

# Protocol herstel- of participatiegedrag.

*toelichting voor publieke en private sector*

## **Aanleiding**

'Herstelgedrag' is inmiddels 13 jaar oud vakjargon voor schadelastbeperking door cliënten die arbeidsongeschiktheid claimen. De term werd in 1997 geïntroduceerd in het *medisch arbeidsongeschiktheids criterium*. Dat was gebaseerd op de medische plausibiliteit en de consistentie van geclaimde belemmeringen, maar daarnaast moest ook blijken dat cliënten zich inspanden te herstellen, vooral wat betreft werkhervatting. Dit werd 'herstelgedrag' genoemd, het begrip werd nooit verder geoperationaliseerd. Dat is nu alsnog gebeurd in de vorm van een protocol door een werkgroep in opdracht van de NVVG, gefinancierd door het ministerie van SZW. De werkgroep was samengesteld uit publiek en privaat werkzame verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, een huisarts, een psycholoog, een gezondheidsrechtjurist en twee vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. Het uitgangspunt was de beoordeling in het kader van de WIA – derhalve langdurige arbeidsongeschiktheid.

## **Enquete.**

Voorafgaand hield de werkgroep een enquête onder 2000 verzekeringsartsen, medisch adviseurs en bedrijfsartsen. De respons was 450 (23%), waaronder 30 medisch adviseurs. Bij een soortgelijke enquête onder 49 verzekeringsartsen in 1997 bleek dat destijds vooral 'medische' opvattingen over herstelgedrag bij de beroepsgroep leefden; namelijk zich onder behandeling stellen en adviezen van artsen opvolgen. Bij de huidige enquête blijkt het accent verschoven naar overtuigend streven naar werkhervatting. Daarnaast komt het maken van keuzen in de leefstijl als een pregnant voorbeeld van adequaat participatiegedrag naar voren. Een opvallende bevinding is dat verzekeringsartsen uit de publieke sector het herstelgedrag in ongeveer de helft van de gevallen onvoldoende vinden, terwijl bedrijfsartsen tot een aanmerkelijk positiever oordeel komen. De medisch adviseurs nemen een tussenpositie in. Waarschijnlijk speelt selectie een rol - verzekeringsartsen krijgen de moeilijkste casuïstiek met stagnerend herstel en werkhervatting voorgeschoteld. De respondenten noemen de houding van de uitvoeringsorganisatie, van werkgevers en van behandelaars als de belangrijkste hindernis om herstelgedrag goed te kunnen beoordelen. Daarnaast noemen zij het gedrag van de cliënten zelf, met name onoverbrugbare verschillen in perceptie. Patiëntenorganisaties hielden tegelijkertijd een soortgelijke enquête via internet. Daarbij komt naar voren dat veel cliënten menen dat de ernst van hun ziekte wordt onderschat, dat hun behandelend artsen te weinig worden geraadpleegd en dat verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en medisch adviseurs cliënten straffen voor onvoldoende herstelgedrag door geen of minder beperkingen vast te stellen.

Uit beide enquêtes bleek dat in de praktijk vrijwel nooit sancties geadviseerd of opgelegd worden, wanneer cliënten niet voldoen aan verplichtingen die in wet of polisvoorwaarden zijn vastgelegd. Wervelman (1) signaleerde dat verschijnsel al enkele jaren geleden in de particuliere arbeidsongeschiktheidspraktijk.

## **Protocol**

De werkgroep stelde in anderhalf jaar een protocol op, dat zeven pagina's beslaat. Daarbij behoort een uitgebreide toelichting met bijlagen. Naar aanleiding van een commentaarronde onder beroepsorganisaties en meest betrokken partijen werd de term 'herstelgedrag' gewijzigd in 'participatiegedrag', omdat die beter aansluit bij het begrippenkader van de International Classification of Functioning (ICF) van de WHO. Participatiegedrag is gedefinieerd als *....gedrag van de cliënt gericht op bevordering van de gezondheid ten behoeve van deelname aan het arbeidsproces....* Werkhervatting of het overtuigend streven daarnaar staat voorop,

tenzij dat niet mogelijk is ('geen benutbare mogelijkheden') of tot schade van de gezondheid plaatsvindt. Het uitgangspunt voor de beoordeling zijn de mogelijkheden die de verzekeringsarts aanwezig acht, zo nodig in overleg met een arbeidsdeskundige. Wanneer het streven naar werkhervatting van de cliënt daarbij past, is sprake van adequaat participatiegedrag, óók wanneer de medische behandeling niet adequaat is. Wanneer een cliënt niet of minder streeft naar werkhervatting dan naar het oordeel van de verzekeringsarts mogelijk zou zijn, is sprake van (nog) niet adequaat participatiegedrag. In dat geval maakt de verzekeringsarts een probleemanalyse van belemmerende factoren in het werk, de persoon, diens omstandigheden en de medische behandeling.

Pas in dat stadium komt aan de orde in hoeverre die behandeling adequaat is. Als criterium voor een adequate behandeling geldt daarbij wat is vastgelegd in handboeken, standaarden en protocollen, uitgaand van de principes van 'evidence based medicine' volgens Sackett (3). Die zijn gebaseerd op een driepoot van wetenschappelijke evidence, gebruikelijk handelen in de beroepsgroep en consensus tussen patiënt en behandelaar. Laatstgenoemde moet wel op dat terrein bevoegd en BIG-geregistreerd zijn. Deze criteria zijn ruimer dan wat met 'randomized controlled trials' is bewezen, omdat maar een minderheid van alle medische behandelingen aan dat criterium zou voldoen. De verzekeringsarts weegt behalve deze 'evidence' ook de argumenten van de cliënt om een minder gebruikelijke behandeling te volgen. De verzekeringsarts past daar principes van proportionaliteit en subsidiariteit op toe. Proportionaliteit impliceert afweging van de kans op succes van een behandeling tegen de belasting daarvan voor de cliënt. Bij subsidiariteit gaat het om de vraag of hetzelfde doel bereikt kan worden met de door de cliënt gekozen behandelstrategie. De verzekeringsarts kan daar bijvoorbeeld eerdere bijwerkingen of uitblijven van resultaat bij betrekken. Mits benaderd langs deze lijn sluit het protocol geen enkele behandeling bij voorbaat uit. Derhalve kunnen in principe ook een operatie of psychiatrische behandeling van een cliënt gevergd worden.

Het protocol stelt dat van een cliënt die een beroep doet op de collectiviteit, verwacht mag worden dat hij maatregelen neemt in de persoonlijke levenssfeer wanneer aanwijsbare factoren daar zijn arbeidsparticipatie kennelijk belemmeren. Het gaat hier bijvoorbeeld om zorgtaken en andere belastende persoonlijke omstandigheden, intensieve nevenactiviteiten en schadelijke leefgewoonten. De Gezondheidsraad (2) heeft een aantal jaren geleden gesteld dat een goede claimbeoordeling de sociale context mede betreft, maar niet hoe en in welke mate dat moet gebeuren. Die vraag riep veel discussie op, met name vanwege vrees voor bemoeienis 'achter de voordeur'. Uiteindelijk is vastgelegd dat de cliënt aangesproken mag worden op aspecten in zijn leefstijl die genoemd worden in bij zijn aandoening behorende protocollen. Het gaat dan bijvoorbeeld om reductie van overgewicht, staken van roken of alcoholgebruik en fysieke training. Dat gedragsverandering in dergelijke situaties niet altijd eenvoudig is, moet per individuele situatie gewogen worden. Voor het verrichten van zorgtaken bestaan andere faciliteiten; uiteindelijk vallen dergelijke taken buiten de voorwaarden van ook de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat neemt niet weg dat de beoordeling in individuele gevallen moeilijk blijft, wanneer een cliënt onder een dergelijke belasting ziek wordt.

Externe factoren als een onwillige werkgever of behandelaar kunnen buiten de invloedssfeer van de cliënt liggen. In dat geval wordt een arbeidsdeskundige ingeschakeld of neemt de verzekeringsarts contact op met de behandelaar. Als een werkgever of behandelaar hun handelwijze weigeren te veranderen, is het participatiegedrag alsnog adequaat.

### **Stappenplan.**

Het protocol kent een stappenplan voor de situatie waarin cliënt en verzekeringsarts het oneens zijn. De verzekeringsarts bespreekt zijn negatief oordeel over het participatiegedrag met de cliënt en biedt die gelegenheid daarop te reflecteren. Dat kan ertoe leiden dat zowel de verzekeringsarts als de cliënt van inzicht veranderen. In dat laatste geval krijgt de cliënt de gelegenheid zijn participatiegedrag aan te passen. Dit wordt geëvalueerd met herbeoordelingen op korte (weken) termijn. Ook dat kan nog tot andere inzichten leiden. Bij blijvende onenigheid overweegt de verzekeringsarts nog eens de verwijtbaarheid van het inadequate participatiegedrag. Bij bepaalde aandoeningen – bijvoorbeeld een verstandelijke handicap of een psychische stoornis – zal dat niet verwijtbaar zijn. In minder duidelijke gevallen zal de verzekeringsarts een allesbehalve eenvoudige weging van autonomie en keuzevrijheid moeten maken. Wanneer de verzekeringsarts persisteert bij de conclusie dat sprake is van verwijtbaar inadequate participatiegedrag bericht hij dit schriftelijk met redenen omkleed aan de uitkeringsmedewerker. Deze functionaris beslist of hij een juridisch gemotiveerde maatregel neemt, die doorgaans zal neerkomen op het intrekken of korten op de uitkering. Tegen zo'n beslissing is bezwaar en beroep mogelijk.

### **Bespreking.**

De uitvoering van de arbeidsongeschiktheidverzekering staat bloot aan veranderende maatschappelijke en sociaal-economische invloeden. Was 30 jaar geleden een 'zieke werknemer' iemand die met een uitkering tegen schadelijk werk beschermd moest worden, nu staat diens participatie voorop en wordt benadrukt hoezeer dat aan zijn gezondheid en herstel bijdraagt. Dit bewustzijn noopt tot enige professionele prudentie en distantie.

Helaas heeft de autorisatiecommissie gekozen voor de procedurele term 'protocol'. De genuanceerde achterliggende vakinhoudelijke afwegingen zouden beter tot hun recht gekomen zijn in de kwalificatie 'richtlijn'. De inleiding van het protocol spreekt de verwachting uit dat het met aanpassingen ook toegepast zal kunnen worden in de particuliere sector. Dat zal daar in de praktijk moeten blijken. De veelvoorkomende verzekering tegen beroepsongeschiktheid beperkt het participatiegedrag daar aanmerkelijk. Die verschilt van de situatie in de sociale verzekering waar het begrip 'gangbare arbeid' veel minder grenzen stelt. Bij letselschade heeft de cliënt volgens Keirse (4) en Opdam (5) een schadebeperkingsplicht, maar die is eveneens minder groot dan in de sociale verzekering. Het spreekt bijvoorbeeld niet vanzelf dat iemand zijn eigen werk op moet geven; wanneer hij dat als gevolg van een ongeval nog maar gedeeltelijk kan doen. En voor het aanvaarden van ander werk lijken gezien jurisprudentie veeleer de oude WAO-criteria van toepassing over 'passende arbeid', 'billijkheid' en 'redelijkheid' dan de huidige strikte WIA-criteria over 'gangbare arbeid'. Leeftijd en toegang tot de arbeidsmarkt zullen meegewogen moeten worden zoals 20 jaar geleden in de sociale verzekering gebeurde bij de 'verdiscontering van werkloosheid', zij het waarschijnlijk niet op dezelfde vergaande wijze. Het spanningsveld tussen praktijk en theorie speelt het protocol al parten ten aanzien van de WIA zelf. Zo kan praktisch haalbare hervatting deels in eigen werk als adequaat participatiegedrag opgevat worden hoewel de uitkomst van de wettelijke beoordeling kan zijn, dat een cliënt *in theorie* hele dagen als 'handmatig snackbereider' (= de voormalige loempiavrouw) zou kunnen werken. De finesses van deze complexe materie liggen gelukkig voornamelijk op arbeidskundig en juridisch terrein. De verzekeringsarts kan – in welke context ook werkzaam – het participatiegedrag als adequaat kwalificeren wanneer een cliënt overtuigt met zijn inspanningen zijn arbeidsrol weer op een of andere manier op te pakken. Bij twijfel is overleg met de arbeidsdeskundige aangewezen.

De schaarse vakliteratuur gaat vrijwel niet in op medisch inhoudelijke aspecten van participatiegedrag. Omdat confrontaties daarover uiterst zeldzaam zijn bestaat er heel weinig jurisprudentie. Of per verzekeringsvorm verschillende eisen gesteld moeten worden aan de medische aspecten van participatiegedrag valt daardoor al helemaal niet te zeggen; hopelijk niet want de beoordeling is zonder dat al ingewikkeld genoeg. Het onzekere resultaat van veel geneeskundig handelen leent overigens zich niet gauw voor confrontaties. In de werkgroep werd daarbij nog opgemerkt dat overbehandeling een veel groter en vaker voorkomend probleem is, dan de noodzaak drang op een cliënt uit te oefenen zich (anders) te laten behandelen. In zoverre zou een eventueel dispuut over medische behandeling onder 'drang of dwang' bij de arbeidsongeschiktheidsverzekering een nogal academisch gehalte krijgen.

### **Uitvoering.**

In een cultuur van consensus die prioriteit geeft aan de rechtsbescherming van het individu zal het ook met dit protocol niet snel tot confrontaties over participatiegedrag komen. Een zorgvuldige beoordeling van participatiegedrag eist bovendien veel tijd en inspanning. Het valt te betwijfelen of verzekeringsartsen daar ruimte voor zullen krijgen, het management stelt immers 'productie' voorop. Dat geldt ook de bedrijfsgezondheidszorg, waar onder concurrentie met afbraaktarieven wordt gewerkt. En wanneer er hoe dan ook geen recht op uitkering bestaat valt er niets te sanctioneren, al is het participatiegedrag nog zo slecht. Een niet verstrekte arbeidsongeschiktheidsuitkering kan immers niet meer ingetrokken worden, hoewel de maatschappelijke schade wel kan neerslaan in (andere) werkloosheids- of bijstanduitkeringen. De beoordeling van participatiegedrag heeft daarom vooral betekenis als 'stok achter de deur'.

In de werkgroep werden uitvoerige discussies gevoerd met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties over de vraag of verzekerings- en bedrijfsartsen cliënten straffen voor inadequaat participatiegedrag door geen of weinig beperkingen vast te stellen. Dergelijk straffen is niet de bedoeling omdat wet en polisvoorwaarden voor deze situatie aparte clausules kennen, die juridisch toegepast en getoetst moeten worden. Maar aan de andere kant zullen geclaimde belemmeringen vaak niet overtuigen, wanneer de cliënt weinig of niets doet om van zijn probleem af te komen. In dat geval faalt de verzekeringsgeneeskundige toets aan de in het medisch arbeidsongeschiktheids criterium genoemde eisen van plausibiliteit en consistentie. En dat kan een gegronde aanleiding zijn om bij de claimbeoordeling tot minder – of helemaal geen - beperkingen te concluderen. Hierover is het laatste woord waarschijnlijk nog niet gesproken.

Het protocol participatiegedrag is vanaf maart 2010 te downloaden op [www.nvvg.nl](http://www.nvvg.nl).

*Simon Knepper, verzekeringsarts, rga  
secretaris werkgroep*

1. Wervelman EJ, De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering. Proefschrift Erasmus Universiteit december 2004. .
2. Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. 2005/10
3. Sackett DL e.a; Evidence Based Medicine. Churchill Livingstone, Edinburgh 2000.
4. Keirse. ALM; Wie is bang voor de schadebeperkingsplicht? Tijdschr.v. Vergoeding Personenschade 3/2002
5. Opdam M; Schadebeperking en de verplichting passende arbeid te verrichten Tijdschr.v.Vergoeding Personenschade 3/2009

