

1 INLEIDING VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

2

Er bestaat een groot aantal termen om degenen te duiden, van wie de verzekeringsarts de gezondheidstoestand beoordeelt. Gekozen is voor de term 'cliënt'.

De term 'belemmeringen' heeft betrekking op de claim, de term 'beperkingen' op de claimbeoordeling. De term 'mogelijkheden' – als positief geformuleerd pendant - legt het accent op participatie.

3

4 **1. Inleiding**

5 ***1.1. Aanleiding***

6 In de jaren 1995-2001 legde het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) een aantal
7 verzekeringsgeneeskundige vakinhoudelijke regels vast, die richtlijnen of standaarden werden
8 genoemd. Directe aanleiding was de wens van de wetgever – na de parlementaire enquête in
9 1992 – om tot een meer reproduceerbare verzekeringsgeneeskundige beoordeling te komen.
10 De regelgeving beschrijft basale en soms meer specifieke aspecten van de claimbeoordeling.
11 Op verzoek van de minister van SZW stelde de Gezondheidsraad daarnaast vanaf 2005
12 verzekeringsgeneeskundige vakinhoudelijke regels voor tien diagnoses waarmee destijds een
13 aanzienlijk deel van de betrokken uitkeringsgerechtigden arbeidsongeschikt bleek te worden.¹
14 Deze werden protocollen genoemd. Voor het benoemen van beperkingen van mogelijkheden
15 om te functioneren werd daarbij aansluiting gezocht bij de in 2000 eveneens door het Lisv
16 geïntroduceerde systematiek van de functionele mogelijkhedenlijst. Later nam de
17 beroepsvereniging NVVG het initiatief over, waarna nog een aantal protocollen werd
18 toegevoegd, in samenwerking met medisch specialisten en patiëntenverenigingen. De
19 Gezondheidsraad liet de protocollen vooraf gaan door een algemene inleiding waarin het
20 domein van de verzekeringsgeneeskunde, de hoofdlijnen van het verzekeringsgeneeskundig
21 onderzoek, doelen en middelen werden beschreven. De inleiding was sterk gericht op de
22 claimbeoordeling in het kader van de WIA. Inmiddels voldoet deze benadering niet meer
23 omdat verzekeringsartsen op een steeds breder terrein actief zijn, zowel publiek als privaat.
24 Dit document voorziet in de behoefte meer algemeen geldende uitgangspunten te formuleren
25 en zo een professioneel kader te schetsen dat niet gebonden is aan specifieke regelgeving en
26 ook niet alleen betrekking heeft op de beoordeling van beperkingen van mogelijkheden om te
27 functioneren. Deze ontwikkeling noopte tot een herformulering van de oorspronkelijke
28 algemene inleiding die hier gestalte heeft gekregen. Het lag voor de hand daarbij de term
29 'protocollen' te vervangen door 'beoordeling' omdat deze inleiding ambieert voor het hele
30 vakgebied te gelden. Deze inleiding is ook te beschouwen als een algemene en actuele
31 beschrijving van het werk van de verzekeringsarts. Regelmatige revisie is gewenst.

32

33 ***1.2. Doelgroep***

34 De beoogde doelgroep bestaat uit verzekeringsartsen die in het kader van publieke en private
35 regelgeving claims beoordelen. Claims vanwege beperkingen van mogelijkheden om te
36 functioneren in relatie tot ziekte, gebrek, letsel, zwangerschap of bevalling of claims
37 vanwege lichamelijke of geestelijke schade als gevolg van een oorzakelijk moment (ongeval,
38 medische fout). De doelgroep bestaat eveneens uit verzekeringsartsen die een
39 gezondheidskundige risicoschatting uitvoeren in het kader van acceptatie voor particuliere

¹ Gezondheidsraad. Algemene inleiding verzekeringsgeneeskundige protocollen. Den Haag, GR 2006/22, p.13.

40 verzekeringen. Deze keuze is ingegeven door het inzicht dat dit de hoofdtaken van het vak
41 zijn. Deze inleiding beoogt gedeelde vakinhoudelijke uitgangspunten voor de
42 verzekeringsgeneeskundige taken vast te leggen.

43

44 **1.3. Opzet**

45 De Inleiding beschrijft de doelen van de beoordeling, de daarvoor beschikbare instrumenten,
46 het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en daarbij gebruikelijke methoden, de
47 uitgangspunten en hoofdlijnen van de beoordeling alsmede de wijze waarop deze verantwoord
48 wordt.

49

50 **2. Taken, positie verzekeringsarts**

51

52 **2.1. Taken**

53 Verzekeringsartsen zijn zowel in de publieke als private sector werkzaam. Zij geven een
54 oordeel over – de oorzaak en de gevolgen van - schade aan de gezondheid in verleden, heden
55 en/of toekomst. De wet- en regelgeving en de polisvoorwaarden die betrekking hebben op de
56 concrete opdracht die de verzekeringsarts heeft gekregen bepalen het beoordelingskader. De
57 hoofdtaken bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zijn het beargumenteren en
58 benoemen van beperkingen en mogelijkheden in relatie tot ziekte, gebrek, letsel,
59 zwangerschap of bevalling, het beoordelen van lichamelijke en geestelijke schade in relatie tot
60 een oorzakelijk moment (ongeval, zwangerschap, medische fout) en het verrichten van
61 risicoschattingen ten behoeve van acceptatie voor een particuliere verzekering.

62

63 Afgeleide taken zijn:

64

- 65 1. beoordelen van het risico op arbeidsongeschiktheid of overlijden bij acceptatie voor een
66 verzekering;
- 67 2. beoordelen van de mate van blijvende invaliditeit;
- 68 3. beoordelen van ziekteverzuim en adviseren over re-integratie;
- 69 4. beperkingen en mogelijkheden om te functioneren met betrekking tot arbeid en andere
70 maatschappelijke rollen;
- 71 5. toetsen van eerdere sociaal medische beoordelingen;
- 72 6. beoordelen van de causaliteit;
- 73 7. beoordelen van de adequaatheid van behandeling(en), therapietrouw, herstel- en
74 participatiegedrag en van eventuele interventiemogelijkheden;
- 75 8. stellen van de prognose van het medische beeld en functioneren.

76

77 **2.2 Positie verzekeringsarts**

78 De verzekeringsarts komt feitelijk en zo onbevooroordeeld mogelijk² tot een oordeel. In de
79 publieke sector gaat de verzekeringsarts uit van de door de cliënt ervaren belemmeringen. Dit
80 wordt getoetst aan de wettelijke voorwaarden. Bij de particuliere
81 arbeidsongeschiktheidsverzekering moet beoordeeld worden of er dekking is volgens de
82 polisvoorwaarden. De verzekeringsarts maakt zo mogelijk gebruik van wetenschappelijk
83 bewijs en in elk geval van praktijkervaring, richtlijnen en medische inzichten. De
84 verzekeringsarts geeft geen morele oordelen over het handelen van betrokken partijen en laat
85 zich niet uit over aspecten buiten het eigen vakgebied. Vanuit deze vakinhoudelijke positie en
86 professionele autonomie houdt de verzekeringsarts distantie ten opzichte van zowel cliënt als

² Tijdelijk instituut coördinatie en afstemming (Tica). Richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Tica, september 1996, Amsterdam. De richtlijn is opgenomen in het Schattingsbesluit 2000.

87 opdracht- of werkgever. Omdat de verzekeringsarts bijna altijd in een juridische context
88 werkt, is een dossiervoering voor de verzekeringsarts belangrijk. Daarom rapporteert de
89 verzekeringsarts zo toetsbaar en reproduceerbaar mogelijk over de onderzoeksactiviteiten,
90 bevindingen, overwegingen en het oordeel. De belangrijkste wet- en regelgeving is in bijlage
91 1 vermeld.

92 **3. Onderzoeksmethoden en instrumenten**

93 ***3.1. Uitgangspunt***

94 Er bestaat inmiddels een groot aantal instrumenten voor de verzekeringsgeneeskundige
95 beoordeling. Deze zijn soms van toepassing op een deelterrein. Ze berusten voornamelijk op
96 professionele afspraken. De verzekeringsarts gebruikt deze instrumenten naar hun intentie
97 voor zover van toepassing op de specifieke opdracht. De instrumenten hebben het karakter
98 van een handreiking en kunnen niet opgevat worden als bindend voorschrift. De
99 verzekeringsarts onderzoekt in principe niet meer, dan voor de beantwoording van de
100 voorgelegde vraagstelling noodzakelijk is. Het is moeilijk die grens bij voorbaat aan te geven,
101 omdat bij veel beoordelingen pas gaandeweg of achteraf blijkt wat relevant is. De
102 verzekeringsarts beslist wanneer persoonlijk onderzoek nodig is. Als de cliënt om een
103 persoonlijk onderzoek verzoekt, gebeurt dit zo veel mogelijk, mits de (juridische) context dit
104 toelaat.³ Een verzekeringsarts kan het persoonlijk onderzoek (deels) uitbesteden.

105 ***3.2. Denkkader***

106 De beoordeling van mogelijkheden om te functioneren is zowel naar omvang van de
107 werkzaamheden als vanuit materiele betekenis een belangrijke verzekeringsgeneeskundige
108 taak. Dit gebeurt aan de hand van de beschrijving van het menselijk functioneren in relatie tot
109 stoornissen, beperkingen en participatieproblemen door de WHO in 2001; de International
110 Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Het denkkader bestaat uit een
111 groot aantal in dat verband relevante begrippen.⁴ De ICF gaat ervan uit dat ziekte zich kan
112 manifesteren op drie niveaus:

- 113 • functies en anatomische eigenschappen, waarop zich stoornissen kunnen voordoen
- 114 • activiteiten, onderdeel van handelingen waarin beperkingen aanwezig kunnen zijn
- 115 • participatie, waar problemen met deelname aan het maatschappelijk leven zich binnen
116 en buiten het arbeidsproces kunnen manifesteren.

117 Deze niveaus zijn onderling verbonden in wisselwerking waarbij geen hiërarchie is
118 verondersteld. Oorzakelijkheid speelt bij de ICF geen rol. Externe (fysieke, sociale) en
119 persoonlijke (persoonlijkheidskenmerken, levensstijl) factoren kunnen zowel het functioneren
120 beïnvloeden, als daardoor beïnvloed worden. Dit betekent dat deze factoren altijd als
121 relevante context bij de beoordeling betrokken worden, die daardoor steeds een individueel
122 karakter heeft. De ICF is ontworpen als ordenend classificatiesysteem op het brede terrein van
123 menselijk functioneren en is geen beoordelingsmethodiek. Evenmin is het een methodiek om
124 causaliteitsvragen te beoordelen. Sinds het midden van de vorige eeuw is een begrippenkader
125

³ Bij acceptatie is een persoonlijk onderzoek zeer ongebruikelijk, ook al staat een kandidaat verzekerde hierop. Dit komt omdat de verzekeraar geen acceptatieplicht heeft.

⁴ World Health Organisation. International Classification of functioning, disability and health, Genève, 2001; vertaling WHI-IFC Collaborating Centre RIVM Bilthoven 2002.

130 ontwikkeld in de vorm van lijsten die meer specifiek zijn gericht op arbeidsproblemen.⁵ Dit
131 begrippenkader wordt als gemeenschappelijke taal mede gebruikt door arbeidsdeskundigen.

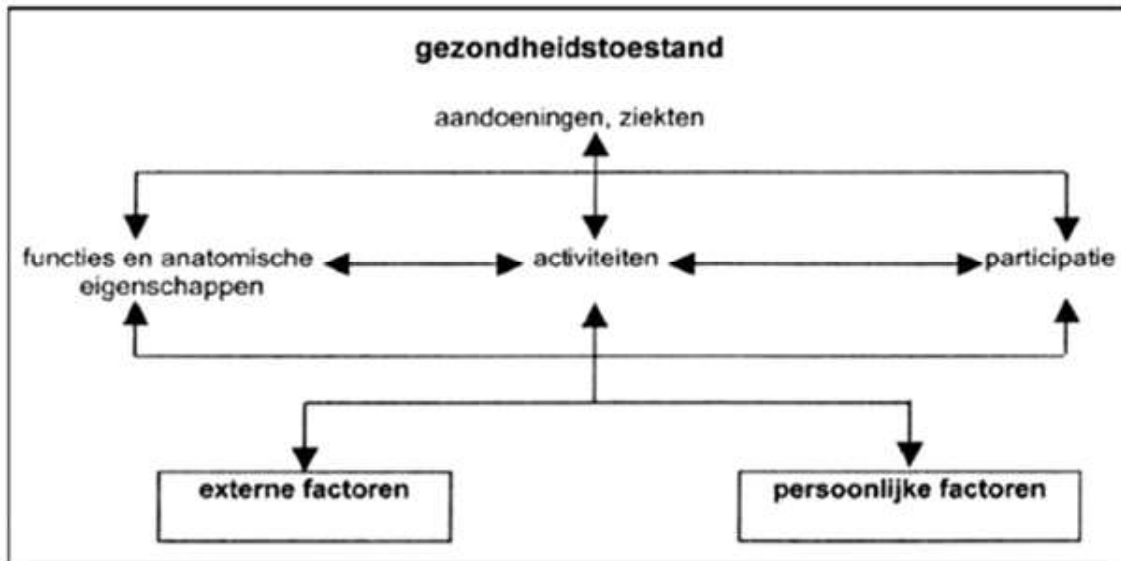
132

133

134 ICF-model

135 Terminologie

136



137

138

139

140 *Wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en*
141 *persoonlijke factoren.*

142

143 3.3. Methoden en instrumenten

144

145 3.3.1. Dossierstudie

146 De dossierstudie heeft betrekking op de sociaal-medische voorgeschiedenis. Die omvat
147 eventuele eerdere ziekten, begin – eventuele ongevalstoedracht - behandeling en verloop van
148 de gezondheidstoestand die tot de voorliggende vraag geleid hebben, inclusief eventuele
149 gegevens over opleiding, arbeidsverleden, eerder verzuim of arbeidsongeschiktheid en
150 psychosociale omstandigheden. Het dossier kan aangevuld worden met door de cliënt in te
151 vullen vragenlijsten. Naar aanleiding van de bevindingen bij dossierstudie kan de
152 verzekeringsarts besluiten dat verder onderzoek niet nodig is. Dat wordt gemotiveerd
153 vastgelegd. Ook kan de verzekeringsarts besluiten dat aanvullend onderzoek nodig is.

154

155 3.3.2. Beoordelingsgesprek

156 Bij dit gesprek staan het functioneren en de daarbij ervaren belemmeringen – in arbeid en
157 daarbuiten - centraal. Daarnaast wordt de gezondheidstoestand besproken omdat er een
158 verband gelegd moet kunnen worden met ziekte, gebrek of letsel. De volgorde waarin dat
159 gebeurt is aan de onderzoeker, er bestaan verschillende methodieken.⁶ Soms kan een
160 telefonisch contact volstaan om bij dossieronderzoek gebleken lacunes aan te vullen.

⁵ Een voorbeeld hiervan is de functionele mogelijkhedenlijst (FML).

⁶ Bekende methodes zijn: het methodisch beoordelingsgesprek, de multifactoriële analyse en het

161 Wat betreft de medische aspecten informeert de verzekeringsarts gericht naar de relevante
162 klachten, gestelde diagnoses, behandeling, medicatie en resultaten daarvan. Verder vraagt de
163 verzekeringsarts naar wat de cliënt denkt dat de oorzaak van de klachten is en diens
164 verwachtingen omtrent het verdere verloop. De verzekeringsarts brengt eventuele co-
165 morbiditeit in beeld. Bij een onvolledig beeld of twijfel informeert of overlegt de
166 verzekeringsarts bij of met de betreffende behandelaar(s).
167 Wat betreft het functioneren vraagt de verzekeringsarts naar de aard van het werk of
168 leersituatie, de thuissituatie en de vrijetijdsbesteding. Verder naar wat er in dat functioneren
169 veranderd is vergeleken met de pre-morbide situatie. De verzekeringsarts inventariseert de
170 ervaren belemmeringen (claimklachten) en vraagt naar activiteiten van de cliënt of anderen
171 om deze belemmeringen te hanteren of te compenseren. Ook wordt in beeld gebracht welke
172 (verdere) oplossingen de cliënt zelf nog ziet en welk arbeidsperspectief hij denkt te hebben.
173 Vooral bij causaliteitsvragen, maar ook in het algemeen om inzicht te krijgen in de stijl van
174 aanpassing worden eerdere aandoeningen, verzuim en vroeger functioneren in beeld gebracht.
175 Zo nodig of gewenst geeft de verzekeringsarts belangrijke derden – een partner, een
176 belangenbehartiger, ouders of anderen – de gelegenheid hun lezing over het functioneren van
177 de cliënt te geven.

178

179 3.3.3. Observaties en onderzoek

180 Observaties vinden tijdens het spreekuur altijd plaats en richten zich vooral op presentatie,
181 verzorging en wijze van contact leggen. Daarbij observeert de verzekeringsarts eventuele
182 manifestaties – of juist het ontbreken daarvan - van de belangrijkste claimklachten. Het
183 verdient aanbeveling dergelijke observaties terug te koppelen in het beoordelingsgesprek.
184 Eventuele reacties van de cliënt worden vastgelegd evenals het verloop en de duur van het
185 gesprek.

186

187 De verzekeringsarts zal aan de hand van bij het gesprek verkregen indrukken en de medische
188 voorgeschiedenis een indruk hebben van het functioneren. Op indicatie kan verdergaand
189 algemeen psychiatrisch⁷ en/of gericht lichamelijk onderzoek verricht worden.

190

191 3.3.4. Vakinhoudelijke regelgeving

192 Hieronder worden op de beroepsuitoefening gerichte afspraken verstaan die onder
193 verschillende titels – richtlijnen, standaarden, protocollen, instructies, handleidingen – zijn
194 vastgelegd. Bedrijfsartsen ontwikkelden richtlijnen voor preventie en arbeidsomstandigheden
195 en voor begeleiding van verzuimende werknemers. Verzekeringsartsen ontwikkelden
196 aanvankelijk richtlijnen over algemene aspecten, welke in het afgelopen decennium meer
197 geordend zijn naar diagnose. Daarnaast worden nog steeds zogenaamde 3B (beoordelen,
198 begeleiden, behandelen) en multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld in de gezondheidszorg
199 voor diagnostiek en behandeling van allerlei ziektebeelden, waarbij tevens aandacht wordt
200 besteed aan arbeidsaspecten. Ten slotte zijn in de sociale verzekering vakinhoudelijke
201 instructies opgesteld. Al deze vakinhoudelijke regels (bijlage 2) kunnen toepasbaar en
202 bruikbaar blijken voor een breder terrein. Deze regels kunnen breed toegepast worden voor
203 zover mogelijk in de geldende context van de beoordeling.

204

205 3.3.5. Mogelijkhedenlijsten

206 Bij de beoordeling kan de verzekeringsarts mogelijkhedenlijsten gebruiken als
207 geheugensteun. De definities van de bijbehorende begrippen hebben tevens een functie als

belastbaarheidsgerichte beoordelingsgesprek. Geen van deze methodes is verplicht(end).

⁷ Wolff H de, Croon NHT, Foekens R, Jagt E van der, Knepper S, Kroneman H, Paulusma A, Weijers JH, Woldberg T. De weergave van het psychisch onderzoek door de verzekeringsarts. TBV 21 (9) 2013: 424-8.

208 onderling en met arbeidsdeskundigen gedeeld begrippenkader. De in de praktijk gebruikte
209 varianten zijn onder verschillende benamingen uiteindelijk vrijwel allemaal afgeleid van de
210 functionele mogelijkhedenlijst of diens voorgangers.⁸ Aan verzekeringsartsen wordt vaak
211 gevraagd dergelijke lijsten in te vullen. Strikt genomen is dat alleen nodig bij vergelijking met
212 een bestand functies, zoals dat in de sociale verzekering gebruikt wordt. Het invullen van een
213 mogelijkhedenlijst heeft buiten die context relatieve waarde. Overwegingen en argumentatie,
214 nuanceringen en samenhang over de aangenomen beperkingen zullen moeten blijken uit de
215 verzekeringsgeneeskundige rapportage. Aan een mogelijkhedenlijst ligt een
216 verzekeringsgeneeskundige beoordeling met een weging ten grondslag.

217

218 **3.3.6. Mediprudentie**

219 Het belangrijkste doel van mediprudentie, zoals verwoord in de uitwerking van het advies van
220 de Gezondheidsraad⁹ is te komen tot consensus over hetgeen in concrete, individuele situaties
221 volgens de beroepsgroep de juiste beoordeling is. Daarnaast zou mediprudentie de kwaliteit
222 en transparantie van de beoordeling van mogelijkheden kunnen bevorderen en daardoor ook
223 de rechtsgelijkheid en rechtszekerheid voor cliënten. Mediprudentie is inmiddels door de
224 NVVG in samenwerking met UWV verder ontwikkeld. Geselecteerde en becommentarieerde
225 casus worden gepubliceerd in de mediprudentie database van de NVVG. Deze database is
226 alleen toegankelijk voor verzekeringsartsen die NVVG-lid zijn. Daardoor heeft mediprudentie
227 vooralsnog beperkte betekenis.¹⁰

228

229 **3.3.7. Afstemming en overleg**

230 De verzekeringsarts voert overleg met derden wanneer de voorliggende informatie over
231 gezondheid, behandeling of functioneren niet compleet of niet actueel is. Daarnaast kan dit
232 nodig zijn om te toetsen of voorliggende informatie juist is. Dat kan zowel in aanvulling op
233 een dossierstudie als naar aanleiding van een beoordelingsgesprek gebeuren.
234 De verzekeringsarts heeft ook een zorgplicht. In dat kader is overleg met behandelaars nodig
235 wanneer er sprake is van een onjuiste (medische) behandeling.
236 Met behandelaars moet volgens de beroepscode met machtiging en gerichte vraagstelling
237 gecommuniceerd worden, wat neerkomt op schriftelijk opvragen van documentatie over aard
238 en ernst van de aandoening, de behandeling daarvan en resultaten. Vragen staat vrij, maar
239 redelijkerwijs houdt de verzekeringsarts er daarbij rekening mee dat de behandelaar volgens
240 de beroepscode¹¹ alleen feitelijke informatie mag verstrekken en bijvoorbeeld ook geen
241 medische prognose¹², omdat dit een meer dan feitelijk waardeoordeel zou impliceren.
242 Daarnaast kan de verzekeringsarts bij de arbeidsdeskundige, bedrijfsarts of werkgever
243 informeren naar aspecten van het functioneren.

244

245 **3.3.8 Consultatie en onderzoek door derden**

246 Een onderzoek door een (klinisch) specialist of andere deskundige kan aanvullende betekenis
247 hebben bij voortdurende onzekerheid over diagnose en behandeling, dan wel verschil van
248 mening met de behandelaar. Vaak zijn cliënten al door veel artsen en/of psychologen 'gezien'
249 en is daarom terughoudendheid bij het stellen van een indicatie voor dergelijk onderzoek

⁸ Boer W.E.L.de, Weijers J.H.L., Spanjer J, Beijl I van der, Zuidam W, Venema A. Gespreksmodellen in de
Verzekeringsgeneeskundige. TBV 2006 14:19-29.

⁹ Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, Den Haag GR 2007/14.

¹⁰ Recent is het voorstel gedaan om de mediprudentie database openbaar te maken. Zie: Faas WA, Sterk AHJM.
Toegang tot mediprudentie moet worden verruimd. TBV 23 (8) 2015: 347-348.

¹¹ KNMG Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie. Utrecht, KNMG 2007.

¹² Er is discussie mogelijk of de vraag naar de prognose geoorloofd is. Zie: Faas WA. De
verzekeringsarts, de prognose, de angel van de WIA en de mangel van de jurist. TBV 18 (8), 2010: 350-352.

250 raadzaam. Bij de beoordeling van mogelijkheden om te functioneren vraagt de
251 verzekeringsarts primair naar diagnose en behandeling. Dat neemt niet weg dat klinisch
252 specialisten als rapporterend deskundigen na onderzoek een globale indicatie van beperkingen
253 kunnen geven op hun vakgebied. Maar de beoordeling van mogelijkheden om te functioneren
254 is de deskundigheid van de verzekeringsarts. Daarom hoort de vraag naar het invullen van
255 mogelijkheden (beperkingen)lijsten niet bij rapporterend (klinisch) specialisten of andere
256 deskundigen thuis.

257 Bij causaliteitsvragen kan onderzoek door een medisch specialist aangewezen zijn,
258 bijvoorbeeld in hoeverre bepaalde afwijkingen als gevolg van letsel of ongeval opgevat
259 kunnen worden. Ook voor het vaststellen van het percentage blijvende invaliditeit kan een
260 klinische beoordeling nodig zijn. Voor een medische risico-inschatting bij acceptatie kan,
261 vanwege bevindingen in de gezondheidsverklaring, gericht keuringsonderzoek gevraagd
262 worden.

263
264 Er bestaat een uitgebreid assortiment van test- en begeleidingsfaciliteiten variërend van onder
265 meer neuropsychologisch onderzoek, FCE-methodieken tot volledige trainingsprogramma's,
266 psychologische en multidisciplinaire revalidatie. De verzekeringsarts stelt de indicatie voor
267 zover die van medische of psychologische aard is. De verzekeringsarts bespreekt die met de
268 cliënt en licht de vraagstelling aan de deskundige of instelling toe met eigen bevindingen en
269 zo mogelijk een voorlopig oordeel. De verzekeringsarts bespreekt de bevindingen voor zover
270 de onderzoekers dat niet zelf al hebben gedaan en in elk geval de conclusies wat betreft de
271 mogelijkheden en beperkingen. Neuropsychologisch onderzoek moet voldoen aan gestelde
272 voorwaarden wat betreft symptoomvaliditeit.

273

274 **3.3.9 Jurisprudentie**

275 De verzekeringsarts is geen jurist, maar soms kan de verzekeringsarts voor de beoordeling
276 relevante bestuursrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie raadplegen ten behoeve van de
277 beoordeling. De in dat geval te raadplegen bronnen zijn opgenomen in bijlage 3.

278

279 **4. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling**

280

281 **4.1. Beoordeling mogelijkheden**

282 In de publieke sector gaat de verzekeringsarts voor de beoordeling van mogelijkheden uit van
283 de door de cliënt ervaren belemmeringen. De verzekeringsarts toetst die aan het medisch
284 beeld in wisselwerking met sociale omstandigheden en persoonskenmerken – de
285 psychosociale context. Bij de beoordeling wordt getoetst of sprake is van een *medisch*
286 *herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, plausibiliteit, consistentie en herstel- of*
287 *participatiegedrag*. Bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen moet eerst
288 beoordeeld worden of er dekking is volgens de polisvoorwaarden en is de beoordeling
289 *afhankelijk van de in de polisvoorwaarden opgenomen definitie van arbeidsongeschiktheid*. Is
290 voldaan aan de polisvoorwaarden, dan vindt ook bij de particuliere arbeidsongeschiktheids-
291 verzekeringen voor het vaststellen van mogelijkheden toetsing plaats aan plausibiliteit,
292 consistentie en herstel- of participatiegedrag.

293 Afhankelijk van de juridische context kan de verzekeringsarts dus in overweging nemen:

294

- 295 • is voldaan aan de polisvoorwaarden?
- 296 • is er sprake van *plausibiliteit*: passen presentatie en belemmeringen in die mate bij (de
297 ernst van) het ziektebeeld?

- 298 • is er sprake van *consistentie*, zijn klachten, belemmeringen en handicaps goeddeels
- 299 vrij van innerlijke (algemeen functioneren) en externe (bevindingen behandelaars of
- 300 andere beoordelaars) tegenspraak?
- 301 • is het gedrag van de cliënt gericht (geweest) op schadebeperking, wat betreft
- 302 gezondheid en het functioneren in diverse rollen?
- 303 • in hoeverre is door eventueel gebruik van voorzieningen, compensatiegedrag, of
- 304 taakverschuiving meer inzet mogelijk?
- 305 • zijn eventuele arbeidsinspanningen fysiologisch over de dag en de week verdeeld?
- 306 • in hoeverre zijn belemmeringen in feite normale gebreken van het dagelijks leven?
- 307 • is er sprake van therapietrouw en opvolgen van leefstijladviezen?
- 308 • in hoeverre valt gezondheidsschade te verwachten bij meer activiteit of is juist dan
- 309 verbetering te verwachten?
- 310 • welke onderhoudende factoren¹³ spelen een rol en in hoeverre zijn die overkomelijk?
- 311 • in hoeverre is welke ziekte winst aannemelijk?
- 312

313 De verzekeringsarts kan voor de beoordeling een werkhypothese formuleren conform het
 314 ICF-model. Dus naast het ziektebeeld relevante kenmerken van de psychosociale context
 315 benoemen die op het functioneren van invloed zijn. Er moet wel sprake zijn van een evidente
 316 *wisselwerking* met deze psychosociale context. Het is dus niet juist beperkingen te
 317 veronderstellen alleen vanwege bijvoorbeeld zorgtaken, werkloosheid, schulden, conflicten,
 318 hobby's of uitgesproken kenmerken van de persoonlijkheid. Het toetsen van de ervaren
 319 belemmeringen (perceptie cliënt) aan het medische beeld in wisselwerking met sociale
 320 omstandigheden - de psychosociale context - resulteert in het al of niet accepteren van
 321 beperkingen (beoordeling verzekeringsarts). Wanneer 'passende' of 'gangbare arbeid'
 322 criteria zijn, gaat de verzekeringsarts tevens na of gezien het medische beeld daarvoor
 323 beperkingen van mogelijkheden aanwezig zijn, die de cliënt niet eerder als belemmeringen
 324 ervaren heeft.

325
 326 In alle publieke¹⁴ maar ook in private polisvoorwaarden wordt de eis van *objectiviteit* gesteld.
 327 De verzekeringsarts wordt daarmee geconfronteerd in verschillende termen, zoals: 'naar
 328 *objectieve maatstaven*', '*objectief medisch vast te stellen stoornis*' en '*objectief vaststelbaar*'.
 329 Er is voldaan aan de eisen van *objectiviteit* wanneer de beoordeling is gebaseerd op
 330 waarneembare feiten. De claimbeoordeling betreft de samenhang van vaak meerdere
 331 medische, sociale en psychologische factoren die ieder weer voor verschillende interpretatie
 332 vatbaar kunnen zijn. Daardoor heeft de claimbeoordeling in zekere mate een arbitrair
 333 karakter. Dat betekent dat de verzekeringsarts beperkingen niet vaststelt, maar 'aanneemt'.
 334 Vanuit deze invalshoek biedt de verzekeringsarts ruimte voor tegenspraak en weegt die
 335 vervolgens inhoudelijk. Het min of meer 'beslissen in onzekerheid' biedt enige ruimte om
 336 mee te bewegen en schadelijke conflicten te voorkomen. Anderzijds zijn meningsverschillen
 337 en conflicten inherent aan de aard van de claimbeoordeling.

338
 339 In het kader van verzuimbeoordeling kan de verzekeringsarts na de beoordeling van
 340 beperkingen een uitspraak doen over de geschiktheid voor eigen werk. Bij
 341 arbeidsongeschiktheid of beroepsongeschiktheid kan de verzekeringsarts suggesties doen over
 342 de mogelijkheden ander werk of eigen beroep te verrichten, een belangrijke doelstelling op
 343 het vlak van participatie.

¹³ Gezondheidsraad 2005/10, p.31 e.v.

¹⁴ Zie bijv. de sociale arbeidsongeschiktheidsregelingen: arbeidsongeschiktheid dient '... als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte' te zijn.

344

345 **4.2. Beoordeling voorzieningen**

346 Ten behoeve van allerlei regelingen in verband met maatschappelijke participatie of in het
347 kader van personenschade beoordelen verzekeringssartsen ook de noodzaak van
348 werkvoorzieningen of aanpassingen en voorzieningen op andere levensterreinen. Dat gebeurt
349 volgens hetzelfde model, waarbij de verzekeringssarts erop let dat de uitgebreidheid van het
350 onderzoek in proportie blijft met het materieel belang. De verzekeringssarts laat zich niet uit
351 over technische aspecten buiten het eigen vakgebied.

352

353 **4.3. Risico-inschatting**

354

355 De verzekeringssarts beoordeelt op basis van de medische gegevens of er sprake is van een
356 verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid (bij een aanvraag voor een
357 arbeidsongeschiktheidsverzekering) of vroegtijdig overlijden (bij een levensverzekering). Er
358 kan sprake zijn van een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid of overlijden bij een
359 aanwezige medische aandoening of bij een duidelijke risicofactor voor het ontstaan van deze
360 aandoening. Bij risico-inschatting van arbeidsongeschiktheid worden niet-medische factoren
361 (zoals eerder langdurig verzuim, coping/herstelgedrag en aard van het beroep) meegewogen.
362 Eerder verzuim blijkt een belangrijke risicofactor voor arbeidsongeschiktheid, los van de
363 medische aandoening.¹⁵ Al naar gelang de bevindingen adviseert de verzekeringssarts
364 acceptatie onder normale voorwaarden of, bij een verhoogd risico, acceptatie met een
365 beperkende voorwaarde of afwijzing van de aanvraag. De verzekeringssarts adviseert de
366 verzekeraar. De verzekeraar beslist. Elke verzekeraar heeft zijn eigen acceptatiebeleid.

367

368 **4.4. Blijvende invaliditeit**

369 Het vaststellen van blijvende invaliditeit vindt plaats bij claims vanwege een
370 ongevallenverzekering, personenschade of militair invaliditeitspensioen. Er zijn, afhankelijk
371 van de context, verschillende beoordelingsmethodieken. De verzekeringssarts verantwoordt
372 welke methodiek op welke wijze is toegepast.

373

374 **4.5. Beoordeling causaliteit**

375 Of er een verband tussen oorzaak en gevolg mag worden aangenomen, is afhankelijk van de
376 context waarin de causaliteitsvraag wordt gesteld. In de praktijk blijken juristen een andere
377 kijk op causaliteit te hebben dan artsen. Juridische causaliteit houdt rekening met
378 omstandigheden, waarbij toerekening een belangrijke overweging is. De verschillende
379 rechtsgebieden (strafrecht, civiel recht, bestuursrecht) kennen hun eigen causaliteitscriteria. In
380 het civielrechtelijke aansprakelijkheidsrecht wordt causaliteit vastgesteld aan de hand van het
381 conditio sine qua non-verband (de onrechtmatige daad is een noodzakelijke voorwaarde voor
382 de ontstane schade) en daarna de toerekening: de gevolgen van de onrechtmatige daad en
383 daarmee de schadeomvang worden door de rechter toegerekend. Ook in het bestuursrecht
384 komen causaliteitsvragen aan de orde (zie bijlage 2).

385

386 De vraag naar medische causaliteit is complex omdat ziekten, aandoeningen en beperkingen
387 altijd multifactorieel bepaald zijn met predisponerende, uitlokkende, onderhoudende, herstel
388 belemmerende en bevorderende factoren. Deze kunnen zowel in de persoon liggen als in de
389 sociale context. Zelfs de uiting van monogenetische aandoeningen blijkt toch nog beïnvloed
390 te worden door endogene en exogene factoren. Medisch is een volledig sluitend bewijs van

¹⁵ Wijnvoord L et al. Predictors of sickness absence in college and university educated self-employed: a historic register study. BMC Public Health 2014, 14:420.

391 een oorzaak-gevolg-relatie vaak niet te geven. De verzekeringsarts beantwoordt de
392 causaliteitsvraag^{16 17} vanuit deze invalshoek, nadat de verzekeringsarts een zorgvuldige
393 analyse van deze factoren heeft gemaakt zoveel mogelijk op grond van datgene wat op basis
394 van de gangbare wetenschappelijke inzichten bekend en herkenbaar is over het ontstaan en
395 beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. In deze afwegingen wordt eventuele
396 pre-existentie: de aanwezigheid van een bepaalde aandoening of afwijking, los van een
397 bepaald voorval, overwogen. Daarnaast kan eventuele predispositie overwogen worden:
398 mede-oorzakelijkheid, een aanwezige kwetsbaarheid voor een bepaalde aandoening, bepaald
399 letsel of te verwachten arbeidsuitval, zonder dat deze aandoening, dit letsel of disfunctioneren
400 zich al hadden gemanifesteerd.

401

402 **4.6. Prognose functioneren**

403 De verzekeringsarts maakt onderscheid tussen herstel van klachten en symptomen enerzijds
404 (medische prognose) en herstel van participatiemogelijkheden (herstel van functioneren in
405 arbeidsrol of andere rollen) anderzijds. Soms wordt alleen naar de medische prognose
406 gevraagd. Maar bij de claimbeoordeling gaat het veelal om herstel van functioneren, wat
407 meestal neerkomt op vooruitzichten van werkhervatting of andere participatie. Er zijn
408 aanwijzingen dat persoonsgebonden psychosociale factoren zoals regelmogelijkheden,
409 kenmerken van het werk, verzuimduur en eerdere uitval meer bepalend zijn dan de aard van
410 de aandoening. In de praktijk blijkt de verwachting van de cliënt een belangrijke
411 voorspeller.^{18 19} De verzekeringsarts weegt de verschillende factoren en geeft op die manier
412 een inschatting van de prognose.

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

¹⁶ Akkermans AJ. Causaliteit bij letselschade en medische expertise; TvP 2003 nr 4: 93-104.

¹⁷ Oskam P, Reitsma AM. Causaal verband in whiplashzaken: een beschouwing vanuit juridisch en medisch perspectief; TvP 2014 nr 4: 111- 122.

¹⁸ Audhoe SS, Hoving JL, Nieuwenhuijsen K, Frierson R, Jong PR de, Sluiter JK. Factors for the Work Participation of Sick-Listed Unemployed and Temporary Agency Workers with Psychological Problems. J Occup Rehabil. 2012 Dec; 22(4): 437-446. doi: 10.1007/s10926-012-9358-0

¹⁹ Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective. Int Arch Occup Environ Health. 2013 Jul; 86(5): 509-518. doi: 10.1007/s00420-012-0783-3

431 **Colofon**

432

433 Deze Inleiding werd in opdracht van de NVVG opgesteld door een werkgroep bestaande uit
434 Frank M. Brouwer (vrijgevestigd bedrijfs- en verzekeringsarts), Cecile C.H. van Linschoten
435 (verzekeringsarts, UWV), mr. Jim W.A. Faas (verzekeringsarts, UWV), Simon Knepper
436 (vrijgevestigd verzekeringsarts), Alexander C.F. Oostenrijk (verzekeringsarts, UWV), Jessika
437 V. Pietersen (verzekeringsarts RGA en medisch adviseur a.s.r./De Amersfoortse), dr. Ingrid
438 A.K. Snels (verzekeringsarts, UWV) en Gerardine A. van Strien (verzekeringsarts in
439 opleiding, medisch adviseur a.s.r., Amersfoortse verzekeringen). Daarmee werd een brede
440 vertegenwoordiging uit de hele beroepsgroep nagestreefd. Daarnaast maakte de werkgroep
441 gebruik van suggesties van Wout de Boer (verzekeringsarts, LechnerConsult) en Linda ten
442 Hove (verzekeringsarts, Argonaut). Er werd gebruik gemaakt van de Inleiding die de
443 Gezondheidsraad in 2005 heeft opgesteld. Tenslotte werd de Inleiding aangeboden aan de
444 beroepsvereniging NVVG met het advies nader af te stemmen met de beroepsgroep, met
445 name ook de GAV (particuliere verzekeringen).

446

447

448

Jim Faas en Simon Knepper
(eindredactie)

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530

Bijlagen

Bijlage 1

- Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (1994)
- Wet medische keuringen (1997)
- Wet bescherming persoonsgegevens (2000)
- Professioneel statuut verzekeringsartsen UWV (2003)
- Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen (2003)
- Beroepscode voor geneeskundig adviseurs GAV (2008)
- KNMG ‘groen boekje’ richtlijnen betreffende omgaan met medische gegevens, Utrecht, KNMG (2010)
- Protocol verzekeringskeuringen (2011)
- Schadeprotocol arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (2011)
- Gedragscode behandeling letselschade, medische paragraaf (2012)

531

532 **Bijlage 2**

533

534 **Vakinhoudelijke regelgeving**

535

536 **1.1. Definities**

537 De termen ‘standaard’, ‘richtlijn’ en ‘protocol’ zijn in de loop der jaren wisselend en minder
538 zorgvuldig gebruikt om vakinhoudelijke regelgeving te omschrijven. Richtlijnen²⁰
539 onderscheiden zich van protocollen. Richtlijnen geven aanwijzingen in meer algemene zin en
540 voorzien van wetenschappelijke onderbouwing aan *wat* er in een gegeven situatie het beste
541 gedaan kan worden terwijl in protocollen vooral staat *hoe* en soms door *wie* gehandeld dient
542 te worden. Een protocol kan afgeleid worden van een richtlijn. Terwijl protocollen in het
543 algemeen weinig handelingsvrijheid bieden kan – of moet soms zelf – van een richtlijn
544 gemotiveerd afgeweken worden indien de praktische situatie daarom vraagt.²¹ Een
545 professionele standaard beschrijft de beste manier van handelen in een specifieke
546 situatie met inachtneming van recente inzichten en evidence, zoals neergelegd in
547 richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep dan wel het handelen zoals van
548 een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgenoot in gelijke omstandigheden
549 had mogen worden verwacht.

550 **1.2. Standaarden en richtlijnen Lisv**

551 *1) Standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden (1996).*

552 Volledige verzekeringsgeneeskundige arbeidsongeschiktheid is alleen aannemelijk bij
553 verlies van zelfredzaamheid. In alle andere gevallen worden beperkingen benoemd ten
554 behoeve van arbeidskundige beoordeling (vervangen door *het Schattingsbesluit 2000*).

555 *2) Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium (1996)*

556 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling gaat uit van ervaren belemmeringen (claim-
557 klachten) en is gebaseerd op de trias plausibiliteit, consistentie en herstelgedrag (vervangen
558 door *het Schattingsbesluit 2000*).²²

559 *3) Standaard Verminderde arbeidsduur (2000)*

560 Een duurbepanking kan aangenomen worden op grond van beschikbaarheid, energetische
561 stoornis of vanwege preventie. Categorisering naar 10, 20, 30, 40 of meer uren beschik-
562 baarheid. Gerealiseerde inzet in eigen werk niet alleen doorslaggevend (vervangen door *de*
563 *Standaard Duurbelastbaarheid in arbeid 2015*).

564 *4) Standaard Onderzoekmethoden (2000).*

565 Beschrijving van gebruikelijke verzekeringsgeneeskundige onderzoekmethoden, waaronder
566 beoordelingsgesprek. De verzekeringsarts brengt primair het werk en de daarbij ervaren
567 belemmeringen in beeld en toetst die aan het medische beeld en andere informatie.

568 *5) Standaard Communicatie met behandelaars (1997)*

569 Indicaties voor en handelwijze bij informatieverzameling bij behandelend artsen conform
570 KNMG-beroepscode.

571 *6) Standaard Beheer medische gegevens vallend onder het beroepsgeheim van de*
572 *verzekeringsarts (1998). (revisieversie 2010)*

²⁰ Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Zie Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag, Regieraad Kwaliteit van Zorg 2012.

²¹ Hulshof C.T.J., Introductie NVAB-richtlijnen, Kwaliteitsbureau NVAB, pag. 5.

²² De Standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden en de Richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium zijn beide gecodificeerd in het zogenaamde Schattingsbesluit 2000.

- 573 Richtlijnen voor dossierbeheer en routing gegevensverstrekking daaruit ten behoeve van
574 verschillende doeleinden (cliënten, kwaliteitszorg, advocaten, vragen derden, fraude).
- 575 7) *Standaard Professionele herbeoordeling (2000)*
576 Drie indicaties voor herbeoordelingen op initiatief van de verzekeringsarts, anders dan op
577 verzoek of wettelijk voorschrift: prognose, beoordeling herstelgedrag en na toekenning
578 ‘geen duurzaam benutbare mogelijkheden’.
- 579 8) *Protocol Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling*
580 *AAW/WAO met het FIS (1996)*
581 Er wordt gewerkt met een persoonsprofiel van de cliënt, de verzekeringsarts wordt bij de
582 functieselectie betrokken, ook de verzekeringsarts rapporteert aanvullend over na overleg
583 geschikt geachte functies.
- 584 9) *Beleidsadvies Toegenomen arbeidsongeschiktheid door dezelfde doorzaak (1996)*.
585 Toename van beperkingen door dezelfde oorzaak als bij een eerdere claim (Amber) wordt
586 aangenomen, tenzij een andere oorzaak vastgesteld kan worden.
- 587 10) *Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde (1987, 1999)*,
588 Vastlegging wijze van verslagleggen. Inmiddels wordt een verschillend format gebruikt in
589 verschillende gedaantes, gestandaardiseerd door tekstverwerking.
- 590 11) *Standaard Zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid*
591 *(1999)*(vervangen door de *Standaard Zwangerschap en bevalling als oorzaak van*
592 *ongeschiktheid voor haar arbeid 2014)*
593 Invulling van de causaliteitsvraag vanwege aanspraken op (100%) ziekengelduitkering.

594
595 Daarnaast is er nog een *gedragscode (1997)* en een *werkmodel deskundigenoordeel (1996)*.
596 De diverse standaarden/richtlijnen zijn niet geactualiseerd, behoudens revisie van de
597 (inmiddels) richtlijn *Beheer medische gegevens vallend onder het beroepsgeheim van de*
598 *verzekeringsarts (maart 2010, UWV)*, en de (inmiddels) richtlijn *Zwangerschap en bevalling*
599 *als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid (mei 2014, UWV)*. Het *protocol*
600 *participatiegedrag (januari 2010, NVVG)* vult het medisch arbeidsongeschiktheids criterium
601 aan inzake het herstel- en participatiegedrag. De *standaard duurbelastbaarheid in arbeid*
602 *(januari 2014, UWV)* is onlangs geactualiseerd als regelgeving door de sociale verzekering.

603

604 **1.3. Protocollen en richtlijnen**

605

606 **1.3.1. Gezondheidsraad**

607 *Beoordelen, behandelen begeleiden, medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsonge-*
608 *schiktheid (2005/10)*

609 *Protocol overspanning (2006/22)*

610 *Protocol depressieve stoornis (2006/22)*

611 *Protocol chronisch-vermoeidheidssyndroom (2007/12) (vervangen door de multidisciplinaire*
612 *‘Richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch*
613 *vermoeidheidssyndroom (CVS)’, februari 2013)*

614 *Protocol lumbosacraal radiculair syndroom (2007/12)*

615 *Protocol angststoornissen (2007/5)*

616 *Protocol beroerte (2007/5)*

617 *Protocol borstkanker (2007/5)*

618 *Protocol whiplash associated disorder (2008/11)*

619 *Protocol specifieke lage rugpijn (herziening 2008, 2008/11)*

620 *Protocol hartinfarct (herziening 2008, 2008/11)*

621

622

623

624 **1.3.2. NVVG**

625 *Protocol chronische schouderklachten (2008)*

626 *Protocol schizofrenie en aanverwante stoornissen (2008)*

627 *Protocol chronisch hartfalen (2008)*

628 *Protocol COPD (2008)*

629 *Protocol artrose heup en knie (2008)*

630 *Protocol chronische nierschade (2009)*

631 *Protocol borderline persoonlijkheidsstoornis (2009)*

632 *Protocol darmkanker (2009)*

633 *Protocol diabetes (2009)*

634

635 **1.3.3. Multidisciplinaire ('3B')richtlijnen**

636 • Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)

637 • Guillain-Barré Syndroom

638 • HIV en arbeid

639 • Q koortsvermoeidheidssyndroom

640 • Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

641 • STECR Richtlijnen (extern) (niet NVAB-geaccordeerd)

642 • STECR Werkwijzer Arbeidsconflicten (pdf)

643

644

645 **1.3.4. Instructies UWV**

646 • Borging beheer en verkeer medische gegevens van klanten in de ZW-arbo (2014)

647 • Richtlijn internationale gevalsbehandeling (2013)

648 • Richtlijn ontwikkelingsstoornissen Wajong (2010)

649 • Richtlijn sociaal-medisch handelen bij het vermoeden van gezondheidsfraude (2011)

650 • Suïcidedreiging en de rol van de verzekeringsarts

651 • Verkorte claimbeoordelingsprocedure WIA > 65% verdiensten bij EWT

652 • Beoordelingskader van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen

653

654

655 **1.3.5 NVAB richtlijnen**

656 De NVAB-richtlijnen zijn primair bedoeld voor bedrijfsartsen en de ziekteverzuimbegeleiding

657 bij de publieke verzekeringen. De NVAB-richtlijnen zijn geautoriseerd door de

658 Autorisatiecommissie waarin ook een lid namens de NVVG zitting heeft. Ze zijn ook

659 toepasbaar en bruikbaar voor verzekeringsartsen bij de beoordeling van verzuim. Een NVAB-

660 leidraad is een procesdocument dat minder gericht is op inhoud maar vooral omschrijft *hoe*

661 bepaalde zaken kunnen worden uitgevoerd, doorgaans in de vorm van een stappenplan.²³

662 Er zijn in totaal 23 richtlijnen, acht leidraden, twee blauwdrukken²⁴ en één samenvatting²⁵.

663 Psyche: 6 richtlijnen:

664 1. Werkdruk

665 2. Werk-privé balans

666 3. Agressie en geweld

²³ Leidraden NVAB: <https://www.nvab-online.nl/richtlijnen/leidraden-NVAB> d.d. 8 april 2015.

²⁴ Blauwdruk: Ontwerp, schets, voorlopig plan. Bron: Van Dale Pocket Nederlands app. Versie 3.58.827.

²⁵ Samenvatting: NVAB geeft, desgevraagd, aan: "Moge voor zich spreken". Van Dale Pocket Nederlands app.: "Korte weergave".

- 667 4. Overspanning, burnout /LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak)
668 5. Psychische problemen
669 6. Depressie (januari 2017; samenwerking NVAB, NVVG, GAV)
670
- 671 Bewegingsapparaat: 5 richtlijnen waarvan 2 ook in het Engels:
672 1. Lichaamstrillingen
673 2. Vermindering van tilbelasting om rugklachten te voorkomen (ook in het Engels)
674 3. Computerwerk
675 4. Rugklachten
676 5. Klachten arm, nek, schouder (ook in het Engels)
677
- 678 Luchtwegen: 2 NVAB-richtlijnen:
679 1. Obstructief Slaapapnoesyndroom en werk - OSAS
680 2. Astma en COPD
681
- 682 Huid: één richtlijn:
683 Contacteczeem: preventie en behandeling
684
- 685 Zintuigen: 2 richtlijnen:
686 1. Ogen: computerwerk
687 2. Oren: preventie van beroepslethorendheid
688
- 689 Infectieziekten: 4 richtlijnen met 1 samenvatting:
690 1. Arbeid en Lymeziekte
691 2. Influenzapandemie in arbeidsorganisaties
692 3. Prikaccidenten (samenvatting voor de bedrijfsarts)
693 4. Influenza: preventie en outbreak control
694
- 695 Chronische ziekten: 2 richtlijnen:
696 1. Diabetes en Arbeid
697 2. Ischemische hartziekten
698
- 699 Overig: 2 richtlijnen:
700 1. Bevorderen van veilig gedrag in productieomgeving
701 2. Zwangerschap, postpartumperiode en werk (ook in het Engels en samenvatting (in het
702 Engels))
703
- 704 Twee blauwdrukken:
705 1. Blauwdruk Participeren en functioneren
706 2. Blauwdruk kanker en werk
707
- 708 Tevens zijn er 8 leidraden:
709 1. PMO: Preventief Medisch Onderzoek van Werkenden
710 2. Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding
711 3. Bedrijfsarts en Privacy
712 4. Medische verklaringen door de bedrijfsarts
713 5. Verplichte Medische Keuringen
714 6. Aanstellingskeuringen
715 7. RIE-toets
716 8. verwijzen door de bedrijfsarts

717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766

Bijlage 3. Jurisprudentie

Bestuursrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie is te vinden op:
www.rechtspraak.nl

Belangrijke ontwikkelingen in de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep zijn te vinden op:

www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-CRvB/Ontwikkelingen-in-de-jurisprudentie/Paginas/default.aspx

en:

www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-CRvB/Publicaties/Paginas/default.aspx

Tuchtrechtelijke uitspraken die betrekking hebben op verzekeringsartsen zijn te vinden op:
tuchtrecht.overheid.nl/nieuw/gezondheidszorg

767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793

794
795

Bijlage 4. Causaliteit

Causaliteitsvragen komen in de hele verzekeringsgeneeskunde aan de orde, bijvoorbeeld (niet limitatief):

- het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) vraagt ‘...als rechtstreeks en medisch objectief vaststelbaar gevolg van ziekte of gebrek...’;
- ‘van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er *in relatie tot ziekte* of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, *waardoor* de verzekerde beperkt is in zijn functioneren’
- de rechten van vrouwen die arbeidsongeschikt zijn ‘...als gevolg van *zwangerschap of bevalling...*’ verschillen van de rechten bij arbeidsongeschiktheid door een andere oorzaak;
- toegenomen beperkingen kunnen afhankelijk van wel of niet ‘...*door dezelfde oorzaak* ...’ andere uitkeringsgevolgen hebben;
- beroepsziekten kunnen andere (financiële) consequenties hebben dan ziekten die niet als beroepsziekte worden erkend;
- bij ongevallenverzekeringen moet er sprake zijn van *een rechtstreeks en uitsluitend ongevalsgevolg*
- het Militair Invaliditeits Pensioen (MIP) voorziet in aanspraken vanwege *dienstverband aandoeningen*’.
- bij letselschade staat de vraag centraal in hoeverre aandoeningen of beperkingen *ongevalsgevolg* (of gevolg van een medische fout) zijn.
- bij beoordelingen van uitsluitingen: niet meeverzekerd is arbeidsongeschiktheid veroorzaakt *door* ...of de verzekerde is arbeidsongeschikt geworden of heeft een ongeval gehad *door* het gebruik van geneesmiddelen, verdovende middelen of opwekkende middelen zonder voorschrift van een arts....