

Verzekeringsarts UWV komt door aanscherping in problemen

In de mangel

drs. Peter Schoorl,
verzekeringsarts UWV

Correspondentieadres:
peter.schoorl@uwv.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Het inlevingsvermogen van UWV-verzekeringsartsen wordt sinds de aanscherping van de herbeoordeling geregeld op de proef gesteld. Empathische gevoelens staan haaks op de opvattingen over hoe deze arts volgens zijn werkgever en de maatschappij zou moeten handelen.

Nauwelijks antwoord

Hans is schilder in loondienst, maar in 1994 begint hij op advies van zijn huisarts voor zichzelf. In loondienst voelde hij zich in toenemende mate bedreigd. Hij werd gepest en ontwikkelde angsten. Hans is altijd alleenstaand geweest. Als zelfstandige heeft hij het gered tot het jaar 2000. Volgens de dossiergegevens is toen een depressie met angsten geconstateerd.

In het kader van het aangescherpt Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten bezoekt hij mij (verzekeringsarts) in 2005 samen met zijn vader. Hans geeft nauwelijks antwoord. Bij wat doorvragen, komt hij angstig over en ook de tremor neemt fors toe. Hans is bleek en zeer tener. Zijn vader meldt onder meer dat zijn zoon bij vertrouwde klanten wat klus- en onderhoudswerk doet voor circa 10 uur per week. Meer is in verband met Hans' chronische vermoeidheid onmogelijk. Andere contacten dan met trouwe klanten heeft hij niet.

Bij de behandelende sector vraag ik informatie op over beloop en diagnostiek. De afdeling Psychiatrie van het UMC heeft in 2000 een chronische depressie met paniekstoornis en familiair voorkomende essentiële tremor geconstateerd. Artsen kunnen geen verklaring vinden voor Hans' constant aanwezige moeheid, verminderde concentratie en geheugenzwakte.

Volgens DSM-IV-TR (2004) werd op

- as I chronische dysthymie somatisatiestoornis
- as II afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en
- as III familiair voorkomende essentiële tremor vastgesteld.

Omdat er op geen enkel gebied vooruitgang werd geboekt, besloot het UMC het contact met Hans af te sluiten.

Hans' huisarts bevestigt het beeld en in het verlengde van eerder UMC-advies, schrijft hij fluvoxamine (Fevarin) en clonazepam (Rivotril) voor. Hij waarschuwt UWV om Hans niet onder druk te zetten. Er is nu juist sprake van een zeker evenwicht en de huisarts verwacht terugval bij druk tot wijziging van zijn situatie.

Omdat het beeld niet duidelijk was, vraag ik psychiatrische expertise aan. De experteur komt er ook niet goed uit. Hij komt grofweg tot dezelfde bevindingen als het UMC, de huisarts en ik, al neemt hij geen angst- of stemmingsstoornis waar. De vermoeidheid brengt hij in verband met de tremor. Hij onderkent afhankelijke kenmerken, maar een psychiatrische diagnose kan de experteur niet (meer) stellen. Als beperkingen adviseert de experteur in het expertiseverslag: 'minder initiatief, geen appel op grote verantwoordelijkheid, geen leidinggevende taken', een advies dat ik (uiteraard) heb overgenomen.

Vervolgens heeft de bleke en trillende Hans een gesprek met de arbeidsdeskundige van mijn UWV-team. Die stelt dat hij Hans in deze hoedanigheid niet kan schatten. Met de waarschuwing van de huisarts in gedachten, stem ik daarmee in. En zo blijft een schatting uit, wijk ik af van de geldende regels (de plichtenethiek) en doe ik mijn werk niet tot ieders tevredenheid (deugdenethiek). In een steekproef merkt de controlerend medisch adviseur de beoordeling aan als onvoldoende.



Giotto di Bondone, de zeven deugden (1306), Cappella degli Scrovegni, Padua. Van links naar rechts: wijsheid, moed, bezonnenheid, rechtvaardigheid, (op de volgende pagina:) geloof, naastenliefde en hoop.

Bijna vier jaar geleden schreef ik in Medisch Contact een artikel over achtergronden van de verzekeringsgeneeskunde beoordelingen en de aanscherping van de WAO-regels die toen aanstaande was (MC 35/2004: 1358). Nu wil ik het hebben over hoe de uitvoering ervan zich ethisch verhoudt met de beroepsuitoefening van de UWV-verzekeringsarts.

Zoals wellicht bekend moet een verzekeringsarts volgens het aangescherpte Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten een functiemogelijkhedenlijst opstellen, waarin hij de beperkingen van een cliënt aangeeft. Met andere woorden: iedereen kan nog wel wat, ten-

zij iemand voortdurend bedlegerig is, langdurig is opgenomen of in het gewone dagelijkse leven afhankelijk is van anderen. Hoe verhouden deze wetsregels zich met deugd en ethiek? Deugd is de

gezindheid iets goed te doen. Ethiek is de leer over heersende opvattingen over handelen en gedragingen; een rechtvaardiging van doen en laten, een mening of opvatting of een (verzekeringsgeneeskundige) beoordeling. Er zijn verscheidene ethiekrichtingen, waarvan er in het kader van dit artikel drie van belang zijn:

- plichtenethiek (deontologische ethiek), ofwel onvoorwaardelijk en rechtlijnig de geldende (beroeps)regels volgen en uitvoeren;

- gevolgenethiek (teleologische ethiek), rekening houdend met de mogelijke dan wel te verwachten consequenties van het uitvoeren van die regels, en
- deugdenethiek, ofwel het werk zo goed mogelijk doen, eigenlijk tot ieders tevredenheid.

Oude Grieken

De oorspronkelijke zeven deugden bij de oude Grieken waren wijsheid, moed, bezonnenheid, rechtvaardigheid, geloof, hoop en naastenliefde. Een verzekeringsarts heeft wijsheid nodig om te kunnen schipperen tussen ethische benaderingen met het doel te voldoen aan de derde deugd: bezonnenheid. Hij heeft moed nodig als hij van een ingesleten standpunt van een behandelaar of bedrijfsarts wil afwijken. Bij rechtvaardigheid gaat het om het krachtenveld tussen belangen van een individu en van de maatschappij (en dus de verzekeringsarts). In de omschrijving van de functie-eisen van de verzekeringsarts staat dat die functionaris moet beschikken over inlevingsvermogen. Ik denk dat ik daarover beschik, maar het is me niet altijd even duidelijk wat ik ermee moet. Het komt voor dat dat inlevingsvermogen de plichtenethiek danig in de weg staat en daarmee de deugdenethiek. De vraag is dus of ik bij het volgen van dat inlevingsvermogen nog zou deugen.

De afgelopen jaren speelde de discussie of een arts het aangepaste Schattingsbesluit über-

Deug ik nog bij het volgen van mijn inlevingsvermogen?



Het MC-artikel *Compassie aan banden* van deze auteur vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.



Verder lezen

- Bos R. ten, Kaulingfreks R. De hygiënemachine. Kampen, Agora, 2001.
- Dupuis H. Over moraal. Amsterdam, Nieuwezijds, 1998.
- Gunz & Gunz. When is a professional not a professional? (ethical decision-making by corporate counsel). Toronto, mei 2003.
- Hoekstra, A. Integriteit vanuit deugdenethisch perspectief. Filosofie in bedrijf; 2006-2.
- Kirkhof V (red.). Eed van Hippocrates. Nijmegen, Valkhof/Tijmggenootschap, 2004.
- Aangescherpt Schattingsbesluit. Staatscourant, 18 augustus 2004.
- Tongeren P van. Deugdelijk leven, een inleiding in de deugdenethiek. Amsterdam, Sun, 2003.
- Wills JP (red.). Ethiek en hermeneutiek. Leende, Damon, 1999.
- Jsseling S. Macht en onmacht. Amsterdam, Boom, 1999.

Er moet ruimte zijn voor een pragmatische benadering

haupt wel zou moeten uitvoeren. Verscheidene collega's bij het UWV hebben om die reden al ander werk gezocht. In die discussie moest ik vaak wijzen op het beginsel dat zolang de wet geldig is, niet over uitvoering kan worden geargumenteed. Met het merendeel van de genoemde deugden bleek het mogelijk om aan de ethiek te voldoen. Tot ieders tevredenheid lukt maar zelden, maar wel werd er over het algemeen begrip getoond door zowel de verzekerden als de behandelende sector.


De leukste ervaringen waren die met lieden die niet eens wisten dat ze als arbeidsongeschikt werden aangemerkt; die werkten al jaren via de Wet sociale werkvoorziening (Wsw). Ik wilde u het voorbeeld van Hans niet onthouden waarbij verzekeringsarts en arbeidsdeskundige als team niet konden voldoen (of voldeden) aan de plichtenethiek en daarmee ook niet aan de deugdenethiek. En dat kwam omdat we de gevolgenethiek lieten prevaleren.

Diagnose

Het is begrijpelijk dat er bij de medisch adviseur vragen rijzen over het achterwege blijven van een schatting als er geen psychiatrische diagnose is gesteld. De arbeidsdeskundige zou ter onderbouwing art. 9 lid e van het Schat-

tingsbesluit hebben kunnen toepassen: als iemand (in dit geval Hans) zodanige kenmerken heeft dat van een werkgever in redelijkheid niet kan worden verlangd hem in bepaalde arbeid te werk te stellen, blijft die arbeid buiten beschouwing. Tevens zou bij een dergelijke tremor een verminderd tempo te onderbouwen zijn geweest en met genoemde medicatie zou een verminderde concentratie eveneens te verklaren zijn. Nu was de beoordeling alleen lettend op gevolgenethiek gedaan - en dat is dus niet voldoende.

Het is als UWV-verzekeringsarts erg lastig om te voldoen aan de deugdenethiek. Het is onmogelijk iedereen tevreden te stellen. Voldoen aan de gevolgenethiek wordt door collega-verzekeringsartsen weinig geaccepteerd omdat we van tevoren niet goed weten wat de mogelijke gevolgen van een schatting kunnen zijn. Betrokkenen kunnen met van alles en nog wat dreigen (suïcide) waarvan verzekeringsartsen het risico niet goed kunnen inschatten. Veel collega's vatten dergelijke bedreigingen op als een vorm van chantage.

Desondanks blijf ik pleiten voor - zoals Aristoteles dat noemde - enige fronesis, hetgeen betekent dat verzekeringsartsen min of meer verstandig met de plichtenethiek moeten omgaan. Er moet ruimte zijn voor een pragmatische benadering als de situatie zich hiervoor leent: eerst de mens dan de regels. 

SAMENVATTING

- Bij de uitoefening van zijn taak als verzekeringsarts kunnen plichten-, gevolgen- en deugdenethiek op gespannen voet met elkaar staan.
- De verzekeringsarts zal zelfstandig een keuze moeten maken naar welke kant de balans doorslaat.