



**Verzekeringsgeneeskundige standaard 'Communicatie met behandelaars' (Mededeling 97.04 T, 14-01-97, Tica)**

**Inhoud:**

- Toelichting
- Mededeling 97.04 T
- Samenvatting
- Volledige tekst
- Standaarden. LISV 3.1. 01-10-97. Over de betekenis van standaarden, richtlijnen en protocollen.

**Toelichting**

Eén van de aanleidingen tot het tot stand komen van de verzekeringsgeneeskundige standaard 'Communicatie met behandelaars' is kritiek op de zorgvuldigheid van de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen door verzekeringsartsen.

Volgens de voorliggende standaard moet een verzekeringsarts niet alleen contact opnemen met één of meer behandelend artsen wanneer hij dat zelf nodig vindt, maar ook wanneer zijn cliënt dat nodig vindt, of wanneer hij met zijn cliënt van mening verschilt over de aard en ernst van diens beperkingen. Dit lijkt ons een belangrijke verbetering. Nu moet blijken in hoeverre verzekeringsartsen zich in de praktijk ook aan deze standaard zullen houden.

Enkele adviezen en opmerkingen naar aanleiding van deze standaard:

1. Al is deze standaard pas op 14 januari 1997 naar de bedrijfsverenigingen en uitvoeringsinstellingen gestuurd, er moest al eerder in de geest van de standaard gehandeld worden. Naar onze mening kon de verzekeringsarts altijd al onzorgvuldigheid worden verweten wanneer hij tegen de wens van betrokkene in geen behandelend artsen raadpleegde. In juni 1995 heeft de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid tegen de Tweede Kamer gezegd dat er bij de keuring meer overleg moet plaatsvinden tussen verzekeringsgeneeskundige en behandelende artsen. Tijdsdruk mag volgens hem voor de keuringsarts geen reden meer zijn om dit overleg niet te voeren. Volgens de staatssecretaris "kan het feit dat belanghebbende een dergelijk overleg nodig vindt een rol spelen bij de beslissing van de verzekeringsgeneeskundige tot een dergelijk overleg". Het TICA heeft in een brief aan de bedrijfsverenigingen (mededeling M 95.61, 14 juli 1995) gevraagd om met ingang van 17 juli 1995 reeds "zoveel als doenlijk is aandacht aan de toezeggingen van de staatssecretaris te besteden". Hierbij wordt met name genoemd "het betrekken van de wens van belanghebbende bij de afweging om in het kader van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid de curatieve sector te raadplegen, ook als dat er in individuele gevallen toe kan leiden dat de in het Cohortenbesluit opgenomen termijn voor herbeoordeling wordt overschreden".

2. Zorg ervoor dat uw behandelend arts goed zijn geïnformeerd over uw gezondheidstoestand en uw beperkingen en bespreek ook met hen wat hun kijk is op uw arbeids(on)geschiktheid, zodat u weet wat u aan hen hebt.
3. Wij denken dat schriftelijk contact tussen uw verzekeringsarts en uw behandelend arts meestal de voorkeur verdient boven mondeling (telefonisch) contact. Bij schriftelijk contact kunt u beter controleren welke informatie wordt uitgewisseld.
4. De verzekeringsarts mag geen informatie bij uw behandelend arts opvragen zonder uw toestemming.
5. De verzekeringsarts hoort zijn vraagstelling aan uw behandelend arts eerst aan u voor te leggen. Bent u het met deze vraagstelling niet eens of wilt u aanvullingen, dan kunt u dat zeggen. Zie voor relevante vragen die aan een arts gesteld kunnen worden in het kader van een keuringprocedure onze uitgave "Informatiesetje Bezwaar en Beroep" (bestelcode BB).
6. Wanneer de verzekeringsarts contact opneemt met uw behandelend arts op uw verzoek of omdat hij met u van mening verschilt hoeft hij de verzekeringsarts geen vragen te stellen, maar alleen zijn advies en zijn argumenten aan hem voor te leggen. Het kan dus zijn dat uw behandelend arts zich dan niet geroepen voelt om te reageren. U kunt hem desgewenst vragen om dat wel te doen.
7. Wanneer de verzekeringsarts contact op zal nemen met uw behandelend arts, kunt u het beste een afspraak maken met uw behandelend arts, om samen te bespreken hoe hij zal reageren. U kunt hem dan ook van relevante informatie voorzien, zoals de "Richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium", die bij de Steungroep besteld kan worden (bestelcode RMAO). Ook kan het zinvol zijn om aan uw arts de eerdergenoemde vragen uit het "Informatiesetje Bezwaar en Beroep" (bestelcode BB) voor te leggen, zodat hij weet welke informatie in het kader van een keuring van belang kan zijn.
8. Wil de verzekeringsarts, in strijd met de standaard, geen contact opnemen met uw behandelend arts(en), dan kunt u een klacht indienen bij de directeur van de desbetreffende uitvoeringsinstelling. Voor een goede afhandeling is het aan te bevelen duidelijk "Klacht" boven uw brief te zetten en uw klacht zo uitgebreid mogelijk toe te lichten. U zou de Steungroep ter informatie een kopie kunnen sturen.



Aan de besturen van de bedrijfsverenigingen  
 Aan de directies van de uitvoeringsinstellingen

Algemeen telefoonnummer

020 504 75 00

Faxnummer

020 504 75 55

Postadres

Postbus 74765

1070 BT Amsterdam

Datum

14-01-1997

Onderwerp

**TECHNISCH VOORSCHRIFT:**  
 standaard 'Communicatie met behandelaars'

Dames en heren,

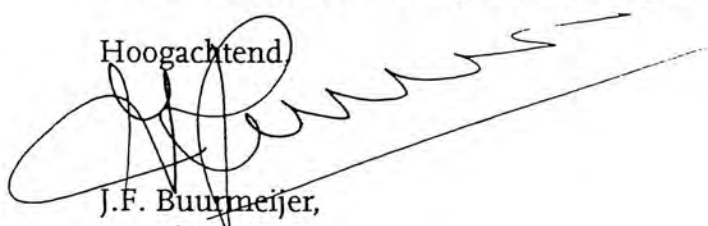
Hierbij bieden wij u de verzekeringsgeneeskundige standaard '*Communicatie met behandelaars*' aan. Voor de voorgeschiedenis en context verwijzen wij naar de inleiding. De standaard heeft een zuiver inhoudelijk karakter en gaat daarom niet in op de betaling.

Organisaties van cliënten, de rechterlijke macht, politici en bestuurders leggen de laatste jaren veel nadruk op het belang van een zorgvuldige beoordeling. Zorgvuldigheid blijkt in hun visie onder meer uit het op geëigende momenten overleggen met behandelend artsen. Daarom verwachten wij voor de praktijk mogelijk een toename van het gebruik van formele indicaties, nu deze opvatting over zorgvuldigheid in de standaard vastgelegd is. De omvang van dit effect is moeilijk in te schatten omdat wij niet weten in hoeverre de praktijk zich daar al naar gericht heeft. De op dit moment insufficiënte registratie van het overleg met behandelend artsen komt nog aan de orde in het Tica-project over de betaling van het informatieverkeer.

De ontwikkelgroep, samengesteld uit bedrijfs- en verzekeringsartsen, was van mening dat de standaard geldig zou moeten zijn voor beide beroepsgroepen, reden waarom beiden in de standaard genoemd worden. De reikwijdte van deze Tica-mededeling is uiteraard beperkt tot de uitvoeringsinstellingen. Er is een handzame samenvatting voor praktijkgebruik toegevoegd.

Met de leden van de PVG is afgesproken, dat de implementatie en scholing door de uitvoeringsinstellingen zelf ter hand genomen zullen worden. Wij verwachten dat u eventuele knelpunten bij de uitvoering ook via dit platform kenbaar maakt.

Hoogachtend

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

J.F. Buurmeijer,  
voorzitter

bijl.



**Tica**

## standaard 'Communicatie met behandelaars'

richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars  
versie voor praktijkgebruik:

### **Uitgangspunt**

De cliënt is de belangrijkste bron van informatie over zijn arbeidsmogelijkheden en beperkingen, klachten, problemen en gezondheidstoestand. Daarom vormt de bedrijfs-/verzekeringsarts zich altijd eerst een beeld van de opvattingen daarover van de cliënt. Aanvullend kan behoefte bestaan aan communicatie met de behandelaar.

### **Indicaties**

Er bestaan inhoudelijke en formele indicaties voor communicatie.

Bij inhoudelijke indicaties gaat het om het vragen naar of het geven van noodzakelijke informatie:

- a) *arbeidsgezondheidskundige en gezondheidskundige indicaties;*
- b) *de cliënt is niet in staat feitelijke informatie te geven;*
- c) *de cliënt kan slechts globale informatie geven;*
- d) *de bedrijfs-/verzekeringsarts twijfelt aan de plausibiliteit van de informatie die de cliënt geeft.*

De bedrijfs-/verzekeringsarts heeft inhoudelijke gegevens van de behandelaar nodig om zijn advies te kunnen onderbouwen óf hij wil feitelijke informatie omtrent zijn bevindingen verstrekken aangezien die voor de behandelaar van belang kunnen zijn.

Bij formele indicaties staan eisen van zorgvuldigheid voorop:

- a) *de cliënt appelleert aan uitspraken van zijn behandelend arts over zijn leefregels of zijn arbeidsongeschiktheid die de bedrijfs-/verzekeringsarts niet deelt;*
- b) *de cliënt dringt aan op overleg met zijn behandelaar;*
- c) *er is een verschil in perceptie over de ernst van het probleem van de cliënt tussen de bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt;*
- d) *er dreigt een conflict tussen de bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.*

De bedrijfs-/verzekeringsarts stelt de behandelaar op de hoogte van zijn advies en de argumenten die hij daarvoor heeft. De behandelaar bepaalt of hij wil reageren en in hoeverre.

### **Vraagstelling**

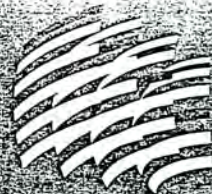
De bedrijfs-/verzekeringsarts verstrekt eerst zelf informatie - waaronder zijn voorlopige mening - om daarna informatie van de behandelaar te vragen. De bedrijfs-/verzekeringsarts streeft naar overleg.

**Methodiek**

De bedrijfs-/verzekeringsarts bespreekt zijn vraagstelling en de indicatie voor communicatie met de cliënt. Communicatie vindt pas plaats nadat de cliënt diegene die daar het initiatief toe neemt een gerichte schriftelijke toestemming (machtiging) gegeven heeft. Informatie-uitwisseling kan leiden tot communicatie in bredere zin, zoals overleg en afstemming: de machtiging is daarop ingericht. De bedrijfs-/verzekeringsarts gaat hier in principe vanuit; de behandelaar bepaalt in hoeverre hij verder wil gaan dan alleen het verstrekken van feitelijke informatie. Vooraf bespreekt hij met de cliënt hoe de terugkoppeling naar aanleiding van communicatie zal plaatsvinden.

**Vorm**

Afhankelijk van de situatie kan zowel voor mondelinge als voor schriftelijke communicatie gekozen worden. Bij mondelinge communicatie legt de bedrijfs-/verzekeringsarts de essentie vast in het dossier.



Tica

## Communicatie met behandelaars

richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars

standaard

December 1990

Tijdelijk Instituut voor de Coördinatie en Afstemming  
Buitenverdienschaar, Amsterdam

## Colofon

### Samenstelling Projectgroep standaard communicatie met behandelaren:

Dhr. E.H. Groenewegen  
Dhr. A.A.W. Haver  
Dhr. C.A. de Jong  
Mw. D. van Klarbergen, eindredactie  
Dhr. S. Knepper  
Dhr. A.L.M. de Kok  
Dhr. I.K. Kwa  
Dhr. H.E.A. Roelofs  
Mw. I. Rijpstra

Dhr. F. Meulenberg, adviseur

### Organisatie:

De Twaalf Provinciën  
GAK Nederland  
Cadans  
NSPH  
Tica  
USZO  
GAK Nederland  
Detam Arbo  
Arbodienst Zwolle

Ned. Huisartsen Genootschap

Uitgave: TIJDELIJK INSTITUUT VOOR COÖRDINATIE EN AFSTEMMING (TICA)  
Buitenveldertselaan 3  
1082 VA Amsterdam  
Tel. 020-504 75 00, Fax 020- 504 75 55



# Inhoudsopgave

	pagina
<b>1. INLEIDING</b>	<b>5</b>
1.1 Recente voorgeschiedenis	5
1.2 Sociaal-medische begeleiding	5
1.3 Directe aanleiding	5
1.4 Projectgroep standaard 'Communicatie met Behandelars'	6
1.5 Werkwijze	6
1.6 Opbouw standaard	7
<b>2. STANDAARD 'COMMUNICATIE MET BEHANDELAARS'</b>	<b>8</b>
Doel standaard	8
<b>2.1 Indicatiestelling</b>	<b>8</b>
2.1.1 Inhoudelijke indicaties	8
2.1.2 Formele-indicaties	9
<b>2.2 Vraagstelling</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Methodiek</b>	<b>10</b>
2.3.1 Informed consent	10
2.3.2 Machtiging	10
2.3.3 Vorm communicatie	10
2.3.4 Terugkoppeling cliënt	11
<b>3. TOELICHTING</b>	<b>12</b>
Doel standaard	12
Begrippen	12
Reikwijdte standaard	13
<b>3.1 Indicatiestelling</b>	<b>13</b>
3.1.1 Inhoudelijke indicaties	14
3.1.2 Formele indicaties	15
<b>3.2 Vraagstelling</b>	<b>16</b>
<b>3.3 Methodiek</b>	<b>16</b>
3.3.1 Informed consent	17
3.3.2 Machtiging	17
3.3.3 Vorm communicatie	18
3.3.4 Terugkoppeling cliënt	18
<b>LITERATUUR</b>	<b>19</b>

# 1. INLEIDING

## 1.1 Recente voorgeschiedenis

In de jaren 1993 - 1996 wijzigden de Ziektewet en de arbeidsongeschiktheidswetten ingrijpend. Bij de evaluatie werd onder andere kritiek geuit op de communicatie tussen de verzekeringsartsen en de behandelend artsen in het kader van de sociaal-medische begeleiding. Rapporten van onder meer het College Toezicht Sociale Verzekeringen (Ctsv)<sup>1</sup>, het Hugo Sinzheimer Instituut<sup>2</sup>, het Breed Platform Verzekeringen<sup>3</sup>, het landelijk WAO-platform<sup>4</sup> en het Christelijk Nationaal Vakverbond (CNV)<sup>5</sup> signaleren dat verzekeringsartsen te weinig contact zoeken met behandelend artsen. Ook zouden zij onvoldoende rekening houden met de opvatting van de behandelend arts. Onderzoek in opdracht van de Federatie van Bedrijfsverenigingen (FBV) enige jaren geleden wees overigens uit dat huisartsen en medisch specialisten zélf zelden contact opnemen met verzekeringsartsen<sup>6</sup>.

## 1.2 Sociaal-medische begeleiding

De problematiek is niet nieuw. Al sinds de zestiger jaren wordt de communicatie en afstemming tussen sociaal-geneeskundigen, bedrijfs-/verzekeringsartsen en de (para)medische hulpverlening als moeizaam ervaren. In 1983 vroeg het Kabinet de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) om advies, waarin het doorbreken van de scheiding tussen 'behandeling' en 'controle' als een optie vóórkam<sup>7</sup>. Deze stap ging de NRV te ver; in december 1987 adviseerde de Raad een aantal modellen die niet meer waren dan varianten van de bestaande situatie<sup>8</sup>. Daarop verscheen in juni 1992 een standpunt van het Kabinet over sociaal-medische begeleiding dat voor het eerst de werkgever beschouwde als primair verantwoordelijke voor ziekteverzuim. Op de kwestie van de communicatie werd niet ingegaan. In december 1991 en april 1993 kwam de communicatie tussen de betrokken artsen aan de orde tijdens de door het Ministerie van Volksgezondheid Wetenschap en Sport (VWS) geëntameerde conferenties van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) over arbeidsongeschiktheid. Tijdens deze conferenties werd het belang van een actieve betrokkenheid van behandelend artsen benadrukt<sup>9</sup>. Ook op de conferentie van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) 'GGZ en Arbeid' in september 1994 werd geconstateerd dat het behoud en herstel van functioneren in arbeid een belangrijk onderdeel van de behandeling van psychische klachten zou moeten zijn. Het schort echter aan de communicatie tussen de betrokken sectoren<sup>10</sup>.

Inmiddels heeft het Ministerie van VWS voorstellen gedaan voor een meerjarig samenhangend programma ter verbetering van de samenwerking tussen arbodiensten en (para)medische behandelaars. Het betreft projecten, experimenten en onderzoek (PEO-programma).

## 1.3 Directe aanleiding

Twee omstandigheden vormen de directe aanleiding voor het ontwikkelen van een standaard; namelijk de behoefte van de sociaal-geneeskundige beroepsgroep zelf enerzijds en de kritiek van cliënten, onderzoekers en de politiek anderzijds.

Wat het laatste punt betreft reageerde de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in juni 1995 op de recente kritiek aangaande de communicatie met de behandelend arts bij de beoordeling van langdurige arbeidsongeschiktheid. Hij deed de Kamer de toezegging richtlijnen te laten ontwikkelen en vroeg het Tica op 30 juni 1995 voor dit probleem een richtlijn op te stellen<sup>11</sup>. De aanbeveling om tot protocollering te komen was

kort daarvoor ook gedaan door de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ)<sup>12</sup> en de KNMG<sup>13</sup>. De noodzaak werd vervolgens onderstreept door een rapport van een werkgroep uit de sectoren bestuursrecht van de Arrondissementsrechtbanken, waarin eisen worden gesteld aan de verantwoording van het overleg met de behandelend arts in juridische procedures aangaande de ZW/AAW/WAO<sup>14</sup>.

Binnen de beroepsgroep van bedrijfs-/verzekeringsartsen zelf wordt de communicatie met de behandelaars ook al langer als een probleem ervaren. Ondanks het formuleren van gerichte vraagstellingen ontvangen bedrijfs-/verzekeringsartsen regelmatig geen of geen gerichte antwoorden. Dit kan komen doordat behandelaars soms terughoudend zijn met het verstrekken van informatie, o.a. omdat zij menen dat dat mogelijk niet in het belang is van hun relatie met de patiënt.

De KNMG heeft al in 1949 richtlijnen geformuleerd voor informatie-uitwisseling in het zogenaamde 'Groene Boekje'<sup>15</sup>. Deze richtlijnen zijn nadrukkelijk geschreven vanuit het perspectief van de behandelend arts. De richtlijnen benadrukken het belang van *schriftelijke gegevensuitwisseling*; communicatie in de zin van overleg en afstemming is dan vrijwel onmogelijk. Daardoor functioneren de richtlijnen in de praktijk vaak niet. Het is maar de vraag of dát in het belang is van de patiënt/cliënt.

Overigens formuleerde de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde in 1992 een protocol voor de communicatie met behandelaars, waar deze standaard mede op gebaseerd is<sup>16</sup>.

#### **1.4 Projectgroep standaard communicatie met behandelaars**

Aan de gezamenlijke opleiding van bedrijfs-/verzekeringsartsen aan de NSPH in Utrecht is in februari 1995 het initiatief genomen tot standaardenontwikkeling. In overleg met het Tica werd besloten de communicatie met de (para)medische behandelaar als onderwerp te kiezen, gezien de geschetste problematiek en het belang van de patiënt bij een goede communicatie. Het Platform Verzekeringsgeneeskunde (PVG) die het Tica vakinhoudelijk adviseert namens de uitvoeringsinstellingen, stemde daarmee in. In juni 1995 ging het Tica tenslotte akkoord met opzet en planning.

De projectgroep bestond uit negen verzekeringsartsen en bedrijfsartsen waarvan er acht als zodanig werkzaam zijn. Deze samenstelling beoogde te bereiken dat inhoudelijke en procedurele eisen die aan de communicatie gesteld worden integrale geldingskracht kunnen krijgen voor het gehele traject van arbodienstverlening én sociaal-medische begeleiding bij preventie, signalering van gezondheidsschade, verzuim en arbeidsongeschiktheid. Eén verzekeringsarts nam deel namens het Tica. Een stafmedewerker standaardenontwikkeling van het Nederlands Huisartsen Genootschap en een methodoloog vervulden, op afroep, de rol van adviseur.

#### **1.5 Werkwijze**

De werkgroep is medio 1995 gestart met het opstellen van deze standaard. Voorjaar 1996 is een eerste concept voorgelegd aan 70 bedrijfsgeneeskundigen en verzekeringsartsen in het veld. De belangrijkste discussiepunten uit het voortraject zijn aan deze vakgenoten voorgelegd in de vorm van een tiental stellingen. De uitkomsten zijn statistisch verwerkt. In combinatie met de spontaan gemaakte opmerkingen, waar nadrukkelijk naar is gevraagd, hebben deze gegevens een belangrijke rol gespeeld in de bewerking van dit concept. Daarnaast is het eerste concept, zonder de stellingen, voorcommentaar voorgelegd aan betrokken deskundigen, beroepsverenigingen en organisaties van cliënten/patiënten. Ook deze commentaren zijn zorgvuldig bestudeerd en hebben tot enige bijstellingen van het concept geleid.

De ontwikkeling vond plaats aan de NSPH, in opdracht van het Tica. De eindredactie beruiste bij mevrouw D. van Klarbergen, verzekeringsarts-stafmedewerker.

### 1.6 Opbouw standaard

Eerst zijn doel en essentie van de standaard weergegeven en vervolgens de inhoud:

- wanneer communiceer je? : de 'indicatiestelling';
- waarover communiceer je? : de 'vraagstelling'; en
- hoe communiceer je? : de 'methodiek'.

Daarna volgt een uitgebreide toelichting op de genoemde onderdelen. De toelichting vormt één geheel met de weergave van de essenties. In de toelichting worden de in de standaard ingenomen standpunten geëxpliciteerd en onderbouwd. De in de standaard gebruikte begrippen 'communicatie', 'beoordeling' en 'behandelaar' worden hier verklaard en de reikwijdte van de standaard wordt aangegeven.

## 2. STANDAARD 'COMMUNICATIE MET BEHANDELAARS'

### Doel standaard

Doel van de standaard is het geven van richtlijnen voor de communicatie met behandelaars op initiatief van bedrijfs-/verzekeringsartsen. De intentie van de standaard bestrijkt het hele traject van dienstverlening door arbodiensten en sociale verzekering; dat wil zeggen ten behoeve van preventie, signalering van gezondheidsschade, beoordeling en begeleiding van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Advisering en beoordeling maken een essentieel onderdeel uit van deze activiteiten. De communicatie kan zowel betrekking hebben op de aard en de behandeling van de gezondheidsklachten van de cliënt, als de voorwaarden waaronder de cliënt daarmee kan functioneren.

Het is toegestaan waar nodig van de richtlijnen af te wijken, mits dat gemotiveerd wordt.

### 2.1 Indicatiestelling

Er gelden drie uitgangspunten:

1. De cliënt is de voornaamste bron van informatie over zijn klachten, problemen en gezondheidstoestand.
2. De bedrijfs-/verzekeringsarts vormt zich altijd éérst in een persoonlijk contact met de cliënt een beeld van diens probleem, voordat hij contact opneemt met de behandelaar.
3. Communicatie met de behandelaar op specifieke indicatie heeft aanvullende betekenis ten opzichte van de eigen beoordeling.

Er zijn twee indicatiegebieden voor communicatie met de behandelaar, namelijk *inhoudelijke* en *formele*. Het onderscheid is niet absoluut.

#### 2.1.1 Inhoudelijke indicaties

Bij inhoudelijke indicaties staat het vragen naar of geven van informatie voorop. De verzekeringsarts heeft inhoudelijke gegevens van de behandelaar nodig om informatie die de cliënt gegeven heeft aan te vullen of te toetsen. Ook is het mogelijk dat hij de behandelaar feitelijk wil informeren over bevindingen, die in het kader van diagnostiek of therapie nadere aandacht behoeven.

1. Arbeidsgezondheidskundige en gezondheidskundige indicaties.

In het kader van preventie of arbeidsreïntegratie kan communicatie met de behandelaar geïndiceerd zijn. Bevindingen bij het onderzoek, uitgevoerd door de bedrijfs-/verzekeringsarts, kunnen een indicatie vormen om de behandelaar daarover te informeren.

2. De cliënt is niet in staat feitelijke informatie te geven.

Er kan specifieke informatie nodig zijn. Dit betreft feitelijke bevindingen van medische aard.

3. De cliënt kan slechts globale informatie geven.

De medische informatie die de cliënt geeft of het beeld dat de cliënt heeft van zijn eigen probleem, roept bij de bedrijfs-/verzekeringsarts vragen op omtrent aard en omvang van de achterliggende problematiek.

4. De bedrijfs-/verzekeringsarts betwijfelt de plausibiliteit van de informatie die de cliënt geeft. Op grond van zijn medische kennis en indruk trekt de bedrijfs-/verzekeringsarts de feitelijke juistheid in twijfel van relevante informatie die de cliënt geeft. Er bestaat dan behoefte aan toetsing van de mededelingen van de cliënt.

### 2.1.2 Formele indicaties

Bij formele indicaties staan eisen van zorgvuldigheid voorop, zoals die in het algemeen door de cliënten zelf en de rechterlijke macht als redelijk ervaren worden. In deze gevallen kan de bedrijfs-/verzekeringsarts daaraan voldoen door de behandelaar mondeling of schriftelijk te informeren over zijn beoordeling. De behandelaar kan daarop reageren, indien en voorzover hij dat zelf wenst.

1. De cliënt appelleert aan uitlatingen van zijn behandelend arts over zijn leefregels of zijn arbeidsongeschiktheid die de bedrijfs-/verzekeringsarts na eigen onderzoek niet deelt.

Indien het verschil van mening relevant is, dient nagegaan te worden of het eigenlijk wel bestaat. Als dit het geval is kan het uitwisselen van feitelijke gegevens er toe leiden, dat het verschil van mening verdwijnt. Als blijkt dat het een verschil *van inzicht* betreft, is overleg aangewezen om dit verschil, met uitwisseling van argumenten, *zo mogelijk* weg te nemen.

2. De cliënt dringt aan op overleg met zijn behandelaar.

In principe moet de cliënt zélf de feiten en argumenten aanvoeren die duidelijk maken wat zijn probleem is. De wens van de cliënt kan een teken zijn voor de bedrijfs-/verzekeringsarts dat de communicatie met de cliënt niet goed verloopt. De bedrijfs-/verzekeringsarts legt de cliënt daarom nogmaals uit, waarom hij het niet nodig vindt contact te leggen met zijn behandelaar. Indien de cliënt persisteert, honoreert de bedrijfs-/verzekeringsarts diens verzoek.

3. Er is een verschil in perceptie over de ernst van het probleem van de cliënt tussen bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.

In deze situatie wordt niet zozeer de geloofwaardigheid van de verkregen informatie in twijfel getrokken, maar speelt de beleving van zijn klachten en mogelijkheden door de cliënt een belangrijke rol.

4. Er dreigt een conflict tussen de bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.

De bedrijfs-/verzekeringsarts heroverweegt bovenstaande indicaties. Indien hij meent goed en volledig geïnformeerd te zijn, legt hij in het dossier vast dat de advisering en de indicatie(s) tot communicatie zijn heroverwogen en  *motiveert* expliciet waarom hij geen contact met de behandelend arts nodig acht. De bedrijfs-/verzekeringsarts stuurt in zulke gevallen minimaal het advies met de onderliggende rapportage aan de behandelaar toe, met de mogelijkheid binnen een aangegeven termijn spontaan te reageren.

## 2.2 Vraagstelling

*De inhoud van de vraagstelling wordt bepaald door de indicatie*

De bedrijfs-/verzekeringsarts *streeft naar overleg*, tenzij het doel alleen het verstrekken van informatie betreft.

Bij het streven naar overleg *verstrekt* de bedrijfs-/verzekeringsarts informatie aan de behandelaar en *vraagt* om informatie. Het verstrekken van informatie én het vragen naar informatie heeft betrekking op:

- \* gegevens van feitelijke aard;
- \* interpretatie van feiten;
- \* mening over de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren en de consequenties voor het beleid.

De vraagstelling moet altijd zo concreet en gericht mogelijk zijn.

Het verdient aanbeveling te eindigen met de vraag of de behandelaar nog opmerkingen heeft die hij van belang acht voor de beeldvorming van de bedrijfs-/verzekeringsarts.

## **2.3 Methodiek**

### **Uitgangspunt**

Communicatie met behandelaars vindt eerst plaats nadat dit voornemen persoonlijk met de cliënt is besproken.

#### **2.3.1 Informed consent**

De bedrijfs-/verzekeringsarts bespreekt de indicatie- en vraagstelling met de cliënt.

In dat gesprek komt aan de orde:

- \* met welke behandelaar hij contact wil opnemen;
- \* welke informatie hij denkt te vragen;
- \* welke gegevens hij zelf zal verstrekken;
- \* welke voorlopige mening hij kenbaar zal maken;
- \* wat het verloop van de procedure daarna zal zijn.

Indien de cliënt zijn toestemming onthoudt legt de bedrijfs-/verzekeringsarts dit vast in het dossier en formuleert vervolgens zo mogelijk zijn oordeel zonder contact met de behandelaar. Informed consent vereist niet dat de cliënt van tevoren integraal kennis hoeft te nemen van de tekst van de brief met daarin de vraagstelling en het daaropvolgende antwoord van de behandelaar. De correspondentie is wel onderworpen aan het inzage- en correctierecht.

#### **2.3.2 Machtiging**

Diegene die het initiatief neemt tot communicatie verzoekt de cliënt om een schriftelijke machtiging.

Met de machtiging staat de cliënt zowel de bedrijfs-/verzekeringsarts als zijn behandelaar toe onderling die informatie uit te wisselen vallend binnen het kader van zijn gerichte toestemming. De machtiging vermeldt minimaal:

- \* de persoonsgegevens van de cliënt;
- \* de naam en functie van de bedrijfs-/verzekeringsarts;
- \* de naam en functie van de behandelaar;
- \* het privaat- of publiekrechtelijk kader waarin de informatie-uitwisseling plaats vindt (zoals Arboret, WULBZ, deskundigen oordeel, AAW/WAO, diverse particuliere (aanvullende) arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, etc.);
- \* het doel van de informatie-uitwisseling;
- \* de onderwerpen van overleg;
- \* plaats, datering en ondertekening door de cliënt.

Een machtiging is gebonden aan doel, onderwerp en kader, en hooguit één jaar geldig.

#### **2.3.3 Vorm communicatie**

De vorm van de communicatie wordt bepaald door de situatie.

Afhankelijk van de situatie kan zowel mondelinge als schriftelijke communicatie adequaat zijn. De keuze wordt bepaald door een combinatie van inhoudelijke en praktische

afwegingen, waarin uiteraard ook het standpunt van de cliënt is meegewogen. Derhalve zijn beide vormen toegestaan.

Bij mondelinge communicatie legt de bedrijfs-/verzekeringsarts de essentie van het besprokene vast in het dossier.

#### **2.3.4 Terugkoppeling cliënt**

De bedrijfs-/verzekeringsarts bespreekt met de cliënt vooraf of er na communicatie met de behandelaar contact zal plaats vinden met de cliënt.

De bedrijfs-/verzekeringsarts communiceert met de behandelaar onder andere om de beeldvorming te completeren, of te toetsen. De communicatie kan tot bijstelling van voorlopige beeldvorming en/of het advies leiden; ook eerder afgesproken procedures zouden kunnen wijzigen. Er moet vooraf besproken worden hoe de cliënt in kennis wordt gesteld bij eventuele wijzigingen.



### 3. TOELICHTING

#### Doel standaard

Een standaard is een stelsel van richtlijnen met betrekking tot een bepaald onderwerp waaraan beroepsgenoten zich bij de uitoefening van hun vak houden. De richtlijnen leggen het goede gebruik vast en vloeien waar mogelijk voort uit wetenschappelijke kennis en inzichten. Indien deze ontbreken of niet eenduidig zijn, berusten ze op consensus binnen de beroepsgroep.

Het zich verbinden aan dergelijke richtlijnen beperkt enerzijds in individuele gevallen de vrijheid van handelen van de deskundige maar brengt anderzijds diens professionaliteit op een hoger niveau.

Over het onderwerp van deze standaard werd weinig wetenschappelijke kennis aangetroffen. De standaard is gebaseerd op consensus binnen de projectgroep, die haar mening toetste in een commentaarfase via een steekproef binnen de beroepsgroep en daarbuiten.

Deze richtlijnen zijn in de eerste plaats bedoeld als leidraad en referentiekader voor de sociaal-geneeskundige beroepsgroep. Met behulp daarvan kunnen afwegingen om contact met de behandelaar op te nemen en de manier waarop dat gebeurt op een meer verantwoorde en reproduceerbare wijze worden gemaakt. Het uitgangspunt daarbij is dat de bedrijfs-/verzekeringsarts het initiatief tot die communicatie neemt indien hij verwacht dat dit toegevoegde waarde heeft. Communicatie is zeker van essentieel belang bij het signaleren van gezondheidsproblematiek en gezondheidsrisico's door bedrijfs-/verzekeringsarts. Ook is de opvatting van de behandelaar van belang bij uitvoering van preventieve en ziekteverzuimbegeleidende taken, naast de beoordelende.

De *behandelaar* heeft er belang bij goed geïnformeerd te zijn over beoordelingen door bedrijfs-/verzekeringsartsen, die consequenties kunnen hebben voor de arbeid en maatschappelijke positie van zijn patiënt. Deze standaard is dus ook voor de behandelaar van belang, opdat deze weet wat hij van zijn collega bedrijfs-/verzekeringsarts mag verwachten. Tenslotte zijn de richtlijnen bedoeld om de communicatie toetsbaar en inzichtelijk te maken voor de *cliënten*. Een neveneffect is dat de standaard normen geeft voor kwaliteitsborging en de doelmatigheid van de communicatie kan bevorderen.

Het is toegestaan waar nodig van de richtlijnen af te wijken, mits dat gemotiveerd wordt.

#### Begrippen:

##### *Communicatie*

Het brede begrip 'communicatie' omvat zowel het uitwisselen van feitelijke informatie als overleg en afstemming.

Bij de communicatie tussen bedrijfs-/verzekeringsarts met de behandelaar is er vrijwel altijd sprake van informatie-uitwisseling, omdat de bedrijfs-/verzekeringsarts die de behandelaar vraagt om informatie daarbij tegelijkertijd ook informatie verstrekt. Incidenteel zal het uitsluitend gaan om het verstrekken van informatie door de bedrijfs-/verzekeringsarts aan de behandelaar. De communicatie met behandelaars over gezondheidsproblemen die tevens tot disfunctioneren in het werk leiden, dient echter veel omvattender te zijn.

Er moet gelegenheid zijn voor het kennismaken van elkaars interpretaties van de feitelijke gegevens en de daarbij behorende onderbouwing en afwegingen. Het is niet noodzakelijk daarbij tot overeenstemming te komen.

De aanduiding 'informatie-uitwisseling' is te beperkt voor dit doel. Daarom is gekozen voor 'communicatie' hetgeen tevens overleg en afstemming omvat.

### *Beoordeling*

Onder 'beoordeling' wordt verstaan, het op basis van het contact met de cliënt zich een mening vormen over de mogelijkheden van de cliënt tot functioneren. Een dergelijke beoordeling van het probleem van de cliënt als startpunt, is noodzakelijk in het gehele traject van arbodienstverlening en sociaal-medische begeleiding en beoordeling, preventie, signalering van gezondheidsschade, verzuim en arbeidsongeschiktheid.

De communicatie met de behandelaar kan in heel dit traject van betekenis zijn en de ene keer leiden tot het verder invullen van de beeldvorming, terwijl het de andere keer leidt tot afstemming of toetsing van de mening van de bedrijfs-/verzekeringsarts.

### *Behandelaar*

In de standaard duidt 'behandelaar' op huisartsen en medisch specialisten, alsmede tandartsen en psychotherapeuten, ook wanneer zij geen arts zijn. Gezien diens centrale positie in de gezondheidszorg ligt het voor de hand dat vaak gekozen wordt voor communicatie met de huisarts.

Bij communicatie met andere behandelaars dan de hier bovengenoemden, zal de bedrijfs-/verzekeringsarts in ieder geval óók het uitgangspunt van het 'informed consent' hanteren. De richtlijnen van deze standaard zijn niet specifiek voor die situaties opgesteld maar de bedrijfs-/verzekeringsarts staat het uiteraard vrij ze ook dan te volgen.

Het is denkbaar dat de bedrijfs-/verzekeringsarts bij de begeleiding eerder voor een hier niet primair bedoelde behandelaar kiest. Indien gekozen wordt voor communicatie met deze andere behandelaars, fysiotherapeuten bijvoorbeeld, dan is de indicatiestelling voor de communicatie richtinggevend.

De begrenzing van de behandelaars is gekozen om de bedrijfs-/verzekeringsarts niet te verbinden aan praktisch moeilijk uitvoerbare verplichtingen op het nauwelijks af te grenzen terrein van paramedische en alternatieve behandeling.

De aanduiding 'curatieve sector' is niet gebruikt omdat deze minder duidelijk afgrenst welke behandelaars het in dit kader betreft.

### **Reikwijdte standaard**

De standaard beperkt zich tot de *rol van de bedrijfs-/verzekeringsarts in de communicatie met behandelaars*. In die gevallen waarin behandelaars initiatief tot communicatie nemen, is de standaard onverkort van toepassing voor het handelen van de bedrijfs-/verzekeringsarts. Op grond van de regel dat de initiatiefnemer de gerichte toestemming van de cliënt verzorgt, is in deze gevallen de behandelaar daarvoor verantwoordelijk. De bedrijfs-/verzekeringsarts dient zich er in dergelijke gevallen van te vergewissen, dat de cliënt zijn toestemming gegeven heeft.

De standaard is *niet* van toepassing op communicatie met werkgevers, in sociaal-medische teams, tussen artsen en andere deskundigen van arbodiensten en sociale verzekering, met particuliere verzekeraars, arbeidsbureaus, bemiddelingsinstellingen, GGD'en, advocaten of rechtsbijstandskantoren en de rechterlijke macht. Hiervoor worden normen geformuleerd in de richtlijn 'beheer en verkeer van gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim'.

## **3.1 Indiciestelling**

### **Uitgangspunt 1:**

Het uitgangspunt voor de indicatiestelling is dat de *cliënt zelf* primair de gelegenheid moet krijgen om uit te leggen wat zijn probleem is. Artikel 448 WGBO<sup>17</sup> vereist dat de behandelend arts zijn patiënt zorgvuldig informeert. Dit brengt met zich mee dat de cliënt in principe in staat moet zijn, zonder tussenkomst van zijn behandelend arts, de relevante feiten aangaande

zijn gezondheid bij de bedrijfs-/verzekeringsarts voor het voetlicht te brengen. Niet de arts, maar de cliënt is de spil in de communicatie over wat immers *zijn* probleem, *zijn* werk of uitkering, *zijn* gegevens en medisch geheim is. Dit betekent onder meer dat indien de cliënt wil dat zijn behandelend arts informatie verstrekt, het niet hoofdzakelijk als een verantwoordelijkheid van de bedrijfs-/verzekeringsarts beschouwd kan worden dit daadwerkelijk te realiseren.

#### **Uitgangspunt 2:**

Het uitgangspunt van *persoonlijk contact met de cliënt* impliceert ook telefonisch contact en behoeft dus niet altijd een spreekuuronderzoek te zijn. Alleen wanneer de cliënt daar niet toe in staat is vervalt de regel eerst persoonlijk contact te hebben. In dat geval start het onderzoek op basis van informatie van familie, bekenden of andere naasten.

#### **Uitgangspunt 3:**

Het uitgangspunt dat communicatie met zijn behandelaar *aanvullende betekenis* behoort te hebben, vloeit voort uit de overtuiging dat de behandelaar niet de verantwoordelijkheid van de cliënt kan overnemen om relevante informatie aan de bedrijfs-/verzekeringsarts te verstrekken of niet te verstrekken. Dat zou immers er toe kunnen leiden dat de bedrijfs-/verzekeringsarts en de behandelaar de problemen van de cliënt bespreken buiten diens medeweten en daar mogelijk zelfs afspraken over maken. Er zijn zeldzame uitzonderingen op deze regel, zoals bijvoorbeeld bij cliënten die hun situatie niet kunnen bevatten.

### **3.1.1 Inhoudelijke indicaties**

#### **1. *Arbeidsgezondheidskundige en gezondheidskundige indicaties.***

De bedrijfs-/verzekeringsarts kan behoefte hebben aan communicatie met de behandelaars, om de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt beter te kunnen inschatten bij preventie, signalering van gezondheidsschade, als verzuim reeds bestaat of bij reïntegratie-activiteiten. De bevindingen bij het onderzoek door de bedrijfs-/verzekeringsarts kunnen een indicatie vormen tot communicatie met de behandelaar omdat behandeling geïndiceerd is. Te denken valt aan de bevinding bij een aanstellingsonderzoek of bij een PAGO. Dit kan van belang zijn bij de diagnose en behandeling van een (vermoede) beroepsziekte.

Ook kan blijken dat de behandeling onvoldoende is afgestemd op de arbeidseisen, zoals sederende medicatie voor een cliënt die bijvoorbeeld aan een draaiende machine werkt. Soms kan de behandeling zelf voor discussie vatbaar blijken, bijvoorbeeld pijnstillers bij een niet eerder onderkende depressie of een chroniciteit bevorderend verwijspatroon. De bedrijfs-/verzekeringsarts kan in de werksituatie observaties doen die de behandelaar onthouden blijven. In deze laatste gevallen ligt het accent wederom op overleg, en zo mogelijk, op afstemming.

#### **2. *De cliënt is niet in staat feitelijke informatie te geven.***

Bij *specifieke feitelijke informatie* kan gedacht worden aan uitslagen van longfunctie-onderzoek, ergometrie of allergologisch onderzoek, (neuro)psychologisch onderzoek, oude medische gegevens bij vragen over arbeidsongeschiktheid in het verleden, diagnose, prognose en behandeling.

#### **3. *De cliënt kan slechts globale informatie geven.***

Vaak kan de bedrijfs-/verzekeringsarts volstaan met *globale medische informatie*, aangezien het kunnen functioneren niet alleen bepaald wordt door de ernst van het ziektebeeld. De informatie kan echter té globaal zijn wanneer de cliënt onvoldoende begrip heeft van zijn ziekte of deze zelfs ontkent. Dit kan in allerlei situaties vóórkomen maar met name bij minder begaafde cliënten of bij een taalbarrière. Ook wanneer de bedrijfs-

/verzekeringsarts gebruik maakt van een tolk is het mogelijk dat de cliënt zijn behandelaar niet begrijpt.

4. *De bedrijfs-/verzekeringsarts betwijfelt de plausibiliteit van de informatie die de cliënt geeft.*

Om allerlei redenen kan bij de bedrijfs-/verzekeringsarts twijfel rijzen aan de juistheid van de mededelingen van de cliënt. De bedrijfs-/verzekeringsarts kan de cliënt verkeerd begrijpen en de cliënt kan de mededelingen van zijn behandelaar niet goed begrepen hebben of verkeerd weergeven. Daarbij hoeft geen sprake te zijn van opzet.

### 3.1.2 Formele indicaties

Formele indicaties hebben primair een procesmatig karakter - toepassen van hoor en wederhoor - maar ook een inhoudelijk karakter: de verzameling van feiten zo volledig mogelijk maken om de marge van onzekerheid van de beoordeling te verkleinen.

1. *De cliënt appelleert aan uitspraken van zijn behandelend arts over zijn leefregels of zijn arbeidsongeschiktheid die de bedrijfs-/verzekeringsarts na eigen onderzoek niet deelt.*

Deze indicatie bestaat ook wanneer de behandelaar langs andere wegen zijn mening kenbaar gemaakt heeft, zoals kan blijken uit een attest.

2. *De cliënt dringt aan op overleg met zijn behandelaar.*

Terughoudendheid ten aanzien van dit punt is gepast en vloeit voort uit de overweging dat het niet de bedoeling is dat de cliënt de onderbouwing van zijn aanspraken delegeert aan zijn behandelaar. Hij kan zijn behandelaar bovendien in een rolconflict brengen.

Uiteindelijk zal de wens van de cliënt om met zijn behandelaar te overleggen, gehonoreerd moeten worden. Dit berust op de overtuiging dat het verschil in positie tussen bedrijfs-/verzekeringsarts en cliënt zoveel mogelijk gecompenseerd moet worden<sup>15</sup>.

3. *Er is een verschil in perceptie over de ernst van het probleem van de cliënt tussen bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.*

Indien de cliënt een *klachtenbeleving* heeft die de bedrijfs-/verzekeringsarts niet begrijpt, bestaat het risico dat hij de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren onjuist inschat. Enerzijds kan dat ertoe leiden dat de bedrijfs-/verzekeringsarts mogelijkheden veronderstelt die de cliënt niet kan waarmaken, anderzijds dat hij ten onrechte onvermogen aanneemt.

Het gaat in deze omstandigheden niet zozeer om de geloofwaardigheid van de klachten. De communicatie zal vooral op het bereiken van overleg en zo mogelijk afstemming gericht zijn.

4. *Er dreigt een conflict tussen de bedrijfs-/verzekeringsarts en de cliënt.*

De bedrijfs-/verzekeringsarts dient zich steeds bewust te zijn van de positie van de cliënt en waar mogelijk een conflict te voorkomen.

Indien een cliënt in het geval van een dreigend conflict aandringt op overleg met de behandelaar wordt verwezen naar de tweede formele indicatie.

Hier wordt bedoeld een conflict van *inhoudelijke* aard. Dit kan evenzeer een verschil van mening betreffen in het kader van arbo-advisering als in het kader van claimbeoordeling.

Met de cliënt dienen de inhoudelijke argumenten uitgewisseld en besproken te worden.

Indien deze uitwisseling en bespreking van argumenten niet leiden tot het wegnemen van het (dreigend) conflict, dan heroverweegt de bedrijfs-/verzekeringsarts de eerdere inhoudelijke indicaties.

Indien de bedrijfs-/verzekeringsarts zich voldoende geïnformeerd acht, legt hij in het dossier vast dat heroverweging heeft plaats gevonden. Expliciete motivering waarom van aanvullende communicatie wordt afgezien is van belang en ter motivering naar de cliënt en bij toetsing achteraf. Als extra zorgvuldigheidsmaatregel stuurt de bedrijfs-

/verzekeringsarts in dit geval zijn advies toe aan de behandelaar, met onderliggende argumentatie (of geeft het aan de cliënt mee om aan de behandelaar te overhandigen). De behandelaar krijgt de gelegenheid, als hij hieraan behoefte heeft, spontaan te reageren. De cliënt heeft hierbij de gelegenheid zijn probleem aan de behandelaar voor te leggen.

Er wordt geadviseerd de behandelaar in een kort begeleidend schrijven te melden wat de aanleiding is van de correspondentie en aan te geven wanneer het advies, zonder reactie zijnerzijds, definitief wordt. Het in acht nemen van een termijn van tenminste veertien dagen na dagtekening wordt geadviseerd.

Uiteraard moet de cliënt de bedrijfs-/verzekeringsarts machtigen voor het verzenden van het advies met de onderliggende argumentatie.

### 3.2 Vraagstelling

Communicatie kan op verschillende niveaus plaatsvinden.

- \* uitwisseling van feitelijke informatie (informatie over arbeidssituatie of wettelijke aspecten, medische bevindingen, diagnose, prognose, therapie)
- \* overleg
- \* afstemming

De bedrijfs-/verzekeringsarts *streeft naar overleg*.

De indicatiestelling bepaalt echter welk niveau de bedrijfs-/verzekeringsarts kiest. In de praktijk is op voorhand niet altijd een duidelijke scheiding tussen de drie niveaus te maken. Minimaal is er altijd sprake van verstrekking van feitelijke gegevens opdat de gesprekspartners over dezelfde informatie beschikken.

Een aantal behandelaars zal niet verder willen gaan dan het verstrekken van feitelijke informatie. Het kan bijvoorbeeld zijn dat zij overleg en afstemming niet in het belang achten van hun patiënt.

De bedrijfs-/verzekeringsarts hoeft om deze reden *zijn* informatie-verstrekking en vraagstelling echter niet te beperken. De beperking in de beantwoording is de verantwoordelijkheid van de behandelaar. De behandelaar is wél gehouden minimaal de feitelijke informatie te verstrekken waar zijn patiënt toestemming voor gegeven heeft.

Het door de bedrijfs-/verzekeringsarts expliciet vragen naar een standpunt van de behandelaar over de (mate van) arbeid(on)geschiktheid, kan gezien worden als het vragen naar een geneeskundige verklaring van de behandelaar. Dit wordt, gezien de visie van de KNMG, niet juist geacht. Het vragen naar de (mate van) arbeidsongeschiktheid is ook inhoudelijk niet juist, omdat het oordeel voor de mogelijkheden om te functioneren primair aan de bedrijfs-/verzekeringsarts is en de (mate van) arbeidsongeschiktheid vervolgens bepaald kan worden door allerlei arbeidsdeskundige en juridische overwegingen, die zelfs buiten de competentie van de bedrijfs-/verzekeringsarts zelf willen. Mocht een behandelaar spontaan zijn standpunt kenbaar maken - waarvoor van de kant van de behandelaar een goede reden kan bestaan - dan is interpretatie en weging van dit standpunt slechts goed mogelijk als het standpunt vergezeld gaat van een motivering.

### 3.3 Methodiek

#### Uitgangspunt

*Persoonlijk bespreken* kan ook een telefoongesprek behelzen. Dit kan gebeuren om reden van efficiency (de cliënt zou alleen hiervoor moeten verschijnen) of tijd (er is een snelle beoordeling nodig). In dat geval legt de bedrijfs-/verzekeringsarts de toestemming van de cliënt in zijn dossier vast en verzorgt daarna alsnog een schriftelijke machtiging.

#### 3.3.1 Informed consent

De bedrijfs-/verzekeringsarts bespreekt zijn voorlopige mening en/of advies éérs met de cliënt. De grote lijn van de vraagstelling komt aan de orde. De cliënt hoeft niet vooraf van de letterlijke tekst kennis te nemen.

Er wordt met de cliënt afgesproken welk vervolg het overleg krijgt.

Geeft de cliënt geen toestemming informatie te verstrekken noch te vragen, dan legt de bedrijfs-/verzekeringsarts de reden van de weigering vast. Dit is zorgvuldig en kan in een later stadium van de contacten of bij latere procedures van belang zijn.

#### 3.3.2 Machtiging

De consequentie van de stellingname dat de initiatiefnemer tot overleg de machtiging verzorgt, impliceert dat de behandelaar dat doet als hij contact opneemt.

De bedrijfs-/verzekeringsarts kan het contact pas aangaan, wanneer de machtiging is afgegeven.

De huidige machtigingsprocedure is dubbelzinnig. Hoewel de behandelaar als *verstrekker van medische informatie* verantwoordelijk is dat hij daartoe door zijn patiënt van zijn geheimhoudingsplicht ontslagen wordt, is de bedrijfs-/verzekeringsarts in feite daarvoor verantwoordelijk gemaakt. Hij moet immers de machtiging verzorgen. Dit wekt veel misverstanden. Maar óók als er een machtiging is zal de behandelaar, bij twijfel, zich bij zijn patiënt ervan moeten vergewissen welke gegevens hij verstrekken kan. Dit gebeurt zelden; eigenlijk alleen in de psychiatrie.

Deze kwestie is opgelost door een zogenaamde 'communicatie-machtiging' waarmee de cliënt zowel de bedrijfs-/verzekeringsarts als de behandelaar gerichte toestemming geeft informatie te verstrekken. De verantwoordelijkheid voor de machtiging ligt dan bij de initiatiefnemer. Van kracht blijft dat de informatieverstrekker zich telkens ervan vergewist hoever de gerichte toestemming reikt.

#### *Naam en functie behandelaar:*

Wanneer de naam en functie van de behandelaar niet bekend zijn - zoals kan gebeuren bij poliklinieken - volstaat een zo goed mogelijke omschrijving ('neuroloog polikliniek Z-ziekenhuis'). Behoudens deze situatie kan de machtiging niet gebruikt worden voor dezelfde vraagstelling aan andere behandelaars.

#### *Doel overleg:*

Op de machtiging moet het doel staan: preventie; signalering van gezondheidsschade; beoordeling van verzuim/arbeidsongeschiktheid; begeleiding bij reïntegratie/ werkhervatting, bemiddeling of beoordelen van de noodzaak tot voorzieningen; etc. De machtiging mag **nooit** voor een ander doel gebruikt worden, dan waarvoor deze verstrekt is.

### *Gerichte vraagstelling:*

De vraagstelling is zo concreet en gericht mogelijk. Dat is niet altijd haalbaar omdat altijd zaken aan de orde kunnen komen die niet te voorzien zijn. Dat is onvermijdelijk en kan tot uitdrukking gebracht worden met de aanduiding 'overleg', bijvoorbeeld 'overleg over de aard en gevolgen van de rugklachten'. Over de onderwerpen mag geen misverstand bestaan.

Een machtiging mag maar éénmaal gebruikt worden.

### **3.3.3 Vorm communicatie**

*Mondelinge communicatie* kan aangewezen zijn bij een snelle beoordeling, zoals bij spoedeisende bevindingen, kortdurend ziekteverzuim of deskundigen oordeel. Een inhoudelijk voordeel van mondelinge communicatie is dat het contact dan veel beter verloopt met directe hoor en wederhoor van feiten en argumenten. Het komt gemakkelijker tot overleg en afstemming. De wens van de behandelaar om al dan niet mondeling te communiceren speelt een belangrijke rol. Vooral huisartsen prefereren telefonisch contact.

Het nadeel is dat mondelinge communicatie slechter traceerbaar is voor de cliënt. Dit kan overigens voorkomen worden doordat de bedrijfs-/verzekeringsarts het besprokene voorzover relevant telkens vastlegt in het dossier. Desgewenst kan de behandelaar daar een afschrift van toegestuurd krijgen.

Een ander nadeel is dat behandelaars die telefonisch benaderd worden geneigd zijn tot geïmproviseerd reageren, wat in strijd kan zijn met de feitelijkheid. Dat kan overigens ondervangen worden doordat de bedrijfs-/verzekeringsarts tevoren even opbelt.

*Schriftelijke communicatie* is aangewezen wanneer een zorgvuldige weging van feiten en omstandigheden nodig is. In het algemeen is dat het geval naarmate verzuim en arbeidsongeschiktheid langer duren en bij conflicten, omdat dan de daarmee gemoeide belangen zoveel grotere betekenis krijgen voor alle partijen, inclusief de cliënt zelf. Sommige behandelaars wensen bovendien uitsluitend schriftelijk contact. Schriftelijke communicatie is goed traceerbaar.

Het nadeel van schriftelijke communicatie kan zijn dat deze traag en moeizaam verloopt. De communicatie blijft vaak beperkt tot informatie-uitwisseling. Overleg en afstemming komen op deze manier niet eenvoudig tot stand. Dat is vaak niet in het belang van de cliënt.

Een tussenvorm is die waarin de bedrijfs-/verzekeringsarts eerst telefonisch overlegt over een schriftelijke vraagstelling, of telefonisch contact zoekt naar aanleiding van een schriftelijke antwoord van de behandelaar. Sommige behandelaars bieden dat ook aan in hun schriftelijke reactie. Persoonlijk contact heeft tenslotte het voordeel dat dit ook in volgende situaties de communicatie aanmerkelijk kan vereenvoudigen.

Op grond van deze overwegingen kiest de bedrijfs-/verzekeringsarts de te prefereren vorm.

### **3.3.4 Terugkoppeling cliënt**

De bedrijfs-/verzekeringsarts maakt hierover altijd een afspraak met de cliënt. Cliënten vinden het niet altijd nodig de resultaten van de communicatie met de behandelaar te bespreken, als dit de voorlopige mening van de bedrijfs-/verzekeringsarts niet wijzigt. Indien terugkoppeling plaats vindt, informeert de bedrijfs-/verzekeringsarts de cliënt daarbij inhoudelijk over de communicatie en de interpretaties daarvan. De cliënt kan zijn mening daarover kenbaar maken; ook dit wordt in het dossier vastgelegd.

## LITERATUUR

- <sup>1</sup> College van Toezicht Sociale Verzekeringen. Toegang tot de WAO. Onderzoek naar de toepassing van het gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium. Ctsv, Zoetermeer april 1995.
- <sup>2</sup> Hugo Sinzheimer Instituut. Niet verdiend? Arbeids(on)geschikten tussen theoretische verdien capaciteit en (ir)reële kansen op de arbeidsmarkt. HSI, Amsterdam juli 1994.
- <sup>3</sup> Breed Platform Verzekeringen. AAW/WAO-(her)keuring en (her)intreding, een klachteninventarisatie. Amsterdam, maart 1995.
- <sup>4</sup> Landelijk WAO-beraad. Rapport 'schrijnende gevallen'. LWB Utrecht, maart 1995.
- <sup>5</sup> Christelijk Nationaal Vakverbond. Herbeoordeling van arbeidsongeschikten. CNV, Utrecht, augustus 1995.
- <sup>6</sup> Epker, W.A. Verzekeringsgeneeskundige en Curatieve Sector. Federatie van Bedrijfsverenigingen Amsterdam, 1986.
- <sup>7</sup> Staatssecretarissen SoZaWe en WVC. Adviesaanvraag Sociaal-Medische Begeleiding. Ministerie SoZaWe Den Haag, juli 1983.
- <sup>8</sup> Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Sociaal-Medische Begeleiding. Zoetermeer, 1987.
- <sup>9</sup> Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Verslagen conferenties 'Arts en arbeidsongeschiktheid'. KNMG Utrecht, 1993.
- <sup>10</sup> Nederlandse Vereniging Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Verslag conferentie 'GGZ en Arbeid'. NVAGG Utrecht, februari 1995.
- <sup>11</sup> Staatssecretaris SoZaWe. Uitvoering maatregelen toepassing a.o.-criterium. Ministerie SoZaWe Den Haag, 30 juni 1995.
- <sup>12</sup> Nationale Commissie Chronisch Zieken. Werk op maat. Zoetermeer, januari 1995.
- <sup>13</sup> Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. WAO/AAW-(her)keuringen. KNMG Utrecht, mei 1995.
- <sup>14</sup> Werkgroep Arrondissementsrechtbanken. Rapport 'Ben ik overtuigd'. Arr.rechtbank Assen, mei 1995.
- <sup>15</sup> Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Besluit en rapport inzake geneeskundige verklaringen, intercollegiale informatie en medische informatie. 'Groene Boekje', herziene versie. KNMG Utrecht 1994.
- <sup>16</sup> Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. Verslag werkgroep 'Externe Contacten' NVVG Utrecht, mei 1995.
- <sup>17</sup> Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Staatsblad 1994, 837. Den Haag, 1994.





## Standaarden\*

Een standaard is een beschrijving van de volgordelijke handeling van een professional op bepaalde deel terreinen van de uitvoering van de sociale verzekering. De standaarden zijn vastgesteld door het Lisv-bestuur. De uitvoeringsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de implementatie.

### Standaardontwikkeling

De aanleiding om een standaard te ontwikkelen is gelegen in signalen van verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, cliënten, wetgever of uitvoeringsorganisaties. Het Platform Verzekeringsgeneeskunde (PVG) en het Platform Arbeidskunde (PA) vertaalt deze signalen naar een advies. In deze Lisv-platforms zijn centrale stafverzekeringsartsen en stafarbeidsdeskundigen van alle uitvoeringsorganisaties vertegenwoordigd. Vervolgens doet het Lisv een voorstel voor de ontwikkeling van de betreffende standaard (inclusief een planning en begroting).

Het Lisv ontwikkelt de standaard vervolgens zelf of besteedt dit uit aan derden, bijvoorbeeld de Netherlands School of Public Health (NSPH), GAK Nederland BV of de Nederlandse Vereniging Verzekeringsgeneeskunde (NVVG).

### Stap voor stap

De ontwikkeling van een standaard is bewerkelijk en duurt doorgaans langer dan een jaar. De eerste stap in het komen tot een standaard is het schrijven van een concept door een ontwikkelgroep. Dit gebeurt altijd door beroepsbeoefenaren, dat wil zeggen door verzekeringsartsen of arbeidsdeskundigen en soms ook door bedrijfsartsen. Vervolgens wordt commentaar gevraagd aan minstens 50 verzekeringsartsen of arbeidsdeskundigen en daarnaast aan uitvoeringsinstellingen, cliëntenorganisaties en betrokken beroepsorganisaties. Afhankelijk van het onderwerp van de standaard leveren ook specifieke deskundigen of anderszins betrokkenen op verzoek commentaar.

De ontwikkelgroep verzorgt de verwerking van het commentaar en stelt het concept bij. Het platform beoordeelt de eindversie. Gehoord het platform stelt het Lisv de eindversie vast. Is de standaard definitief vastgesteld dan wordt hij aangekondigd in de Staatscourant. Het Lisv verzendt de standaard als mededeling aan de uitvoeringsinstellingen en andere betrokkenen. Het merendeel van de standaarden is gepubliceerd in de 'Naslag Gevalsbehandeling Sociale Verzekeringen'.

### Formele betekenis

Standaarden beschrijven een interpretatieruimte, beogen de rechtszekerheid te vergroten en vormen als zodanig een houvast voor zowel de beroepsbeoefenaar als de cliënt.

Uitvoeringsinstellingen zijn verplicht standaarden toe te passen; de professionals kunnen er alleen van afwijken als zij dat in individuele gevallen motiveren. De rechterlijke macht heeft een eigen verantwoordelijkheid en is inhoudelijk niet aan standaarden gebonden. Als een

verzekeringsarts standaarden niet toepast kan een cliënt daar bij de uitvoerings-instelling bezwaar tegen maken en indien nodig vervolgens bij de rechtbank in beroep gaan.

#### Ontwikkeling komende jaren

De komende jaren valt het accent vooral op de uitvoering, evaluatie en verbetering van de bestaande standaarden. Er zullen alleen nog nieuwe standaarden ontwikkeld worden, voorzover de noodzaak daarvan blijkt uit initiatieven van het veld of uit gewijzigde wetgeving.

#### Aanwezige standaarden

1. Passende Arbeid (M 96.24)
2. Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling AAW/WAO met het FIS (M 96.50)
3. Deskundigenoordeel artikel 56a Osv (M 96.74)
4. Geen duurzaam benutbare mogelijkheden (M 96.79)
5. Toegenomen arbeidsongeschiktheid *door dezelfde oorzaak* (M 96.93)
6. Medisch arbeidsongeschiktheids criterium (M 96.122)
7. Bemiddelbaar maken (andere werkgever) (M 96.151)
8. Reïntegratie doorwerkende zelfstandige (M 96.158)
9. Communicatie met behandelaars (M 97.04)
10. Gedragscode voor verzekeringsartsen werkzaam voor de uitvoeringsinstellingen (M 97.05)
11. Onderzoeksmethoden bij psychische stoornissen (M 97.23)
12. Chronische specifieke rugklachten (M 97.68)

#### Standaarden in ontwikkeling

- Beheer gegevens vallend onder beroepsgeheim verzekeringsarts
- Onderzoeksmethoden algemeen
- Onderzoeksmethoden extern
- Urenbeperking

---

\*Tot standaarden worden voor dit korte bestek gemakshalve ook richtlijnen en protocollen gerekend. Deze hebben over het algemeen een minder brede c.q. meer procedurele inhoud dan een standaard.