

WERK IN UITVOERING

Nieuwe verzekeringsgeneeskundige protocollen ter discussie

In verband met de nieuwe Wet WIA stelt de Gezondheidsraad protocollen op voor verzekeringsartsen. Eind dit jaar komen er ook 3B-richtlijnen voor alle artsen. Die ontwikkeling wordt toegejuicht, maar over de tijdsdruk waaronder dit gebeurt, bestaan twijfels.

JOHN EKKELBOOM

Sinds 1 januari 2006 is de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) van kracht, die de aloude WAO heeft vervangen. De nieuwe wet legt sterk de nadruk op de noodzaak om zieke werknemers voortaan te beoordelen op wat ze nog wel kunnen in plaats van wat ze niet meer kunnen. Mensen die nog in staat zijn te werken, worden daartoe gestimuleerd en gedwongen. Alleen wie helemaal niet en waarschijnlijk nooit meer zal kunnen werken, komt nog in aanmerking voor een maximale uitkering van 75 procent van het laatstverdiende loon. De nieuwe afkorting daarvoor is IVA (regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten). Maar hoe bepaalt een verzekeringsarts of iemand wel of niet volledig

Bij ieder individu verloopt het ziekteproces anders

en duurzaam arbeidsongeschikt is? De Sociaal Economische Raad (SER) dacht hierop het antwoord te hebben gevonden. Deze stelde voor om aan de hand van wetenschappelijke gegevens een lijst te maken van ziekten en de bijbehorende ziekteduur. Januari 2005 vroeg minister De Geus van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) de Gezondheidsraad om advies over deze zogenaamde indicatieve

lijst van ziekten met hersteltermijnen. Prof.dr. André Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht en voorzitter van de Gezondheidsraad, vertelt dat een commissie van deskundigen zich destijds over het SER-voorstel heeft gebogen. 'We vonden het geen goed idee. Er zijn onvoldoende wetenschappelijke gegevens om zo'n lijst te kunnen samenstellen. Bovendien is het conceptueel niet mogelijk omdat er zoveel verschillende ziektebelopen zijn. Bij ieder individu verloopt het ziekteproces weer anders. Ook omstandigheden spelen een belangrijke rol.'

MEDIPRUDENTIE

De Gezondheidsraad wees het SER-idee niet alleen af maar kwam tevens met een alternatief. Een halfjaar later lag er een advies op tafel met de titel 'Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'. Voorgesteld werd overkoepelende richtlijnen te ontwikkelen voor beoordeling, behandeling en begeleiding. Bij deze zogenoemde 3B-richtlijnen gaat het niet om het benoemen van de ziekteduur per aandoening, maar om het beschrijven van de factoren die van invloed zijn op duur en herstel van de ziekte en (mogelijke) arbeidsreïntegratie. Ze zijn bedoeld voor verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en behandelend artsen.

'Er was een dringende behoefte aan een beter onderbouwd beoordelingsproces. Daarom hebben we geopperd om op korte termijn te komen tot verzekeringsgeneeskundige protocollen. Later moeten deze protocollen worden geïntegreerd in de 3B-richtlijnen,' aldus Knottnerus. >>





BEELD: LIFEART.MC

<< 'Met evidence-based protocollen kan het beoordelingsproces van de verzekeringsarts verder worden geprofessionaliseerd. Daarmee kan deze kijken of bedrijfsarts, behandelaar, reïntegratiedeskundigen, maar ook de patiënt de twee voorgaande jaren van arbeidsongeschiktheid adequaat hebben gehandeld. De vraag is of er kansen op behandeling zijn gemist en in welke mate iemand aanspraak kan doen op de WIA.'

Ten slotte liet de Gezondheidsraad weten dat het interessant zou zijn mediprudentie op te bouwen, analoog aan de jurisprudentie van de rechterlijke macht en als vorm van intercollegiaal leren. Dit zal pas na verloop van tijd tot volle ontwikkeling komen, zegt de voorzitter. 'Je kunt dan protocollen en praktijkervaringen tegen elkaar afzetten en de knelpunten intercollegiaal met elkaar bespreken. Nieuwe afspraken moet je in de volgende actualiseringsronde van een protocol meenemen.'

COMORBIDITEIT

Minister De Geus reageerde positief. Gezien de spoedige komst van de WIA, werd de Gezondheidsraad verzocht om snel te beginnen met het opstellen van een eerste generatie verzekeringskundige protocollen. Er werd gekozen voor protocollen rond de volgende tien aandoeningen: het chronischevermoeidheidssyndroom, borstkanker, depressie, angststoornissen, stressgerelateerde stoornissen, cerebrovasculaire aandoening, whiplash, hernia nuclei pulposi, aspecifieke lage rugpijn en hartinfarct. Met deze laatste twee aandoeningen ging de Gezondheidsraad van start. Dit resulteerde eind 2005 in twee protocollen, die nu worden geïmplementeerd.

Simon Knepper, verzekeringsarts in Laren en kwaliteitsmedewerker van Uitvoering Werknemers Verzekeringen (UWV), vindt dat de Gezondheidsraad de SER-plannen op een goede wijze heeft weten om te buigen. Zelf was hij adviseur bij de SER. Hij weet hoe halsstarrig daar de gedachte leeft dat geneeskunde een exact vak is. 'Alsof je per diagnose precies kunt zeggen wat de prognose is. Dat kun je wel in algemene termen aangeven, maar niet voor een individuele patiënt. Ook hebben langdurig arbeidsongeschikten vaak met comorbiditeit te maken. Iedere patiënt is anders. Dat hebben we ook zo gezegd, maar zoiets is helaas niet aan juristen en politici uit te leggen. Daarom ben ik blij dat het de

Gezondheidsraad toch is gelukt het roer om te gooien', zegt Knepper. 'Ook het idee om het vraagstuk terreinoverstijgend te benaderen, zodat het niet alleen een zaak is voor verzekerings- en bedrijfsartsen, vind ik een aardige gedachte. Het is belangrijk dat behandelend artsen ook oog krijgen voor de sociale context van gezondheidsproblemen.'

HAASTWERK

Knepper heeft echter grote bezwaren tegen de druk die de politiek uitoefent om de plannen van de Gezondheidsraad te realiseren. Hij spreekt van haastwerk en vindt het absurd dat de minister erop hamerde dat binnen enkele maanden de eerste twee verzekeringsgeneeskundige protocollen klaar moesten zijn. Toch is dat gebeurd. Knepper constateert dat die snelheid ten koste is gegaan van de kwaliteit van beide protocollen. 'Ze zijn wel aardig, maar ik beschouw ze meer als naslagwerk. Er staan leuke gegevens in over het aantal werkende mensen dat een hartinfarct heeft gehad of lage rugklachten heeft. Maar ik zie ook zaken die gedateerd zijn. In het Verzekeringsgeneeskundig protocol Hartinfarct wordt een classificatie gegeven naar de ernst van invaliditeit. Dat is een indeling uit de jaren zestig. Wat moet ik ermee? Ik

Protocol Hartinfarct heeft een indeling uit de jaren zestig

kom niets tegen dat ik nog niet wist', zegt Knepper. 'In het andere protocol staat ergens dat mensen met chronisch aspecifieke rugklachten in het algemeen niet duurzaam arbeidsongeschikt kunnen zijn. Dan denk ik: "Waar halen jullie dat vandaan?" Gevoelsmatig hebben ze misschien gelijk, maar het is niet wetenschappelijk onderbouwd.'

POLITIEKE DRUK

Volgens Knepper hebben de protocollen een overwegend klinische achtergrond. Voor beoordeling, de taak van de verzekeringsarts, ziet hij de meerwaarde er niet van in, terwijl ze daar juist voor bedoeld zijn. Zo mist hij informatie over de wijze waarop iemands herstelgedrag kan worden beoordeeld. 'Wil iemand wel beter worden, wil iemand wel werken,

KRAP BEGROOT

Pieter Rodenburg, NVAB-voorzitter en bedrijfsarts-jurist bij Arbo Unie, juicht de komst van de 3B-richtlijnen toe. 'Hierdoor wordt de professionaliteit geprikkeld. Als bedrijfsartsen moeten we straks nog beter laten zien dat we echt ons best doen werknemers te reïntegreren. Dat vereist een actieve houding. Je moet je ervan bewust zijn wat er later in het traject kan gebeuren als je nu geen optimale behandeling en begeleiding inzet. De WIA-aanvraag kan immers in gevaar komen.'

Bij de NVAB wordt al nagedacht over de benodigde implementatieprojecten voor het moment dat de richtlijnen er straks zijn. Ook zal er een scholingsaanbod komen en zal de vereniging in de loop van 2006 haar bijdrage leveren aan de ontwikkeling van die richtlijnen. Rodenburg: 'Het kabinet moet daar wel voldoende geld voor uittrekken. Artsen moeten voor dat werk toch tijd vrijmaken. Ik heb de indruk dat het een beetje te krap is begroot.'



hoe gemotiveerd is hij of zij? Dan heb je het over consistentie en plausibiliteit. Die begrippen moet je in zo'n protocol veel concreter invullen. Ik kom ze nergens tegen. Zo zijn bij lage rugklachten ook de observaties tijdens het spreekuur erg belangrijk. Maar wat zijn nou die relevante waarnemingen? Daarop wil ik een antwoord hebben. En hoe moet ik bij mensen die een hartinfarct hebben gehad de angst meewegen? Ook dat aspect wordt niet besproken. Verder weet ik nog steeds niet wat ik moet doen na een inadequate behandeling.'

Knepper weet dat de meeste auteurs van beide protocollen van naam en faam zijn. Maar dat is nog geen garantie voor kwaliteit, voegt hij eraan toe. Hij licht toe dat de betrokken personen geen enkele ervaring hebben op dit vakgebied - noch uitvoerend, noch als onderzoeker. De paar deelnemende verzekeringsartsen zijn vrijwel niet praktiserend werkzaam en eentje is al jarenlang stafmedewerker bij het departement van minister De Geus, zegt Knepper. Hij vindt dat het opstellen van protocollen door de professie zelf moet gebeuren. En dan volgens een zorgvuldige procedure die veel meer tijd vergt dan de paar maanden die er nu voor zijn uitgetrokken. 'Pas dan ontstaat een professioneel draagvlak. Alle regels van zo'n zorgvuldige procedure zijn nu onder politieke druk met voeten getreden.'

UITBOUWEN

Knottnerus wijst de kritiek van Knepper van de hand. Wat in de protocollen staat, is volgens hem onderbouwd door evidence of, waar onderzoek ontbreekt, *expert judgement*. De cardiologische classificaties zijn state of the art en door toonaangevende cardiologen aangereikt. Voor het protocol Aspecifieke lage rugpijn is multidisciplinaire topexpertise bijeengebracht. 'Dat Knepper veel herkent klopt, want er is gebruikgemaakt van recent goed werk vanuit de beroepsgroepen. Maar er zijn ook nieuwe elementen. Bovendien zijn voor het eerst bestaande richtlijnen van verschillende beroepsgroepen in één verband gebracht. De protocollen zijn geen kookboeken, maar bieden algemene handvatten. Ze laten de nodige ruimte voor professionele verantwoordelijkheid', zegt Knottnerus. 'En psychosociale aspecten en motivatie komen wel degelijk aan de orde. Inadequate behandeling moet uiteraard waar mogelijk worden gecorrigeerd. Het

protocol helpt om dat op het spoor te komen.'

De bewering dat werkgroepleden geen relevante ervaring zouden hebben, vindt Knottnerus onbegrijpelijk. Ze zijn gezien hun bijzondere expertise en betrokkenheid benoemd. Dat naast verzekeringsartsen anderen meededen, acht hij vanzelfsprekend, omdat er een multidisciplinair proces van behandeling, begeleiding en reïntegratie-inspanning is geëvalueerd. Ook in de kritiek dat het om haastwerk gaat, herkent hij zich niet. 'Het gaat eerder over tijdigheid van advisering. Er was behoefte aan een voortvarende eerste aanzet, waarbij de professie spoedig de regie kan overnemen. In relatief korte tijd is veel werk verzet, zonder de zorgvuldigheid uit het oog te verliezen. De professie kan de protocolontwikkeling uitbouwen en op grond van voortschrijdende kennis en ervaring bijstellingen verzorgen. In die zin hebben ook de twee huidige verzekeringsgeneeskundige protocollen een voorlopig karakter.'

Knottnerus benoemt leden van werkgroepen die protocollen voorbereiden op persoonlijke titel. Daar gaat een grondige inventarisatie aan vooraf van wie deskundig is op de betreffende terreinen. 'In de werkgroepen wordt niet onderhandeld vanuit belangenposities. We kijken strikt naar kennis en expertise. Concepten leggen we voor aan stakeholders, in het bijzonder de betreffende patiëntenverenigingen. Hun commentaar nemen we mee in de definitieve versie.'

NAADLOOS

De beroepsgroepen kunnen dit najaar beginnen met de ontwikkeling van 3B-

richtlijnen, met steun van ZonMw. De Gezondheidsraad trekt zich dan terug: die fungeerde alleen als motor om het proces op gang te brengen. Volgens Knottnerus moeten de richtlijnen en verzekeringsgeneeskundige protocollen naadloos op elkaar aansluiten. Wel zijn de protocollen retrospectief van aard en de richtlijnen prospectief. 'Een voorbeeld: als iemand na een hartinfarct uit het ziekenhuis wordt ontslagen, volgt revalidatie. Op dat moment is het cruciaal dat er een goede samenwerking totstandkomt tussen behandelaar, bedrijfsarts en de reïntegratie- en revalidatiespecialisten. Daarbij geven 3B-richtlijnen aan wie wat wanneer moet doen, zodat iemand weer verantwoord aan de slag kan. Dat is niet alleen belangrijk voor de maatschappij, maar vooral ook voor die werknemer zelf.'

Knottnerus heeft het volste vertrouwen in de 3B-richtlijnen. Onlangs liet KNMG-voorzitter Peter Holland hem weten dat de beroepsverenigingen van huisartsen (LHV), bedrijfsartsen (NVAB), verzekeringsartsen (NVVG) en medisch specialisten (Orde van Medisch Specialisten) verheugd zijn over de analyse en de aanbevelingen in het advies van de Gezondheidsraad aan de minister. Binnenkort zullen de vier verenigingen met een gezamenlijke initiatief komen om bij te dragen aan de ontwikkeling van de 3B-richtlijnen.

Knottnerus voegt eraan toe dat het bij sommige richtlijnen ook wenselijk zal zijn om deskundigen uit de psychiatrie, psychologie en/of sociale wetenschappen te betrekken bij de ontwikkeling. ■

John Ekkelboom,
journalist