
Wetenswaardigheden en misverstanden rol UWV artsen bij keuringen

De beoordeling van mentale en fysieke belastbaarheid van cliënten met sarcoïdose in het kader van arbeidsparticipatie is niet enkel een taak van de verzekeringsartsen, ook bedrijfsartsen moeten zich een oordeel vormen omtrent de inzetbaarheid in arbeid van werknemers met sarcoïdose. Het uiteindelijke oordeel wordt niet alleen door de keuringsarts bepaald, maar ook door de wet- en regelgeving.

DOOR: DR. H. KRONEMAN

Hoe gaan de bedrijfs- en verzekeringsarts om met belastbaarheid in relatie tot arbeid? De verzekeringsarts bij het UWV heeft vier beoordelingstaken te vervullen wanneer iemand na twee jaar ziekteverzuim een aanvraag indient voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WIA, te weten:

- de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis: is de behandeling adequaat en heeft werkgever en werknemer voldoende inspanningen gepleegd tot werkherhervatting (tenzij iemand volledig arbeidsongeschikt is)
- de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden: wat kan de cliënt in het leven van alledag, zijn hobby's, sport en nog in werk?
- de beoordeling van het te verwachten beloop: hoe is de verwachting m.b.t. verandering van de belastbaarheid?
- de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding: is dat adequaat?

Wanneer spreek je van arbeidsongeschiktheid in het kader van de WIA?

Voor een goed begrip van het werk van de verzekeringsarts

is het belangrijk om vast te stellen dat de verzekeringsgeneeskunde wordt beoefend in de context van de Nederlandse wetgeving die voorziet in een collectief gefinancierde uitkering bij loonderving door arbeidsongeschiktheid.

De WIA kent als arbeidsongeschiktheids criterium verlies aan verdien capaciteit. Niet de klachten en beperkingen bepalen of er sprake is van arbeidsongeschiktheid maar wat er nog verdiend kan worden met die klachten of beperkingen. De WIA is een zogenaamde loondervings criterium. De WIA is dus een inkomensderving verzekering: niet de aandoening of de ernst daarvan is verzekerd maar inkomensverlies tgv ziekte of gebrek. Dat betekent dat mensen met ernstige aandoeningen en forse beperkingen toch niet in aanmerking kunnen komen voor een uitkering, omdat ze minder dan 35% verlies aan verdiensten hebben. Mensen met een heel hoog inkomen (denk aan een concertpianist die een vinger mist) hebben een grotere kans om volledig arbeidsongeschikt te worden, omdat ze een fors inkomens verlies hebben.

Het systeem wordt gekenmerkt door het fenomeen dat bij identieke gezondheidsklachten iemand die een hoog



Dr. Herman Kroneman studeerde geneeskunde (1988, cum laude) aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam en is vanaf 1988 als internist i.o./wetenschappelijk medewerker werkzaam geweest in het Erasmus MC te Rotterdam en promoveerde in 1992. Sedert 1992 is hij werkzaam als verzekeringsarts. Vanaf 2002 is hij Medisch Adviseur van het UWV (uitvoerings werknemersverzekeringen) en verantwoordelijk voor de operationele aansturing en coaching van de verzekeringsartsen. In 2009 rondde hij de opleiding als Master in Health Care Management (VU Amsterdam) af. Hij participeerde in diverse adviescommissies, waaronder die van de Gezondheidsraad en de cie. Donner, als bestuurslid van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG, een samenwerkingsverband tussen AMC, UWV en VUMC) en tevens (onbezoldigd) medisch adviseur van verschillende patiëntenverenigingen. Tevens is hij consultant van de Worldbank inzake vraagstukken over sociale zekerheid. email: herman.kroneman@uwv.nl.

inkomen had, eerder volledig arbeidsongeschikt wordt verklaard dan iemand met een laag inkomen. In de praktijk kan dit voorkomen en is terug te voeren op het verschil in verlies aan verdien capaciteit.

Wetgeving

Dit is geregeld in het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten. Hierin is bepaald dat het arbeidsongeschiktheidspercentage van de klant wordt vastgesteld aan de hand van een loonvergelijking tussen het verzekerde loon en het loon van een voorbeeld functie uit het Claim Borging- en Beoordelingssysteem (CBBS). In dit systeem zijn 5000 functies opgenomen van reële arbeid (geen vacatures) waarvan de belastbaarheid en het bijbehorende uurloon nauwgezet in kaart is gebracht. Enkele voorbeelden illustreren de consequentie van deze ingewikkelde wetgeving.

Van een piloot met een visus beperking wordt een functionele mogelijkheden lijst vastgesteld door de verzekeringsarts. De piloot heeft als verzekerde arbeid een uurloon ingebracht van €150,00 per uur. Met een voorbeeld functie uit het CBBS bv administratief medewerker kan de piloot €15,00 per uur verdienen. De

loonvergelijking wordt aldus: $(150-15) : 150 \times 100 = 90\%$. Hiermee wordt de piloot ingedeeld in de arbeidsongeschiktheidsklasse van 80-100%. Uitkomst van de WIA beoordeling: Volledige uitkering. Een hovenier heeft dezelfde visusbeperking en de verzekeringsarts stelt exact dezelfde functionele mogelijkheden lijst vast als die van de piloot. De hovenier heeft als verzekerde arbeid een uurloon ingebracht van €22,50 per uur. Met dezelfde voorbeeldfunctie uit het CBBS (administratief medewerker) kan de hovenier €15,00 per uur verdienen. De loonvergelijking wordt aldus: $(22,50 - 15,00) : 22,50 \times 100 = 33\%$ loonverlies. Daarmee wordt de hovenier ingedeeld in de arbeidsongeschiktheidsklasse van 0 – 35%. Uitkomst WIA beoordeling: geen uitkering.

Van twee personen met identieke klachten en dezelfde arbeidsmogelijkheden krijgt de één een volledige uitkering en de ander geen uitkering vanwege de loonvergelijking. Dit voorbeeld illustreert dat het verschil in inkomen bepalend is voor de arbeidsongeschiktheid en niet de klachten.

Deze beoordelingssystematiek is vastgelegd in de wetgeving, met name het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten.

Hoe en wat beoordeelt de verzekeringsarts?

Uitgangspunt voor de beoordeling vormen de klachten van de cliënt. De verzekeringsarts probeert na te gaan welke invloed de klachten hebben op iemands werk en zijn activiteiten.

“Ongeschiktheid tot werken ten gevolge van ziekte” kan volgens de wet alleen aan de orde zijn indien sprake is van een logische samenhang van stoornissen, beperkingen en handicaps.

De drie niveaus waarop ziekte zich manifesteert worden omschreven als:

- het niveau van de functies en anatomische eigenschappen, waarop zich stoornissen kunnen voordoen
- het niveau van de activiteiten, de onderdelen van iemands handelen, waarop beperkingen aanwezig kunnen zijn, en
- het niveau van de participatie, waarop sprake kan zijn van participatieproblemen, i.e.: problemen met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

De drie niveaus van het menselijk functioneren hangen niet alleen in onderlinge wisselwerking met elkaar samen, maar zijn ook verbonden met externe factoren (fysieke en sociale) en met persoonlijke factoren (bijvoorbeeld leeftijd, persoonlijkheid levensstijl), die zowel op het functioneren van invloed zijn als erdoor beïnvloed worden.

De kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet voldoen aan de vereisten van

- toetsbaarheid: onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies moeten schriftelijk worden vastgelegd
- reproduceerbaarheid: een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden
- consistentie: de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek dienen vrij te zijn van innerlijke tegenspraak.

Bovendien moet het vaststellen van de ongeschiktheid

tot werken op een medisch verantwoorde wijze gebeuren.

De toegepaste onderzoeksmethoden dienen onder artsen en paramedische deskundigen algemeen geaccepteerd te zijn. Deze eis is uitgewerkt in de verzekeringsgeneeskundige standaard Onderzoeksmethoden.

Opmerkingen bij uitkomsten survey

De verzekeringsarts is niet de enige arts die zich bezig houdt met arbeidsparticipatie van sarcoïdose patiënten. Na ziekmelding krijgt de sarcoïdose patiënt, naast de huisarts, te maken de bedrijfsarts. Vanuit de continuïteitsgedachte is het jammer dat het vragenlijst onderzoek niet mede op deze doelgroep richt omdat dan meteen meer zicht ontstaat op wat goed gaat en wat voor verbetering vatbaar is in de keten van ziek tot WIA en werk. Het onderzoek laat zien dat ongeveer 37% van de gekeurde mensen zich niet gehoord of serieus genomen voelde bij de “keuring” door de verzekeringsarts. Dit percentage komt overeen met het percentage van de gekeurde dat het niet eens was met de beoordeling (38%). Dat is in overeenstemming met ander onderzoek.

Vaak worden klachten over de verzekeringsarts of de beoordeling gerapporteerd indien men de uitslag van de beoordeling heeft ontvangen, meestal inhoudende dat er geen arbeidsongeschiktheid wordt aangenomen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat men impliciet de verwachting heeft, gelet op de klachten, om “erkend” te worden als arbeidsongeschikt. Zoals eerder uitgelegd met de voorbeelden is het niet de ernst van de klachten maar het verlies aan verdien capaciteit dat leidt tot arbeidsongeschiktheid. Dit blijkt in de praktijk voor patiënten lastig te begrijpen en wordt niet zelden als onrechtvaardig gezien: men voelt zich niet erkend.

De verzekeringsarts weet zich in zijn beoordeling

gesteund door een aantal algemene protocollen en richtlijnen, echter, tot op heden is er noch voor verzekeringsartsen noch voor bedrijfsartsen een richtlijn voor de sociaal medische begeleiding en beoordeling van sarcoïdose. In die zin kan multidisciplinaire richtlijnontwikkeling bijdragen aan het vergroten van de kennis over het ziektebeeld en de gevolgen daarvan voor arbeid. De UWV wil daaraan graag een bijdrage leveren. Hoewel Nederlandse verzekeringsartsen in vergelijking met Europese collega's er in het in het vergelijkend onderzoek heel goed van af komen zou een richtlijn de interbeoordelaarsvariatie verder kunnen verkleinen.

Referentie

1. Barth J, et al. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. BMJ 2017; 356:j14 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j14>

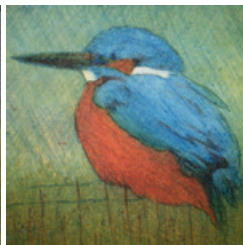
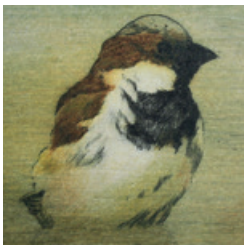
Voor de praktijk

De individuele cliënt is de belangrijkste bron voor de verzekeringsarts, omdat deze precies kan aangeven waardoor hij beperkt wordt en wat hij nog wel kan. Juist bij een goede anamnese komen dan aspecten als moeheid en concentratiestoornissen naar voren. Als de cliënt dit niet zelf naar voren brengt dient de verzekeringsarts daar wel naar te informeren gezien het systemische karakter van de aandoening. Op aangeven van de cliënt zelf of als de verzekeringsarts geen duidelijk beeld heeft wordt informatie opgevraagd bij de behandelaar. Daarnaast zou in samenwerking met de ild care foundation en Sarcoidose.nl een masterclass met casuïstiek kunnen worden ontwikkeld voor alle artsen die bij keuringen betrokken zijn, waarin vooral inschatting van de belastbaarheid aan de orde komt.

Galerie Zuid

Guus Kuit beoefent de aloude etskunst al meer dan 40 jaar. Vanaf de eerste kennismaking, op de kunstakademie, houden de diverse etsstechnieken hem in hun ban. Het werken in en met een weerbarstig materiaal als zink en koper, benevens de spanning van de eerste afdruk van de etsplaat, zijn elementen die hem door de jaren heen zijn blijven boeien. Zoekende naar manieren om

de tekening in de plaat aan te brengen gebruikte hij in de loop der jaren o.a. schuurpapier, wiegijzers, burijnen, persen, slijpsteentjes, spijkers en de natuur. Hij haalt de onderwerpen voor de etsen en kleuretsen uit zijn directe omgeving de Veluwe. Door de sfeervolle vormtaal, rijke kleuropbouw en grote technische vaardigheden hebben de etsen van Kuit een eigen gezicht.



**Galerie Zuid: Expositie/curiosa/2ehandsboeken;
Molenweg 109; 6732BK Harskamp; www.galeriezuid.nl**