrecht; TNO Kwaliteit van leven, Hoofddorp
 - drs. J Bronsema
verzekeringsarts/rga, Swiss Re Life & Health, Amstelveen
 - dr. mr. N.H.Th. Croon
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam; hoofdredacteur Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde
 - drs. J.L. van Dijk
bedrijfs- en verzekeringsarts, Achmea Arbo, Amsterdam
 - prof. dr. mr. J.C.J. Dute
gezondheidsjurist, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
-

- drs. S. Knepper
verzekeringsarts, Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Utrecht
- drs. C.F.M. Woldberg
verzekeringsarts, NSPOH, Amsterdam
- drs. A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; ZonMw, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog, Gezondheidsraad, Den Haag

Commissie WIA

- prof. dr. J.A. Knottnerus, *voorzitter*
voorzitter Gezondheidsraad, Den Haag; hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht
 - prof. dr. W.J.J. Assendelft (tot 1 oktober 2006)
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
 - drs. W.E.L. de Boer
verzekeringsarts, directeur, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Utrecht; TNO Kwaliteit van Leven, Hoofddorp
 - dr. E. Borst-Eilers
oud-minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Bilthoven
 - prof. dr. M.H.W. Frings-Dresen
hoogleraar beroepsziekten; Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
 - prof. dr. J.W. Groothoff
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen
 - prof. dr. J.W.M. Hazes
hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
 - prof. dr. J.J.L. van der Klink
hoogleraar arbeid en gezondheid; Universitair Medisch Centrum Groningen; programmadirecteur Occupational Health, NSPOH, Amsterdam
 - dr. H. Kroneman
verzekeringsarts; Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, Amsterdam
 - prof. dr. E. Lindeman
hoogleraar revalidatie; Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - prof. dr. A.H. Schene
hoogleraar psychiatrie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
-

- prof. dr. Ir. T. Smid
hoogleraar arbeidsomstandigheden; VU medisch centrum Amsterdam; KLM Health Services, Schiphol
- dr. B. Sorgdrager
bedrijfsarts; Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Amsterdam
- prof. dr. J.H.B.M. Willems
bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Amsterdam
- drs. L. van Rossum du Chattel, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- A.H.J.M. Sterk, *adviseur*
verzekeringsarts; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag; ZonMw, Den Haag
- dr. J.N.D. de Neeling, *secretaris*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseur-schap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

