64/157

SZW

Ministerie van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid

# Professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde

## Een onderzoek naar de wensen en d mogelijkheden om de opleiding tot verzekeringsarts verder te professio

Prof. Dr. J.H.B.M. Willems

TNO Arbeid, Hoofddorp

*TN0123185*

TNO ARBEID
BIBLIOTHEEK
POSTBUS 718
2130 AS HOOFDDORP
TEL. 023-5549 468

# Professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde

Een onderzoek naar de wensen en de mogelijkheden om de opleiding tot verzekeringsarts verder te professionaliseren

**Prof.dr. J.H.B.M. Willems**

**Onderzoek verricht in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid door TNO**

NR. 45491
plaats 64-157

maart 2000

**Verkoop**
Elsevier bedrijfsinformatie bv
Postbus 16500, 2500 BM 's Gravenhage
Telefoon 070-441 55 55, telefax 070-441 59 99

# Inhoudsopgave

Voorwoord 7

Management summary 9

**I Verbetermogelijkheden in de opleiding tot verzekeringsarts; een beschouwing 13**

1 Inleiding 13
- 1.1 Aanleiding tot deze beschouwing 13
- 1.2 Werkwijze 13
- 1.3 Preambule 14
- 1.4 Indeling van deze beschouwing 15

2 Onderzoeksvraag 1 17
- 2.1 De taken van de verzekeringsarts en de daarop voorbereidende huidige opleiding 17
- 2.2 Hoofdpunten van kritiek 18
- 2.3 Overige aspecten met betrekking tot de kwaliteit van de opleiding tot verzekeringsarts 21
  - 2.3.1 De basisopleiding tot arts: opleidingscontinuüm 21
  - 2.3.2 Kwaliteitsbeleid 21
  - 2.3.3 Stand van de wetenschap 22
- 2.4 Verbetermogelijkheden 22
  - 2.4.1 Inhoud van de opleiding tot verzekeringsarts 23
  - 2.4.2 Organisatie van de opleiding tot verzekeringsarts
  - 2.4.3 Schematisch overzicht verbeterde opleiding 30
- 2.5 Naar een structureel kwaliteitsbeleid in de verzekeringsgeneeskunde 31
- 2.6 De lerende organisatie 33

3 Onderzoeksvraag 2 37
- 3.1 Inleiding 37
- 3.2 Wel of niet specialiseren in de verzekeringsgeneeskunde? 37
- 3.3 Wel of niet artsen inzetten? 38
- 3.4 Conclusies en verbetermogelijkheden 39

**II Achtergrondstudie 43**

1 Inleiding 45
- 1.1 Aanleiding tot de opdracht 45
- 1.2 Opdrachtformulering 46
- 1.3 Aanpak van het onderzoek 46
- 1.4 Opbouw van deze achtergrondstudie 47

2 Sociaal-medische begeleiding in vogelvlucht 48
- 2.1 Inleiding 48
- 2.2 Rol van de verzekeringsarts 48
- 2.3 Opleidingscontinuüm en beroepsverenigingen 49
  - 2.3.1 Het opleidingscontinuüm 49
  - 2.3.3 De beroepsverenigingen 50

3 Functie en functie-eisen verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling 52
- 3.1 Het publieke domein 52

3.2 Ontwikkelingen in de functie verzekeringsarts publiek domein 56
3.3 Het private domein 57
3.3.1 Inleiding 57
3.3.2 De beoordeling van arbeidsongeschiktheid 57
3.3.3 Eisen aan de functie 58

4 De opleidingen tot verzekeringsarts: het wettelijk en organisatorisch kader 59
4.1 Specialisatie in de verzekeringsgeneeskunde 59
4.1.1 Inleiding 59
4.1.2 Het wettelijk kader 60
4.1.3 Het organisatorisch kader 61
4.1.4 Registratie in de verzekeringsgeneeskunde 62
4.2 De betrokkenheid van enkele organisaties bij de opleiding 65
4.2.1 Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 65
4.2.2 College van toezicht sociale voorzieningen (Ctsv) 66
4.2.3 Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) 67
4.2.4 Uitvoeringsinstellingen 67

5 De inhoud van de beroepsopleiding tot verzekeringsarts 69
5.1 Inleiding 69
5.2 De inrichting van de beroepsopleiding 69
5.2.1 Structuur 69
5.2.2 Het cursorisch onderwijs 70
5.2.3 De stages 72
5.2.4 De scriptie 74
5.2.5 Zelfstudie 75
5.2.6 Praktijkscholing 75
5.2.7 Samenvatting opleiding 75
5.3 De relatie tussen de beroepsopleiding en andere specifieke opleidingen 77
5.3.1 Inleiding 77
5.3.2 Gemeenschappelijke Interne Basisopleiding Verzekeringsgeneeskunde (GIB) 77
5.3.3 Beroepsopleiding GAV 78
5.3.4 Relatie tussen opleiding basisarts en beroepsopleiding verzekeringsarts 78
5.4 Aanbod van bij- en nascholing in 2000 78
5.5 Evaluatie van de beroepsopleiding 79
5.5.1 Evaluatiesysteem 79
5.5.2 Afstemming tussen opleiding en praktijk 80
5.6 Beleidsvoornemens rond de beroepsopleiding 81
5.6.1 Het Onderwijs- en Examenreglement 81
5.6.2 Het toetsingsbeleid 81
5.6.3 Samenwerking tussen de landelijke opleidingsinstituten 82
5.6.4 De relatie tot de opleiding Maatschappij en Gezondheid 82

6 Knelpunten rond de opleidingen 83
6.1 Inleiding 83
6.2 Kwaliteit van de claimbeoordeling anno 1999 83
6.2.1 Inleiding 83
6.2.2 Gemeten kwaliteit 83
6.2.3 Conclusies 86
6.3 Knelpunten ten aanzien van de opleiding 86
6.3.1 De visie van adviseurs medische zaken uitvoeringsinstellingen, Ctsv en Lisv 86
6.3.2 De van het visie management uitvoeringsinstellingen 88

6.3.4 De visie van verzekeringsartsen 90
6.3.5 Evaluatieresultaten 1996, 1997, 1998 van de opleidingen bij TNO Arbeid en NSPH 91
6.3.4 Conclusies 94

Literatuuroverzicht 97

Afkortingenlijst en verklarende woordenlijst 99

**Bijlagen:**

1. Besluit CSG no. 1 – 1996: Opleidingseisen voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid
2. Besluit CSG no. 1 – 1998: Algemene eisen voor de herregistratie van sociaal-geneeskundigen
3. Schriftelijke reactie van de voorzitter bestuur LOSGIO
4. Deelstudies:
   A. De schriftelijke enquête onder verzekeringsartsen
   B. De interviews met vertegenwoordigers van particuliere verzekeraars
   C. De telefonische interviews met managers van uitvoeringsinstellingen
   D. Casus Zweden: grote inzet van de niet-medische case-manager

# Voorwoord

Het Ministerie van SZW heeft ondergetekende gevraagd in een beschouwing aan te geven of en zo ja op welke wijze de opleiding tot verzekeringsarts zou kunnen worden verbeterd. Daarnaast is het Ministerie geïnteresseerd in een mogelijke rol van andere disciplines bij de claimbeoordeling. Gezien het ontbreken van voldoende relevante gegevens die bij de beantwoording van deze vragen nodig zijn, is besloten tot een aantal achtergrondstudies. Daarbij hebben de volgende instanties een rol gespeeld:
Bureau AS/*tri* te Leiden
Bureau Intad te Gouda
NSPH te Utrecht
TNO Arbeid te Hoofddorp.

Daarnaast hebben op persoonlijke titel een aantal deskundigen deelgenomen in een rond het onderzoek geformeerde netwerkgroep. De leden hebben in inspirerende discussies belangrijk bijgedragen tot de meningsvorming. Hun ben ik daarvoor zeer erkentelijk. Het betreft de volgende personen:

Mw A.P. Bisschops, verzekeringsarts
Dr. W. de Boer, verzekeringsarts
Drs. J.G.N.M. Hoevenaars, verzekeringsarts
Mw Drs. C.A.M. Mul, senior-onderzoeker
Drs. A.H.J.M. Sterk, verzekeringsarts
Drs. J.A. de Wolff, verzekeringsarts

De achtergrondstudies hebben mede input geleverd voor de opgestelde beschouwing. Voor deze beschouwing is uitsluitend ondergetekende verantwoordelijk.

JHBM Willems

Leiden, 20 december 1999

Management summary

**De nieuwe opleiding sociale verzekeringsgeneeskunde samengevat: back to basics!**

1. De opleiding tot verzekeringsarts moet meer toegesneden worden op de kerntaken van de arts, en dus beter aansluiten op de aanwezige en extra benodigde medische kennis. Nu veel verzekeringsartsen geen curatieve ervaring meer hebben, en het evenmin in de verwachting ligt dat deze situatie in de nabije toekomst anders zal zijn, dient de opleiding daarin te voorzien.
2. Kennis en vaardigheden alleen zijn niet voldoende. Deze moeten worden geïntegreerd in vanzelfsprekend professioneel gedrag. Aan de bevordering van de sociale competentie dient dan ook tijdens de opleiding de nodige aandacht besteed te worden.
3. De onderwijsvorm in het huidige curriculum dient te worden aangepast. Meer cliëntgerichtheid, meer eigen verantwoordelijkheid van cursist en diens werkgever, meer onderwijs op afstand.
4. De opleidingseisen voor verzekeringsartsen zijn weliswaar duidelijk geformuleerd, maar toetsen worden in het algemeen niet afgenomen. Hierdoor kan niet worden bepaald of cursisten de vereiste kennis en vaardigheden hebben verkregen. De totstandkoming van een toetsingsregime heeft hoge prioriteit.
5. Het commitment van het management in de uitvoeringsinstellingen aan doelstellingen, inhoud en vormgeving van het totale scholingstraject behoeft versterking.
6. Teneinde de claimbeoordeling efficiënter en effectiever te doen verlopen valt het te overwegen deze te trechteren in die zin dat veel aan de beoordeling verbonden eenvoudig routinewerk dat thans ook door duur opgeleide verzekeringsartsen wordt uitgevoerd, wordt verricht door assistent-verzekeringsartsen en paramedisch geschoold personeel. Te denken valt aan het opbouwen van het dossier met gegevens die via de curatieve sector kunnen worden verkregen, het uitvoeren van standaard medisch onderzoek bij relatief eenvoudige ziektebeelden en het in kaart brengen en zo mogelijk verifiëren van door belanghebbenden ervaren beperkingen. De gespecialiseerde verzekeringsarts kan zich dan richten op de moeilijke gevallen. Hiertoe dienen binnen de verzekeringsgeneeskunde taakdifferentiaties te worden aangebracht, in die zin dat er subspecialisaties ontstaan.
7. Wanneer op onderdelen de eigen expertise ontbreekt of wanneer de benodigde expertise beter en goedkoper van derden kan worden verkregen moeten deze derden ook structureel worden betrokken bij het sociaal-medisch beoordelings- en begeleidingsproces. In veel gevallen waarbij psychische problemen een rol spelen, is dat waarschijnlijk het geval. Experimenten met een claimbeoordeling door daartoe opgeleide psychologen zijn gewenst.
8. De rol van de arbeidsdeskundige binnen de claimbeoordeling kan worden versterkt. Deze kan wellicht een zelfstandiger positie in het beoordelingstraject innemen. Het valt daarnaast te overwegen de functie van case-manager binnen de uitvoeringsinstellingen verder uit te bouwen. Experimenten met de arbeidsdeskundige als case-manager zijn aan te bevelen.
9. De body-of-knowledge binnen de verzekeringsgeneeskunde moet dringend worden versterkt. De disseminatie en implementatie van bestaande kennis moet op gestructureerde wijze worden aangepakt.
10. Het is uitvoeringsinstellingen aan te raden om een concreet kennisontwikkelingsbeleid te formuleren. De spreiding van kennis binnen de organisatie kan mede hierdoor bewust worden gestuurd
11. Het kwaliteitsbeleid binnen de verzekeringsgeneeskunde moet krachtig worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Alleen dan kunnen de effecten van het verzekeringsgeneeskundig handelen gemeten en geëvalueerd worden en een input vormen voor het opleidings- en na- en bijscholingstraject.

# Deel I Beschouwing

# I Verbetermogelijkheden in de opleiding tot verzekeringsarts; een beschouwing

***"Ik kan alleen maar slimmer worden op terreinen waar ik warm voor loop."***
J. Kessels, hoogleraar bedrijfsopleidingen Universiteit van Leiden.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding tot deze beschouwing

"De ontwikkelingen op het gebied van de arbeidsongeschiktheidsregelingen staan nog steeds hoog op de politieke agenda." Met deze zinsnede opent een brief, gedateerd 15 januari 1999, van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. In de brief schetst de staatssecretaris zijn 'Plan van aanpak WAO'. Het plan beoogt ertoe bij te dragen dat het volume van de arbeidsongeschiktheid "binnen acceptabele grenzen" gehouden wordt. Het omvat globaal drie sporen:

- versterking van de preventie van arbeidsongeschiktheid;
- bevordering van een snelle en adequate reïntegratie van zieken en arbeidsgehandicapten;
- borging van de kwaliteit de claimbeoordeling[1] in het kader van de WAO.

Deze beschouwing heeft betrekking op het laatste spoor. In bedoeld plan van aanpak (III.3b) geeft de Staatssecretaris in de paragraaf "Bevordering professionele kwaliteit" aan dat "er daarom naar gestreefd moet worden dat een hoger percentage keuringsartsen ook daadwerkelijk gespecialiseerd verzekeringsarts is" en dat hij "voornemens is te bevorderen dat voor nieuw aan te stellen geneeskundigen duidelijke opleidingseisen worden gesteld". Deze probleemstelling heeft geleid tot de volgende concrete onderzoeksvragen.

*Onderzoeksvragen*

1. Schets de inhoud van de huidige opleiding tot verzekeringsarts. Analyseer de kwaliteit van die opleiding tegen de achtergrond van de huidige functie-eisen en de eventueel te stellen eisen die zouden kunnen of moeten voortvloeien uit recente en te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen. Geef aan welke aanpassingen van de betreffende opleiding gewenst zijn.
2. Schets de huidige praktijk met betrekking tot de inzet van geregistreerde (arts voor arbeid en gezondheid, verzekeringsarts of bedrijfsarts) en niet-geregistreerde artsen in het traject van de claimbeoordeling met betrekking tot de WAO. Geef de gewenstheid c.q. de noodzaak aan met betrekking tot het behalen van de registratie, en geef aan - indien relevant - welke randvoorwaarden moeten gelden wanneer niet-geregistreerde artsen bij de claimbeoordeling betrokken zijn.

## 1.2 Werkwijze

Ten behoeve van het opstellen van deze beschouwing zijn gegevens uit de volgende drie hoofdbronnen gebruikt en beschreven in een achtergrondstudie.

- Desk research. Er is gebruik gemaakt van recent materiaal waarin al dan niet op basis van wetenschappelijk onderzoek uitspraken worden gedaan die betrekking hebben op de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen in het algemeen, en de claimbeoordeling in het bijzonder. Tevens is een overzicht samengesteld van de inhoud en organisatie van de huidige oplei-

[1] Onder een claim wordt hier verstaan datgene waarop de cliënt op basis van de wet aanspraak meent te kunnen maken. De claimbeoordeling betreft zowel de beoordeling van mogelijkheden en beperkingen als van het herstelgedrag van de cliënt.

ding tot verzekeringsarts. Tot slot is een kleine uitstap naar het buitenland gemaakt via bestudering van een 'Zweedse Casus'. Er is verder afgezien van het op uitgebreide schaal bestuderen van het claimbeoordelingssysteem in andere landen, dat, voorzover bekend, overal elders op andere leest is geschoeid dan bij ons.

- Enquêtes. Verslag is gedaan van een schriftelijke enquête onder verzekeringsartsen. Informatie over de ervaren kwaliteit van de huidige opleiding en wensen over aanpassingen van deze opleiding zijn geïnventariseerd.
- Interviews. In een periode van twee maanden zijn interviews over de ervaren en gewenste kwaliteit van de opleiding tot verzekeringsarts afgenomen bij de volgende categorieën personen en instituties:
  - Medisch adviseurs van uitvoeringsinstellingen.
  - Medisch adviseur c.q. medisch management van Ctsv en Lisv.
  - Managers van uitvoeringsinstellingen.
  - Medisch adviseurs van commerciële verzekeraars.
  - Managers van commerciële verzekeraars.
  - Een vertegenwoordiging van de Gehandicaptenraad.
  - De secretaris van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC).
  - Het bestuur van het Landelijk Overleg Sociaal-Geneeskundigen In Opleiding (LOSGIO).
  - De leiding van de opleiding tot bedrijfsarts / arts voor arbeid en gezondheid van TNO Arbeid, de CORVU en de NSPH.
  - Bestuursleden van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.

Het verzamelde materiaal kan worden beschouwd als voldoende robuust om algemene conclusies op te baseren. Op de meeste onderdelen was een duidelijke rode draad herkenbaar: de aangegeven verbetertrend kan op een breed draagvlak rekenen. Vanzelfsprekend liggen de prioriteiten per geconsulteerde 'groep' verschillend.
In deze beschouwing zijn de hoofdlijnen van de achtergrondstudie (mede gebaseerd op 4 deelstudies) weergegeven. De deelstudies zijn integraal als bijlagen in de volledige rapportage opgenomen.
De conclusies zijn tot stand gekomen op basis van het verzamelde materiaal, ingekleurd door eigen opvattingen en interpretaties van de auteur. Door deze werkwijze is de verbinding tussen achtergrondstudie en deelstudies met deze beschouwing niet in alle opzichten een-op-een. Deze beschouwing is dan ook volledig voor rekening van de auteur. Aan geen van de geconsulteerde bronnen is formeel om instemming met deze conclusies gevraagd.
Alvorens over te gaan tot de feitelijke beschouwing volgen in de volgende paragraaf nog enige algemene opmerkingen.

## 1.3 Preambule

1. In de analyse en de daaruit volgende aanbevelingen is het accent gelegd op verbetermogelijkheden. De huidige opleiding is daarbij het vertrekpunt. Deze opleiding is op belangrijke punten uitstekend, zoals ook uit de achtergrondstudie en de deelonderzoeken valt op te maken. Bij de opsomming van verbetermogelijkheden gelieve de lezer dit steeds in gedachten te houden.
2. Het verbeteren van de opleiding tot verzekeringsarts zal belangrijk bijdragen aan de kwaliteit van de uitvoering van taken zoals die bij de uitvoeringsinstellingen zijn neergelegd. Een goede opleiding is echter slechts een onderdeel van alle elementen die aan die kwaliteit bijdragen.
3. Een belangrijke vraag is natuurlijk of een verbeterde opleiding ook de instroom in de WAO beperkt. Hoewel de wetenschappelijke onderbouwing van een antwoord in deze ontbreekt, mag hypothetisch worden aangenomen dat dit inderdaad zo is. Hier geldt echter dezelfde kanttekening als die welke hiervoor werd gemaakt: een reductie van instroom in de WAO wordt door vele factoren bepaald. Het zal niet mogelijk zijn om het geïsoleerde effect van een zo'n factor, hier de opleiding, te bepalen.
4. Bij de opstelling van dit document is uitgegaan van een taakstelling van de verzekeringsarts zoals die anno 1999 tenminste theoretisch is vormgegeven. Deze taakstelling heeft op hoofdlijnen vooral betrekking op de claimbeoordeling in het kader van de WAO, inclusief de link die vanuit de claimbeoordeling gelegd wordt naar het reïntegratietraject. Daarbij zijn ook o.a. de

beoordeling van het herstelgedrag van de cliënt en het actief bevorderen van herstel en reïntegratie aan de orde. Wanneer in deze beschouwing gesproken wordt over 'de smalle benadering' van de functie van de verzekeringsarts (zie hoofdstuk 3) bedoel ik de benadering waarin van de arts uitsluitend verlangd wordt een beperkingenpatroon op te stellen ten behoeve van de arbeidsdeskundige, dan wel het op basis van argumenten afgeven van een oordeel 'volledig arbeidsongeschikt'. In de brede benadering van de functie verricht de verzekeringsarts ook actief taken die op preventie van arbeidsongeschiktheid en op herstel en reïntegratie zijn gericht. Een strikte scheiding tussen deze benaderingen is overigens niet aanwezig. In de achtergrondstudie (deel II van deze rapportage) zijn deze taken meer gedetailleerd uitgewerkt. Wijzigingen in deze taakstelling, zoals bijvoorbeeld het verschuiven van reïntegratietaken naar een andere organisatie dan de huidige uitvoeringsinstellingen, hebben vanzelfsprekend gevolgen voor de opleidingseisen van verzekeringsartsen. Immers, de opleiding van deze artsen is sterk gekoppeld aan de taken die zij, vooral via wet- en regelgeving, krijgen toebedeeld.

5. Deze rapportage richt zich op de functie van verzekeringsarts. Hieruit mag niet de conclusie getrokken worden dat dit een pleidooi voor een separate opleiding is. Het College Sociale Geneeskunde heeft in het verleden het zogenaamde hoofdstromenbeleid vastgesteld. In dit beleid is sprake van een belangrijke gezamenlijkheid tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts, ook in de opleiding. Op onderdelen zal hierna worden aangegeven dat er goede argumenten zijn om die gezamenlijkheid ook in de toekomst te behouden. Op specifieke bedrijfsgeneeskundige aspecten wordt in deze studie echter niet ingegaan.

## 1.4 Indeling van deze beschouwing

Er is voor gekozen deze beschouwing tot een op zichzelf leesbaar geheel te maken. Om deze reden is enige overlap binnen de tekst van de volledige rapportage niet te vermijden.
Hoofdstuk 2 heeft betrekking op de eerste vraagstelling. De opbouw van hoofdstuk 2 is als volgt. In par. 2.1 geef ik de hoofdpunten van kritiek op de bestaande opleiding weer. Vervolgens schets ik in par. 2.2 nog een drietal aspecten die ik mede van belang vind tegen de achtergrond van de vraagstelling. In par. 2.3 geef ik de contouren aan van een verbeterde opleiding. Daarbij maak ik onderscheid tussen de inhoud en de organisatie van de opleiding. In slotparagraaf 2.4 geef ik een voorzet voor een structureel kwaliteitsbeleid in de verzekeringsgeneeskunde en breng ik die in relatie met de opleiding tot verzekeringsarts.
Hoofdstuk 3 betreft de tweede vraagstelling. Daarin ga ik achtereenvolgens in op de vraag of het werk dat aan verzekeringsartsen wordt opgedragen een specialisatie van 4 jaar noodzakelijk maakt, en op de vraag of ook niet-artsen een rol kunnen spelen bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Dit hoofdstuk eindigt met de conclusie dat het verstandig is om met betrekking tot beide vragen met experimenten te starten die mogelijk tot een efficiënter beoordelingsproces kunnen leiden.

## 2 Onderzoeksvraag 1: *Schets de inhoud van de huidige opleiding tot verzekeringsarts. Analyseer de kwaliteit van die opleiding tegen de achtergrond van de huidige functie-eisen en de eventueel te stellen eisen die zouden kunnen of moeten voortvloeien uit recente en te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen. Geef aan welke aanpassingen van de betreffende opleiding gewenst zijn.*

### 2.1 De taken van de verzekeringsarts en de daarop voorbereidende huidige opleiding

In de achtergrondstudie wordt een uitvoerig overzicht gegeven van het wettelijk en organisatorisch kader (hoofdstuk 4) en de structuur en inhoud van de huidige opleiding tot verzekeringsarts (hoofdstuk 5). Deze opleiding is gericht op het adequaat kunnen verrichten van de taken die verbonden zijn aan de functie van verzekeringsarts in het publieke domein. Deze taken en de daarbij behorende functievereisten gekoppeld aan de te stellen kennis- en vaardigheidseisen zijn eveneens uitvoerig beschreven in de achtergrondstudie (hoofdstuk 3).

De verzekeringsarts levert, kort samengevat, een bijdrage aan de volgende bij uitvoeringsinstellingen ondergebrachte taken:

1. het beoordelen en begeleiden van individueel verzuim in het kader van de ziektewet (vangnetgevallen);
2. het beoordelen van de belastbaarheid in het kader van het recht op arbeidsongeschiktheidsregelingen (de claimbeoordeling);
3. het beoordelen van specifieke vraagstellingen ten aanzien van belastbaarheid bij reïntegratie;
4. het beoordelen van het herstelgedrag van de cliënt;
5. het initiëren en beoordelen van de noodzaak tot de inzet van publieke middelen bij reïntegratie;
6. het beoordelen van de vraag of de werkgever zijn verantwoordelijkheid inzake reïntegratie optimaal heeft waargemaakt (onderdeel van de poortwachterfunctie)[2].

Genoemde taken vragen van de verzekeringsarts kennis van relevante wetgeving, communicatieve vaardigheden in het kader van cliëntencontacten en contacten met collega's, een grondige kennis van de belastbaarheid bij stoornissen en daaruit voortvloeiende beperkingen, en van de wijze waarop deze kunnen worden vastgesteld. Daarnaast is kennis vereist van behandelingsstrategieën en daaruit volgende prognoses, met name ten aanzien van herstel of verbetering van de belastbaarheid. Daarbij is kennis van en inzicht in belastingsproblemen in specifieke werksituaties vaak onontbeerlijk. Tot slot vraagt een beoordeling om goede rapportagevaardigheid: de beoordeling en de conclusies moeten op heldere en toetsbare wijze verantwoord worden.
Bijzondere vormen van claimbeoordeling zijn het deskundigenoordeel en de beoordeling naar aanleiding van een bezwaar van een cliënt tegen een door een bedrijfs- of verzekeringsarts geformuleerde conclusie over zijn belastbaarheid.
De toekomstige ontwikkeling met betrekking tot de inrichting van de claimbeoordeling roept, voor zover nu bekend, op zichzelf niet om het formuleren van andere functievereisten, zowel op het terrein van vaardigheden als op dat van kennis. Zij verscherpt eerder het beroep op de reeds bestaande kennis- en vaardigheidsvereisten, zoals die nu ook aan de huidige functie zijn gekoppeld.

De opleiding tot geregistreerd verzekeringsarts die het hem mogelijk moet maken aan genoemde taken mede uitvoering te geven, komt in fasen tot stand. De hoofdelementen van deze opleiding zijn de volgende.

A. De opleiding tot basisarts aan een universiteit.

---

[2] Op dit aspect wordt verder niet ingegaan, aangezien duidelijk is geworden dat door verzekeringsartsen thans geen bijdrage aan deze taak wordt gegeven.

B. De 4 jaar durende praktijkscholing in een daartoe erkende opleidingsinstelling (meestal een uvi) die onder begeleiding (supervisie) plaatsvindt. Tijdens deze praktijkscholing en gekoppeld daaraan vindt de theoretische scholing plaats. Deze bestaat uit twee componenten.
a. De Gemeenschappelijke Interne Basisopleiding Verzekeringsgeneeskunde (GIB) van de publieke uitvoeringsinstellingen (verzorgd door het GAK) die elke nieuwe nog niet geregistreerde arts die in het publieke domein werkt geacht wordt (verplicht) te volgen. Deze opleiding dient ter eerste kennismaking met de primaire werkvereisten en stelt de kandidaat-verzekeringsarts in staat om een groot deel van de verzekeringsgeneeskundige activiteiten zelfstandig, zij het onder supervisie, uit te voeren. Aangezien zij tot vrijstelling van een deel van de component b (hierna) leidt, maakt zij onlosmakelijk deel uit van de totale beroepsopleiding. Indien geen GIB wordt gevolgd dient dit te worden gecompenseerd via een introductiemodule die deel uitmaakt van b.
b. De door een erkend onderwijsinstituut verzorgde component van de opleiding tot verzekeringsarts, die bestaat uit:
- een theoretisch deel waarin verplichte en facultatieve onderwijsstof wordt aangeboden;
- stages;
- het schrijven van een scriptie.

De opleiding leidt tot inschrijving in het BIG-register. Men wordt ingeschreven als arts voor arbeid en gezondheid, verzekeringsarts. Deze dubbele titel is dus wettelijk beschermd.[3] Aan het behoud van de titel is een verplicht bij- en nascholingstraject verbonden.

In deze beschouwing worden met betrekking tot onderdeel A enige algemene opmerkingen gemaakt; met name wordt ingegaan op onderdeel B.

Het eerste half jaar van de opleiding (B) staat in het teken van een *oriëntatie* op de beroepsuitoefening. Daarna volgt een periode van ongeveer twee jaar waarin het onderwijs wordt geïntensiveerd. Tijdens deze *exploratiefase* wordt het grootste deel van het cursorisch onderwijs gevolgd, worden praktijkopdrachten uitgevoerd en een scriptieonderzoek voorbereid. De *differentiatiefase* is de laatste periode van het opleidingstraject en staat in het teken van het specifieke deskundigheidsprofiel. Het cursorisch onderdeel wordt gedeeltelijk gezamenlijk gevolgd met bedrijfsartsen in opleiding.
In elke fase van het onderwijs wordt een cursorisch gedeelte verzorgd en zijn er stages en praktijkopdrachten. De gehele cursus dient uiteindelijk afgerond te worden met een scriptie.

De op basis van deze informatie uitgevoerde matching tussen taakvereisten en opleidingsaanbod, aangevuld met gegevens verkregen van de meest betrokken actoren (zie de deelstudies in de bijlagen) heeft geleid tot de conclusie dat op onderdelen sprake is van onvoldoende aansluiting tussen deze twee aspecten. Op die onderdelen wordt hierna ingegaan.

## 2.2 Hoofdpunten van kritiek

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten van de bevindingen samengevat. Daarbij is geen consequent onderscheid gemaakt naar type bron. De achtergrondstudie en de bijlagen geven daaromtrent voldoende inzicht. Echter, waar zeer expliciete opvattingen naar voren zijn gebracht is de bron wel aangegeven. Belangrijke onderdelen van de huidige opleiding zijn, in de opvatting van de auteur, zowel naar inhoud als naar omvang en vorm goed gepositioneerd. In deze beschouwing wordt uitsluitend ingegaan op de knelpunten en verbetermogelijkheden in het gehele opleidingstraject. De aangehouden volgorde van de samengevatte verbeterpunten is willekeurig

1. De huidige opleiding is te theoretisch en sluit op onderdelen niet (meer) aan bij de taken van de verzekeringsarts. Deze opvatting is vooral naar voren gebracht door niet medisch geschoolde managers van uitvoeringsinstellingen. Het verworven kennisniveau lijkt in het algemeen voldoende, maar het bereikte vaardigheidsniveau is dat niet. Essentieel zijn een adequate oordeels-

[3] Een CSG-voorstel in deze is ter goedkeuring voorgelegd aan de Minister van VWS. Per december 1999 is nog geen besluit genomen.

vorming en een goed opgebouwde rapportage. Daarnaast worden genoemd: communicatieve vaardigheden, klantgericht werken, efficiënt werken, het onderzoek naar beperkingen, en voldoende curatieve ervaring.

2. De opleiding is te duur en te lang. Ook deze opvatting is in algemene zin vooral naar voren gebracht door vrijwel alle niet-medisch geschoolde managers. Verzekeringsartsen zelf geven beperkte onderdelen aan die korter kunnen, en andere die uitgebreider zouden moeten (zie punt 6). Over bepaalde onderdelen zijn de meningen in deze nogal verdeeld.
3. De werkgevers communiceren slechts beperkt met de in hun uitvoeringsinstelling werkende verzekeringsartsen over opleidingsaspecten, en vice versa. Er blijkt te weinig tijd en onvoldoende managerial draagvlak om een door velen gewenste coachende taak invulling te geven. De beroepsopleiding wordt nogal eens gezien als bron van vertraging in het werk. In dit licht bezien is het niet onverwacht te moeten constateren dat het management van de uitvoeringsinstellingen op dit moment nog geen consistent en helder kwaliteitsbeleid ten aanzien van verzekeringsartsen hanteert.
4. De positie van de cliënt/werknemer/patiënt in het opleidingstraject is marginaal. Cliëntgericht onderwijs[4] kan in belangrijke mate bijdragen tot sociaal competent[5] en probleemgericht denken en handelen. Dit uitgangspunt wordt nauwelijks in de opleidingspraktijk gebracht. Het accent ligt te veel op docent-cursist interactie.
5. Verzekeringsartsen werkzaam in het particuliere domein geven aan dat de huidige tot registratie leidende opleiding niet aansluit bij het werk van de medisch adviseur van een commerciële verzekeraar. Zo is er te weinig aansluiting bij het standaardenbeleid van huisartsen, en worden diverse specifieke onderwerpen gemist die juist in dit segment van het verzekeringsgeneeskundig werk relevant zijn. Er bestaat onder verzekeringsartsen in het publieke domein een breed gedragen opvatting over inhoudelijke tekortkomingen van de huidige opleiding, en over daaruit af te leiden opleidingsbehoeften. Deze zijn, kort samengevat, de volgende.
   a. De behoefte aan meer training op het gebied van praktische diagnostische vaardigheden en van (arbeidsgerelateerd) beperkingenonderzoek is groot.
   b. De artsen hebben behoefte aan meer vakspecifieke pathologische achtergrondkennis, bijvoorbeeld met betrekking tot orthopedie of psychiatrie. Overigens wordt dit aspect ook door de managers genoemd, en blijkt dat sommige uvi's zelf in dit hiaat zijn gaan voorzien.
   c. Er bestaat behoefte aan taakdifferentiatie, die in de opleiding vertaald wordt naar meer mogelijkheden tot (sub)specialisatie. Ook dit element wordt door het management genoemd.
   d. Het cursusaanbod sluit op onderdelen niet aan bij de taken die een verzekeringsarts in de praktijk uitvoert. Zo is er te veel aandacht voor (wetenschappelijk) onderzoek, en leert men zaken die vooral door anderen (bedrijfsartsen, artsen bij particuliere verzekeraars) worden uitgevoerd.
   e. Aan 'de psychologie van de claimbeoordeling' (o.a. eigen sociale competentie, herstelgedrag cliënt, communicatieaspecten) wordt groot gewicht toegekend, de opleiding voorziet echter onvoldoende in leerstof en training op dit onderwerp.
   f. Het werken met standaarden[6], richtlijnen[7] en protocollen en het hanteren van het FIS worden tijdens de opleiding te weinig in praktische zin (bijvoorbeeld via cliëntgericht onderwijs) geoefend. Hierdoor blijft de impact van kwaliteitsverbetering via deze instrumenten enerzijds te be-

---

4 Onder cliëntgericht onderwijs versta ik onderwijs waarin de arts in opleiding via direct contact met de cliënt in kleine soms multidisciplinair samengestelde groepen, specifieke kennis leert verwerven en toepassen.

5 Het begrip 'sociale competentie' wordt gebruikt ter aanduiding van kennis, vaardigheden en houdingen van leerlingen met betrekking tot het eigen sociale en affectieve functioneren, de interacties tussen mensen en de invloed daarop van de inrichting van de samenleving en de waarden die daarin een rol spelen (Ten Dam, 1999).

6 Een standaard omvat een reeks richtlijnen met betrekking tot eenzelfde onderwerp waaraan een verzekeringsarts en/of een arbeidsdeskundige zich bij zijn vakinhoudelijke beoordeling moet houden. De verzekeringsgeneeskundige standaarden zijn vastgesteld door het Lisv-bestuur. De uitvoeringsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de implementatie en de toepassing van standaarden.

7 Een richtlijn bevat een op basis van wetenschap, professionele opvattingen en praktische ervaringen opgestelde aanbeveling voor een optimaal geachte systematische werkwijze gericht op het bereiken van een omschreven doel.

perkt, terwijl anderzijds wordt gewezen op het feit dat de rapportages van verzekeringsartsen steeds meer standaardzinnen uit bestaande standaarden bevatten. Dit leidt tot uitholling in plaats van tot versterking van het kwaliteitsbeleid.

g. Het merendeel van de ondervraagde artsen acht de huidige stageverplichtingen niet adequaat. Het stagebeleid in de opleiding is te veel gericht op voor de verzekeringsarts al bekende of juist minder relevant geachte aspecten (bijvoorbeeld: de onderzoeksstage, die door velen weinig relevant wordt bevonden) en te weinig op het verkrijgen van additionele relevante kennis en vaardigheden. Meer klinisch georiënteerde stages en assistentschappen worden door een ruime meerderheid van de ondervraagde artsen gewenst.

7. Het tot heden goeddeels ontbreken van een evenwichtig kwaliteitsbeleid bij uitvoeringsinstellingen, met concrete kwaliteitscriteria, prestatiecriteria en normen, leidt tot een situatie waarin nogal eens kritiek op het werk van de verzekeringsarts wordt geuit, terwijl diezelfde arts te weinig houvast heeft aan criteria die kunnen leiden tot verbeteringen. De prestaties van de artsen worden vrijwel uitsluitend aan procescriteria (zoals tijdigheid, werkvoorraad) gemeten, de werkwijze van de arts wordt vooral door de organisatorische context bepaald. Kwaliteitsaspecten dienen in het werk, en dus ook in de opleiding, meer nadruk te krijgen.

8. Over de organisatie van de opleiding worden de volgende opmerkingen gemaakt.

a. De opleiding is te schools. Er kan meer verantwoordelijkheid aan de cursisten worden overgelaten via bijvoorbeeld in groepen uit te voeren opdrachten waarvan de cursisten zelf organisatie en planning aansturen, terwijl men op 'het resultaat' wordt afgerekend. Dit vooronderstelt overigens een goed toetsingssysteem.

b. De opleiding kan voor een deel in de avonden en weekenden worden aangeboden. Bij de interne opleiding van artsen werkzaam in de private sfeer is dat al het geval.

c. De theoretische component van de opleiding kan meer 'op afstand' worden gegeven, o.a. via moderne telecommunicatiemogelijkheden maar ook door een meer cursist-gestuurde aanpak.

d. De opleiding tot arts voor maatschappij en gezondheid (de andere hoofdstroom in de sociale geneeskunde) heeft een opleidingsmodel uitgewerkt dat uitgaat van het in de huisartsen- en specialistenopleiding gehanteerde assistenten-model. Daarbij worden werkgevers- en opleidersverantwoordelijkheden gescheiden. Een dergelijk model wordt door sommigen ook voor bedrijfs- en verzekeringsartsen bepleit.

e. Het volgen van verplichte stages buiten de 'eigen deur' leidt in de huidige opleidingssystematiek (waarbij de eigen werkgever voor alle kosten opdraait) tot een financieel probleem: verlies aan productiecapaciteit en eventueel elders geleverde productie worden niet gecompenseerd.

f. De interne startopleiding (de GIB) werd in de loop van de jaren zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin uitgebreid. De aansluiting bij de vervolgopleiding is daarbij weliswaar punt van aandacht geweest, maar de indruk bestaat dat dit niet optimaal is gelukt. Hierdoor is volgens sommigen een duplicatuur ontstaan tussen beide trajecten die tot verlies van efficiency leidt.

g. De coaching van artsen in opleiding, die naar vorm en inhoud is vastgelegd door het College Sociale Geneeskunde, krijgt niet bij alle uitvoeringsinstellingen voldoende aandacht. Veel artsen in opleiding ervaren dit zo dat zij direct voor 'productie' worden ingezet, terwijl zij daartoe nog niet voldoende zijn toegerust.

h. De zogenaamde verplicht aan te wijzen praktijkbegeleiders worden zelf onvoldoende opgeleid om te kunnen begeleiden.

i. De aansluiting tussen de basisopleiding tot arts en de vervolgopleiding tot verzekeringsarts (sociaal-geneeskundige in het algemeen) is slecht. Hierdoor ontstaat een efficiencyverlies van substantiële aard. Het hieraan ten grondslag liggende probleem is nogal principieel en in de huidige universitaire opleidingseisen niet goed oplosbaar gezien het vrij rigide medische curriculum en de doorslaggevende accenten op curatieve elementen. Dit aspect wordt breder onderkend en is inmiddels onderwerp van discussie in o.a. KNMG-kringen (zie ook onder par. 2.3).

Alvorens te komen tot aanbevelingen voor verbetermogelijkheden voeg ik in de volgende paragraaf nog een aantal overwegingen toe die niet direct uit het voorliggende onderzoek voortkomen maar die wel verband houden met de kwaliteit van de beroepsopleiding.

## 2.3 Overige aspecten met betrekking tot de kwaliteit van de opleiding tot verzekeringsarts

### 2.3.1 *De basisopleiding tot arts: opleidingscontinuüm*

Binnen de KNMG geven de vorm en inhoud van de verschillende vervolgopleidingen tot specialist in toenemende mate aanleiding tot herbezinning. Het hoofdbestuur KNMG heeft recent een project gestart dat is aangeduid als "Dynamisering opleiding en loopbaan". Het opleidingscontinuüm, bestaande uit de basisopleiding tot arts, de aspecifieke vervolgopleiding en de activiteiten in het kader van na- en bijscholing, dient in dit opzicht integraal aandacht te krijgen. Maar met name de specialisatie krijgt aandacht. Daarbij worden de volgende vragen gesteld:

- Welke ontwikkelingen in de gezondheidszorg en maatschappij zullen in de komende decennia invloed hebben op de wijze waarop het medisch beroep wordt uitgeoefend (vergrijzing, privatisering, multiprofessioneel werken, etc)?
- Welke kennis en kunde behoeft een arts in deze?
- Wat is de meest wenselijke opbouw van het gehele opleidingscontinuüm om adequaat in te spelen op de nieuwe ontwikkelingen? Is herindeling van de diverse specialismen (en fasen daarbinnen) wenselijk en zo ja, welke indeling biedt de beste perspectieven voor de volgende eeuw?
- Welke opleidingsmodellen en leerstrategieën bieden de beste uitgangssituatie voor een adequate beroepsuitoefening en een bevredigende loopbaan? Welke attitude-aspecten vormen een belangrijke bijdrage aan of zijn een voorwaarde voor een goede beroepsuitoefening?
- Welke taken (van artsen) kunnen door functiedifferentiatie en taakafsplitsing worden overgedragen aan paramedici en andere beroepsbeoefenaren?

Inmiddels doet deze discussie zich ook breder voor. Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde heeft in november jl. een van haar zogenaamde Tijdschriftenconferenties aan het onderwerp besteed, onder de titel "Leidt de medische opleiding nog artsen op?" Tijdens deze door een 40-tal *opinion-leaders* bezochte conferentie kwamen o.a. de volgende aspecten aan de orde:

- Flexibilisering van de opleiding.
- Van kolomsgewijze indeling naar multiprofessionele aanpak.
- Grenzen tussen vervolgopleidingen zullen vervagen.
- Medici streven meer flexibiliteit in hun carrière na.
- Samenwerking tussen en binnen organisaties en disciplines wordt belangrijker.
- Patiënten bepalen mee wat de 'ideale arts voor de toekomst' is.
- Aandacht voor sociale competentie is nodig.

Per december 1999 zijn nog onvoldoende resultaten bekend van deze ongetwijfeld op termijn nog tot consequenties leidende discussie. Duidelijk is dat er veel beweging zit in de opleiding van artsen, en dat er in de komende jaren het een en ander gaat veranderen. Het is daarom verstandig om eventuele aanpassingen in de specialisatie tot verzekeringsarts tijdig af te stemmen met de geschetste bredere ontwikkelingen.

### 2.3.2 *Kwaliteitsbeleid*

De kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen is lange tijd in belangrijke mate overgelaten aan de individuele arts. De laatste jaren is een ontwikkeling in gang gezet naar ondersteuning van een kwaliteitsbeleid via standaarden, richtlijnen en protocollen. In de huisartsengeneeskunde is men hiermee reeds ver gevorderd, in de verzekeringsgeneeskunde bestaat in dit opzicht nog een achterstand. Artsen moeten wennen aan deze ontwikkeling, die door sommigen beschouwd wordt als inperking van de professionele autonomie, maar door anderen juist als steun in de rug ten behoeve van efficiënt en effectief handelen. Tegen deze achtergrond bezien is de weerstand bij sommige verzekeringsartsen tegen het werken volgens genoemde instrumenten wel begrijpelijk, maar niet altijd terecht. Als voorbeeld noem ik het hanteren van de standaard Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden. De politiek gewenste inperking van de mogelijkheden van verzekeringsartsen om cliënten zonder tussenkomst van een arbeidsdeskundige volledig arbeidsongeschikt te verklaren stuit op weer-

stand bij grote groepen verzekeringsartsen die hierin een ontoelaatbare inperking van hun professionele autonomie zien. Waarschijnlijk heeft deze weerstand echter meer te maken met een eigen uitleg van de grenzen van het verzekeringsgeneeskundig domein of met onbekendheid met de standaard, dan met professionele autonomie. Of en zo ja in welke mate artsen de gewenste vrijheid tot eigenstandig handelen en besluiten moeten hebben en houden dient in een sociaal zekerheidsstelsel op een ander niveau te worden vastgesteld. De medisch verantwoorde uitvoering van vastgesteld beleid ligt uiteraard bij de arts, maar de verantwoordelijkheid voor de juiste medische inbreng bij het Ministerie van SZW. Onder de verzekeringsartsen wordt genoemde standaard in ieder geval op dit moment verschillend geïnterpreteerd. Zichtbare betrokkenheid van politici c.q. beleidsverantwoordelijken bij het opleidingstraject, bijv. in de vorm van een presentatie of aanwezigheid bij discussies, kan bijdragen aan wederzijds begrip ten aanzien van genomen of voorgenomen politieke c.q. beleidsbesluiten. Wellicht versterkt dit ook de motivatie van artsen om te werken volgens politiek afgesproken lijnen.

Dit voorbeeld is slechts exemplarisch voor een gesignaleerd probleem in de verzekeringsgeneeskunde: het ontbreken van een goed functionerend kwaliteitssysteem. Kwaliteitseisen, functie-eisen, taken en opleidingseisen hangen nauw met elkaar samen. Het wordt dus de hoogste tijd prioriteit te geven aan de verdere uitbouw van dat kwaliteitsbeleid. Het Ctsv heeft hiermee, o.a. met het ontwikkelen van het protocol Sociaal Medisch Handelen, al een goede aanzet gegeven (Ctsv, 1998). Binnen de verzekeringsgeneeskunde zal echter, blijkens de uitkomsten van veel recent onderzoek, nog een forse inhaalslag gemaakt moeten worden. Recent is met de overeenkomst tussen de uitvoeringsinstellingen en de beroepsgroep van verzekeringsartsen een verdere stap in de goede richting gezet (De Wolff, 1999). In de volgende paragraaf doe ik een voorzet voor een meer structurele opbouw van zo'n kwaliteitsbeleid. Op basis van een geïmplementeerd kwaliteitsbeleid kan de verbinding tussen theorie (opleiding en opleidingseisen) en praktijk in de kwaliteitscirkel tot stand komen: taken → taakeisen → criteria → toetsing van criteria → bijstelling beleid → taken → etc.

### *2.2.3 Stand van de wetenschap*

Niet onvermeld mag blijven dat de wetenschappelijke basis van veel verzekeringsgeneeskundig handelen, en dus ook de beoordeling van de kwaliteit daarvan, smal is. De omvang van de kennis ten aanzien van vele aspecten van het verzekeringsgeneeskundig handelen is omgekeerd evenredig aan de omvang van de kritiek die regelmatig over dit handelen wordt geuit. Waarmee niet gezegd is dat die kritiek niet juist zou kunnen zijn, wel dat de verzekeringsarts zelf weinig houvast heeft waar het gaat om gewenste verbeteringen. Een 'gouden standaard' is er niet. Het wordt tijd om dit kennishiaat te vullen en de op te bouwen kennis op directe wijze via opleiding en gerichte na- en bijscholing ter beschikking te stellen van o.a. de verzekeringsartsen. De behoefte aan toegepast wetenschappelijk onderzoek binnen het domein van de verzekeringsgeneeskunde is groot, het aantal vragen legio (Willems, 1994). De ontwikkeling van een verzekeringsgeneeskundig expertisecentrum, waarbinnen de wetenschappelijke ontwikkeling en het kwaliteitsbeleid vorm en inhoud kunnen krijgen, is noodzakelijk. De academische positie van het vakgebied moet dringend worden versterkt. Betrokkenheid van diverse actoren (uvi's, Lisv, Ctsv, Ministeries van SZW en VWS) bij de wetenschappelijke expertiseontwikkeling is thans mager, en kan worden versterkt.

## 2.4 Verbetermogelijkheden

Aansluitend bij de hierboven beschreven gedachten zou de huidige opleiding voor verzekeringsartsen werkzaam in de publieke sector[8] op een aantal punten moeten worden aangepast. Ik verwijs daarbij naar de in 2.1 aangegeven taken.

---

[8] Belangrijke onderdelen van dit verbetertraject zijn ook relevant voor artsen werkzaam in de particuliere sector. Vanzelfsprekend heeft deze laatste categorie, gezien de geheel afwijkende werkwijze in die sector, ook andere wensen (zie bijlage 4B). In een flexibel gemodulariseerd systeem zouden die wensen tevens gehonoreerd kunnen worden.

### 2.4.1 *Inhoud van de opleiding tot verzekeringsarts*

1. Een sterker accent op medische kennis en vaardigheden.
2. Meer praktische (cliëntgerichte) aandacht voor sociale competentie en communicatievaardigheden.
3. Meer aandacht voor het leren werken met standaarden, richtlijnen en protocollen.
4. Minder aandacht voor indirect aan de taak gerelateerde kennis- en vaardigheden.
5. Een adequate afstemming tussen GIB en beroepsopleiding.
6. Specialisatie-modulen in de opleiding inbouwen.
7. Het huidige stagebeleid meer richten op klinische aspecten.

Uit deze opsomming wordt duidelijk dat de verbetermogelijkheden vooral betrekking hebben op de beoordeling van de belastbaarheid en het herstelgedrag. Zij staan dus dwars op de in 2.1 genoemde taken en zijn voor vrijwel alle onderdelen van toepassing. Op de poortwachtersfunctie (onderdeel 6 in 2.1) ga ik niet in, aangezien de verzekeringsarts in deze thans nauwelijks tot niet een rol speelt in dit traject.
Achtereenvolgens ga ik kort in op de aangegeven punten.

*Ad 1. Een sterker accent op medische kennis en vaardigheden*
Waar in het verre verleden de instroom in de verzekeringsgeneeskunde voor het grootste deel voortkwam uit de curatieve sector (veelal voormalig huisartsen) zijn het de laatste 20 jaar in toenemende mate jonge, klinisch onervaren artsen die het beroep direct na afstuderen kiezen. Een gebrek aan klinische ervaring doet zich dan ook in toenemende mate gelden. Zowel de geraadpleegde artsen als hun managers signaleren dit probleem. Het is gewenst om de aankomend verzekeringsarts tijdens de opleiding aanvullend klinisch te scholen. Het gaat hierbij dan vooral om de volgende aspecten:
Vaardigheden in het onderzoek van beperkingen op basis van anamnese en/of van klinische zijde verkregen gegevens. Deze vaardigheden dienen verworven te worden via direct cliëntencontact en via assistentschappen in de curatieve sector. Bijkomend voordeel van stages en assistentschappen in de curatieve zorgverlening is dat dit tevens leidt tot kennis van elkaars werkterrein, waardoor de noodzakelijke contacten tussen beide domeinen ook later beter kunnen verlopen.
Meer en diepgaander achtergrondkennis van specifieke pathologie, waarbij frequent tot arbeidsongeschiktheid leidende diagnosen op de voorgrond moeten staan. De kennisvermeerdering dient zich daarbij vooral toe te spitsen op de vertaalslag van stoornissen naar beperkingen. Hierdoor verkrijgen de verzekeringsartsen een steviger referentiekader, nodig om de relatie met de curatieve sector te versterken. Deze kennis kan mede worden verworven via specifieke stages en/of assistentschappen bij relevante klinisch specialisten.
Meer en diepgaander kennis omtrent reïntegratie- en revalidatiemogelijkheden voor specifieke cliëntencategorieën. Deze kennis kan mede worden verworven worden via stages en assistentschappen bij arbodiensten (werkaanpassingsproblematiek), revalidatiecentra, instellingen voor sociale werkvoorziening, en relevante reïntegratiebedrijven (bijv. een rugschool).
Hoewel op dit punt weinig geïnterviewden wensen naar voren hebben gebracht, lijkt het van belang dat de verzekeringsarts meer dan thans het geval is inzicht in medisch-statistische aspecten verkrijgt. Het kunnen lezen en interpreteren van medische statistieken, verzuimstatistieken en dergelijke is in ieder geval voor een aantal artsen binnen de organisatie nodig teneinde een bijdrage te kunnen leveren aan de meer strategische ontwikkelingsaspecten terzake. Te denken valt aan analyses naar beroeps- en brancheverschillen, en andere relevante voor interventie geschikte variabelen.

*Ad 2. Meer praktische (cliëntgerichte) aandacht voor sociale competentie en communicatievaardigheden.*
De rol van de cliënt in het totale proces van beoordeling en begeleiding zal in de toekomst dominanter (moeten) worden: de cliënt denkt mee, stuurt mee, neemt meer eigen verantwoordelijkheid, en meer eigen initiatief. Dit vergt een adequate en aangepaste positionering van de arts. Verzekeringsgeneeskundig werk beweegt zich op het snijvlak van maatschappelijke en medische problematiek. Het directe cliëntenbelang is in velerlei opzichten groot, de arts wordt minder als hulpverlener en meer als 'scheidsrechter' gezien. Spanningen in dit onvrijwillig contact tussen arts en cliënt zijn dik-

wijls voelbaar. Dit eist enerzijds van de arts een objectieve, vriendelijke, evenwichtige, en rechtvaardige opstelling naar de cliënt, en anderzijds inzicht in eigen attitude (waarom handel ik zoals ik handel, welke vooroordelen hinderen mij in mijn objectieve oordeelsvorming, hoe ga ik om met belangentegenstellingen, etc). Het gaat hier om "vaardigheden die betrekking hebben op het hanteren van elementaire sociale conventies, op samenwerken, op het kunnen hanteren van passende gesprekstechnieken, op het kunnen omgaan met verschillen in meningen en opvattingen, op het kunnen benoemen en hanteren van culturele en seksegebonden verschillen tussen mensen, op het kunnen omgaan met formele en informele afspraken, regels en procedures, en tenslotte op het presenteren van eigen werk" (Ten Dam, 1999). Er is de laatste jaren in toenemende mate belangstelling voor het effectief toepassen van onderwijsmethoden die deze sociale competentie ontwikkelen. Daarbij is leren door participatie in een cultuur waarin op die participatie een beroep wordt gedaan essentieel. Moreel gedrag wordt in de praktijk geleerd, niet in de studeerkamer. De cliënt dient daarom in de leersituatie betrokken te worden. Wanneer de sociale competentie als onderwijsdoel in de opleiding geïntegreerd wordt, zal dit zowel voor de cliënt als voor de arts belangrijke positieve effecten hebben.

*Ad 3. Meer aandacht voor het leren werken met standaarden, richtlijnen en protocollen*
De ontwikkeling naar het meer transparant en betrouwbaar maken van de belastbaarheidsbeoordeling[9] is niet meer te stoppen. Standaard- en richtlijnontwikkeling en geprotocolleerd werken hebben de laatste jaren veel aandacht gekregen. Hoewel het standaardenbeleid op een groot draagvlak onder artsen blijkt te rusten, is de disseminatie en de implementatie in de praktijk nog lang niet optimaal (Horstman et al., 1997). Voor een deel heeft dit te maken met de onvoldoende duidelijkheid die de standaarden zelf blijken te verschaffen en de extra werkbelasting die het gebruik ervan met zich mee zou brengen, voor een ander deel aan het ontbreken van 'flankerend' beleid (o.a. het leren begrijpen en omgaan met standaarden tijdens de opleiding tot verzekeringsarts). Dit leidt tot ongewenste effecten: verkeerd of niet toepassen, grote variatie wat betreft interpretatie ervan door de artsen, en administratief in plaats van feitelijk gebruik. Het lijkt verstandig thans even pas op de plaats te maken met de ontwikkeling van nieuwe standaarden en via cliëntgericht onderwijs meer energie te steken in disseminatie en implementatie van de bestaande. Ook verdient het aanbeveling de huidige standaarden inhoudelijk te toetsen op de doelstelling ervan: het ondersteunen van de verzekeringsarts bij zijn oordeelsvorming. Tijdens de praktijkscholing dient binnen de eigen organisatie onder directe coaching met deze instrumenten te worden geoefend. Aan deze oefeningen dient een toetsbaar kwaliteitsbeleid te worden gekoppeld.

*Ad 4. Minder aandacht voor indirect aan de taak gerelateerde kennis- en vaardigheden*
De huidige opleiding bevat, mede door de structuur waarin bepaalde onderdelen voor zowel bedrijfs- als verzekeringsartsen verplicht zijn gesteld, voor de aankomend verzekeringsarts te veel arbo- en te weinig verzekeringsrelevante elementen. Voorbeelden zijn: het leren uitvoeren van een RI&E (risico-inventarisatie en -evaluatie op de werkplek) en het schrijven van een scriptie over een zelf uitgevoerd onderzoek. Deze cursusonderdelen kunnen als verplicht element achterwege blijven. Als keuze-onderdeel kunnen deze onderdelen voor een beperkt aantal artsen vanzelfsprekend van belang blijven.

*Ad 5. Een adequate afstemming tussen GIB en beroepsopleiding*
Uit de inventarisatie van de voor iedere aankomend verzekeringsarts verplichte GIB is gebleken dat deze in de loop der jaren zeer uitgebreid is geworden. Daarnaast is de beroepsopleiding vanwege Europese eisen verlengd van 2,5 naar 4 jaar (overigens is daarbij met name de praktijkscholing langer geworden, niet het cursorisch deel). Hoewel de GIB tot bepaalde vrijstellingen in de beroepsopleiding leidt, vertoont de combinatie van beide opleidingen enige overlap. Een nadere analyse van de aard en omvang van deze overlap was binnen deze studie niet mogelijk, maar is wel nodig. Het is bij

[9] Het begrip belastbaarheid wordt hier gehanteerd tegen de achtergrond van de claimbeoordeling, waarin de verzekeringsarts een belastbaarheidsprofiel vastlegt met behulp van een naar het FIS gesystematiseerde output. Het FIS zelf is momenteel onderwerp van studie naar verbetermogelijkheden.

eventuele aanpassingen wel belangrijk rekening te houden met diegenen die niet aan de GIB kunnen deelnemen.

*Ad 6. Specialisatie-modulen in de opleiding inbouwen*
Er zijn voldoende redenen om af te stappen van het uitgangspunt dat alle verzekeringsartsen hetzelfde moeten kennen en kunnen.
De medische kennis is dermate omvattend en complex geworden dat één arts die niet meer in de volle breedte kan omvatten.
Uitvoeringsinstellingen dienen alleen al uit efficiency-overwegingen zoveel mogelijk op basis van eigen kennis tot besluitvorming te komen.
Het vak van verzekeringsarts wordt voor een aantal artsen aantrekkelijker wanneer de mogelijkheid bestaat te subspecialiseren in (ook voor de werkgever) relevante onderwerpen. En dit is nodig. Bijna de helft van de huidige verzekeringsartsen geeft aan eentonig werk te doen, hetgeen scherp afsteekt bij cijfers van andere academische beroepen, waar dit percentage op ongeveer 5 ligt (Lisv, 1999, nog niet gepubliceerd). Omgekeerd geeft maar 5% van deze artsen aan over voldoende ontplooiingskansen te beschikken, tegen ruim 50% in andere academische beroepen.
De communicatie met de curatieve sector verloopt beter wanneer deze plaatsvindt tussen artsen die, ieder vanuit een eigen referentiekader, in globaal dezelfde onderdelen gespecialiseerd zijn.
Op basis van deze uitgangspunten verdient het aanbeveling de opleiding tot verzekeringsarts zodanig in te richten dat al binnen deze opleiding de mogelijkheid bestaat tot subspecialiseren. Vanzelfsprekend dient hier een relevant stagepakket en een adequaat bij- en nascholingstraject op te volgen. Het uvi-management dient in de door artsen te maken keuzes een zware stem te hebben, teneinde een evenwichtige opbouw van gewenste specialisaties binnen de organisatie te krijgen. Het is dan wel noodzakelijk dat diezelfde werkgevers een 'kennisontwikkelingsbeleid' voor hun organisatie formuleren.

*Ad 7. Het huidige stagebeleid moet meer op klinische aspecten worden gericht*
Het huidige stagebeleid in de opleiding gaat mank aan onvoldoende relevantie voor de praktijk van de verzekeringsarts. Vraagtekens kunnen geplaatst worden bij de volgende onderdelen.

- Een oriënterende stage (5 dagen) bij een andere dan de eigen uitvoeringsinstelling. De meerwaarde van deze stage is beperkt en leidt in de praktijk gewoon tot productie binnen de taak in de organisatie.
- Een onderzoeksstage (15 dagen). Vrijwel geen enkele verzekeringsarts zal in de praktijk zelfstandig onderzoek doen, de organisatie die behoefte heeft aan onderzoek zal daar andere voorzieningen voor moeten treffen.
- De vrije stage (6 dagen). De invulling van een 'vrije stage' is, tegen de achtergrond van de behoefte aan flexibilisering en specialisering, op zichzelf nuttig. Al te vrij echter kan deze invulling niet zijn, immers, de koppeling met de praktijk blijft het uitgangspunt. De vrije stage dient daarom aan randvoorwaarden te worden gekoppeld die het de werkgever van de arts mogelijk maken (mede) te bepalen waar de tijd in gestoken wordt. Vanzelfsprekend blijft de opleiding verantwoordelijk voor de concrete invulling in termen van (toetsbare) kwaliteitseisen.

De methodiekstages (22 dagen). Deze stages (die feitelijk geen stages zijn) worden veelal ingevuld met praktijkopdrachten die gekoppeld zijn aan de kernmodulen van de opleiding. Het ligt meer voor de hand deze praktijkopdrachten ten minste voor een deel in te bedden in stages en assistentschappen die de arts volgt. De huidige praktijkopdrachten die worden verstrekt sluiten bovendien deels niet voldoende aan bij de taakuitoefening van de verzekeringsarts (bijvoorbeeld: het uitvoeren van een RI&E).

In plaats van de huidige stages dienen stages en/of assistentschappen[10] te worden gevolgd die aansluiten bij de behoeften van het uvi-management en van de arts (uiteindelijk vanzelfsprekend bij de

[10] Een stage is meer gericht op het opdoen van praktische kennis, terwijl een assistentschap verder gaat: de cursist leert zelfstandig bepaalde taken uitoefenen. De keuze tussen een stage en een assistentschap kan door de cursist gemaakt worden afhankelijk van de doelstellingen. Stages kunnen in het algemeen korter duren dan assistentschappen.

kwaliteit van het beoordelingsproces in het belang van de cliënt), zoals die in deze studie zijn geïnventariseerd. Dat betekent dat de volgende stages relevant zijn.

- Een stage/assistentschap bij een bedrijf, onder begeleiding van een arbodienst. Dit is nu reeds mogelijk, maar de stage wordt te vrijblijvend ingevuld. Het is noodzakelijk specifieke praktijkopdrachten te formuleren[11] waaraan de cursist moet werken. Deze opdrachten dienen te zijn afgestemd op het totale opleidingspakket van de betrokken cursist, en waar mogelijk een aanvulling te vormen op eventuele subspecialisaties die gekozen worden. Zo zal een cursist die in het bijzonder kennis en vaardigheden wil verkrijgen op het gebied van aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat tijdens de arbostage belastingsaspecten kunnen bestuderen die deze aandoeningen mede veroorzaken of die herintrede belemmeren. Ook biedt de arbostage een goede gelegenheid kennis op te doen met betrekking tot werkaanpassingsproblemen.
- Een stage/assistentschap bij een revalidatiecentrum. Ook hier dient aansluiting gevonden te worden bij het opleidingspakket van de cursist. Het belang van deze stage is vooral gelegen in het opdoen van kennis omtrent moderne revalidatietechnieken voor veel voorkomende beperkingen.
- Een stage/assistentschap bij een indicatie-instelling (bijvoorbeeld voor de WSW). Tijdens dit onderdeel kan met name ervaring worden opgedaan met het leren toepassen van indicatiecriteria. Indicatieverstrekking vormt immers een belangrijk onderdeel van veel voor verzekeringsartsen relevante wetgeving.
- Een stage/assistentschap bij een reïntegratiespecialist. Hierbij valt te denken aan een rugschool, een hartrevalidatiecentrum, een revalidatiepsycholoog of, breder, een arbeidsdeskundige.
- Een stage/assistentschap bij een huisarts. Vooral voor verzekeringsartsen die weinig eerstelijnservaring hebben, is een stage bij een huisarts een goede mogelijkheid om, ook hier op basis van een of meer concrete en verzekeringsgeneeskundig relevante praktijkopdrachten, de noodzakelijke kennis en vaardigheden te verwerven die tevens tot adequate communicatie met de eerste lijn kunnen leiden.
- Een stage/assistentschap bij een klinisch specialist. Deze keuze zal vanzelfsprekend nauw moeten aansluiten op de eventuele subspecialisatiekeuze van een cursist.

Vanzelfsprekend is het niet mogelijk en ook niet nodig dat een cursist alle genoemde stages en assistentschappen in zijn pakket opneemt. De keuzes worden gemaakt in afstemming op het totale pakket en met instemming van de werkgever.

### 2.4.2 *Organisatie van de opleiding tot verzekeringsarts*

1. Meer onderwijs op afstand, minder directe contacturen
2. Meer verantwoordelijkheden voor het uvi-management en de cursist, meer zelfsturing, meer sturen op eindtermen
3. Meer cliëntgericht onderwijs
4. Multiprofessioneel opleiden stimuleren
5. Opleidingspakket verder modulariseren en flexibiliseren, meer keuzes voor cursisten mogelijk maken
6. Betere coaching op de eigen werkplek
7. Mogelijkheden nagaan van het zogenaamde assistenten-model

Hierna worden deze suggesties successievelijk kort besproken. Het is echter van belang om de verbeterpunten in samenhang tot elkaar te zien: een combinatie van de verbeterpunten leidt tot een hoger rendement dan de som der delen. Dat betekent dat een verbeterde opleidingsstructuur elementen van alle punten dient te omvatten.

*Ad 1. Meer onderwijs op afstand, meer zelfsturing, minder directe contacturen*
Het huidige cursorisch onderwijs wordt gekenmerkt door een nogal klassieke aanpak waarbij onder begeleiding van docenten op de cursuslocatie wordt gewerkt aan kennisvermeerdering. Dit is een

[11] Deze randvoorwaarde geldt voor alle stages en assistentschappen.

soms noodzakelijke maar in het algemeen weinig effectieve werkwijze. Hoewel het merendeel van de ondervraagde artsen meent dat het huidige aantal contacturen adequaat is (een kwart vindt dat het minder kan, 13% wil nog meer contacturen) meen ik dat aan de behoefte tot contact (samen studeren) op andere wijze dan de klassikale tegemoet kan worden gekomen. Een voorbeeld kan zijn het vormen van cliëntcontactgroepen, waarbij een groep cursisten in vaste samenstelling gedurende de gehele opleiding te leren en geleerde onderdelen oefent met cliënten. Dat kan op iedere locatie. Voor cliënten kan men zelf zorgen. Immers, om leren zinvol te laten zijn, is het van groot belang dat een verbinding wordt gelegd met de praktijk waarin het geleerde moet worden toegepast. Het gestructureerd leren op de werkplek, in direct contact met de cliënt en de organisatie waarin zich het werk afspeelt, moet daarom sterker worden aangezet. Het rendement van de opleiding kan daardoor aanmerkelijk worden verhoogd. Ook kan meer en effectiever gebruik gemaakt worden van moderne communicatiemiddelen. Vanzelfsprekend dienen heldere kwaliteitseisen aan dit werken op afstand te worden gekoppeld, maar dat geldt voor alle cursusonderdelen.

*Ad 2. Meer verantwoordelijkheden voor de werkgever en de cursist, meer sturen op eindtermen*
Indien het management vindt dat de organisatie bepaalde kennis en vaardigheden in huis moet hebben, zal dat zelfde management zich meer dan nu het geval is moeten bezighouden met de criteria van een opleiding die aan de eisen voldoet. Alvorens een arts naar de opleiding te 'sturen' zal men zich rekenschap moeten geven van de doelen die de organisatie nastreeft. Tot heden gaat de betrokkenheid vaak niet verder dan het geven van gelegenheid, omdat dat nu eenmaal schijnt te moeten. Een meer strategische betrokkenheid van het management heeft bovendien tot belangrijk voordeel dat de artsen beter gemotiveerd de opleiding volgen, hetgeen op zichzelf het rendement van het leren verder verhoogt. De betrokkenheid van het management zou wat mij betreft zover moeten gaan dat, op basis van een kennisontwikkelingsbeleid en binnen de randvoorwaarden van het CSG, een werkgever in belangrijke mate mede bepaalt welke kennis en welke vaardigheden zijn artsen dienen te verwerven.
In samenhang met het onder ad 1. gestelde dient ook de cursist zelf meer eigen verantwoordelijkheid te krijgen en te nemen. Wie onderwijs vooral ziet als het passief opnemen van kennis, richt zich met name op externe bronnen, bijvoorbeeld een docent, voor de sturing van het eigen leerproces. Ik meen echter dat leren voor een belangrijk deel moet bestaan uit het opbouwen van eigen kennis via zelfsturing. Het 'studiehuis' kan hier model staan. Het sturen van de eigen ontwikkeling in kleinere groepen, soms monodisciplinair soms multiprofessioneel (zie ad 4.) samengesteld, blijkt veel vruchtbaarder dan het als passieve consument cursuskennis te moeten verwerken. Of deze eigen verantwoordelijkheid zo ver moet strekken dat cursisten, zoals door managers gewenst en overigens niet ongebruikelijk, meer eigen tijd in de opleiding steken buiten normale werktijden, lijkt mij een kwestie van overleg tussen betrokkenen.

In een opleiding waar de verantwoordelijkheden meer bij de cursist en diens werkgever komen te liggen zal effectief sturen op output noodzakelijk zijn: examens zijn de maat van het te bereiken niveau. Het is onbegrijpelijk dat in al die jaren van sociaal-geneeskundig opleiden niet een gedegen examenregime tot stand is gekomen. Het ontbreken van een goed kwaliteitsbeleid is hier mede debet aan. Financiële perikelen (wie betaalt de ontwikkelingskosten) spelen daarnaast ook een rol. In de praktijk betekent dit dat de cursist als specialist kan worden geregistreerd zonder dat adequaat is getest of hij over de vereiste kennis en vaardigheden beschikt. Het aanwezigheidspercentage is thans de belangrijkste maat. Aan het verbeteren van deze situatie zal op korte termijn hoge prioriteit gegeven moeten worden.

Met betrekking tot het (verplichte) bij- en nascholingstraject dat geregistreerde artsen volgen, dient ook het management zich, meer dan thans het geval is, te committeren aan de noodzaak daartoe. Driekwart van de ondervraagde artsen geeft aan dat dit traject te lijden heeft onder de hoge werkdruk. Te veel artsen geven aan dat de werkgever geen (duidelijk) beleid voert op dit punt.

*Ad 3. Meer cliëntgericht onderwijs*
Het is wonderlijk te moeten vaststellen dat het cliëntgerichte onderwijs dat in de basisopleiding tot arts zo'n belangrijke plaats inneemt, in de post-initiële opleidingen vrijwel geheel is verdwenen. Juist

voor verzekeringsartsen die dagelijks met cliënten (patiënten voor de behandelende sector) te maken hebben, is dit een belangrijke omissie. Zowel het leren uitvoeren van een goed beperkingenonderzoek als het communiceren over de claimklacht en de beoordeling vereisen een gedegen praktische oefening. De ervaring leert bijvoorbeeld dat veel cliënten een verkeerde of vertekende verwachting hebben van het contact met de verzekeringsarts. Duidelijke voorlichting in deze behoort mede tot de taken van de verzekeringsarts. In de huidige opleiding wordt aan deze aspecten te weinig aandacht besteed. Training in deze onderdelen dient via direct cliëntencontact te geschieden.
Cliëntgericht onderwijs dient dus met nadruk terug te komen in deze opleiding. Dat kan o.a. door op basis van goed geformuleerde doelstellingen, in groepen een casus uit te werken of te oefenen met bepaalde onderzoekstechnieken, en daarvan een verslag op te stellen. Echter ook individuele cliëntcontacten tijdens de praktijkscholing kunnen tot toetsbare rapportages leiden.

*Ad 4. Multiprofessioneel opleiden stimuleren*
Verzekeringsartsen werken in een breed en complex veld. Daarin zijn actoren te duiden waarmee in de dagelijkse praktijk veel en soms intensief wordt samengewerkt of waarmee regelmatig contacten moeten worden onderhouden. De empirie wijst uit dat de basis van dergelijke samenwerkingspatronen reeds in de opleiding moet worden gelegd. Het concept van multiprofessioneel onderwijs (MPO) past hier goed bij (VWS, 1999). Dit is een onderwijsmethode waarin studenten uit verschillende disciplines gedurende bepaalde studieperioden samen leren. Hierdoor wordt het risico verkleind dat de student (hier de arts) zich onbewust laat insluiten in een conventionele professionele rol zonder rekening te houden met andere disciplines die in de zorg een rol kunnen spelen. MPO bevordert aldus teamwork en het stimuleert wederzijds begrip en respect. Door projectmatig samen aan bepaalde leerdoelstellingen te werken kan men leren over de grenzen van het eigen specialisme te kijken en leert men toegang te verkrijgen tot belangrijke en relevante (kennis)netwerken van anderen. De huidige opleiding bevat te weinig van deze benadering.
Voor alle verzekeringsartsen geldt dat zij veel contacten moeten hebben met bedrijfsartsen enerzijds en huisartsen anderzijds. Gespecialiseerde verzekeringsartsen zullen daarnaast met klinisch werkzame specialisten contacten onderhouden. Buiten de medische sector moet met name gedacht worden aan trajecten waarbij ook arbeidsdeskundigen, psychologen en juristen (in opleiding) betrokken zijn. In specifieke gevallen zijn mogelijk nog andere disciplines denkbaar. Enkele samenwerkingspartners krijgen hierna extra aandacht.
Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen volgen hun opleiding in dezelfde hoofdstroom: arbeid en gezondheid. Een deel van de opleiding wordt gezamenlijk gevolgd. Gezien de in belangrijke mate bestaande overlap in benodigde kennis is dat een goede zaak. Het gezamenlijk volgen van een belangrijk stuk van deze opleiding is en blijft ook in de toekomst noodzakelijk om ook in de praktijk tot efficiënte en effectieve samenwerking te kunnen komen. Deze gezamenlijkheid moet los worden gezien van de verschillende functies die de artsen vervullen. In de praktijk wordt soms ten onrechte aangevoerd dat verschillen in functie tot verschillende opleidingen zou moeten leiden.
Recent zijn door de Amsterdamse Bedrijfsartsen Opleiding in samenwerking met de Opleiding tot arboconsultants initiatieven genomen om de opleiding tot bedrijfsarts te vernieuwen (CORVU, 1998). Redenen om hiertoe over te gaan waren onder meer:

- de wens om meer tegemoet te komen aan behoeften van de markt;
- de wens om beter aan te sluiten bij moderne inzichten in volwassenenonderwijs;
- de wens om het interdisciplinaire karakter van de opleiding te versterken.

De inmiddels gerealiseerde bedrijfsartsenopleiding nieuwe stijl (BONS, de naam geeft al aan dat verzekeringsgeneeskundige aspecten en overwegingen niet zijn betrokken) is flexibeler van opzet en maakt het mogelijk de arts gerichter op te leiden zodat hij kennis en vaardigheden verkrijgt die ook zijn werkgever op dat moment gewenst acht. Het interdisciplinaire karakter van de opleiding wordt gestalte gegeven door delen van de opleiding samen met andere disciplines aan te bieden. Het betreft dan met name cursisten die de opleiding tot arboconsultant volgen. De bedoeling is om in de toekomst ook andere disciplines bij de opleiding te betrekken. Gedacht wordt aan verzekeringsartsen, huisartsen, specialisten en arbeids- en organisatiepsychologen. Indien de opleiding zich inderdaad in deze richting ontwikkelt komt het multiprofessioneel onderwijs in zicht. Dit BONS-concept (onder weglating van de B) past qua visie in de ook voor verzekeringsartsen gewenste vernieuwingen.

De relatie tussen bedrijfsartsen en huisartsen kreeg de afgelopen jaren terecht steeds meer aandacht. Experimenten in het kader van de samenwerking huisarts-bedrijfsarts zijn inmiddels gestart (Bakker, 1999). Ook de verzekeringsarts dient hierbij betrokken te worden. Een recent mede door het Ministerie van SZW gefinancierd door ZON uit te voeren onderzoeksprogramma 'Samenwerking bij sociaal-medische begeleiding' kan de ontwikkelingen verder brengen.
De verbinding tussen deze ontwikkelingen en de opleiding is nog weinig uitgewerkt, maar een eerste stap is gezet (Weel et al., 1999). De bevinding (zie bijlage 4A betreffende de enquête onder verzekeringsartsen) dat verzekeringsartsen thans weinig prioriteit geven aan contacten met de curatieve sector interpreteer ik vooralsnog tegen de achtergrond van praktische bezwaren, zoals tijdgebrek. Het verdient aanbeveling om voor verzekeringsartsen meer initiatieven te starten en onderdelen van de opleiding tot verzekeringsarts en huisarts te combineren, bijvoorbeeld in de vorm van cliëntgericht onderwijs, waarbij elk der actoren de eigen opleidingsdoelstellingen inbrengt in de kennisopbouw. Afhankelijk van de gekozen subspecialisatie is ook een stage bij een specialist, werkzaam in een ziekenhuis of andere zorginstelling, in een aantal gevallen bijzonder aan te raden. Naast kennisverwerving is het opdoen van specifieke vaardigheden op onderdelen daarbij van belang. Een verzekeringsarts die zich vooral met aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat wil bezighouden zal bijvoorbeeld via een stage bij een orthopeed extra geschoold kunnen worden. Het accent dien dan te liggen op beperkingenonderzoek, niet op diagnostiek. Een belangrijk gevolg van deze wijze van scholing is dat de communicatie tussen beide specialismen beter zal verlopen.

*Ad 5. Opleidingspakket verder modulariseren en flexibiliseren, meer keuzes mogelijk maken*
De benodigde kennis en vaardigheden van een arts die werkzaam is binnen het domein arbeid en gezondheid is afhankelijk van de functie en de aan die functie verbonden taken. Hiervoor is aangegeven dat een organisatie (uitvoeringsinstelling, maar ook een arbodienst) die in belangrijke mate zelfredzaam wil zijn, er goed aan doet om de benodigde kennis en vaardigheden te spreiden over het personeel. In de sociale verzekeringsgeneeskunde is behoefte aan zowel brede als diepe kennis. Deze is niet allemaal door één arts te bevatten. Niet elke verzekeringsarts hoeft dan ook over hetzelfde kennis- en vaardighedenarsenaal te beschikken. Dit pleit voor het zoveel mogelijk flexibiliseren van de opleiding in die zin dat het aanbod aan modulen wordt vergroot en de keuze aan de cursist en diens werkgever wordt gelaten om, binnen bepaalde grenzen, een persoonlijk opleidingspakket samen te stellen. Het onderscheid tussen kernmodulen en profielmodulen kan worden verlaten. Het thans vrij omvangrijke verplicht te volgen pakket kan als verplichting aanzienlijk worden beperkt, waarbij een groter aantal keuzemogelijkheden ontstaat. De smalle verplichte kern moet waarborgen dat de aansluiting bij bepaalde vrije modulen adequaat is. Een arts die van werkgever verandert kan via bijscholing modulen aan zijn pakket toevoegen indien de arts daarvoor belangstelling en de werkgever daaraan behoefte heeft. In dit model is het relatief eenvoudig ook een aantal modulen op te nemen die vooral relevant zijn voor verzekeringsartsen die, volgens een andere werkwijze, in de private verzekering werkzaam zijn. Het verdient tevens aanbeveling na te gaan of modulen uit andere opleidingen (hoofdstroom maatschappij en gezondheid, huisartsenopleiding) binnen het opleidingscurriculum van de verzekeringsarts kunnen worden gebracht, zodat het totale aanbod zonder veel extra investeringen vergroot kan worden.

*Ad 6. Mogelijkheden nagaan van het zogenaamde assistenten-opleider model*
De hoofdstroom maatschappij en gezondheid (community medicine) heeft zich de laatste jaren gebogen over de vraag hoe een moderne opleiding in deze specialisatie vorm en inhoud gegeven zou kunnen worden. Het opleidingsplan is inmiddels door het CSG vastgesteld. In de oude (nu nog geldende) situatie is de cursist in dienst van een werkgever, die hem in de gelegenheid stelt de opleiding tot jeugdarts, arts tuberculosebestrijding etc. te volgen. De werkgever neemt alle kosten voor zijn rekening. In de nieuwe opleiding wordt uitgegaan van een 'assistenten-opleider'-model, dat ook bij de huisartsenopleiding gehanteerd wordt. De opleidings- en werkgeversverantwoordelijkheid worden gesplitst. Cursisten komen in dienst van opeenvolgend meerdere opleidingsinstellingen (bijvoorbeeld een GGD) voor de duur van de opleiding. De instellingen vergoeden de productieve uren aan een Fonds, niet de cursuskosten en de opleidingsuren. Het Fonds voert de regie ten aanzien van de werving en selectie van cursisten, de coördinatie van de opleidings- en stageplaatsenplaatsen, het afsluiten van contracten met opleidingsinstellingen, en de betalingen aan deze instellingen voor niet-

productieve uren. De inhoudelijke coördinatie van de opleiding is uitbesteed aan een opleidingsinstituut (bijvoorbeeld de NSPH).
De meerwaarde van deze nieuwe (nog niet geïmplementeerde) opleiding moet volgens de ontwikkelaars gezien worden in het bredere public health perspectief van waaruit de opleiding wordt aangeboden, en in het feit dat ook de praktijkscholing in een opleidingssituatie is geplaatst. Praktijk en cursorisch onderwijs worden beter op elkaar afgestemd. Binnen de scope van de maatschappelijke gezondheidszorg wordt enerzijds breder dan in het verleden opgeleid (dus minder specifiek gericht op bijvoorbeeld jeugdarts, arts algemene gezondheidszorg) terwijl toch differentiatiemogelijkheden bestaan. Afgestudeerde cursisten zijn daardoor in de praktijk breder en flexibeler inzetbaar, hetgeen uit carrièreperspectief ook voor de cursist zelf interessant is. Dit zal kunnen doorwerken naar samenwerking en afstemming met andere deskundigen binnen en buiten de gezondheidszorg. De opleiders zijn ook direct betrokken bij het vormgeven van de praktijkscholing en het cursorisch onderwijs, zodat een meer gestandaardiseerde werkwijze wordt bevorderd. Het werken met standaarden en protocollen wordt van meet af aan geoefend, en veel belang wordt ook gehecht aan het leren uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.
Het belangrijkste probleem hier is gelegen in het feit dat deze opleiding nogal wat duurder uitvalt dan de traditionele, vooral omdat de niet inzetbare uren van een in opleiding zijnde cursist, die voorheen voor rekening van de werkgever kwamen, in deze gewijzigde opzet door het Fonds gefinancierd moeten worden. Hoe het Fonds aan de benodigde middelen komt is medio december 1999 nog niet opgelost. Hoewel de implementatie van dit model op financieringsproblemen lijkt te stuiten is het zinvol na te gaan welke elementen uit dit model eventueel in de hoofdstroom arbeid en gezondheid toepasbaar zijn.

*Ad 7. Betere coaching op de eigen werkplek*
Uit de kringen van opgeleide verzekeringsartsen komen signalen dat de arts in opleiding in de eigen organisatie onvoldoende directe coaching krijgt tijdens de opleidingsjaren. Men wordt vrij snel in het normale productieproces ingezet terwijl men nog onvoldoende over de benodigde kennis en vaardigheden beschikt. Bijna alle ondervraagde artsen geven aan dat zij tijdens de opleiding hetzelfde taken- en verantwoordelijkheidspakket hadden als volledig opgeleide artsen. Bijna 20% had geen coach in de eigen organisatie. Een betere coaching is dan ook gewenst. Hiervoor dienen vaste structuren te worden ontwikkeld. Op deze wijze kan het rendement van de opleiding voor de organisatie verbeterd worden. Daarnaast is het gewenst om de coaches (de praktijkbegeleiders) handvatten te bieden voor een goede begeleiding. Thans doet ieder dat op zijn eigen wijze, en de ervaringen wijzen uit dat de meerwaarde van een vrijblijvende werkwijze beperkt is. Recent zijn initiatieven genomen om in het kwantitatieve aspect (ontbreken van praktijkbegeleiding bij artsen in opleiding) te voorzien (De Wolff, 1999). Het kwalitatieve aspect (de kwaliteit van de coach en de coaching) verdient echter nog de nodige aandacht.

### *2.4.3 Schematisch overzicht verbeterde opleiding*

Samengevat dient de opleiding van de moderne verzekeringsarts meer klinisch georiënteerd te zijn. Bovendien moet ze meer 'op maat' zijn, aangepast aan individuele behoeften van de arts en diens werkgever. Een voorbeeld van een individueel pakket op hoofdlijnen is in onderstaand schema weergegeven. Per onderdeel dient door de cursist een nader uitgewerkt plan opgesteld te worden. Diens werkgever tekent voor het totale plan. In het bij- en nascholingstraject dat volgt op de reguliere beroepsopleiding worden bij voorkeur, alweer in overleg met de werkgever, onderwerpen opgenomen die aansluiten bij de actuele ontwikkelingen enerzijds en bij de invulling van de momentane functie binnen de organisatie waar men werkt. Inhoudelijk zal het hier dus om een zeer breed pakket aan kennis en vaardigheden kunnen gaan. In algemene zin valt er slechts van te zeggen dat het accreditatiebeleid rond deze bij- en nascholing nog in ontwikkeling is. Het is van belang ook hier scherper dan tot nu toe gebruikelijk kwaliteitseisen te stellen en te toetsen.

*Schema 1. Indicatief schematisch overzicht opleiding verzekeringsgeneeskunde voor cursist x*

| Praktijk-scholing | Cursorisch onderwijs (deels op afstand) Modulen | Assistentschap | Stage en stage-opdrachten | Jaar |
|---|---|---|---|---|
| Coaching op de werkplek | – Wetskennis, organisatie SZ<br>– Verzekeringsgeneeskundige oordeels-vorming, FIS<br>– Sociale competentie<br>– Epidemiologie van arbeidsongeschikt-heid | Afdelingen juridische zaken uvi: jurispru-dentie rond claimbe-oordeling | Huisarts | 1 |
| | – Arbeid en belastbaarheid<br>– Beroepsziekten<br>– Werkaanpassingen | Arbodienst | Indicatie-instelling of verzekeraar | 2 |
| | – Reïntegratiebeleid en uitvoering<br>– Werken met chronische ziekten<br>– Reïntegratie-instrumenten<br>– Revalidatietechnieken | Revalidatiecentrum | Reïntegratie-specialist: Arbeidsdeskundige | 3 |
| | – Klinische (deel)expertise<br>– Rapporteren en adviseren<br>– Kwaliteitsbeleid, normen, standaarden | Curatieve sector | Klinisch specialist | 4 |

## 2.5 Naar een structureel kwaliteitsbeleid in de verzekeringsgeneeskunde

In deze paragraaf zal de opleiding tot verzekeringsarts, toegespitst op het product claimbeoordeling, worden bezien tegen de achtergrond van het kwaliteitsbeleid. Ik doe dat aangezien kwaliteit, functie-eisen, taken en opleidingseisen met elkaar in verband moeten worden bezien. Ook de staatssecretaris gaat er - getuige de opdracht verleend in deze - van uit dat verdere professionalisering door middel van een goede opleiding zal bijdragen aan de kwaliteit van het werk in de praktijk. Dit is een plausibele veronderstelling. Er is weliswaar niet sprake van direct aantoonbaar oorzakelijk verband tussen kwalitatief goed werk en een adequate opleiding, maar het zal duidelijk zijn dat een verzekeringsarts die niet is toegerust voor zijn taken per definitie geen kwaliteit kan leveren, terwijl omgekeerd het ontbreken van kwaliteitseisen vrijwel zeker leidt tot divergentie in denken en handelen.

Vanuit een bedrijfskundige optiek is uitdrukkelijk gewezen op het belang van opleiden voor het bereiken van kwaliteit en de beheersing hiervan (Mintzberg, 1979). Maatwerk berust op een individuele afweging tussen enerzijds de inhoud en doelstelling van regels/richtlijnen en anderzijds de specifieke situatie van de cliënt. Een afweging met een discretionaire ruimte voor de beoordelaar, die daarbij zijn weging mede baseert op vakinhoudelijke normen en waarden uit zijn professie. De ontwikkeling van een gezamenlijk professioneel beoordelingskader en relevante normen en waarden is dan ook van grote betekenis voor de beperking van de bandbreedte in de beoordeling. Opleiding, maar ook de reflectie op het eigen handelen, dragen bij tot het bereiken van dit professioneel kader. Een goed kwaliteitsbeleid gaat dan ook niet alleen in de op de voorwaarden die noodzakelijk zijn voor het functioneren, maar organiseert tevens de reflectie op het handelen door toetsing en bespreking van de resultaten van toetsing. Het draagt bij aan het op peil brengen en houden van de kennis- en vaardigheidseisen, door directe koppeling van het systeem aan de opleidingsprogramma's.

Kwaliteitsaspecten met betrekking tot verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming zijn recent uitgebreid beschreven (Mul et al., 1999). Ik volg hier grotendeels het aldaar verwoorde begrippenkader en de beschreven kwaliteitsstrategieën. Ter volledigheid citeer ik de door mij in deze van toepassing geachte definitie: *De kwaliteit van een product of dienst, intern of extern geleverd, is de mate waarin*

*het geheel van eigenschappen voldoet aan de gebruiksverwachting van de klant, begrensd door de prijs die hij wil betalen en de levertijd die hij wil accepteren.*
In deze definitie vallen een aantal zaken op:

- er is sprake van een product of dienst;
- er is sprake van meten (de mate waarin...);
- er is sprake van een klant met gebruiksverwachtingen;
- er is sprake van levervoorwaarden (prijs, levertijd).

In het 'Plan van aanpak WAO' van staatssecretaris Hoogervorst treft men verspreid een aantal 'feilen' aan met betrekking tot de claimbeoordeling. Wanneer ik deze feilen leg naast de hierboven aangehaalde definitie van kwaliteit valt op dat kennelijk sprake is van een klant (de zieke werknemer, de staatssecretaris, het management van een uitvoeringsinstelling?) die criteria hanteert waaraan het werk van de verzekeringsarts is getoetst. De kwaliteitsuitspraken doen veronderstellen dat een vorm van meting heeft plaatsgevonden (niet voldoende, niet optimaal, te veel, te weinig, niet altijd). De criteria zouden daarvoor verwerkt moeten zijn tot meetbare prestatie-indicatoren. De meting geschiedt dan aan een per prestatiecriterium vooraf vastgestelde norm. Dat kan bijvoorbeeld een standaard, richtlijn of professionele gedragscode[12] zijn, die betrekking heeft op generieke en/of specifieke onderdelen van het beoordelingsproces. Een dergelijk toetsbaar kwaliteitsbeleid is echter nog onvoldoende tot stand gekomen, zodat kwaliteitsuitspraken noodgedwongen op basis van empirie, impliciete noties of perceptie tot stand komen. Ze hoeven daarom nog niet onjuist te zijn, maar dit is uiteraard geen optimale situatie.

Gestimuleerd door het Ctsv en het Lisv zijn inmiddels wel veel ontwikkelingen in gang gezet die kunnen leiden tot een uitgewerkt kwaliteitssysteem rond de sociaal-medische begeleiding c.q. de claimbeoordeling. Genoemde organisaties zijn echter niet de enige en niet de belangrijkste belanghebbende bij kwaliteit. De volgende actoren zijn in ieder geval in meer of mindere mate belanghebbend bij een kwalitatief goed werkende verzekeringsarts:

- de werknemer/cliënt;
- de werkgever van de cliënt;
- de overheid in haar wetgevende functie;
- de toezichthouder, in casu het Ctsv;
- de opdrachtgever, in casu het Lisv;
- de uitvoerders, in casu GAK, Sfb, GUO, Uszo, Cadans;
- de direct betrokken professionals (verzekeringsarts, arbeidsdeskundige);
- de indirect betrokken professionals (curatieve sector, bedrijfsartsen, etc).

Mede op basis van functies en taken en daaraan gekoppelde afgesproken kwaliteitscriteria kan worden vastgesteld over welke kennis en vaardigheden de verzekeringsarts moet beschikken.

Kwaliteitscriteria met betrekking tot de claimbeoordeling kunnen betrekking hebben op verschillende categorieën prestatie-indicatoren (zie ook schema 2):

- Inputindicatoren. Bijvoorbeeld: basisopleidingseisen te stellen aan personen die de taken gaan uitvoeren.
- Procesindicatoren. Bijvoorbeeld: tijdigheid, doorlooptijd van het beoordelingsproces, aantal benutte nascholingsuren.
- Outputindicatoren. Bijvoorbeeld: aantal beoordelingen per tijdseenheid, juistheid van de beoordeling, verdeling van diagnosegroepen over gekeurde populatie, kosten per beoordeling.
- Effect- of outcome-indicatoren. Bijvoorbeeld: het reïntegratiesucces.

---

[12] Een gedragscode geeft weer welke normen en waarden de professional in de uitoefening van zijn beroep dient te hanteren en op welke wijze deze verwezenlijkt moeten worden. Het is de reflectie van wat mag worden beschouwd als 'professioneel gedrag'. De NVVG heeft een dergelijke code voor verzekeringsartsen vastgesteld.

Aangezien de genoemde actoren niet allen dezelfde verantwoordelijkheden hebben, hoeven de kwaliteitscriteria niet voor iedere categorie dezelfde te zijn of dezelfde prioriteit te hebben. Om de zaak niet al te ingewikkeld te maken ga ik er hier van uit dat alle actoren zich kunnen vinden in de volgende voorwaarden waaraan een goede claimbeoordeling in ieder geval moet voldoen;

- de oordeelsvorming van de arts moet volledig transparant en dus toetsbaar zijn;
- het oordeel moet mede gebaseerd zijn op geldende wet- en regelgeving en dus rechtmatig zijn;
- de cliënt mag verwachten dat zijn claim binnen afgesproken termijnen wordt behandeld;
- de cliënt en de verzekeraar moeten ervan uit kunnen gaan dat de medische kennis en de vaardigheden van de verzekeringsarts voldoen aan de professionele standaard (de 'state-of-the-art' in het vakgebied);
- de organisatie en haar medewerkers streven naar optimale cliëntsatisfactie, in die zin dat de procesmatige aspecten van het claimbeoordelingstraject aan gestelde eisen (normen) voldoen.

Uitgaande van deze kwaliteitscriteria kunnen per criterium prestatie-indicatoren worden vastgesteld. Deze indicatoren zijn uiteraard afgeleid van het totale proces waarbinnen de claimbeoordeling zich afspeelt (zie schema 3). In dit schema hebben wij, ter illustratie van deze gedachtegang, voorbeelden van mogelijke prestatie-indicatoren opgenomen, gerubriceerd naar input-, proces-, output- en effect-indicatoren. Per indicator dient vervolgens een vorm van toetsbare normering te worden afgesproken. Vervolgens maken de actoren afspraken over vorm en periodiciteit van de toetsing zelf. Uitkomsten van de toetsing kunnen leiden tot bijstelling van taken, criteria en van het beleid op micro-, meso- en macroniveau. Dit laatste vooronderstelt een adequate en uniforme geautomatiseerde registratie en documentatie van relevante onderdelen van het systeem. In schema 3 is in een voorbeeld in beeld gebracht op welke wijze taken, kwaliteitscriteria, prestatie-indicatoren, en normen via een kwaliteitscirkel met elkaar in verband gebracht kunnen worden.

## 2.6 De lerende organisatie

Een aldus uitgewerkt en actueel gehouden kwaliteitsbeleid zal in de praktijk een belangrijke input kunnen zijn voor verbetertrajecten, zowel in de bedrijfsvoering van de organisatie als in het vakinhoudelijk handelen van de professional. Het maakt het de onderscheiden verantwoordelijke actoren mogelijk om op basis van inzicht in het totale proces vorm te geven aan kwaliteitsborging. Ingebed in een systeem van kennismanagement vormt het de drijvende kracht achter 'de lerende organisatie'.

*Schema 2. Kwaliteitsbeleid en claimbeoordeling*

*Schema 3. Kwaliteitscirkel individuele claimbeoordeling in relatie tot kennis en vaardigheden: een modelvoorbeeld*

Functie: verzekeringsarts uvi

Taken
Komen tot een objectieve beoordeling van de medische beperkingen die voortvloeien uit geconstateerde stoornissen, en het op basis hiervan vaststellen van de mogelijkheden tot functioneren in betaalde arbeid.

Benodigde kennis en vaardigheden
- kennis van het ICIDH-concept: stoornis-beperking-handicap
- zelfstandig verrichten van 'state-of-the-art' beperkingenonderzoek op basis van vastgestelde stoornissen
- beoordelen van door anderen verricht beperkingenonderzoek
- methodisch beoordelingsgesprek kunnen voeren
- kennis van specifieke richtlijnen, standaarden en ander uitvoeringsbeleid
- vaardig in communicatie en conflicthantering
- inzicht in eigen professionele attitude (bijv. fatsoenlijk en respectvol kunnen handelen)
- inzicht in eigen normen en waarden
- kunnen dragen van verantwoordelijkheid
- opstellen van adequate rapportage

Kwaliteitscriteria
- volledigheid en inzichtelijkheid dossier
- rechtmatigheid oordeel
- tijdigheid oordeel
- vakinhoudelijke juistheid van het oordeel
- klanttevredenheid

Prestatie-indicatoren
- Input
  * plannings- en bewakingssysteem aanwezig
  * gekwalificeerde deskundige aanwezig
- Proces
  * aantoonbaar gewerkt volgens voorgeschreven richtlijnen en protocollen
  * dossier conform opgelegd format
  * resultaten van in- en externe systeem-audits
- Output
  * oordeel houdbaar na toets collega/chef
  * oordeel binnen tijdsnorm
  * aantal beroeps- en bezwaarprocedures, aantal klachten
  * geleverde productie per tijdseenheid
  * cliënttevredenheid
  * relationele kwaliteit
- Outcome
  * reïntegratiesucces

Normen
- protocol sociaal medisch handelen Ctsv
- standaarden en richtlijnen Lisv
- jurisprudentie
- regels beroepsgroep
- vastgestelde satisfactiemaat

Prestaties

# 3 Onderzoeksvraag 2: *Schets de huidige praktijk met betrekking tot de inzet van geregistreerde (arts voor arbeid en gezondheid, verzekeringsarts of bedrijfsarts) en niet-geregistreerde artsen in het traject van de claimbeoordeling met betrekking tot de WAO. Geef de gewenstheid c.q. de noodzaak aan met betrekking tot het behalen van de registratie, en geef aan - indien relevant - welke randvoorwaarden moeten gelden wanneer niet-geregistreerde artsen bij de claimbeoordeling betrokken zijn*

***"Er zou een samenleving moeten zijn, die bescheiden hoop en voldoende troost biedt. Dat vereist misschien een andere samenleving, maar ook andere en misschien minder dokters."***
Citaat uit: Betoverde wereld. A.J. Dunning, 1999

## 3.1 Inleiding

Over de rol van artsen in het algemeen, en van artsen in de sociale verzekeringsgeneeskunde in het bijzonder, is veel gezegd en geschreven. Zowel hypochondere beschouwingen over een gemedicaliseerde maatschappij als gloedvolle betogen over de noodzaak om nog meer artsen op te leiden zijn ruimschoots voorhanden. Voor elk wat wils. Ik zal de vraag of verzekeringsgeneeskundige taken anno 1999 eventueel ook door niet-artsen kunnen worden uitgevoerd, proberen los te zien van deze maatschappijopvattingen. Een zakelijke, functionele benadering van dit vraagstuk is al ingewikkeld genoeg. Er blijken vele visies te bestaan, en die zijn (uiteraard) niet onafhankelijk van de bron waaruit zij naar voren worden gebracht. Ik bespreek hierna eerst het vraagstuk van het gewenste specialisatieniveau binnen de verzekeringsgeneeskunde. Vervolgens bezie ik of - en zo ja welke - taken ook aan niet-medici zouden kunnen worden overgelaten. Gezien de aard van de gegevensverzameling die tot deze beschouwing heeft bijgedragen, kan een en ander slechts indicaties opleveren voor werkwijzen die nader getoetst dienen te worden.

## 3.2 Wel of niet specialiseren in de verzekeringsgeneeskunde?

De doelmatigheid en efficiency van het opleidingstraject van (verzekerings)artsen krijgen de laatste jaren veel aandacht. Veranderingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg doen een groot beroep op kennis, attitude en vaardigheden van artsen, terwijl zij niet altijd zodanig zijn opgeleid dat sprake is van een adequate match tussen vraag en aanbod (De Haes, 1998). Van belang voor deze beschouwing is de volgens veel verzekeringsartsen opgetreden taakverarming die mede is voortgevloeid uit de stelselwijzigingen van de laatste jaren. In dit verband wordt wel gesproken van het 'smalle' en het 'brede' takenpakket. Het smalle pakket bestaat uitsluitend uit het beoordelen van claims. In het brede pakket wordt, vanuit de claimbeoordeling, de link gelegd naar herstelbevordering en herstelgedrag en worden ook activiteiten met betrekking tot preventie en reïntegratie ontplooid. De algemene opvatting binnen de beroepsgroep verzekeringsartsen is dat men moet worden opgeleid voor het brede takenpakket. De praktijk is dat men veelal wordt ingezet op het smalle pakket. De vraag kan worden gesteld in hoeverre artsen die een zeer beperkt takenpakket toebedeeld krijgen, vooral bestaande uit individuele belastbaarheidsbeoordelingen (de claimbeoordeling) in het kader van de WAO en andere verwante regelingen, moeten beschikken over de uitgebreide kennis die zij in de huidige opleiding verwerven en die gericht is op de brede invulling van de sociaalmedische begeleiding. Indien, bijvoorbeeld, een verzekeringsarts nooit bedrijven adviseert anders dan waar het om individuele problematiek gaat, heeft hij geen module 'bedrijfsadvisering' nodig. Indien hij nooit eigen (wetenschappelijk) onderzoek zal doen, hoeft hij geen onderzoeksstage van 20 dagen te volgen. Indien hij niet betrokken is bij reïntegratieactiviteiten hoeft hij niet over diepgaande revalidatiekennis en reïntegratievaardigheden te beschikken. Uit het voorliggende onderzoek komen inderdaad aanwijzingen dat een takenpakket dat zich (vrijwel) uitsluitend richt op het onderdeel claimbeoordeling geen diepgaande beroepsopleiding noodzakelijk maakt. Volgens velen (artsen en managers) is het vrijwel zeker dat de reeds bestaande GIB in de meeste gevallen voldoende is om een

claimbeoordeling adequaat te kunnen uitvoeren[13]. Tegen de achtergrond van wat wij nu weten over de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen lijkt het echter onverantwoord een dergelijke conclusie te trekken, aangezien deze niet berust op feitelijk onderzoek. Bovendien zijn hiervoor al andere elementen benoemd die in de huidige opleiding versterkt moeten worden. Waar geen evenwichtig kwaliteitsbeleid vigeert, kan de kwaliteit niet getoetst worden en kunnen dus geen harde conclusies omtrent die kwaliteit getrokken worden. In hoofdstuk 2 van deze beschouwing is uitvoerig aangegeven op welke onderdelen de huidige opleiding zou kunnen worden verbeterd. Deze verbetermogelijkheden hebben betrekking op de functie van verzekeringsarts zoals die in de volle breedte kan worden uitgeoefend. Een smalle positionering, vooral gericht op de claimbeoordeling zoals die anno 1999 wordt uitgevoerd, behoeft inderdaad vrijwel zeker minder scholing dan een brede positionering. De GIB kan, zij het met enige aanpassingen gericht op o.a. het verwerven van meer klinische kennis en vaardigheden, voldoende zijn om het merendeel van de taken verantwoord uit te voeren. Men is dan assistent-verzekeringsarts, en niet in staat tot het verantwoord uitvoeren van bredere en complexere vragen binnen de sociaal-medische begeleiding. Met name essentiële aspecten als reïntegratie- en revalidatiebevordering eisen, gezien de verwevenheid ervan met vele andere medische en maatschappelijke vraagstukken, een verdieping en verbreding van de GIB. Ook aan het aspect 'sociale competentie' wordt in de nogal technisch georiënteerde GIB weinig aandacht geschonken, terwijl dit wel degelijk ook voor assistenten van belang is. Uitgebreide stages en assistentschappen zijn voor de assistent daarentegen minder relevant. Voorwaarde voor een dergelijke benadering is wel dat voldoende breder en dieper opgeleide (dus wel gespecialiseerde en gesubspecialiseerde) collega's in de organisatie aanwezig zijn om in meer ingewikkelde gevallen te worden ingezet dan wel te worden geconsulteerd. Met een dergelijk model, dat overigens in de curatieve gezondheidszorg ook wordt gehanteerd, zouden experimenten gestart kunnen worden. Daarbij dient het belang van de cliënt uitdrukkelijk in het oog te worden gehouden, met name ook in die zin dat iedereen optimale reïntegratiebegeleiding krijgt aangeboden. Bovendien moet aan de voorwaarden zijn voldaan dat assistent-verzekeringsartsen voldoende praktijkbegeleiding krijgen en dat hun geleerd wordt wanneer zij een volledig opgeleide verzekeringsarts moeten inschakelen.

Een apart probleem vormt op dit moment de grote schaarste aan opleiders. Het blijkt vrijwel onmogelijk om verzekeringsartsen te interesseren voor een taak als docent-opleider. Arbeidsvoorwaarden spelen hierbij een rol. Een oplossingsrichting kan gezocht worden in het zoeken van samenwerkingsverbanden met uvi's. Het (tijdelijk, gedeeltelijk) ter beschikking stellen van geschikte, ervaren verzekeringsartsen aan een opleidingsinstituut via een vorm van gezamenlijk commitment, kan dit probleem in beider belang helpen oplossen.

### 3.3 Wel of niet artsen inzetten?

De vraag of het werk dat thans door verzekeringsartsen wordt gedaan deels of mede door andere disciplines kan worden uitgevoerd, is in deze studie voorgelegd aan geënquêteerde artsen en hun bazen.
Dit vraagstuk raakt voor de artsen vanzelfsprekend aan dat van de professionele verantwoordelijkheid. De meeste (67%) van de ondervraagde verzekeringsartsen zijn van mening dat dit werk niet door anderen dan artsen kan worden uitgevoerd. Toch meent een derde deel van de artsen dat hier wel mogelijkheden liggen. Met name waar het gaat om de belastbaarheidsbeoordeling bij psychische klachten wordt aan de inzet van psychologen gedacht. Meer in ondersteunende zin wordt ook gedacht aan paramedisch personeel (verpleegkundige, fysiotherapeut) of aan specifieke deskundigen als de ergonoom. Ook wordt nogal eens opgemerkt dat zeer veel tijd moet worden besteed aan relatief eenvoudige administratieve handelingen die gemakkelijk zouden kunnen worden gedelegeerd.

[13] De huidige krapte op de arbeidsmarkt leidt bij de meeste uvi's al tot het in dienst nemen en onder supervisie laten werken van niet-geregistreerde (basis)artsen. Op grond van de door het GAK, Sfb en GUO beschikbaar gestelde gegevens kan worden geschat dat circa de helft van de werkzame artsen bij uitvoeringsinstellingen de volledige opleiding succesvol met een registratie heeft afgerond. Slechts 12% is niet in opleiding, ongeveer 38% dus wel. Het beleid is echter overal gericht op registratie.

Managers (met name de niet-artsen onder hen) hebben in het algemeen geen bezwaren tegen de inzet van niet-artsen, zij het dat deze opvatting begrijpelijkerwijs vooral ingegeven wordt door efficiency-overwegingen en niet door vakinhoudelijke argumenten. Onderdelen waarbij men niet-medische inzet mogelijk acht zijn in willekeurige volgorde de volgende.

- Alleen bij de lichtere gevallen: cliëntenvoorlichting, het beantwoorden van 'technische' vragen, het afnemen van de anamnese, het verzamelen van reeds elders beschikbare informatie, herbeoordelingen op dossier in ernstige en/of ongewijzigde situaties.
- Toetsing van reïntegratieplannen.
- Het opstellen van rapportages op basis van door de arts aangeleverde documentatie.
- De beoordeling van psychische problematiek.
- De belastbaarheidsbeoordeling, die in bepaalde gevallen ook direct door de arbeidsdeskundige kan worden uitgevoerd zonder een door de arts opgesteld beperkingenpatroon.

In mijn conclusies pleit ik ervoor in deze geest inderdaad een verkenning van mogelijkheden uit te voeren.Terzijde merk ik daarbij op dat aan de rol van niet-medische deskundigen binnen de Arbodienst een zwaardere invulling zou kunnen worden gegeven waar het de vroegtijdige interventie betreft. Een prikkelbeleid gericht op reductie van instroom in de WAO moet ook en waarschijnlijk juist daar gestalte krijgen. Vroegtijdige inzet van arbeidsdeskundigen is in deze te overwegen.

Van een andere orde is de vraag of door middel van voorgestructureerde valide vragenlijsten meer informatie kan worden verzameld buiten het directe contact tussen verzekeringsarts en cliënt. Deze aanpak is minder ingrijpend en stuit niet op weerstanden. Zo kan bereikt worden dat het contact tussen de verzekeringsarts en de cliënt òf verkort kan worden òf gerichter op de problematiek kan ingaan. Tijdens het jaarcongres 1999 van de NVVG sprak een zeer grote meerderheid van de 300 aanwezige artsen zich uit voor het doen ontwikkelen van zulke efficiency-verhogende vragenlijsten.

Ervaringen uit de particuliere verzekeringssector laten zien dat daar sprake is van een anders georganiseerd proces, waarbij de inbreng van artsen door niet-medici wordt gecoördineerd. Een schadebehandelaar stelt vast of sprake is van een recht op uitkering, en wanneer hij dat nodig acht roept hij daarbij advies in van een arts en/of een arbeidsdeskundige. De arts, indien ingeschakeld, beperkt zich tot de medische advisering, dikwijls vooral op basis van door curatief werkende artsen opgestelde rapportages. Of deze werkwijze uiteindelijk tot minder medische inzet en kosten leidt, kan in deze studie niet worden vastgesteld. Ook in de publieke sector zijn modellen denkbaar waarbij de arts een minder sturende rol speelt. Men zou zich kunnen voorstellen dat bijvoorbeeld een arbeidsdeskundige als case-manager functioneert, waarbij deze advies van derden (waaronder een arts) kan inwinnen wanneer hij dat nodig acht. Vooral in die gevallen dat een cliënt zelf al aangeeft te willen en te kunnen werken lijkt dit model denkbaar.
De casus Zweden (bijlage 4D) laat onder andere zien dat ook daar een niet-medicus als case-manager een centrale rol speelt in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. De arts informeert en adviseert, maar heeft geen enkele beslissingsbevoegdheid. Het Zweedse verzekeringsmodel is overigens op een andere leest geschoeid, zodat prestatievergelijkingen niet mogelijk zijn.

## 3.4 Conclusies en verbetermogelijkheden

De inzet van artsen in de publieke regelingen bij de claimbeoordeling rond arbeids(on)geschiktheid is in Nederland sterk door de afgesproken werkwijze bepaald. In de particuliere sector en in vele andere landen werkt men op basis van andere beoordelingsmodellen. Het is, zowel uit kostenoverwegingen als uit arbeidsmarktoverwegingen, aan te bevelen na te gaan of deze modellen ook in de publieke verzekeringen interessant kunnen zijn. Vanzelfsprekend dient daarbij de wetgeving met betrekking tot de privacy en de vertrouwelijkheid van bepaalde gegevens in acht genomen te worden. Eventueel kan gedacht worden aan een zekere mate van eigen keuze voor de cliënt: wil ik, bijvoorbeeld, door de arts of door de psycholoog beoordeeld en begeleid worden?

Ook wanneer we uitgaan van een aanpak zoals die thans gangbaar is binnen de publieke verzekering tegen arbeidsongeschiktheid, lijkt het mogelijk om het beoordelingsproces gedeeltelijk met medewerking van niet-artsen uit te voeren. Bovendien lijkt het mogelijk door middel van gestructureerde

vragenlijsten de efficiency en kwaliteit van het contact tussen verzekeringsarts en cliënt te verbeteren.

Het is daarom aan te bevelen om in deze zin tot pilots over te gaan. Daar zijn vier argumenten voor.

1. De arbeidsmarkt voor verzekeringsartsen is nu al te krap, en deze krapte zal de volgende jaren verder toenemen.
2. Het is waarschijnlijk dat een cliënt in bepaalde gevallen meer gebaat is bij de inbreng van (ook) andere dan medische expertise.
3. Lichaam en geest zijn niet te scheiden. Veel somatische aandoeningen gaan gepaard met psychische klachten, en omgekeerd. Desondanks is in het WAO-traject een grote groep cliënten te duiden waarbij de psychische problematiek zeer dominant is. Men denke aan overspanning, de grootste subcategorie in deze. Het is niet onaannemelijk dat met name in deze categorie aandoeningen artsen over minder expertise beschikken dan bijvoorbeeld psychologen. Voorzover bekend zijn ook psychologen in Nederland echter niet getraind in belastbaarheidsonderzoek zoals relevant in het kader van de WAO. Wel zijn er ontwikkelingen in deze richting binnen de GGZ gaande. Wellicht is het mogelijk om via beperkte curriculum-aanpassingen te komen tot subspecialisatie binnen deze discipline (reïntegratiepsycholoog? belastbaarheidspsycholoog?). Een nadere verkenning omtrent mogelijkheden in deze is zinvol.
4. Artsen zijn in dit traject vrijwel altijd duurder dan niet-artsen. Het is gewenst om, bijvoorbeeld via de methode van de operations-research, het gehele proces van de 'gevalsbehandeling', inclusief claimbeoordeling, op efficiency en effectiviteit te analyseren. Vanzelfsprekend dient daarbij het belang van de cliënt expliciet in het oog gehouden te worden. Een eerlijke, deskundige, rechtvaardige en tijdige beoordeling van de claim is daarbij het uitgangspunt.

In schema 4 is een globaal model weergegeven voor een in bovenstaande zin aangepaste claimbeoordeling.

Tot slot merk ik in verband met bovenstaande op dat de functie van case-manager binnen de sociaalmedische begeleiding en beoordeling op zijn merites moet worden bekeken. Mede tegen de achtergrond van toenemende taakdifferentiaties, specialisaties en de eventuele inzet van niet-medisch personeel in het beoordelingsproces wordt het noodzakelijk om een vorm van case-management in te voeren. Zo'n manager zou het traject kunnen bepalen en verantwoordelijk kunnen zijn voor de coördinatie van het totale begeleiding en beoordeling van de individuele cliënt. De Zweedse casus en ervaringen uit de private verzekeringen tonen aan dat dit kan werken. Onderzoek moet uitwijzen of dat ook zo is binnen ons Nederlandse publieke stelsel.

*Schema 4. Claimbeoordeling: naar een efficiënter beoordelingsbeleid.*

# Deel II Achtergrondstudie

# II Achtergrondstudie

## 1 Inleiding

### 1.1 Aanleiding tot de opdracht

Tegen de achtergrond van een nog steeds groeiend arbeidsongeschiktheidsvolume heeft de staatssecretaris in januari 1999 de kamer in een 'Plan van aanpak WAO' [1] een aantal maatregelen aangekondigd (Hoogervorst, 1999). Daarbij richt de Staatssecretaris zich op drie sporen:

- versterking van de preventie van arbeidsongeschiktheid;
- bevordering van een snelle en adequate reïntegratie van zieken en arbeidsgehandicapten;
- borging van de kwaliteit van de claimbeoordeling in het kader van de WAO.

Uit onderzoek in de recente jaren, uitgevoerd door of in opdracht van het Ctsv en het Lisv, is gebleken dat de kwaliteitsborging rond de claimbeoordeling niet op alle punten voldoet aan de daaraan te stellen eisen.[2] In het 'Plan van aanpak WAO' vertaalt de staatssecretaris deze bevindingen in een achttal punten:

- de claimbeoordeling wordt niet voldoende objectief, uniform, adequaat en reïntegratiegericht uitgevoerd;
- de claimbeoordelingssystematiek is niet voldoende selectief;
- de claimbeoordeling voldoet onvoldoende aan objectieve kwaliteitsmaatstaven;
- verzekeringsartsen passen bestaande richtlijnen niet altijd toe respectievelijk geven ook aan deze niet altijd goed te kunnen toepassen;
- de intercollegiale toetsing en inhoudelijke feedback/controle op het werk van verzekeringsartsen komt nog te weinig van de grond;
- het management van de uitvoeringsinstellingen laat te veel ruimte voor visieverschillen met betrekking tot de claimbeoordeling en stuurt te veel op kwantitatieve productie-eisen;
- de tijdigheid en frequentie van de (her)beoordelingen is niet optimaal;
- de samenwerking tussen arbodiensten en uitvoeringsinstellingen behoeft verbetering.

Of er een causale relatie bestaat tussen deze bevindingen en de mate van toetreding tot de arbeidsongeschiktheidsregelingen is niet bekend, maar de bevindingen vormden voor de Staatssecretaris aanleiding tot het initiëren van een verbetertraject, gericht op de kwaliteitsborging rond de beoordeling van de belastbaarheid voor arbeid.
Verschillende aspecten spelen bij kwaliteitsborging een rol, maar in het kader van deze studie is de aandacht met name gericht op de kwaliteit van de opleiding tot verzekeringsarts. Een goede opleiding, zo luidt de hypothese, draagt in belangrijke mate bij tot een deskundige verzekeringsarts. De opleiding, inclusief het daarbij horende bij- en nascholingstraject, is dus niet de enige deskundigheidsbevorderende factor. Met name de wijze waarop binnen de uitvoeringsinstellingen vorm en inhoud aan de functie wordt gegeven, en de wijze waarop en mate waarin het management de kwaliteitsborging van die deskundigheid organiseert en faciliteert, bepalen in belangrijke mate het uiteindelijk niveau dat kan worden bereikt.

---

1 Alle in dit rapport opgenomen afkortingen worden in de afkortingenlijst verklaard.
2 Voor een inhoudelijke beschrijving van deze bevindingen verwijzen we naar hoofdstuk 6.

## 1.2 Opdrachtformulering

Tegen deze achtergrond is de opdracht voor dit onderzoek als volgt geformuleerd:

1. *Schets de inhoud van de huidige opleiding tot verzekeringsarts. Analyseer de kwaliteit van die opleiding tegen de achtergrond van de huidige functie-eisen en de eventueel te stellen eisen die zouden kunnen of moeten voortvloeien uit recente en te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen. Geef aan welke aanpassingen van de betreffende opleiding gewenst zijn.*
2. *Schets de huidige praktijk met betrekking tot de inzet van geregistreerde (arts voor arbeid en gezondheid, verzekeringsarts of bedrijfsarts) en niet-geregistreerde artsen in het traject van de claimbeoordeling met betrekking tot de WAO. Geef de gewenstheid c.q. de noodzaak aan met betrekking tot het behalen van de registratie en geef aan - indien relevant - welke randvoorwaarden moeten gelden wanneer niet-geregistreerde artsen of niet-artsen bij de claimbeoordeling betrokken zijn.*

## 1.3 Aanpak van het onderzoek

Uit deze opdrachtformulering vloeit de behoefte voort aan inzicht in verzekeringsgeneeskundige taken, de daaruit voortvloeiende eisen met betrekking tot de te verwerven kennis en vaardigheden, de inrichting van de huidige opleiding en de mate waarin deze is afgestemd op de eisen uit de praktijk.
Om dit inzicht te verkrijgen is langs verschillende wegen in deelstudies informatie verzameld. Naast bestudering van literatuur en beleidsdocumenten is door middel van een enquête onder verzekeringsartsen en door interviews met sleutelfiguren bij de opleidingsinstituten, uitvoeringsinstellingen en de wetenschappelijke vereniging NVVG het beeld gecompleteerd ten aanzien van de functievereisten, opleidingsbehoeften en ervaren knelpunten.
Het inzicht in (de vereisten voor) de huidige taken is verkregen uit de formele functiebeschrijvingen bij de uitvoeringsinstellingen, de visie van de beroepsgroep ter zake en de resultaten van interviews met de adviseurs medische zaken per uitvoeringsinstelling.
Om een beeld te krijgen van de eisen die vanuit de praktijk aan de opleiding worden gesteld, zijn de formele bescheiden opgevraagd, is gesproken met de opstellers van deze eisen en is bij elke uitvoeringsinstelling aan verschillende personen gevraagd wat zij belangrijk vinden voor de opleiding. Hiertoe zijn zowel de adviseur medische zaken, een manager als een personeelsfunctionaris per uitvoeringsinstelling benaderd. Deze vraag is tevens voorgelegd aan de adviseurs medische zaken bij Lisv en Ctsv, de Gehandicaptenraad, het LOSGIO, de SGRC en het CSG.
Aan de hand van een enquête onder verzekeringsartsen is nagegaan waar bij hen het accent ligt ten aanzien van de behoefte aan opleiding en de kwaliteit van de geboden opleiding. Tevens is gebruikgemaakt van de evaluaties die de opleidingsinstellingen zelf houden onder hun cursisten na afloop van elk cursusonderdeel.
Door bestudering van de opleidingsprogramma's en interviews met de opleidingsinstituten is een beeld gevormd van de inrichting van de GIB, de beroepsopleidingen en het bij- en nascholingsaanbod, zoals dat door de opleidings- en uitvoeringsinstellingen wordt aangeboden.
Op verzoek van opdrachtgever heeft het onderzoek zich gericht op de verzekeringsgeneeskundige taken bij de uitvoeringsinstellingen. Om de bevindingen te kunnen spiegelen aan andere ontwikkelingen is bij vijf grote particuliere maatschappijen nagegaan hoe zij hun werkzaamheden ten aanzien van loondervingsuitkeringen hebben ingericht en welke knelpunten zij ervaren ten aanzien van de daarvoor vereiste deskundigheid. Deze gegevens zijn betrokken bij de analyse van mogelijke verbeteringen en de invoering van andere werkwijzen.
Het is van belang hier reeds op te merken dat de verzekeringsgeneeskundige functie zich niet beperkt tot de claimbeoordeling bij de uitvoeringsinstellingen. Met name waar het gaat om de

vraag in hoeverre de beroepsopleiding tot verzekeringsarts verbetering behoeft, moet in gedachte worden gehouden dat deze opleiding zich ook uitstrekt tot andere functies.

## 1.4 Opbouw van deze achtergrondstudie

Ten behoeve van diegenen die zich niet dagelijks met deze materie bezig houden, wordt allereerst in hoofdstuk 2 een overzicht gegeven van de aspecten rond sociaal-medische begeleiding bij arbeidsongeschiktheid. Daarbij richten we ons vooral op de verzekeringsgeneeskundige functie. In dit bestek wordt tevens kort het organisatorisch kader geschetst rond de verzekeringsgeneeskundige functie, de beroepsorganisatie en de opleidingen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de algemene lijn concreter uitgewerkt, waarbij wij ons - conform de onderzoeksopdracht - beperken tot de belastbaarheidsbeoordeling ten behoeve van de claim op een publieke loondervingsuitkering. Daarbij behandelen wij eerst de functie en functievereisten rond de claimbeoordeling en de ontwikkelingen hierin in de komende jaren. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 ingegaan op de reden waarom er vervolgopleidingen zijn, de wettelijke titelbescherming, de wijze waarop de opleidingseisen tot stand komen en hoe op de naleving daarvan wordt toegezien. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de rol, die beleids- en uitvoeringsorganisaties in de sociale zekerheid spelen op het terrein van de opleiding.
Aansluitend wordt in hoofdstuk 5 een beeld gegeven van de inhoud van de opleiding waarbij achtereenvolgens ingegaan wordt op de inhoud van de GIB en de beroepsopleiding. Nadat op deze wijze een beschrijvend inzicht is gegeven in de huidige situatie, wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op de knelpunten in de uitvoering, zoals deze aangetroffen zijn in de literatuur en naar voren kwamen in de interviews en de enquête.

Schematisch is dit onderzoek in de volgende stappen opgebouwd.

Stap 1 Opzet en organisatie van het onderzoek
Stap 2 Factfinding
- Desk-research.
- Informatieverzameling bij:
  - de uitvoeringsinstellingen door interviews met medisch adviseurs, managers en personeelsfunctionarissen
  - de particuliere verzekeringen door interviews met medisch adviseurs en managers
  - de artsen zelf door het houden van een enquête

Stap 3 Verwerking van de gegevens en bespreking met sleutelfiguren in het veld
Stap 4 Analyse van de knelpunten en verkenning van de mogelijke oplossingen
Stap 5 Bespreking van de analyse met sleutelfiguren
Stap 6 Opstellen van de rapportage

De gegevens verkregen uit deze achtergrondstudie vormen een belangrijke basis voorde hieraan voorafgaande beschouwing (deel I van deze onderzoeksrapportage). In de beschouwing wordt aangegeven welke oplossingsrichtingen in de ogen van de auteur mogelijk en wenselijk zijn.

# 2 Sociaal-medische begeleiding in vogelvlucht

## 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst een algemeen beeld gegeven van de plaats van de verzekeringsarts bij de uitvoering van de sociale verzekeringen en de rol van de betrokken organisaties. De sociaal-medische begeleiding (SMB) van zieke werknemers omvat alle inspanningen (van artsen en andere betrokkenen) die erop gericht zijn om samen met de betrokken werknemer diens belasting-belastbaarheidsbalans in evenwicht te houden (Buys, 1994). SMB kan dus plaatsvinden als van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid nog geen sprake is. Individueel verzuimgedrag, al dan niet leidend tot langdurige beperkingen voor het vermogen tot arbeid, wordt door vele factoren bepaald (Vrijhof, 2000). Er zijn dan ook vele potentiële aangrijpingspunten om arbeidsongeschiktheid te voorkomen dan wel de duur ervan te beperken. Ten aanzien van beide aspecten speelt de medische inbreng, zowel van de behandelend arts als van de verzekerings- of bedrijfsarts, een rol. Op de rol van de verzekeringsarts wordt nader ingegaan. Daarbij zij aangetekend dat de claimbeoordeling[3] die wordt uitgevoerd door de verzekeringsarts bij (o.a.) een beroep op een WAO-uitkering, niet door iedereen wordt gezien als onderdeel van sociaal-medische begeleiding, maar als een op zichzelf staande gebeurtenis die niet verbonden is met herstelbevordering en reïntegratie. Wij gaan in dit onderzoek uit van de eerste benadering.

## 2.2 Rol van de verzekeringsarts

De werkgever is primair verantwoordelijk voor het in zijn onderneming te voeren beleid, gericht op het voorkomen van verzuim en het bevorderen van een spoedige herintreding in eigen of aangepast werk. Met de invoering van wet TZ/Arbo in 1994 is iedere werkgever verplicht voor een werknemer een arbodienst in te schakelen bij de verzuimpreventie en -begeleiding zolang die werknemer in loondienst is. Met de invoering van de Wulbz in 1995 is deze verantwoordelijkheid in die zin uitgebreid, dat gedurende het gehele eerste ziektejaar sprake is van een verplichting tot loondoorbetaling voor de werkgever. Deze kan zijn loondoorbetalingsverplichting wel privaat herverzekeren, maar niet meer onderbrengen bij een collectieve publieke verzekering. Gedurende het verzuimtraject, maar ook bij preventie en reïntegratie, is een medische inbreng aan de orde. Hiertoe heeft de arbodienst bedrijfs- en/of verzekeringsartsen in dienst, waarbij de verzekeringsgeneeskundige inbreng zich vooral richt op de begeleiding bij verzuim en reïntegratie. De preventieve taken worden, wat de medische inbreng betreft, hoofdzakelijk door bedrijfsartsen uitgevoerd.

De Ziektewet (ZW) is sinds 1995 alleen van kracht voor de zogenaamde vangnetgevallen. Hierbij moet worden gedacht aan werklozen, die in geval van ziekte hun uitkering zien overgenomen door de ZW, maar ook aan uitzendkrachten. Omdat ziekten in samenhang met zwangerschap en bevalling leiden tot een publieke uitkering, worden ook deze tot de vangnetgevallen gerekend. De verzuimbeoordeling en -begeleiding van de vangnetgevallen is opgedragen aan de uitvoeringsinstelling[4]. Deze schakelt hiervoor verzekeringsartsen in. Indien een cliënt blijkt niet meer geschikt te zijn voor zijn eigen werk respectievelijk er geen mogelijkheden voor passend werk bij de eigen werkgever voorhanden zijn, dient hij te worden doorverwezen naar de uitvoeringsinstelling, die verantwoordelijk is voor adequate begeleiding naar ander werk bij een andere werkgever (het zgn. tweede spoor).
De uitvoeringsinstelling verzorgt tevens de advisering en de uitkering in het kader van de arbeidsongeschiktheidsregelingen en is beslissend ten aanzien van verzoeken tot de inzet van

---

[3] Onder een claim wordt hier verstaan datgene waarop de cliënt op basis van de wet aanspraak meent te kunnen maken. De claimbeoordeling betreft zowel de beoordeling van mogelijkheden en beperkingen als van het herstelgedrag van de cliënt.

[4] Huidige uitvoeringsinstellingen zijn GAK, GUO, Sfb, Cadans en Uszo

publieke middelen bij reïntegratie (loonsubsidies, werkplekaanpassingen, specifieke trainingen, scholing en dergelijke). Hiertoe heeft de uitvoeringsinstelling onder andere verzekeringsartsen in dienst, die zich vooral richten op de vaststelling van de belastbaarheid van de cliënt en de bevordering van het herstelgedrag van de cliënt in relatie tot reïntegratie in arbeid.

Indien een uitvoeringsinstelling constateert dat er nog mogelijkheden tot reïntegratie zijn, wordt een reïntegratievisie opgesteld en wordt de cliënt doorverwezen naar Arbeidsvoorziening voor het opstellen van de zogenoemde kwalitatieve intake en eventueel het maken van een trajectplan.[5] De feitelijke begeleiding naar ander werk wordt vorm gegeven door Arbeidsvoorziening of een ander reïntegratiebedrijf, waarbij de uitvoeringsinstelling de regie blijft behouden via het case-management. Bij de begeleiding tijdens het reïntegratietraject komt een klein deel van de cliënten opnieuw onder medische begeleiding, namelijk in die gevallen dat in het kader van deze begeleiding een specifieke inschatting van de belastbaarheid van de cliënt aan de orde is, dat de cliënt overtuigd moet worden van zijn functionele mogelijkheden of door middel van training zijn mogelijkheden moet ervaren. In die gevallen maakt Arbeidsvoorziening voor haar medische advisering gebruik van artsen, opgeleid tot verzekerings- of bedrijfsarts. Doordat ook private bedrijven zich in toenemende mate op reïntegratie gaan richten, komt deze specifieke functie thans breder voor.

Indien blijkt dat een cliënt niet meer geschikt is voor werkhervatting op de vrije arbeidsmarkt, dan kan hij in aanmerking komen voor een WSW-plaats. Deze beoordeling geschiedt door de indicatiecommissie, die bij haar oordeelsvorming gebruikmaakt van een onafhankelijke advisering door een psycholoog, een bedrijfs- of verzekeringsarts en een arbeidskundige.
Daar de publieke uitkeringen een steeds kleiner deel van het inkomensverlies ten gevolge van arbeidsongeschiktheid zijn gaan vergoeden, is er een markt van aanvullende verzekeringen ontstaan. Deze stellen de werkgever in staat de loonkosten ingeval van ziekte te herverzekeren en bieden de werknemer mogelijkheden om het WAO-gat te herverzekeren. Verzekeringsartsen, werkzaam bij particuliere verzekeringsmaatschappijen, houden zich bezig met de beoordeling van claims op deze private regelingen en met de mogelijkheden om de cliënt weer te reïntegreren.

Als laatste kan worden opgemerkt dat o.a. verzekeringsartsen worden ingeschakeld bij de advisering in het kader van de WVG en op verzoek van sociale diensten bij de vaststelling of er sprake is van een arbeidshandicap. Deze taken worden veelal uitgevoerd door of in opdracht van de GG & GD of door Arbeidsvoorziening.

## 2.3 Opleidingscontinuüm en de beroepsverenigingen

### *2.3.1 Het opleidingscontinuüm*

Zoals uit voorgaand overzicht blijkt, moet de sociaal-medische begeleiding gezien worden als één proces, waarbij de verschillende functies in onderlinge samenhang moeten worden gezien. Om die reden wordt hier gesproken van één verzekeringsgeneeskundige professie, waarbij functiespecifieke taakaccenten kunnen worden onderkend.
De opleiding tot verzekeringsarts komt in fasen tot stand. De hoofdelementen van deze opleiding zijn de volgende.

A. De opleiding tot basisarts aan een universiteit.

---

5 Tot 2000 dient de uitvoeringsinstelling voornamelijk Arbeidsvoorziening in te schakelen. Een klein gedeelte van het budget mag worden ingeschakeld voor uitbesteding aan derden. Per 2000 ontstaat naar alle waarschijnlijkheid een geheel nieuwe situatie. Politieke besluitvorming in deze is in voorbereiding.

B. De 4 jaar durende praktijkscholing in een daartoe erkende opleidingsinstelling (meestal een uvi), die onder begeleiding (supervisie) plaatsvindt. Tijdens deze praktijkscholing en gekoppeld daaraan vindt de theoretische scholing plaats. Deze bestaat uit twee componenten.
a. De Gemeenschappelijke Interne Basisopleiding (GIB) van de publieke uitvoeringsinstellingen die elke nieuwe nog niet geregistreerde arts die in het publieke domein werkt wordt geacht (verplicht) te volgen. Deze opleiding dient ter eerste kennismaking met de primaire werkvereisten en stelt de assistent-verzekeringsarts in staat om een groot deel van de verzekeringsgeneeskundige activiteiten zelfstandig, zij het onder supervisie, uit te voeren. Aangezien zij tot vrijstelling van een deel van de component b (hierna) leidt, maakt zij onlosmakelijk deel uit van de totale beroepsopleiding. Indien geen GIB wordt gevolgd, dient dit te worden gecompenseerd via een introductiemodule die deel uitmaakt van b.
b. De door een daartoe erkend onderwijsinstituut verzorgde component van de opleiding tot verzekeringsarts, die bestaat uit:
- een theoretisch deel waarin verplichte en facultatieve onderwijsstof wordt aangeboden;
- stages en assistentschappen;
- het schrijven van een scriptie.

Een succesvol afgeronde opleiding leidt tot inschrijving in het BIG-register (zie hoofdstuk 4). Men wordt ingeschreven als arts voor arbeid en gezondheid, verzekeringsarts. Deze dubbele titel is dus wettelijk beschermd.[6] Aan het behoud van de titel is een verplicht bij- en nascholingstraject verbonden.

Binnen de particuliere verzekeringswereld kent men geen eigen interne opleiding. Nieuwkomers worden intensief begeleid door een ervaren collega. Vanuit de beroepsvereniging, de GAV, wordt wel een introductieopleiding verzorgt.

### 2.3.2 *De beroepsverenigingen*

De KNMG is de overkoepelende artsenfederatie, waarvan de klinisch specialisten (Orde van Specialisten), de huisartsen (LHV) en de sociaal-geneeskundigen (LVSG) deel uitmaken. De KNMG verricht werkzaamheden als private organisatie, en heeft daarnaast een publieke taak van de overheid gedelegeerd gekregen. Deze publieke taak richt zich op de opleidingseisen en registratie van specialisten ex wet BIG (zie par. 4.1.4).
Onder de LVSG functioneren de diverse sociaal-geneeskundige beroepsgroepen in wetenschappelijke verenigingen. Voor de verzekeringsgeneeskunde is dit de NVVG, waarvan vrijwel alle verzekeringsartsen van de uitvoeringsinstellingen lid zijn, maar ook verzekeringsartsen werkzaam bij andere organisaties. De bedrijfsartsen hebben zich georganiseerd binnen de NVAB. Zowel de NVVG als de NVAB houden zich onder andere bezig met de opleidingseisen in de hoofdstroom arbeid en gezondheid, waartoe beide behoren (zie par. 4.1.4). Zij zijn ook vertegenwoordigd in het LVSG-bestuur, dat vervolgens voor afvaardiging zorgt in de KNMG-structuur, het CSG en de SGRC.
Hoewel verzekeringsartsen bij particuliere verzekeringsmaatschappijen lid kunnen zijn van de NVVG, is de praktijk dat zij zich voornamelijk in een eigen vereniging hebben georganiseerd: de GAV. Ook deze vereniging houdt zich (onder andere) bezig met opleidingseisen. Tot slot noemen wij hier de vereniging voor indicerende en adviserende artsen (VIA), waarbij vooral artsen zijn aangesloten die in de voorzieningensfeer werken.

In de navolgende hoofdstukken zal op bovengenoemde aspecten dieper worden ingegaan. Gezien de opdrachtformulering en de bedoelingen van dit onderzoek, zal daarbij het accent liggen op de werkzaamheden van de uitvoeringsinstelling. Ten aanzien van de aangegeven

---

[6] Een CSG-voorstel in deze is ter goedkeuring voorgelegd aan de Minister van VWS. Per december 1999 is nog geen besluit genomen.

verbetermogelijkheden voor de knelpunten in de beroepsopleiding moet echter worden meegenomen, dat de beroepsopleiding zich richt op alle verzekeringsgeneeskundige functies. Dit kan betekenen dat voor specifieke opleidingseisen vanuit de uitvoeringsinstelling andere oplossingen moeten worden gezocht dan aanpassing van de beroepsopleiding.

In schema 1 vatten wij samen welke verzekeringsgeneeskundige functies geduid kunnen worden, in welke context de artsen werken, welke opleidingen een rol spelen, en welke beroepsorganisaties daarbij betrokken zijn.

*Schema 1. Overzicht van verzekeringsgeneeskundige functies*

| Functies | Werkgevers | Opleidingen | Beroepsorganisatie |
|---|---|---|---|
| – beoordeling rechtmatigheid verzuim 1e jaar<br>– verzuimbegeleiding eerste spoor | arbodiensten | – Interne opleiding<br>– Beroepsopleiding<br>– Bij- en nascholing via vrije markt | NVAB en NVVG<br>KNMG / LVSG<br>SGRC/ CSG |
| – beoordeling recht aanvullende verzekeringen<br>– inzet middelen bij reïntegratie eerste en tweede spoor | particuliere verzekeringsmaatschappijen | – GAV-opleiding<br>– Beroepsopleiding<br>– Bij- en nascholing via vrije markt | GAV<br>KNMG/LVSG<br>SGRC/CSG |
| – beoordeling inspanning werkgever verzuim en reïntegratie eerste spoor;<br>– beoordeling belastbaarheid inzake WAO-claim;<br>– beoordeling herstelgedrag en belastbaarheid bij begeleiding bij reïntegratie tweede spoor<br>– beoordeling inzet publieke middelen bij reïntegratie<br>– beoordeling verzuim bij vangnetgevallen | Uitvoeringsinstellingen | – GIB<br>– Beroepsopleiding<br>– Bij- en nascholing via eigen programma<br>– Bij- en nascholing via vrije markt | NVVG<br>KNMG / LVSG<br>SGRC / CSG |
| – beoordeling arbeidsgehandicaptheid;<br>– beoordeling belastbaarheid in het kader van reïntegratie | Arbeidsvoorziening, GGD | - Beroepsopleiding | NVVG / VIA<br>KNMG/LVSG<br>SGRC / CSG |
| – beoordeling indicatie WSW | in opdracht van WSW-indicatiecommissie | | NVAB/NVVG<br>KNMG / LSVG<br>SGRC / CSG |

# 3 Functie en functie-eisen verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling

## 3.1 Het publieke domein

Zoals in hoofdstuk 2 werd aangegeven, is de claimbeoordeling een specifiek onderdeel van de sociaal-medische begeleiding (SMB). De verzekeringsarts heeft daarbij vooral te maken met reeds langer verzuimende werknemers.
De werknemer verzuimt op basis van een samenspel van factoren (Vrijhof, 2000), zoals de (ervaren) ernst van zijn gezondheidsprobleem, de persoonlijke omstandigheden, de werkomstandigheden, en persoonskenmerken die bepalend zijn voor o.a het gedrag, gericht op de omgang met beperkingen (coping).
De interventiemogelijkheden van de verzekeringarts in het reïntegratietraject hebben op alle genoemde factoren betrekking, zoals bevorderen van herstel van de ziekte (behandeling en revalidatie), adviseren omtrent belasting in de vrije tijd, adviseren over werkaanpassingen, motivatiebeïnvloeding en beïnvloeding van het copinggedrag. Of en zo ja welke interventie nodig is, wordt door de verzekeringsarts bepaald op basis van verzamelde gegevens van de werknemer en derden, en op basis van eigen onderzoek.
Dit eigen onderzoek, de belastbaarheidsbeoordeling of claimbeoordeling, vormt het startpunt van het verzekeringsgeneeskundig begeleidingstraject. Soms betreft het een voorlopig eindpunt, indien tot momentane en volledige arbeidsongeschiktheid wordt besloten zonder kans op reïntegratie op korte termijn. In ieder geval vormt de claimbeoordeling een herkenbaar en eigenstandig onderdeel van dit traject.
Het onderhavige onderzoek richt zich met name op de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, zoals deze voorkomt bij de uitvoeringsinstelling. Ten gevolge van splitsing van taken en verantwoordelijkheden over de verschillende organisaties die betrokken zijn bij het gehele proces van SMB, zijn een aantal specifieke taken ondergebracht bij de uitvoeringsinstelling:

1. het beoordelen en begeleiden van individueel verzuim in het kader van de ziektewet (vangnetgevallen);
2. het beoordelen van de belastbaarheid in het kader van het recht op arbeidsongeschiktheidsregelingen (de claimbeoordeling);
3. het beoordelen van specifieke vraagstellingen ten aanzien van belastbaarheid bij reïntegratie;
4. het beoordelen van het herstelgedrag van de cliënt,
5. het initiëren en beoordelen van de noodzaak tot de inzet van publieke middelen bij reïntegratie in het eerste en tweede spoor;[7]
6. het beoordelen van de vraag of de werkgever zijn verantwoordelijkheid inzake reïntegratie optimaal heeft waargemaakt (onderdeel van de poortwachterfunctie).

Bij de uitvoeringsinstelling beperkt de claimbeoordeling zich tot de beoordeling in het kader van de ZW / WAO / WAZ / WAJONG en de wet REA (werkvoorzieningen). De beoordeling van indicaties voor leefvoorzieningen en WIW/WSW-plaatsing gebeurt elders.

In de loop der jaren is door diverse deskundigen gewerkt aan de vaststelling van een pakket deskundigheids- en vaardigheidseisen, teneinde deze naar opleidingseisen te kunnen vertalen. In bijlage 1 zijn deze opleidingseisen, zoals vastgesteld door het CSG, integraal opgenomen. Genoemde taken vragen van de verzekeringsarts kennis van relevante wetgeving, communicatieve vaardigheden in het kader van cliëntencontacten en contacten met collega's, een grondige kennis van de belastbaarheid bij stoornissen en daaruit voortvloeiende beperkingen,

[7] Het eerste spoor: gericht op reïntegratie bij eigen werkgever; tweede spoor: gericht op reïntegratie bij een andere werkgever.

en van de wijze waarop deze kunnen worden vastgesteld. Daarnaast is kennis vereist van behandelingsstrategieën en daaruit volgende prognoses, met name ten aanzien van herstel of verbetering van de belastbaarheid. Daarbij is kennis van en inzicht in belastingsproblemen in specifieke werksituaties vaak onontbeerlijk. Tot slot vraagt een beoordeling om goede rapportagevaardigheid: de beoordeling en de conclusies moeten op heldere en toetsbare wijze verantwoord worden.
Bijzondere vormen van claimbeoordeling zijn het deskundigenoordeel en de beoordeling naar aanleiding van een bezwaar van een cliënt tegen een door een bedrijfs- of verzekeringsarts geformuleerde conclusie over zijn belastbaarheid.

*Ad 1,2 en 3*
Bij de eerste drie punten staat de beoordeling van de belastbaarheid centraal. De verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming over de belastbaarheid wordt gekenmerkt door het vaststellen van stoornissen en de daaruit voortvloeiende beperkingen ten aanzien van de belastbaarheid op basis van gegevens van de behandelde sector, eigen anamnese en eigen onderzoek (zie ook Cohen, 1998). De volledige claimbeoordeling is een gecombineerd oordeel op basis van medische, arbeidsdeskundige en juridische aspecten. De vaststelling van de belastbaarheid geschiedt op vakinhoudelijke gronden. De uitgebreidheid waarmee naar de belastbaarheid gekeken wordt, wordt mede ingegeven door de juridische vraagstelling. Bij een claimbeoordeling in het kader van de WAO staat daarbij de belastbaarheid volgens de FIS-mogelijkhedenlijst centraal. Dit is een lijst, waarin op 28 aspecten de belastbaarheid wordt aangegeven (de WSW-beoordeling kent bijvoorbeeld 52 aspecten).
Bijzondere vormen van claimbeoordeling zijn het deskundigenoordeel en de beoordeling naar aanleiding van een bezwaar van een cliënt tegen een door een bedrijfs- of verzekeringsarts geformuleerde conclusie over zijn belastbaarheid. Het deskundigenoordeel geschiedt op verzoek van de werkgever of werknemer, indien er in het kader van de verzuimbegeleiding in het eerste ziektejaar onenigheid ontstaat tussen werknemer of werkgever.
Op grond van de Algemene wet bestuursrecht kan een cliënt bezwaar aantekenen tegen een voorgenomen besluit van de uitvoeringsinstelling inzake zijn uitkeringsrechten. Naar aanleiding van dit bezwaar wordt een interne heroverweging gerealiseerd, waarvan een onafhankelijke beoordeling door een verzekeringsarts (bezwaararts genoemd) deel uitmaakt. In wezen gaat het hier qua doel en methodiek niet om een verschillende beoordeling, maar de beoordeling stelt wel hoge eisen aan de vaardigheid van de verzekeringsarts. De sociale competentie[8] om op objectieve wijze het bezwaar over het oordeel van een collega te beoordelen, de vaardigheid om hiervan op heldere wijze verslag te doen en een grondige wetskennis staan hierbij voorop.

*Ad 4 en 5*
De inbreng van de verzekeringsarts bij de begeleiding behelst mede de beïnvloeding van het herstelgedrag van de cliënt. Deze inbreng wordt gekenmerkt door:

- het geven van voorlichting over de belastingsmogelijkheden van de cliënt en zo nodig het overtuigen van cliënt door confrontatie met de uitkomst van specifiek aanvullend onderzoek;
- het actief verkennen of de belastbaarheid in positieve zin is te beïnvloeden en het beoordelen van de noodzaak en de realisatie van de inzet van specifieke trainingen en eventueel een actieve interventie naar de curatieve sector indien in het therapeutisch beleid de factor arbeid onvoldoende wordt meegewogen;

[8] Het begrip 'Sociale competentie' wordt gebruikt ter aanduiding van kennis, vaardigheden en houdingen van leerlingen met betrekking tot het eigen sociale en affectieve functioneren, de interacties tussen mensen en de invloed daarop van de inrichting van de samenleving en de waarden die daarin een rol spelen (Ten Dam, 1999).

- het door middel van heronderzoek stimuleren dat een cliënt met voldoende tempo de overeengekomen stappen ter verbetering van zijn belastbaarheid nakomt dan wel nieuwe stappen onderkent;
- een correcte en snelle verwijzing naar arbeidsbemiddeling of andere hulpverlening.

Het beïnvloeden van herstelgedrag stelt derhalve eisen aan de vaardigheid een cliënt te overtuigen, zijn vertrouwen te winnen, op goede wijze door te verwijzen (en dus bezit van een grondige kennis van de sociale kaart en van mogelijke reïntegratievoorzieningen), maar ook aan de attitude en aan de vaardigheid zich op gelijkwaardige wijze te verstaan met de behandelende sector. Dit aspect speelt uiteraard ook een rol bij de claimbeoordeling.

*Ad 6.*
De beoordeling van de vraag of de werkgever zich voldoende heeft gekweten van zijn reïntegratieverantwoordelijkheden vereist o.a. om een grondige kennis van de arbodienstverlening. Een uitgebreide uitwerking blijft hier, gezien de opdrachtformulering, buiten beschouwing, maar een aantal vereisten in verband met deze taak is opgenomen in het schematisch overzicht aan het eind van deze paragraaf.
Bij de invulling van de relatie tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts, zoals deze is vormgegeven in de ontwikkeling van het poortwachtermodel, zal met deze dubbele rol omgegaan moeten worden. Immers, op de achtergrond van de samenwerking speelt tevens de beoordeling van de een over het werk van de ander. Dit stelt zijn eisen aan de communicatieve vaardigheden van beide partijen.

*Schema 2 Overzicht van kennis- en vaardigheidseisen, afgeleid van verzekeringsgeneeskundige taken*

| Taakelementen | Vaardigheidseisen | Kenniseisen |
|---|---|---|
| *Claimbeoordeling*<br>**Vooronderzoek**<br>• Onderkennen aandachtspunten bij oproep van cliënt<br>• Analyse reïntegratievisie en eventuele gegevens behandelende sector<br>• Beoordeling inspanning werkgever<br>**Onderzoek**<br>• Anamnese, gericht op het verkrijgen van inzicht in:<br>- de ervaren beperkingen en daarachter liggende stoornissen<br>- de eisen die het werk aan cliënt stelt;<br>- de wijze waarop de cliënt met zijn belastbaarheid omgaat;<br>- de wijze waarop de cliënt werkt aan verbetering van zijn belastbaarheid;<br>- de wijze waarop de cliënt werkt aan de verbetering van zijn reïntegratie of resocialisatie<br>• Onderzoek, gericht op het verkrijgen van inzicht in;<br>- de lichamelijke en psychische beperkingen;<br>- de bevindingen in de curatieve sector.<br>**Oordeel**<br>• Inschatting belastbaarheid<br>• Inschatting prognose belastbaarheid<br>**Rapportage**<br>Op heldere wijze rapporteren over bevindingen en oordeelsvorming. | • Onderzoeksvaardigheden in relatie tot beperkingen<br>• Sociale competentie<br>• Rapportagevaardigheid, waarbij als bijzonder aandachtspunt de onderbouwing van het oordeel genoemd moet worden.<br>• Beoordelings- en beslissingsvaardigheid | • Wetskennis inzake ZW/ WAO/ WAZ/WAJONG/ REA<br>• Kennis van bestaande functies en belastingseisen<br>• Kennis van verzekeringsgeneeskundige anamnesetechnieken<br>• Kennis van specifieke onderzoeksmethoden in de curatieve gezondheidszorg en hun betekenis voor het herstel van de belastbaarheid<br>• Kennis van stoornissen, beperkingen en daarmee samenhangende revalidatietechnieken<br>• Kennis van specifieke beoordelingsmethoden van de belastbaarheid<br>• Kennis van vertaling van stoornissen naar beperkingen en de relatie tussen beperkingen en de eisen in de arbeidssituatie<br>• Kennis van de beïnvloedbaarheid van beperkingen<br>• Kennis van de beïnvloeding van copinggedrag. |
| *Deskundigenoordeel/bezwaar*<br>Zie beschrijving claimbeoordeling (hoofdstuk 3) | Communicatieve vaardigheid om<br>• te opereren in een spanningsveld van verschil in inzicht tussen cliënt en werkgever/arbodienst<br>• oordeel grondig te beargumenteren, ook naar bedrijfsarts | • Wetskennis Arbowetgeving<br>• Kennis van de specifieke werkgever zijn functies en belastingseisen<br>• Grondige wetskennis ZW/ WAO/ WAZ / WAJONG/ REA |
| *Begeleiding*<br>Zie beschrijving claimbeoordeling, maar bij de oordeelsvorming wordt tevens uitgesproken:<br>• Inschatting noodzaak tot beïnvloeding herstelgedrag<br>• Inschatting noodzaak tot beïnvloeding behandelende sector<br>Bij gesprek gaat de aandacht meer uit naar specifieke knelpunten bij de aanvaarding van een belasting en het herstelgedrag. | • Sociale competentie om op basis van gelijkwaardigheid met curatieve sector te spreken<br>• Communicatieve vaardigheden om cliënt informeren over zijn mogelijkheden en te motiveren voor reïntegratie (empowerment). | • Specifieke wetskennis REA<br>• Kennis van specifieke trainings- en begeleidingsprogramma's<br>• Kennis van revalidatietechnieken<br>• Kennis van reïntegratiebegeleiding. |

## 3.2 Ontwikkelingen in de functie verzekeringsarts publiek domein

In de politieke discussie over de uitvoering van de sociale verzekeringen zijn twee belangrijke ontwikkelingslijnen waar te nemen, die van invloed zijn op de functie van verzekeringsarts in het publieke domein. De eerste lijn is de verbetering van de poortwachterfunctie - en met name de verbetering van de samenwerking daarin tussen arbodienst enerzijds en verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige anderzijds. De tweede lijn is de discussie in het kader van de Structuur Uitvoering Werk en Inkomen (SUWI). Deze discussie is gericht op een herstructurering van de uitvoering van de sociaal medische begeleiding en reïntegratie en op de afstemming hiervan met de verantwoordelijkheden van de werkgever. De uitkomsten van deze discussie zijn van grote betekenis voor de taken in de sociaal-medische begeleiding, die zullen worden toegeschreven aan de verzekeringsartsen, werkzaam in het publieke domein.

Op dit moment wordt aan verbetering van de poortwachterfunctie grote waarde gehecht. Verzuimbegeleiding is te zien als één proces, dat door toedeling van wettelijke verantwoordelijkheden verdeeld is over verschillende organisaties. Een efficiënte vormgeving van de overdrachtsmomenten kan bijdragen aan een verhoging van de efficiëntie van de begeleiding en daarmee leiden tot terugdringing van het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen. De Staatssecretaris doet in zijn schrijven van 28 mei jl. aan de Tweede Kamer dan ook een indringende oproep aan de uitvoeringsinstellingen en arbodiensten om de samenwerking te verbeteren[9].
Tegen deze achtergrond - maar ook omdat zij de taakverbreding voor hun functionarissen toejuichen - zijn alle uitvoeringsinstellingen begonnen met experimenten, gericht op het tot stand brengen van een structureel overleg tussen arbodienst en uitvoeringsinstelling. Dit overleg richt zich vooral op het verkrijgen van inzicht in:

- de noodzaak tot de inzet van publieke middelen bij de reïntegratie;
- de toekomstige WAO consequenties bij de realisatie van bepaalde oplossingen.

In het najaar 1999 startte een politieke discussie over de organisatie van de uitvoering na 2000 (SUWI). Het lijkt er thans op dat er slechts één uitvoeringsinstelling zal komen, gericht op:

- de beoordeling van de inspanningen van de werkgever in het kader van verzuim en reïntegratie;
- de beoordeling van het recht op publieke reïntegratiemiddelen hierbij;
- de beoordeling van uitkeringsrechten.

Ook in de huidige functie zijn de vaardigheids- en kennisvereisten opgenomen die de verzekeringsarts in staat moeten stellen zich een oordeel ten vormen over de reïntegratie-inspanning van de werkgever en derhalve ook die van de arbodienst.
Gezien de problemen met de huidige uitvoering van de poortwachterfunctie (zie ook hoofdstuk 5) en het intensievere appèl dat gedaan wordt op samenwerking, zal wel nadrukkelijk moeten worden bezien in hoeverre de opleiding ondersteunend kan zijn in het verkrijgen van de juiste attitude, vaardigheden en kennis. Kennelijk wordt daar nu onvoldoende aan tegemoetgekomen.
Ook de toekomstige ontwikkeling met betrekking tot de inrichting van de claimbeoordeling roept op zichzelf niet om het formuleren van andere functievereisten, noch op het terrein van vaardigheden noch op dat van kennis. Zij verscherpt eerder het beroep op de kennis- en vaardigheidsvereisten zoals die ook aan de huidige functie zijn gekoppeld. De claimbeoordeling blijft immers centraal staan in de functie van de verzekeringsarts van de toekomst.

---

[9] Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, **22 187** nr. 89

## 3.3 Het private domein

### *3.3.1 Inleiding*

In het kader van dit onderzoek is door middel van interviews nagegaan hoe de verzekeringsgeneeskundige functie wordt ingevuld in de private verzekeringswereld en welke functie-eisen onderkend worden.[10] Tevens is aandacht besteed aan de ervaren knelpunten ten aanzien van de opleidingen. Deze laatste informatie wordt weergegeven in hoofdstuk 6, alwaar ook de visie van het management en de medisch adviseurs van de uitvoeringsinstellingen is weergeven.
Door particuliere verzekeringsmaatschappijen worden zowel collectieve als individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aangeboden. De individuele verzekeringen worden afgesloten door zelfstandigen, de collectieve verzekeringen door de werkgever, die voor zijn personeel een regeling wil treffen. Hierbij wordt ook de aandacht gericht op de bovenwettelijke uitkeringen en de verzekering van het WAO-gat.
Het arbeidsongeschiktheidscriterium dat de particuliere verzekeraars hanteren, verschilt van het criterium dat de uitvoeringsinstellingen gebruiken. De verzekeraars beoordelen in het algemeen tegen de achtergrond van passende arbeid in het bedrijf (eerste jaar) of geschiktheid voor het eigen beroep (vervolgens). In de publieke verzekeringen richt de beoordeling zich op de mogelijkheid van passende arbeid (ook buiten het eigen beroep) en de daarbij behorende verdiencapaciteit. De ontwikkelingen van de laatste jaren in deze worden door een geïnterviewde als volgt verwoord: 'De verzekeraar is van passende arbeid naar beroepsarbeidsongeschiktheid gegaan, bij de uitvoeringsinstelling is dat precies andersom'.

### *3.3.2 De beoordeling van arbeidsongeschiktheid*

De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in het private domein kan in drie stappen worden uiteengezet:

1. De schadebehandelaar: deze beoordeelt de aanvraag, coördineert het traject, behandelt zelfstandig het dossier van de cliënt, roept advies in wanneer nodig, stelt het recht op uitkering vast en verleent de uitkering. De schadebehandelaar is een beslissingsbevoegde functionaris.
2. De medisch adviseur: hij bepaalt of het een arbeidskundig en/of medisch beoordelingstraject wordt. Indien het (uitsluitend) een medisch traject betreft, vraagt de medisch adviseur om een controle of een expertise door een controlearts of specialist en hij beoordeelt hun advies over het percentage arbeidsongeschiktheid. De medisch adviseur neemt dit advies in de meeste gevallen over en brengt rapport uit aan de schadebehandelaar. De medisch adviseur is geen beslissingsbevoegde functionaris.
3. De arbeidsdeskundige: deze berekent het arbeidsongeschiktheidspercentage aan de hand van de werkzaamheden en uitval van de cliënt en brengt zijn bevindingen ter kennis van de schadebehandelaar. Ook de arbeidsdeskundige is geen beslissingsbevoegde functionaris.

In de bovenstaande beschreven werkwijze ten aanzien van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zijn kleine verschillen tussen de verzekeraars, vooral met betrekking tot de medische keuring. In de meeste gevallen wordt in eerste instantie door de medisch adviseur bepaald of het een medisch en/of arbeidskundig beoordelingstraject betreft. Indien het een medisch beoordelingstraject betreft kunnen de volgende stappen worden genomen:

1. Het laten verrichten van controleonderzoek: de verzekeraars hebben hiervoor een vast, groot netwerk aan controleartsen (150-200 artsen). De controleartsen beoordelen de claim,

---

[10] Gesproken is met medisch adviseurs en managers; bij vier maatschappijen met beide, bij de vijfde alleen met de medisch adviseur.

het betreft hier nog geen specifieke expertise. De controleartsen zijn in de meeste gevallen huisartsen, die op freelance-basis een controle verrichten.

2. Het opvragen van informatie bij de medisch specialist en/of huisarts. De voorkeur gaat uit naar de huisarts, die kent de patiënt vaak het best.
3. Het laten verrichten van een expertise. Bij twijfel aan de rechtmatigheid van de claim, om de beperkingen duidelijker in kaart te brengen, maar ook bij langdurige arbeidsongeschiktheid, worden expertises aangevraagd. Deze expertises zijn diagnosegebonden en worden vrijwel altijd door medisch specialisten uitgevoerd. Eén van de medisch adviseurs: 'Als de arbeidsongeschiktheid langer dan een half jaar duurt vragen we in meer dan de helft van de gevallen een expertise aan'.

Bij een aantal verzekeraars wordt standaard de eerste stap genomen, dus wordt er altijd een controlerapport gevraagd (meestal door de medisch adviseur, in een enkel geval doet de schadebehandelaar dat). Bij een enkele verzekeraar gebeurt dit niet standaard, maar wordt op basis van de beschikbare informatie bepaald of een controle nodig is of niet. Stap 2 en stap 3 worden ook door de medisch adviseur gezet. Op basis daarvan wordt een voorstel voor het arbeidsongeschiktheidspercentage opgesteld, dat de medisch adviseur beoordeelt en doorstuurt naar de schadebehandelaar.

### *3.3.3 Eisen aan de functie*

Tijdens de interviews is gevraagd aan welke eisen de functie van medisch adviseur moet voldoen. De vijf belangrijkste punten die de respondenten aangeven zijn de volgende.

- Kennis van relatie tussen werk en gezondheid
- Kennis van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming
- Kennis van particuliere verzekeringen
- Kennis en toepassing van wet en regelgeving, jurisprudentie
- Beargumenteerd en efficiënt kunnen rapporteren en een bijdrage kunnen leveren aan kwaliteitsverbetering verzekeringsgeneeskunde (intervisie, ICT)

Daarnaast worden relationele vaardigheden - het kunnen werken in een team -, communicatieve vaardigheden, bedrijfseconomische kennis en kennis over organisatiekunde belangrijk geacht, evenals de kennis van specifieke verzekeringsproducten van de particuliere verzekeraars.

# 4 De opleiding tot verzekeringsarts: het wettelijk en organisatorisch kader

## 4.1 Specialisatie in de verzekeringsgeneeskunde

### *4.1.1 Inleiding*

De opleiding tot basisarts is een startpunt voor verdere specialisatie in de diverse curatieve en preventieve beroepsmogelijkheden die de basisarts kan kiezen. Een van de mogelijke beroepen is dat van verzekeringsarts. Verzekeringsartsen werken, zoals is beschreven, in diverse functies. Een beroepsprofiel en een functie in de verzekeringsgeneeskunde sluiten daarom niet altijd een op een op elkaar aan. Binnen een beroepsprofiel kunnen in de dagelijkse praktijk verschillende maatschappelijke functies vallen die niet altijd een beroep doen op alle elementen van dat profiel. In de voorgaande hoofdstukken is beschreven hoe groot de overeenkomsten zijn, maar zijn ook enkele verschillen inzichtelijk gemaakt.
De vervolgopleidingen gericht op een specifieke registratie dienen in de eerste plaats om de basisarts uit te rusten voor bepaalde taken die hij zonder die opleiding niet of minder goed zou kunnen uitvoeren. De vraag naar het waarom van de specialisatie tot sociaal-geneeskundige, en die tot verzekeringsarts in het bijzonder, plaatsen wij hierna vooral tegen de achtergrond van de te verrichten taken.
De sociale geneeskunde in Nederland wordt in het algemeen beschouwd als de 'counterpart' van de curatieve gezondheidszorg. Als zodanig is sociale geneeskunde een onlosmakelijk onderdeel van het totale medische werkgebied. Sociale geneeskunde richt zich primair op de wisselwerking tussen mens en omgeving. De sociale geneeskunde vormt een integraal onderdeel van de maatschappelijke gezondheidszorg (Public Health), zijnde het totaal van medische en niet-medische activiteiten van de maatschappij die expliciet gericht zijn op het voorkomen van ziekte, de bescherming en bevordering van de gezondheid en het herstel van die gezondheid in relatie tot omgevingskenmerken.
Sociale geneeskunde is bij uitstek gepositioneerd op het snijvlak van geneeskunde met vele andere niet-medische vakgebieden. Sociaal-geneeskundigen voeren hun taken veelal uit in interactie met en met inbreng van curatief werkende artsen, maar ook, afhankelijk van functie en taken, is veelal sprake van samenwerking met niet-medici, zoals economen, arbeidsdeskundigen, arbeidshygiënisten, epidemiologen, psychologen. Juist dit werken op een snijvlak vergt van sociaal-geneeskundigen naast medische kennis ook inzicht in domeinoverstijgende problemen en vraagstellingen die inbreng van andere disciplines vragen. In veel situaties is, gezien het algemene belang, wetgeving van kracht op grond waarvan sociaal-geneeskundige functies en taken zijn gedefinieerd. Deze context, waarin de meeste sociaal-geneeskundigen werken, maakt het tevens gewenst dat bij hen ook kennis aanwezig is van relevante beleidsterreinen, de organisatieaspecten binnen het zorgsysteem en de uitvoeringsaspecten verbonden aan van kracht zijnde regelgeving.
Uiteraard is op deelgebieden, afhankelijk van functie en taken, naast vaak brede generalistische kennis ook diepgaandere specialistische kennis nodig, bijvoorbeeld op het gebied van de groei en ontwikkeling van kinderen, de infectieziektebestrijding, veel voorkomende chronische ziekten of van de beroepsziekten. Voor de verzekeringsarts richt die specifieke kennis zich op belastbaarheidbeoordeling, de wettelijke context, de specifieke vaardigheid en de sociale competentie om tot onafhankelijke oordeelsvorming te komen.
De kennis en de daarbij behorende vaardigheden worden verkregen in het opleidingscontinuum, dat aanvangt met de basisopleiding tot arts en voor de sociaal-geneeskundige in spe wordt voortgezet in de vervolgopleiding.

### 4.1.2 *Het wettelijk kader*

Binnen het brede sociaal-geneeskundige gebied zijn specifieke gebieden te duiden die tot erkende specialisaties hebben geleid.
De erkenning van een zelfstandig sociaal-geneeskundig specialisme wordt verleend door het College Sociale Geneeskunde (CSG) mede op basis van een aantal criteria die zijn opgesteld door het college, de KNMG en de overheid (VWS).
Het stelsel van erkenning en registratie van sociaal-geneeskundigen valt sinds 1 oktober 1998 rechtstreeks onder de werking van de Wet BIG. Hieraan ten grondslag ligt de Regeling betreffende de Opleiding en Registratie van specialisten (ROR), zoals die is goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG, 1997) is een raamwet die beoogt via titelbescherming de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken. Op grond van de wet kan in beginsel eenieder diensten op het gebied van de individuele gezondheidszorg aanbieden. Voor artsen zijn echter een aantal zogeheten voorbehouden handelingen omschreven, die alleen zij mogen uitvoeren, en alleen dan wanneer redelijkerwijs mag worden aangenomen dat zij over de vereiste bekwaamheden beschikken. Een sociaal-geneeskundige mag dus, bijvoorbeeld, in het algemeen geen heelkundige handelingen verrichten. De wet biedt o.a. voor het artsenberoep titelbescherming. Alleen diegenen die in een door de minister te beheren register staan ingeschreven mogen de titel voeren. Het bezit van het artsendiploma alleen is niet voldoende. Met de beschermde titel wordt voor de patiënt/cliënt duidelijk of hij al dan niet met een deskundig beroepsbeoefenaar van doen heeft. Sociaal-geneeskundige taken behoren niet tot de voorbehouden handelingen. Het recht om een beschermde titel te voeren loopt ook niet parallel met het recht om bepaalde handelingen te mogen verrichten. Hoewel onder de wet BIG de titel van een geregistreerd sociaal-geneeskundige beschermd is, mag iedereen die dat wil sociaal-geneeskundige taken uitoefenen. Een kwalitatief goede gezondheidszorg wordt zeker mede tot de verantwoordelijkheden van centrale en decentrale overheden gerekend maar diezelfde overheid laat het kwaliteitsbeleid in toenemende mate over aan 'marktpartijen' (aanbieders en afnemers van zorg). Zo kan een werkgever in zijn aanstellingsbeleid overgaan tot verplichtstelling van het inschakelen respectievelijk aanstellen van bepaalde specialisten voor bepaalde taken, maar hij is daar meestal niet toe verplicht. Soms is er wel degelijk een overheidsverplichting: arbodiensten dienen o.a. over ten minste één in de hoofdstroom arbeid en gezondheid geregistreerde arts te beschikken. Arbozorg, algemene gezondheidszorg, verzekeringsgeneeskunde, etc. mogen echter ook door niet-geregistreerde artsen worden aangeboden. Een werkgever of werknemer heeft dan uiteraard geen minimum garantie op een bepaalde hoeveelheid terzake relevant geachte kennis. Dit wordt echter pas een probleem wanneer in zulke situaties schade (bijvoorbeeld aan werknemers) ontstaat waarvan de (tucht)rechter vaststelt dat die toe te schrijven is aan het uitvoeren van taken waarvoor men overduidelijk niet gekwalificeerd was. In de sociale geneeskunde doen zich anno 1999 zulke situaties (nog) zelden voor. De legitimatie voor dit specialisme moet vooral komen uit de overtuiging van derden (overheden, werkgevers, cliënten) dat een aantoonbare meerwaarde voortvloeit uit het gevolgd hebben van de opleiding. Het is duidelijk een markt waarin vraag en aanbod bepalen hoeveel specialisten er worden opgeleid en voor welke taken zij worden ingezet. Deze constatering is belangrijk tegen de achtergrond van de opleidingseisen die aan het verkrijgen van de beschermde titel verbonden zijn. Wij komen er nog op terug.
Op grond van de Wet BIG heeft de overheid de KNMG erkend als de representatieve artsenorganisatie die regelingen ter zake van opleiding en (her)registratie van medisch specialisten ter goedkeuring aan de minister van VWS mag voorleggen. De opstelling van de regelgeving en de uitvoering daarvan, zijn opgedragen aan zelfstandige bestuursorganen van deskundigen die daarmee onafhankelijk staan ten opzichte van de (belangen van de) KNMG: de colleges (voor de regelgeving) en de registratiecommissies (voor de uitvoering). Technisch gezien zijn deze bestuursorganen deskundigen aan wie het federatiebestuur van de KNMG een aantal

specifieke taken moet afdragen en overlaten. Het federatiebestuur draagt de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de regeling als zodanig, voor de instandhouding van colleges en de registratiecommissies en voor het instandhouden van een ondersteunende administratieve organisatie.

### *4.1.3 Het organisatorisch kader*

*Het College voor Sociale Geneeskunde*

Het College voor Sociale Geneeskunde (CSG) is te beschouwen als een zelfstandig bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb)[11], met bijbehorende mogelijkheden van bezwaar en beroep. Het CSG heeft de volgende (regelgevende) taken.

- het vaststellen van het toetsingskader op grond waarvan deelgebieden der sociale geneeskunde als specialisme kunnen worden aangewezen;
- het aanwijzen van deelgebieden der geneeskunde als specialisme en het vaststellen van de titel die een beroepsbeoefenaar van dat specialisme mag voeren;
- het vaststellen van de algemene en de bijzondere eisen waaraan een onder het desbetreffende college ressorterende opleiding moet voldoen;
- het vaststellen van de eisen voor de erkenning van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten, alsmede de voorwaarden die aan erkenning kunnen worden verbonden;
- het vaststellen van de eisen voor de inschrijving in het desbetreffende register van specialisten en van de eisen voor herregistratie, inclusief eventueel te stellen voorwaarden die aan deze herregistratie kunnen worden verbonden.

In het betreffende reglement (KNMG, oktober 1998) is voorts bepaald dat het college bij de uitoefening van genoemde taken rekening dient te houden met door de beroepsverenigingen of wetenschappelijke verenigingen opgestelde beroepsprofielen en met de maatschappelijke en financiële gevolgen van zijn beslissing.

Met betrekking tot beslissingen van het college heeft de KNMG in de conceptfase (aan het CSG) en ook na vaststelling (aan de minister van VWS) een beperkt adviesrecht. Op basis van ontvangen adviezen wordt een concept voorgenomen besluit ter advisering over uitvoeringsaspecten aan de SGRC (zie hierna) voorgelegd

Beslissingen treden pas in werking nadat de instemming van de minister van VWS is verkregen.

Het CSG is samengesteld uit acht specialisten ingeschreven in een van de door de SGRC ingestelde registers, waarvan vier in het register ingeschreven deskundigen op het gebied van de sociale geneeskunde uit de kring van de universitaire en niet-universitaire opleidingsinstituten, en ten hoogste vier personen afkomstig uit de kring van organisaties waar sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn. Daarnaast kent het CSG adviserende leden, afkomstig van de ministeries van VWS en SZW, de Inspectie voor de Volksgezondheid, de Landelijke Organisatie van Sociaal-geneeskundigen in opleiding (LOSGIO) en de secretaris van de SGRC, waarbij elk één adviserende zetel heeft.

*De Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie*

De Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) is te beschouwen als een zelfstandig bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht, met bijbehorende mogelijkheden van bezwaar en beroep. De commissie heeft de volgende (uitvoerende) taken:

- het instellen van registers van specialisten aan de hand van de benaming van de specialisten die door de colleges zijn aangewezen;

---

[11] Per juni 1999 is regelgeving in voorbereiding die ertoe zal leiden dat twee zelfstandige bestuursorganen (zbo's) worden ingesteld: een voor de collegetaken (regelgevend) en een voor de registratietaken (uitvoering collegebesluiten/(her)registraties).Voor het KNMG betreft het dan totaal resp. 3 colleges en 3 registratiecommissies. Op grond hiervan kan de minister dan desgewenst collegebesluiten uitlokken of beïnvloeden.

- het verzorgen van de registratie (voor een periode van vijf jaar) en herregistratie ten behoeve van deze specialisten;
- het vaststellen van het bedrag dat voor de behandeling van het verzoek tot (her)registratie of voor andere relevante activiteiten moet worden betaald;
- het erkennen van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten, alsmede het schorsen of intrekken van de erkenning;
- het houden van toezicht op de naleving van besluiten van het CSG door opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten die zijn erkend;
- het formuleren van randvoorwaarden voor 'overige deskundigheidsbevorderende activiteiten' in het kader van bij- en nascholing van ingeschreven sociaal-geneeskundigen;
- het accrediteren van bij- en nascholingsactiviteiten.

De SGRC is samengesteld uit twee leden voorgedragen door het bestuur van de LVSG, en uit twee specialisten uit elke door het CSG aangewezen landelijke vereniging van sociaal-geneeskundigen. De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), waarvan een overgrote meerderheid van alle verzekeringsartsen in Nederland lid is, behoort daartoe. Adviserend lid zijn een vertegenwoordiger van het LOSGIO en de secretaris van het CSG.
De SGRC kan besluiten een deel van haar werkzaamheden te mandateren aan een commissie van uitvoering. Een dergelijke commissie is in 1998 ingesteld.
Inschrijving in het SGRC-register is niet verplicht, maar heeft wel belangrijke feitelijke en juridische consequenties (Legemaate, 1998). De te voeren titels zijn wettelijk beschermd (Wet BIG). Voorts is inschrijving van belang in het kader van zowel nationale wetgeving (bijvoorbeeld de Arbowet) als Europese regelgeving over wederzijdse erkenning van artsendiploma's in de lidstaten van de Europese Unie. Uitsluitend ingeschreven personen hebben het recht de betreffende titel te voeren.

*NVVG*
De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) is opgericht in 1978. Deze wetenschappelijke vereniging richt zich op de bevordering van de verzekeringsgeneeskunde langs twee invalshoeken, als volgt:
- bewaakt dat in het beleid en bij de uitvoeringsinstelling de juiste condities worden gerealiseerd, die voor zorgvuldige en kwalitatief hoogwaardige uitoefening van het vak noodzakelijk zijn. Van belang daarbij zijn een gedrags- en beroepscode en een professioneel statuut. Beide zijn door de vereniging ontwikkeld;
- bevordert de wetenschappelijke ontwikkelingen in het vakgebied door een bijdrage te leveren aan het uitdragen van kennis, voorstellen te doen ten aanzien van de inrichting van de opleiding en de eisen, die aan de registratie gesteld moeten worden, en een basis te zijn voor communicatie over het vak, de stimulering van wetenschappelijk onderzoek en de richtlijnontwikkeling.

De formulering van eisen aan registratie en opleiding wordt vormgegeven in de permanente Commissie Scholing, die ten dele bestaat uit leden van het CSG, die door de NVVG bij de LVSG zijn voorgedragen voor benoeming. Hiermee wordt getracht de voeding vanuit de praktijk praktische inhoud te geven.

### *4.1.4 Registratie in de verzekeringsgeneeskunde*

*Het hoofdstromenbeleid van het College Sociale Geneeskunde*
Met de Wet BIG nog in het verschiet begon het CSG begin jaren negentig en niet voor het eerst (Doeleman, 1995) - een discussie over het inmiddels beruchte 'takkenprobleem'.
De in 1960 opgerichte Stichting tot Opleiding in de Sociale Geneeskunde (SOSG) erkende in datzelfde jaar de al enige jaren bestaande opleidingen bedrijfsgeneeskunde en kinderhygiëne die het toenmalige Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (NIPG) te Leiden

aanbood. Vervolgens erkende het SOSG diverse takken in de sociale geneeskunde: Bedrijfsgeneeskunde (1961), Jeugdgezondheidszorg (1962), Verzekeringsgeneeskunde (1964) en Algemene Gezondheidszorg (1965). In 1962 werd de eerste sociaal-geneeskundige in het register van de registratiecommissie ingeschreven. De opvolger van het SOSG, het CSG, voegde later nog een aantal takken en twijgjes aan de verzameling toe: Bijzondere Vormen van Sociale Geneeskunde (1974, een restgroep, ook wel aangeduid als de vijfde tak, met als twijgjes Tuberculosebestrijding (1975) en Medische Milieukunde (1976)), Sociaal-geneeskundige sec (1983), en Sportgeneeskunde (1984).
Al vanaf het begin waren in het SOSG, en later ook in het CSG, stemmen opgegaan om de opsplitsing van de sociale geneeskunde in takken en twijgjes te vermijden, en over te gaan tot één brede vorm van sociale geneeskunde met één opleiding met variërende keuzeonderwerpen. Inmiddels bleek ook dat in geen enkel land in Europa een dermate vergaande opdeling van de sociale geneeskunde bestond. Binnen de toenmalige (1990) EG werden slechts twee specialismen op sociaal-geneeskundig gebied erkend: community medicine en occupational medicine. Mede op grond van de behoefte tot aanpassing aan de Europese regels heeft het CSG uiteindelijk in 1994 het zogenaamde 'Hoofdstromenbesluit' genomen, waarbij in de toekomst slechts twee sociaal-geneeskundige hoofdstromen te onderscheiden zouden zijn: Arbeid en Gezondheid (bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde), en Maatschappij en Gezondheid (overige takken en twijgen). Dit besluit is te zien als de neerslag van een aantal ontwikkelingen, zoals de toenemende complexiteit van verdelingsvraagstukken in de gezondheidszorg, en de behoefte aan specialisten die in staat zijn (maatschappelijke) determinanten van gezondheid in kaart te brengen en deze te beïnvloeden. De ontwikkeling van de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid sloot aan bij de toenmalige visie binnen zowel de NVAB als NVVG, dat de *functie* van bedrijfs- en verzekeringsarts buitengewoon veel overeenkomsten vertoont en gezien kan worden als onderdeel van een wetenschappelijk domein (rapport "Eén arts voor arbeid en gezondheid" NVVG/NVAB, 1993). Zoals echter in hoofdstuk 2 en 3 is beschreven, hangen de functies waarin verzekeringsartsen en bedrijfsartsen werkzaam zijn, weliswaar nauw samen, maar zijn *de taken en verantwoordelijkheden* op onderdelen nogal verschillend. Het benodigde kennisareaal is voor beide functies echter in belangrijke mate overlappend, met accentverschillen per onderdeel (zie hoofdstuk 5). Grondige kennis van elkaars taken binnen de sociaal-medische begeleiding is ondanks deze verschillen van grote betekenis voor de onderlinge samenhang en samenwerking.
Het hoofdstromenbesluit heeft steeds, tot heden, aanleiding gegeven tot discussies zowel binnen als buiten het college. Met name de sportartsen, de jeugdartsen en de bedrijfsartsen hebben daarbij gepleit voor behoud van de eigen identiteit en voor wettelijke erkenning van de taktitel. In 1998 en 1999 werd deze discussie voortgezet, tegen de achtergrond van de erkenning als specialist ex Wet BIG. Een compromisvoorstel, waarbij voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid naast de hoofdstroomaanduiding ook de profieltitel bedrijfsarts of verzekeringsarts in één 'BIG-titel' erkend wordt, ligt thans ter goedkeuring voor bij het Ministerie van VWS.

*De verzekeringsarts als specialist ex Wet BIG*
De legitimatie van de specialisatie verzekeringsgeneeskunde deel uitmakend van de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid berust op de reeds genoemde door het CSG, de KNMG en het ministerie van VWS getoetste criteria. Onderdelen van deze criteria zijn:

- het kunnen duiden van een eigen wetenschapsdomein;
- het functioneren van een wetenschappelijke vereniging;
- de maatschappelijke behoefte aan de functie, en (dus) het kunnen benoemen van een eigen toepassingsgebied binnen de sociale geneeskunde.

Daarnaast dient een herkenbare eigen bijdrage aan de gezondheidsbevordering te worden geleverd.

In het kader van deze studie zijn met name het wetenschapsdomein en het toepassingsgebied van belang, aangezien immers een opleiding geacht wordt - in ieder geval op belangrijke onderdelen - de reflectie te zijn van enerzijds de behoeften aan de functie in de praktijk en anderzijds de stand van de wetenschap.

*Het toepassingsgebied*
Vragen over het toepassingsgebied zijn in de verzekeringsgeneeskunde goed te beantwoorden aangezien dit duidelijk is omschreven en voortvloeit uit wettelijke bepalingen. Het vormt feitelijk de drijvende kracht achter de wetenschappelijke ontwikkeling.
In het in 1995 door de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde vastgestelde 'Profiel van de adviserend verzekeringsarts' lezen wij het volgende (NVVG, 1999): "Er zijn op divers terrein voorzieningen en regelingen getroffen voor personen met een geschade gezondheid. Veel van deze verstrekkingen en voorzieningen zijn erop gericht hen optimaal in maatschappelijke kaders te reïntegreren. De maatschappelijke behoefte aan objectivering van de gronden waarop mensen een beroep doen op regelingen teneinde vrijstelling van aangegane of algemene verplichtingen te krijgen of toegang te krijgen tot verzekeringen, uitkeringen en bijzondere verstrekkingen, is groot. De beoordeling of een verzoek of aanspraak binnen de termen van een regeling valt, heeft een sterk geneeskundig/gezondheidskundig karakter en wordt derhalve mede door artsen uitgevoerd".
In de praktijk functioneren vrijwel alle verzekeringsartsen die werkzaam zijn binnen het publieke domein binnen de kaders van de diverse arbeidsongeschiktheidswetten en andere daarmee verband houdende of in dat verband relevante wetten en regels. De belangrijkste daarvan zijn: de Ziektewet, de WAO, Wulbz, Wajong, WAZ, REA, WPR, BIG, en WGBO. Op de specifieke aspecten van deze wetten zullen wij hier niet ingaan. In hoofdstuk 2 en 3 hebben we al aangegeven waar de verzekeringsgeneeskundige functie voorkomt en welke werkzaamheden er onder vallen.
De aard van de door verzekeringsartsen binnen deze wetten uit te voeren werkzaamheden leidt direct naar het daarvoor benodigde kennisareaal, en dus het wetenschapsdomein.

*Het wetenschapsdomein*
In zijn oratie ter gelegenheid van de ambtsaanvaarding als bijzonder hoogleraar in de sociale verzekeringsgeneeskunde schrijft Timmer: *"Sociale verzekeringsgeneeskunde is een wetenschap die haar toepassing vindt bij de uitvoering van loondervingswetten, waarbij ziekte en gebrek, het menselijk arbeidsvermogen, en hun onderlinge samenhang van belang zijn"* (Timmer, 1986). Hoewel er sindsdien belangrijke ontwikkelingen in de context van de sociale verzekeringsgeneeskunde te duiden zijn, blijft deze beschrijving in essentie overeind.
Kern van het wetenschapsdomein is de kennis omtrent de wijze waarop belasting en belastbaarheid elkaar wederzijds beïnvloeden, en de kennis van de methodieken om op individueel niveau kunnen vaststellen of sprake is van een dusdanige verstoring van het evenwicht tussen beide aspecten dat dit consequenties heeft voor de momentane belastbaarheid voor (betaalde) arbeid. Maar ook kennis van preventie- en herstelmethoden en -technieken ten aanzien van de bedoelde verstoring behoort tot dit domein, waarbij zowel op individueel als op collectief niveau aangrijpingspunten kunnen liggen. Dat deze wetenschap wordt toegepast binnen een bepaalde maatschappelijke en wettelijke opdracht is verder slechts bepalend voor het toepassinggebied. Uitgaande van dit omschreven wetenschapsdomein, en de context waarbinnen de wetenschap moet worden toegepast, zijn de opleidingseisen voor de verzekeringsarts vastgesteld door het CSG.

*De verzekeringsarts in de huidige praktijk: geen wettelijk verplichte specialisatie*
De specialisatie tot verzekeringsarts moet mede worden bezien tegen de achtergrond van de betekenis die een dergelijke titel in de praktijk heeft. De overheid heeft voor het werken in een arbodienst de wettelijke verplichting gesteld, dat de arbodienst over ten minste één specialist in de bedrijfs- of verzekeringsgeneeskunde dient te beschikken. Dit is een vorm van

functionele eindverantwoordelijkheid, die de dienst in beginsel in staat stelt het werk ook door een groot aantal niet-geregistreerde artsen te laten uitvoeren. Voor verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden in de sociale verzekeringen geldt een dergelijk wettelijke verplichting niet. Wel wordt door alle uitvoeringsinstellingen aan nieuwe medewerkers de eis gesteld om de opleiding tot geregistreerd verzekeringsarts te volgen (Ctsv, 1998). Hierover zijn ook landelijke afspraken gemaakt door de uitvoeringsinstellingen met de vakorganisatie en de beroepsgroep (Rapport kwaliteitsborging; De Wolff, 1999).
Uitvoeringsinstellingen hebben naast een groot aantal geregistreerde verzekeringsartsen ook niet-geregistreerde artsen in dienst, die de opleiding nog moeten volgen. Recent is door de uitvoeringsinstellingen met de beroepsgroep afgesproken dat niet-geregistreerde verzekeringsartsen onder individuele begeleiding van een ervaren, geregistreerde collega komen te staan; een begeleiding die ook al voorheen bestond maar waaraan niet altijd werd vormgegeven. Er zijn geen gegevens bekend over de kwaliteit van deze begeleiding. Het betreft individuele trajecten, waarvan geen registratie wordt bijgehouden.

*Aantal verzekeringsartsen*
Per 31 december 1998 waren in het specialistenregister van de SGRC[12] 1078 artsen als specialist op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde ingeschreven:[13]

- tak Arbeid en Gezondheid, verzekeringsarts: 5
- idem, zonder profiel: 5
- verzekeringsgeneeskunde: waarvan 10% tevens een registratie als bedrijfsarts heeft. 1068

In het opleidingsregister van de SGRC waren per 31 december 1998 ingeschreven:

- tak Arbeid en Gezondheid, verzekeringsarts: 167
- idem, zonder profiel: 39
- verzekeringsgeneeskunde: 71

Anno 1999 is de vraag naar verzekeringsartsen groter dan het aanbod. Mede tegen de achtergrond van de kosten die met de opleiding gemoeid gaan en de huidige krapte op de arbeidsmarkt wordt soms de vraag gesteld of deze specialisatie altijd noodzakelijk is, of dat eventueel onder voorwaarden ook met niet-geregistreerde artsen of zelfs met niet-artsen gewerkt kan worden. Op dit vraagstuk wordt nader ingegaan in de analyse van knelpunten en oplossingsrichtingen in hoofdstuk 6.

## 4.2 De betrokkenheid van enkele organisaties bij de opleidingen

### *4.2.1 Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelt door wet- en regelgeving de kaders voor de uitvoering van de sociale verzekeringen. De zorg voor een goede kwaliteit van uitvoering van de sociaal-medische begeleiding vormt uiteraard een belangrijk onderdeel van het beleid van het Ministerie. De aandacht voor de deskundigheid en deskundigheidsbevordering is hiervan een directe afgeleide, waarbij de aandacht zich uitstrekt naar zowel de bedrijfs- als verzekeringsgeneeskundige functie. Het Ministerie beziet deze beide functies in onderlinge samenhang en onderschrijft sinds jaar en dag het belang van de gezamenlijke opleiding ter onderstreping van het feit dat er sprake is van één professie, die in meerdere functies kan worden uitgevoerd. Deze functies zullen goed moeten samenwerken om tot een effectieve begeleiding naar werkhervatting te komen. Daarom is het volgens het Ministerie

12 Bron: Jaarverslag 1998 SGRC, Medisch Contact 1999;54(23):862-4
13 Voor 16 personen uit bovengenoemde categorieën was de aanvraag nog in behandeling.

van groot belang dat men grondig kennis heeft van elkaars werkterrein en langs één wetenschappelijke referentiemodel zijn beoordeling uitvoert, zodat communicatie over individuele gevallen op dit punt soepel kan verlopen. In de praktijk is dit ideaal overigens nog lang niet gerealiseerd.
Dat aan een goede opleiding veel waarde wordt gehecht, wordt onderstreept door het feit dat het Ministerie een adviserende vertegenwoordiger in het College voor Sociale Geneeskunde heeft. Deze vertegenwoordiger draagt ertoe bij dat de beleidsmatige aspecten bij het vaststellen van de opleidingseisen in de overwegingen van het College worden meegenomen.
Uiteraard is het primair de verantwoordelijkheid van de professie zelf om de vertaalslag naar de concrete opleidings- en registratie-eisen te maken, zodat de bekwaamheid van de professie is gewaarborgd. De direct verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de wet BIG ligt overigens bij het Ministerie van VWS, zoals beschreven in par. 4.1.

### *4.2.2 College van toezicht sociale verzekeringen (Ctsv)*

De onafhankelijke toezichthouder op de uitvoering van de sociale verzekeringen is het Ctsv. Krachtens de OSV dient het Ctsv toezicht te houden op de recht- en doelmatigheid van de uitvoering van de sociale verzekeringen. Onder toezicht van het Ctsv vallen het Lisv, de uitvoeringsinstellingen en de SVB. Het Ctsv houdt noch toezicht op de arbodiensten, noch op Arbeidsvoorziening of de gemeentelijke uitvoering van de sociale verzekeringen. Daarvoor is het Ministerie van Sociale Zaken rechtstreeks verantwoordelijk.
Onderdeel van het toezicht is het verkrijgen van inzicht in het functioneren van de verzekeringsartsen bij uitvoeringsinstellingen en de beoordeling van de effectiviteit van het Lisv-beleid in deze. Dit onderwerp valt van oudsher onder het zogenaamde sociaal-medisch toezicht. De laatste jaren is dit toezicht ingevuld langs twee wegen:

- de ontwikkeling van het protocol Sociaal Medisch Handelen en het daaraan verbonden jaarlijkse onderzoek naar de kwaliteitsborging rond de verzekeringsgeneeskundige functie en de kwaliteit van uitvoering;
- het verrichten van een groot aantal eenmalige thematische onderzoeken, waarin aspecten van het verzekeringsgeneeskundig handelen diepgaander worden belicht en onderzocht. Onderzoek werd onder andere verricht naar de toepassing van het arbeidsongeschiktheidscriterium, de invulling van de poortwachterfunctie, werkhervatting bij rugklachten, de reïntegratie van arbeidsongeschikten en naar de oordeelsvorming van verzekeringsartsen (nog niet afgerond).

In het protocol 'Sociaal Medisch Handelen' worden uitvoeringsinstellingen aangesproken op hun verantwoordelijkheden inzake de kwaliteitsborging rond de medische en arbeidsdeskundige functie. Dit impliceert dat uitvoeringsinstellingen zich onder andere moeten kunnen verantwoorden ten aanzien van de door hen gemaakte keuzes inzake de condities rond de uitvoering, de deskundigheid in de uitvoering en de faciliteiten die zij beschikbaar stellen inzake het onderhouden van de deskundigheid. In de tot nu toe uitgevoerde onderzoeken ligt het accent op de vraag in hoeverre de uitvoeringsinstellingen signalen over tekortschietende deskundigheid oppakken respectievelijk of zij voldoende eisen stellen aan de basisdeskundigheid van de verzekeringsartsen.
Met de invulling van het principe dat in de uitvoering gewerkt wordt met geregistreerde verzekeringsartsen en begeleiding *on the job* van niet-geregistreerde verzekeringsartsen wordt voldaan aan de normen van het College. Tot heden heeft er vanuit het Ctsv geen concrete beoordeling van de inhoud van de GIB en de beroepsopleiding plaatsgevonden tegen de achtergrond van de vraag of deze voldoende waarborgen bieden voor een goed functioneren van de verzekeringsarts bij de uitvoeringsinstellingen.
Het Ctsv is een toezichthouder, hetgeen impliceert dat geen concrete vertaalslag van de toezichtsbevindingen naar uitvoeringsmaatregelen wordt gemaakt. Hierop worden het Lisv en de uitvoeringsinstellingen zelf aangesproken. Het door het Ctsv openbaar afleggen van verantwoording over de toezichtsbevindingen alsmede een rechtstreekse terugkoppeling naar

uitvoeringsinstellingen met de vraag waarop verbeteracties zich moeten richten, vormen de stimulans tot concrete actie. Op dit moment is daarbij de vraag naar de gevolgen van de bevindingen voor de inrichting van de opleidingen aan de orde. In hun kwaliteitsrapportages geven de uitvoeringsinstellingen zelf al aan waar zij met het instrument opleiding verbetering willen bereiken. Vooral de gedachte aan bij- en nascholingspakketten staat hierbij vooraan. In tegenstelling tot het Ministerie heeft het Ctsv geen waarnemende rol in het College voor Sociale Geneeskunde. De behoeft hiertoe wordt op dit moment ook niet gevoeld. De ontwikkeling van opleidings- en registratie-eisen worden wel nauwgezet gevolgd.

### 4.2.3 *Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv)*

Het Lisv adviseert aan de Minister inzake de publieke uitvoering van de sociale verzekeringen en fungeert als opdrachtgever aan de uitvoeringsinstellingen. Het Lisv heeft naast zijn opdrachtgevende en adviserende functie een coördinerende en regelgevende taak en beschikt over budgetten om gewenste ontwikkelingen rond de arbeidsongeschiktheidsregelingen te stimuleren.
Beperken we ons tot de rol die het Lisv speelt ten aanzien van deskundigheidsbevordering, dan kan allereerst worden opgemerkt, dat het Lisv op dit moment vrijwel de enige plaats is waar gewerkt wordt aan de ontwikkeling van landelijke standaarden en inhoudelijke protocollen. Dit wil niet zeggen, dat uitvoeringsinstellingen hier niets aan doen - de standaarden komen in nauwe samenwerking met uitvoerders in de beroepsgroep tot stand - maar het initiatief, de regie, coördinatie en facilitering voor de uitvoering berust grotendeels bij het Lisv. Ook de ontwikkeling van het programma waarin vastgesteld wordt welke standaarden de komende jaren zullen worden aangepakt, geschiedt in overleg met het veld.

De laatste jaren is een groot aantal standaarden ontwikkeld. Daaronder zijn standaarden met betrekking tot de verzekeringsgeneeskundige rapportage, de toepassing van het medisch arbeidsongeschiktheidscriterium, de mogelijkheden voor uitstel van de arbeidsdeskundige beoordeling, de beoordeling van psychische belastbaarheid, de indicaties voor het opvragen van informatie bij derden, het specifieke overleg met de arbeidsdeskundige en het beheer van medische gegevens. Nieuwe standaarden zijn in ontwikkeling of worden overwogen.

Het Lisv is voorts actief betrokken bij de verzekeringsgeneeskundige kennisontwikkeling. Deze betrokkenheid wordt concreet ingevuld door het beschikbaar stellen van budget voor onderzoek, waarbij het Lisv zelf vaak de opdrachtgever is. Voorbeelden van recente onderzoeksthema's zijn het herstelgedrag van cliënten, de beoordeling van psychische klachten en reïntegratiemethoden en instrumenten (een evaluatie).

Het Lisv onderhoud geen formele relatie met de beroepsopleiding tot geregistreerd verzekeringsarts. Individuele werknemers leveren echter een belangrijke bijdrage aan de opleiding voor verzekeringsartsen.

### 4.2.4 *Uitvoeringsinstellingen*

Uitvoeringsinstellingen (uvi's) zijn publieke organen, die in opdracht van het Lisv uitvoering geven aan de publieke verzekeringen en regelingen inzake arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. De Organisatiewet Sociale Verzekeringen regelt de erkenningsvereisten en definieert hun taakstelling. De uitvoeringsinstelling is gehouden de regels en richtlijnen van het Lisv op te volgen. Het Ctsv houdt toezicht op de uitvoering.
Uitvoeringsinstellingen zijn nogal ongelijk van grootte. Het GAK beheerst circa 60% van de markt. De overige 40% wordt verdeeld onder Cadans, Sfb, Uszo en GUO (ook in volgorde van grootte).
Als gevolg van de invoering van de OSV '95 en OSV '97 is bij alle uitvoeringsinstellingen de rol van het hoofdkantoor gewijzigd. Uitgangspunt bij de daaruit voortvloeiend reorganisa-

ties is geweest dat het hoofdkantoor voornamelijk direct faciliterend is voor de eigen werkzaamheden. De omvang van de hoofdkantoren is dan ook teruggebracht tot het strikt noodzakelijke. Een deel van de ruimte voor structurele vakontwikkeling is hiermee bij de uitvoeringsinstellingen verloren gegaan en wordt nu door het Lisv of de wetenschappelijke vereniging NVVG opgepakt. Een exact beeld van dit verlies aan ontwikkelingspotentie is niet te geven.
Vakontwikkeling vinden we nu terug op verschillende plaatsen in de organisatie:

- bij de interne richtlijnontwikkeling, waarin de vertaling wordt gemaakt van wet- en regelgeving - maar ook van vakinhoudelijke ontwikkeling - naar instructies ten behoeve van de uitvoering. Deze instructies worden neergelegd in handboeken;
- op de kantoren bij coachingbijeenkomsten, casuïstiekbesprekingen en intercollegiale toetsing;
- in de toekomst via de bespreking van de resultaten van de kwaliteitscontrole op het vakinhoudelijk handelen;
- gerichte coaching door stafartsen.

De rol van de uitvoeringsinstellingen ten opzichte van de opleidingen is tweeledig: uitvoerend en faciliter2end. De uitvoerende rol is terug te vinden in het eigen opleidingspakket, dat elke uitvoeringsinstelling aanbiedt ten behoeve van bij- en nascholing. Met name het GAK is groot genoeg om veel opleidingen zelf te ontwikkelen, de andere kopen meer in, onder andere bij het GAK. Daarnaast zijn de uitvoeringstellingen gezamenlijk verantwoordelijk voor de inhoud en de uitvoering van de GIB.
De faciliterende rol komt tot uiting in het beschikbaar stellen van de benodigde faciliteiten. De opleiding tot geregistreerd verzekeringsarts wordt thans door elke uitvoeringsinstelling verplicht en men biedt hiertoe op enig moment ook de ruimte in geld en uren. Formeel wordt ruimte voor mentorschap tijdens de opleiding geboden maar de praktijk geeft aan dat deze ruimte niet altijd toereikend is. Naast de verplichte bij- en nascholing heeft elke uitvoeringsinstelling een budget om de arts op diens eigen initiatief cursussen en congressen te laten volgen. Recent zijn hierover in een gezamenlijk door uitvoeringsinstellingen en beroepsgroep ondertekend document nog afspraken over vastgelegd. De omvang van de te bieden ruimte wordt vanaf heden jaarlijks onderhandeld op CAO-niveau.
De relatie tussen uitvoeringsinstellingen en de faculteiten Geneeskunde is vrijwel tot nul gereduceerd. Zij beperkt zich hoogstens tot het bieden van plaatsen voor co-assistenten of het verlenen van medewerking aan promotieonderzoeken. In de jaren tachtig werd op veel grotere schaal de mogelijkheid voor co-assistentstages geboden dan nu het geval is. Men overweegt deze relaties weer te intensiveren, mede om op deze wijze toekomstig artsen te interesseren voor de functie van verzekeringsarts.

# 5 De inhoud van de beroepsopleiding tot verzekeringsarts

## 5.1 Inleiding

Het doel van de beroepsopleiding is artsen op te leiden tot sociaal-geneeskundige specialisten in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid (zie hoofdstuk 4), profiel verzekeringsarts. Uitgangspunt daarbij zijn de functie en functie-eisen en de daaruit voortvloeiende taken (zie hoofdstuk 3). Het College voor Sociale Geneeskunde heeft deze uitgewerkt in specifieke leerdoelen. Het complete overzicht van onderwijsdoelen is als bijlage 1 van deze rapportage opgenomen.
Vanuit deze onderwijsdoelen zijn de curricula van de betrokken opleidingsinstellingen (TNO Arbeid te Hoofddorp en NSPH te Utrecht) vormgegeven. Zij worden hieronder integraal beschreven.

## 5.2 De inrichting van de beroepsopleiding

### *5.2.1 Structuur*

De totale opleidingsduur van de beroepsopleiding is vier jaar. Het eerste half jaar staat in het teken van een *oriëntatie* op de beroepsuitoefening. Daarna volgt een periode van ongeveer twee jaar waarin het onderwijs wordt geïntensiveerd. Tijdens deze *exploratiefase* wordt het grootste deel van het cursorisch onderwijs gevolgd, worden praktijkopdrachten uitgevoerd en een scriptieonderzoek voorbereid. De *differentiatiefase* is de laatste periode van het opleidingstraject en staat in het teken van het specifieke deskundigheidsprofiel. Het cursorisch onderdeel wordt, met uitzondering van de profielmodulen en het keuzeonderwijs, door bedrijfs- en verzekeringsartsen in spe gezamenlijk gevolgd. Zie ook schema 3.
In elke fase van het onderwijs wordt een cursorisch gedeelte verzorgd, zijn er stages en praktijkopdrachten en de gehele cursus dient uiteindelijk afgerond te worden met een scriptie. In de navolgende paragrafen wordt ingegaan op de verschillende onderdelen.

*Schema 3. Overzicht fase en inhoud van de beroepsopleiding*

| | Cursorisch onderwijs | Scriptie | praktijk-opdrachten | individueel praktijkonderwijs | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | stage | praktijk scholing |
| oriëntatie fase | Introductie Module | oriëntatie op onderwerpen | | 3 oriënterende stages | werken onder begeleiding |
| exploratie fase | 6 kernmodulen + keuzeonderwijs | voorbereiden en uitvoeren onderzoek | 5 praktijk-opdrachten | onderzoek-stage | werken onder afnemende begeleiding |
| differentiatie fase | Profielmodulen + keuzeonderwijs | afronding scriptie | | vrije stage | intervisie |
| Registratie | | | Afsluiting | | |

### 5.2.2 *Het cursorisch onderwijs*

Het cursorisch onderwijs wordt gekenmerkt door een veelal klassikale aanpak waarbij onder begeleiding van docenten, begeleiders en trainers wordt gewerkt aan kennisvermeerdering en uitbreiding van het gedragsrepertoire. Het cursorisch onderwijs is grotendeels modulair opgezet, heeft een omvang van 96 dagen en bestaat uit:

1. zeven zogenaamde 'kernmodulen' (ca. 64 dagen),
2. intervisiebijeenkomsten (7 - 12 dagen),
3. vijf 'profielmodulen' (12 - 15 dagen),
4. een keuzetraject / keuzemodulen (9 dagen)
5. een slotdag.

*Ad 1. De kernmodulen*
Elke kernmodule is gecentreerd rondom een kernthema uit het werk van bedrijfs- en verzekeringsartsen. De inhoud van de verschillende modulen is globaal als volgt.

De kernmodule *Introductie in het werkveld* (15 cursusdagen) bestaat uit een oriëntatie op het praktisch functioneren als arts in het veld van arbeid en gezondheid, een oriëntatie op het opleidingstraject en een oriëntatie op persoonlijke aandachtspunten. Voor alle verzekeringsartsen in opleiding wordt vrijwel de gehele module vrijgesteld op basis van een succesvol afgeronde GIB verzorgd door het GAK.

De kernmodule *RI&E, PAGO en bijzondere groepen* (8 cursusdagen) richt zich met name op riskante arbeidssituaties, de risico-inventarisatie en -evaluatie en de Arbowetgeving. Er wordt ingegaan op methoden zoals RI&E, vragenlijstonderzoek, werkplekonderzoeken en het Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO). Er wordt aandacht besteed aan normeringen en samenwerking met andere disciplines. Daarnaast wordt ingegaan op de positie van bijzondere groepen als chronisch zieken, allochtonen, ouderen of zwangeren.

De kernmodule *Sociaal-medische beoordeling en begeleiding* (18 cursusdagen) kent in feite drie zwaartepunten die in deelmodulen worden aangeboden:
1. Sociaal-medische beoordeling (4 dagen) en 2. juridisch denkkader (5 dagen). Hier ligt een accent op sociaal medische beoordeling waarbij wordt geleerd op een efficiënte en verantwoorde wijze problemen of claims bij verzuim te beoordelen. Met name de persoonsgebonden factoren van verzuim en arbeidsongeschiktheid komen aan de orde. Geleerd wordt om in het kader van relevante wetgeving verzuim en arbeidsongeschiktheid op individueel niveau te beoordelen en aan betrokkenen (werknemer, werkgever, verzekeraar en fondsen) beargumenteerd te adviseren. Het handelen vanuit een 'juridisch denkkader' is hierbij een belangrijk aandachtsgebied. 3. Sociaal-medische begeleiding (9 dagen). Hier wordt geleerd hoe bij klachten vanuit het model belasting-belastbaarheid verzuim kan worden voorkomen en reïntegratie kan worden bevorderd. Er wordt stilgestaan bij het begeleidingsgesprek en de rol van de werknemer daarin. Tevens wordt ingegaan op succesvolle interventiestrategieën bij werknemer en bedrijf.

De kernmodule *Arbeidsgezondheidskundig onderzoek* (5 dagen). Deze module handelt over individueel medisch onderzoek in relatie tot het werk. Centraal staan beroepsgerelateerde aandoeningen. Het arbeidsgezondheidskundig onderzoek wordt benaderd vanuit gezondheidsrisico's in de arbeidssituatie zoals fysische, chemische of biologische factoren. Hierbij wordt de relatie gelegd met de Arbowet en eventuele specifieke besluiten. Ook de melding van beroepsziekten komt in deze module aan de orde.

De kernmodule: *Positie en rol van de arts* (5 dagen). De arts opereert in een spanningsveld waarbij individuele en collectieve belangen tegen elkaar moeten worden afgewogen. In deze

module wordt de deelnemer geleerd hoe zich te positioneren op basis van kennis van de maatschappelijke omgeving, het bedrijf en de beroepsgroep. Kwaliteitsborging en - bevordering in het werk van de bedrijfs- of verzekeringsarts staan hierbij centraal. Kennis van arbeidsrecht en gezondheidsrecht is daarbij een vereiste, evenals kijk op organisaties en instellingen. Bij dit alles horen uiteraard vaardigheden om met de verschillende actoren in dit spanningsveld op heldere wijze te communiceren.

De kernmodule: *Bedrijfsadvisering in Nederland* (5 dagen) handelt over de rol van de arts als adviseur van het bedrijf. Het gaat om het kennen en hanteren van het adviesproces. Er wordt aandacht besteed aan rapportage en presentatie ten behoeve van klantgericht handelen en bedrijfsgericht werken. Speciale aandacht krijgt verzuimadvisering aan bedrijven. Deze vaardigheid wordt o.a. geleerd in simulatieoefeningen.

De kernmodule: *Epidemiologie, statistiek en scriptiebegeleiding* (8 dagen) kent een tweeledig doel. Enerzijds is de module gericht op de ontwikkeling van het vermogen om wetenschappelijke publicaties op het gebied van arbeid en gezondheid op waarde te kunnen schatten. Hiertoe wordt ingegaan op veel gebruikte epidemiologische methoden & technieken en statistische begrippen en procedures. Anderzijds wordt in praktische zin ondersteuning geboden bij het opzetten en uitvoeren van een eigen (scriptie-)onderzoek. Daartoe wordt aandacht besteed aan het maken van een onderzoeksopzet, het formuleren van een onderzoeksvraagstelling, het raadplegen van literatuurbestanden, methoden van onderzoek, gegevensverwerking en het maken van een onderzoeksverslag.

*Ad 3. De profielmodulen*
Deze modulen worden monodisciplinair gevolgd en mikken op een gerichte verdieping, verbreding en actualisering van voor het betreffende deskundigheidsprofiel relevante leerstof. Binnen het *deskundigheidsprofiel verzekeringsarts* zijn de volgende profielmodulen opgezet:

- Particuliere verzekeringen (4 dagen).De sociale verzekeringen raken steeds meer verweven met de particuliere verzekeringen. De arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, die van oudsher onder de sociale verzekeringen vielen, kunnen nu - en zeker in de nabije toekomst (Pemba) - geheel of gedeeltelijk particulier ondergebracht worden. Daarnaast is de verwachting dat begrippen als causaliteit, regres en clausulering binnen de sociale verzekeringen steeds meer een rol gaan spelen. In deze module wordt getracht een brug te slaan tussen sociale verzekeringen en de particuliere verzekeringen.
- Verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling (4 dagen). Belangrijke aandachtsgebieden in deze module zijn:
  - samenwerking op het gebied van de claimbeoordeling;
  - de invloed van instanties buiten de eigen uitvoeringsinstelling of verzekeringsmaatschappij;
  - de papieren beoordeling;
  - het nut en het praktisch afnemen van het dagverhaal bij claimbeoordeling;
  - het belang, de mogelijkheden en de beperkingen van standaarden.
- De verzekeringsarts en reïntegratie (5 dagen). De bedoeling van deze profielmodule is dieper in te gaan op de invulling van de poortwachterfunctie van de verzekeringsarts. Het gaat dan om zaken als het *deskundigheidsoordeel* (second opinion), het *reïntegratieplan* en de verschillende *reïntegratie-instrumenten.* Als laatste wordt ingegaan op de taak die de verzekeringsarts heeft bij het begeleiden van langdurig arbeidsongeschikten waarbij aandacht wordt besteed aan belastbaarheidsbepaling en de toegevoegde waarde van expertisecentra, revalidatieklinieken, adviescentra e.d.
- Zwangerschap en arbeid (2 dagen). In deze module ligt de nadruk op de vaardigheid van het toepassen van medische kennis enerzijds en de kennis en toepassing van wettelijke regelingen anderzijds. Aan de hand van praktische opdrachten wordt geleerd de informatie te vergaren en de beslissing te beargumenteren.

*Ad 4. De Keuzemodulen*
Deze bieden de mogelijkheid om in overleg met de cursusleider en praktijkbegeleider vorm te geven aan individuele differentiatie. Hoewel het woord 'module' dit suggereert, ligt de vorm waarin een dergelijk traject gegoten wordt niet op voorhand vast. Bij voldoende deelnemers kan dit de vorm hebben van georganiseerde modulen (zowel binnen als buiten de beroepsopleiding) maar ook vormen van begeleide zelfstudie, werkopdrachten of docentschappen behoren tot de mogelijkheden. In die zin sluit dit aan bij het begrip 'deskundigheidsbevorderende activiteiten' zoals dat door de SGRC in het kader van het herregistratiebeleid wordt gehanteerd. De totale omvang van een keuzetraject is 9 dagen. De invulling van een keuzetraject zal afhankelijk zijn van de werkcontext of van de specifieke kennis en vaardigheden die in het kader van een functie of loopbaan van belang zijn. Voorbeelden zijn:

- het volgen van modulen rond adviesvaardigheden
- het volgen van modulen rond klinische specialismen
- het opzetten van intervisie en ICT (intercollegiale toetsing) binnen de eigen organisatie
- het opzetten van deskundigheidsbevordering binnen de eigen organisatie
- het verzorgen van lessen, seminars, workshops binnen (de eigen) organisaties.

### 5.2.3 De stages

De stages zijn erop gericht de deelnemer werkervaring op te laten doen met juist die taakelementen die zij in hun eigen werkomgeving wat minder tegenkomen. De duur van de stages is hangt daarmee samen. De stageverleners zijn organisaties, instituten of diensten die raakvlakken hebben met de functie die de deelnemer uitoefent. Een belangrijk doel van de stages is dat de deelnemer de problematiek van het werk zoals die bij verschillende stageverleners bestaat wat betreft vakinhoudelijke en organisatorische aspecten leert kennen en deze kan vertalen naar de betekenis voor het eigen vakmatig handelen. Daarnaast zijn de stages gericht op de bevordering van afstemming en samenwerking met beroepsgenoten en anderen buiten de eigen organisatie.
De SGRC onderscheidt vier soorten stages:

1. oriënterende stages (13 of 17 dagen, afhankelijk van het deskundigheidsprofiel)
2. onderzoekstage (15 dagen)
3. vrije stages (6 of 10 dagen, afhankelijk van het deskundigheidsprofiel).
4. methodiekstages / praktijkopdrachten (22 dagen)

*Ad 1. De oriënterende stages*
De beroepsopleiding kent 17 dagen oriënterende stage verdeeld over drie typen instellingen nl.

- een oriënterende arbostage van 9 dagen. Doel: kennismaken met één gecertificeerde arbodienst (naar keuze) in Nederland);
- een oriënterende stage bij de uitvoeringsinstelling van 4 dagen. Doel: kennismaken met de dagelijkse werkzaamheden van de verzekeringsarts, belast met de uitvoering van de sociale verzekeringswetten in een (andere dan de eventuele eigen) uitvoeringsinstelling;
- een oriënterende stage bij een particuliere verzekeraar (geen zorgverzekeraar). Doel: kennismaken met de dagelijkse werkzaamheden van de medisch adviseur bij een (andere dan de eventuele eigen) particuliere verzekeraar verdeeld over: Schade (claimbeoordeling, begeleiden schadegeval, letselschades, expertise, incl. arbeidsongeschiktheid) en Leven (selectie, overlijdensrisico's, AMA-guide principes, inwinnen specifieke informatie, statistiek en actuariaat).

*Ad 2. De onderzoekstage*
De bedoeling van de onderzoekstage is het ontwikkelen van kennis en vaardigheden op het gebied van wetenschappelijk onderzoek in relatie tot arbeid en gezondheid. Er dient een

onderzoek te worden verricht aan de hand van een tevoren geformuleerde vraagstelling. Deze vraagstelling moet relevant zijn voor het veld van arbeid en gezondheid en moet worden goedgekeurd door de cursusleider. De onderzoekstage vormt een verdieping van het uitvoerende werk van de verzekeringsarts. Van de arts als medisch-academische discipline wordt verwacht dat hij in staat is onderzoeksresultaten kritisch te kunnen beoordelen of adviezen te kunnen baseren op wetenschappelijk verantwoorde onderzoeksresultaten.
De stage kan uitgevoerd worden in door de SGRC voor de onderzoekstage erkende diensten of bij aangewezen wetenschappelijke instituten (bijvoorbeeld TNO of een universiteit). Als de eigen dienst erkend is voor onderzoekstage mag de stage ook in de eigen dienst worden gelopen. Ook een stage in het buitenland behoort tot de mogelijkheden. Veelal wordt de onderzoeksstage gebruikt om het eigen onderzoek voor te bereiden of uit te voeren. Aan zowel de plaats als de begeleiding worden door de SGRC eisen gesteld.

*Ad 3. De vrije stage.*
Deze is bedoeld om naar eigen keuze (maar na overleg met de cursusleider) kennis en/of vaardigheden aan te vullen door binnen een organisatie 'mee te lopen'. De plaats waar stage wordt gelopen hangt af van het leerdoel en is in overleg vast te stellen. De keuze dient in het stageplan te worden beargumenteerd. In de praktijk wordt vaak stage gelopen bij: het algemeen maatschappelijk werk, een fysiotherapiepraktijk, de Raad van Beroep, een afdeling Personeelszaken, een revalidatiecentrum, een (letselschade-)advocatenkantoor e.d.

*Ad 4. Praktijkopdrachten / methodiekstages*
De methodiekstages (5 praktijkopdrachten) vormen een belangrijke schakel tussen het cursorisch onderwijs en de dagelijkse praktische beroepsuitoefening. Met behulp van praktijkopdrachten worden de in het cursorisch onderwijs geleerde methoden en technieken onder begeleiding in de praktijk toegepast.
De praktijkopdrachten zijn gekoppeld aan de kernmodulen van de beroepsopleiding. De praktijkopdrachten kunnen - afhankelijk van het oordeel van de SGRC - zowel in de eigen organisatie als daarbuiten worden uitgevoerd. Voor elke praktijkopdracht dient een praktijkopdrachtbegeleider aangewezen te worden voor wie geldt dat hij ten minste twee jaar geregistreerd is. Alleen voor de praktijkopdracht 'sociaal medische beoordeling' (WAO-deel) geldt dat dit wordt begeleid door een minimaal twee jaar geregistreerde verzekeringsarts. Voor korter geregistreerde verzekeringsartsen geldt bij uitzondering een eis van vijf jaar praktijkervaring.
De inhoud van de resp. praktijkopdrachten is als volgt:

- Praktijkopdracht: RI&E, PAGO en bijzondere groepen (4 dagen). In deze (groeps)praktijkopdracht gaat het om een systematische aanpak van risico-inventarisatie en -evaluatie:
  - bij twee afdelingen van een bedrijf een inspectie en rondgang realiseren;
  - aan de hand van een checklist gegevens verzamelen voor een RI&E;
  - deze gegevens ordenen naar knelpunten en prioriteiten;
  - mogelijke oplossingen genereren;
  - presenteren van bevindingen aan medecursisten;
  - op basis van de RI&E een voorstel voor een PAGO formuleren;
  - het geheel vastleggen in een eindverslag.
- Praktijkopdracht: Sociaal-medische beoordeling (3 dagen). Deze (individuele) opdracht wordt uitgevoerd binnen een daartoe erkende uvi. In deze opdracht gaat het om een sociaal-medische beoordeling bij drie cliënten die een beroep doen op de WAO: één op basis van psychische klacht, één op basis van een somatische aandoening en één op basis van een werkgerelateerde aandoening:
  - met elk van deze cliënten wordt een gestructureerd beoordelingsgesprek gevoerd;
  - van elk van deze gesprekken wordt een korte rapportage gemaakt;
  - indien nodig wordt contact opgenomen met de werkgever of de curatieve sector;

- de klachten en symptomen worden aan de hand van de criteria van de WAO beoordeeld;
- de argumentatie wordt voor elke cliënt geformuleerd;
- voor één WAO-casus wordt een FIS-formulier ingevuld;
- ten slotte wordt een eindverslag geschreven.

- Praktijkopdracht: Sociaal-medische begeleiding (7 dagen). Deze (individuele) opdracht wordt uitgevoerd in een gecertificeerde arbodienst en kent in feite twee aandachtspunten. Allereerst wordt een sociaal-medische beoordeling uitgevoerd bij drie verschillende cliënten die een beroep op de Wulbz doen. In het vervolg van de opdracht wordt een protocol voor sociaal-medische begeleiding bij deze cliënten toegepast. Per cliënt worden *twee* gesprekken gevoerd:
  - in het eerste gesprek gaat het, op basis van een gestructureerde beoordeling, om een analyse van de gezondheidsproblemen in relatie tot het werk;
  - daarna worden de gegevens geanalyseerd en de beperkingen beoordeeld;
  - er wordt bezien of extra informatie nodig is;
  - er wordt nagegaan of sprake is van herstelbelemmerende factoren en welke dat zijn;
  - er wordt voor één van de cliënten de 'PASWERK-methode' gehanteerd;
  - in het tweede gesprek gaat het met name om de reïntegratie;
  - alles wordt met de praktijkbegeleider besproken en
  - er wordt een eindverslag gemaakt.
- Praktijkopdracht: Arbeidsgezondheidskundig onderzoek (3 dagen).Deze praktijkopdracht wordt uitgevoerd binnen een gecertificeerde arbodienst en bij voorkeur door een duo: een bedrijfsarts en een verzekeringsarts. In deze praktijkopdracht gaat het om:
  - een gesprek met - en een werkplekonderzoek van - 2 werknemers met een somatische klacht/aandoening, die (mogelijk) in verband staat met het werk;
  - eventueel overleg met de arbeidshygiënist en met de behandelend arts;
  - een rapport over de twee casus en over de wijze van onderzoek.
- Praktijkopdracht: Bedrijfsadvisering (5 dagen). In deze opdracht staat de professionele rol als adviseur centraal. Deze opdracht kan zowel individueel als in een kleine werkgroep worden gedaan. In deze praktijkopdracht gaat het om:
  - een kleinschalig adviestraject;
  - bij voorkeur een issue dat actueel in het werk speelt (bijvoorbeeld reïntegratieplannen, de 'poortwachterfunctie' of een lopend intern adviestraject);
  - informatie verzamelen en ordenen op basis waarvan het management en/of de werknemersvertegenwoordiging of andere betrokkenen geadviseerd kunnen worden;
  - een korte beschrijving van de aanpak;
  - een presentatie hierover aan medecursisten.

### 5.2.4 *De scriptie*

In het kader van de beroepsopleiding verricht iedere verzekeringsarts in opleiding een wetenschappelijk onderzoek waarover een scriptie wordt geschreven. Het doel van de scriptie is het ontwikkelen van het vermogen tot kritisch inzicht in wetenschappelijk onderzoek, het vermogen tot het zelf (mede) uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en het vermogen hierover helder te rapporteren.
Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen drie typen scripties:

- een wetenschappelijk onderbouwd beleidsadvies - mede op basis van literatuuronderzoek;
- een literatuuronderzoek oftewel een meta-analyse met een geëxpliciteerde doelstelling/vraagstelling;
- een empirisch onderzoek inclusief een literatuuronderzoek.

De formele studielast bedraagt 200 uur + 15 dagen onderzoekstage.

### 5.2.5 *Zelfstudie*

Zelfstudie-activiteiten komen tijdens de beroepsopleiding op verschillende manieren aan de orde:

- in de voorbereiding op de diverse cursorische onderdelen;
- het voorbereiden en verslaan van (praktijk-)opdrachten en stages;
- het realiseren van een (scriptie) onderzoek;
- het vormgeven aan keuzeonderwijs.

Op basis van ervaring wordt de duur van dit soort zelfstudie - naast de formele studielast op basis van contacturen - geschat op ca. 450 uur (voorbereiding op cursorisch onderwijs 95 x 4 = 380 uur, voorbereiding en verslaglegging opdrachten en stages 8 x 8 = 64 uur).

### 5.2.6 *Praktijkscholing*

Verzekeringsartsen zijn bij aanvang van hun beroepsopleiding in dienst bij een uvi, een particuliere verzekeraar of een aanverwante organisatie. Het grootste gedeelte van het opleidingstraject bestaat uit het uitvoeren van de dagelijkse werkzaamheden onder begeleiding van een daartoe erkende praktijkbegeleider uit de eigen organisatie. De praktijkscholing kan uitsluitend plaatsvinden binnen een organisatie die als praktijkopleidingsplaats wordt erkend door de SGRC. De begeleiding is er vooral op gericht om de arts in opleiding te helpen bij het leren uit de ervaringen die in het dagelijkse werk worden opgedaan en hen te behoeden voor het maken van onnodige fouten. Aan begeleiding dient bij voorkeur eens per veertien dagen twee uur besteed te worden. Een frequentie van minder dan eenmaal per maand wordt ontoereikend geacht. De praktijkbegeleider dient ten minste twee jaar geregistreerd te zijn in het beoogde deskundigheidsprofiel. Voor korter geregistreerde verzekeringsartsen geldt bij uitzondering een eis van vijf jaar praktijkervaring. Na ongeveer twee jaar treedt de praktijkbegeleider wat meer terug wat betreft de dagelijkse begeleiding en vindt de praktijkbegeleiding steeds meer in intervisiegroepen plaats.

### 5.2.7 *Samenvatting opleiding*

In onderstaande tabel is de inhoud en omvang van de huidige vierjarige beroepsopleiding samengevat:

*Tabel 1. Overzicht van de vierjarige registerberoepsopleiding voor verzekeringsartsen*

| Onderdeel | Inhoud | Omvang |
|---|---|---|
| Cursorisch onderwijs | | 96 dagen |
| *Kernmodulen* | Introductiemodule / GIB | 15 |
| | RI&E, PAGO en bijzondere groepen | 8 |
| | Sociaal medische beoordeling en begeleiding | 18 |
| | Arbeidsgezondheidskundig onderzoek | 5 |
| | Positie en rol van de arts | 5 |
| | Bedrijfsadvisering | 5 |
| | Epidemiologie, statistiek en scriptiebegeleiding | 8 |
| *Intervisie& Keuzetraject* | | 16-21 |
| *Profielmodulen* | | 12-15 |
| | Particuliere verzekeringen | |
| | Verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming | |
| | Verzekeringsarts en reïntegratie | |
| | Zwangerschap en arbeid | |
| Stages | | 60 dagen |
| | Drie oriënterende stages [arbodienst (9), uvi (4), pv (4)] | 13-17 |
| | Onderzoekstage | 15-20 |
| | Vrije stage | 5-10 |
| | Vijf praktijkopdrachten | 22 |
| Scriptie | Uitvoeren van literatuuranalyse + empirisch onderzoek | 25 dagen |
| Zelfstudie | Diverse voorbereiding en verslaglegging | 56 dagen |
| Praktijkscholing | Werken onder begeleiding | 4 jaar |
| | Formele praktijkbegeleiding (op basis van 1 u/wk) | 23 dagen |

De curricula van TNO Arbeid en NSPH zijn goed vergelijkbaar. Verschillen hebben slechts betrekking op de volgende punten.

1. Naamgeving en soms omvang van specifieke modulen.
2. Invulling van intervisie en keuzetraject (TNO Arbeid kent 7 monodisciplinaire intervisiedagen; NSPH 12 interdisciplinaire dagen 'groepstijd'; TNO Arbeid kent in het kader van keuzeonderwijs naast de mogelijkheid van interne en externe keuzemodulen ook de mogelijkheid van andere 'deskundigheidsbevorderende activiteiten').
3. Invulling van het begrip 'cursorisch onderwijs' (Bij NSPH is de gehele RI&E module in de vorm van schriftelijk onderwijs aan de Open Universiteit uitbesteed).
4. Invulling vrije stage / oriënterende stage (TNO Arbeid kent voor het deskundigheidsprofiel verzekeringsarts een verplichte oriënterende stage bij een particuliere verzekeraar).

## 5.3 De relatie tussen de beroepsopleiding en andere specifieke opleidingen

### *5.3.1 Inleiding*

In dit hoofdstuk beschrijven wij de relatie tussen de registeropleiding en andere opleidingen voor verzekeringsartsen. Het betreft de Gemeenschappelijke Interne Basisopleiding Verzekeringsgeneeskunde verzorgd door het GAK (verder: GIB) en de opleiding voor medisch adviseurs verzorgd door de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen (verder: GAV). Afgesloten wordt met een korte opmerking ten aanzien van de opleiding tot basisarts.

### *5.3.2 Gemeenschappelijke Interne Basisopleiding Verzekeringsgeneeskunde (GIB)*

De GIB is bestemd voor bij uvi's nieuw in dienst getreden artsen (zonder AAG-opleiding) in de functie verzekeringsarts, met minimaal een jaarcontract of met een dienstverband voor onbepaalde tijd. De opleiding is het resultaat van een samenwerking tussen GAK Nederland bv, Cadans, GUO, Uszo en het Lisv. De GIB beoogt nieuw in dienst getreden verzekeringsartsen kennis en vaardigheden te doen verwerven die hen in staat stelt minimaal 80% van de gevalsbehandeling - met name het oordelen over arbeids(on)geschiktheid - zelfstandig te verrichten. De GIB bestaat uit twee delen:

*Tabel 2. Overzicht inhoud GIB*

| Onderdeel | Inhoud | Omvang |
|---|---|---|
| Cursorisch deel | | 16 dagen |
| *Modulen* | Wetstechniek | 3 |
| | Functie Informatie Systeem | 2 |
| | Verzekeringsgeneeskundige rapportage | ½ |
| | Verzekeringsgeneeskundige claimbehandeling | 2 |
| | Tuchtrecht en Beroepsrecht | ½ |
| | Methodisch beoordelingsgesprek | 3 |
| | Somatische beperkingen | 2 |
| | Psychische beperkingen | 2 |
| | ARBO wetgeving / Belasting in Werk | 1 |
| Praktijk deel | Werken onder begeleiding | 6 maanden |
| | Formele praktijkbegeleiding (op basis van 1 u/wk) | 3 dagen |

De GIB wordt afgesloten met een eindtoets. Een goed resultaat wordt gehonoreerd met een certificaat dat recht geeft op:

- vrijstelling van 16 dagen op onderdelen van de beroepsopleiding c.q. de introductiemodule (deze vrijstelling geldt tot 5 jaar na afgifte van het certificaat);
- verkorting beroepsopleiding met een half jaar, indien vanaf de start van de GIB sprake is van praktijkscholing volgens SGRC-normen èn instroom in de beroepsopleiding plaatsvindt binnen één jaar na afsluiting van de GIB.

De GIB wordt periodiek gevisiteerd door TNO Arbeid en NSPH waarbij ingegaan wordt op inhoud, kwaliteit en afstemming. Werkafspraken daaromtrent zijn vastgelegd in de 'Leidraad GIB-AAG-opleiding' die op 13 mei 1997 is geaccordeerd door de SGRC.

### 5.3.3 *Beroepsopleiding GAV*

De GAV-opleiding is bestemd voor bij particuliere verzekeraars nieuw in dienst getreden artsen in de functie van medisch adviseur. De opleiding is ontwikkeld en wordt verzorgd door de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen (GAV). De GAV-opleiding beoogt nieuw in dienst getreden medisch adviseurs kennis en, in mindere mate, vaardigheden bij te brengen die hen in staat stelt hun taken zelfstandig te verrichten. De GAV-opleiding bestaat uit de volgende onderdelen:

*Tabel 3. Overzicht GAV-opleiding*

| Onderdeel | Inhoud | Omvang |
|---|---|---|
| Cursorisch onderwijs | | 16 dagen |
| | Introductie | 2 |
| | Arbeidsongeschiktheid | 2 |
| | Levenverzekeringsgeneeskunde | 2 |
| | Ongevallen, recht en medische aansprakelijkheid | 2 |
| | Epidemiologie | 2 |
| | Gezondheidszorg, ziektekosten | 2 |
| | Expertise (neurologie, psychologie, orthopedie) | 2 |
| | Toets en presentaties | 2 |

De GAV kent een eigen verenigingsregistratie. Een aantal jaren geleden heeft de GAV bij de KNMG aansluiting gezocht binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid en vanaf begin 1995 zijn er contacten tussen vertegenwoordigers van de GAV en de opleidingsinstituten van TNO en NSPH. Dit overleg heeft tot een aantal curriculumwijzigingen in de beroepsopleiding geleid (zoals de genoemde profielmodule 'particuliere verzekeringen'). Van een vergelijkbare erkenning zoals die momenteel voor de GIB geldt, is tot op heden echter nog geen sprake.

### 5.3.4 *Relatie tussen opleiding basisarts en beroepsopleiding verzekeringsarts*

In het kader van onderhavig onderzoek volstaat de opmerking dat de beroepsopleiding voor verzekeringsartsen voortbouwt op de kennis en vaardigheden die via de universitaire opleiding tot basisarts zijn verworven. Daarbij zijn in dit verband met name de klinische vaardigheden van belang, Hoewel een enkeling zijn of haar vrije stage of keuzetraject klinisch invult, is een meerderheid voor dit beroepsaspect afhankelijk van de basisopleiding c.q. gelopen coschappen, aangevuld met de klinische ervaring, opgedaan in eerdere functies. Op bescheiden schaal worden vanuit de opleidingsinstituten kleine onderdelen rond arbeid en gezondheid verzorgd in de universitaire basisopleiding. Omgekeerd is de inbreng vanuit de universitaire basisopleiding in de beroepsopleiding voor verzekeringsartsen gering. Aangezien de klinische aspecten in de basisopleiding vooral op diagnostiek en behandeling, en niet op het vaststellen van beperkingen zijn gericht, sluit deze onvoldoende aan bij de vervolgopleiding tot verzekeringsarts.

## 5.4 Aanbod van bij- en nascholing in 2000

In 1999 zijn door uiteenlopende organisaties scholingsprogramma's aangeboden. Soms gaat het daarbij om (lokale of regionale) initiatieven vanuit de beroepsgroep, soms wordt aangesloten op of gebruik gemaakt van bestaande programma's vanuit andere medisch specialismen. Ook kan het gaan om interne aanvullende opleidingen binnen de uitvoeringsinstellingen

of particuliere verzekeringen. Tevens bestaat er een aanbod vanuit de landelijke opleidingsinstituten die via open inschrijving of in opdracht van uitvoeringinstellingen of arbodiensten werken.
Hieronder volgen enkele voorbeelden van geplande bij- en nascholingsprogramma's voor 2000, gericht op omscholing in het kader van (her)registratie (van takregistratie naar hoofdstroomregistratie met een ander deskundigheidsprofiel of nascholing in het kader van (her)registratie (hoofdstroomregistratie binnen eigen deskundigheidsprofiel)).

- Voorlichting van werkgevers inzake de wetten REA en Pemba (incl. daartoe ontwikkelde software).
- Activerende reïntegratie.
- Reïntegratie van werknemers met psychische en psychiatrische problematiek.
- Implementatie van intercollegiale toetsing en intervisie, maar ook opleiding van begeleiders van intercollegiale toetsing.
- Beoordeling belasting-belastbaarheid bij verschillende pathologieën, een groot pakket aan programma's, gericht op onderzoeksmethoden en -technieken bij psychische aandoeningen, aandoeningen van hart/long en aandoeningen van het bewegingsapparaat.
- Specifieke brancheproblematiek inzake belasting in het werk of reïntegratie.
- Beoordelingsmethoden en rapportagetechnieken.

## 5.5 Evaluatie van de beroepsopleiding

Het kwaliteitsbeleid van de beroepsopleiding heeft zowel betrekking op de (leer-)ervaringen van de deelnemers (evaluatie) als de afstemming van inhoud en vorm op het werkveld (borging).

### *5.5.1 Evaluatiesysteem*

Het evaluatiesysteem is gericht op het in kaart brengen van ervaringen, feiten en meningen rond de concrete opleidingsactiviteiten. Hiermee wordt inzicht verkregen in de prestaties van de cursist. Daarnaast richt de evaluatie zich op de kwaliteit van de opleiding, althans in de ogen van de cursist. Het evaluatiesysteem ziet er als volgt uit:

De individuele evaluatieresultaten worden opgenomen in de betreffende leerlingdossiers. De gegevens uit de vragenlijsten worden geaggregeerd op groepsniveau en dienen als input voor verbetervoorstellen voor de inrichting van de opleiding.
De evaluatievragenlijsten, gericht op de verbetering van de opleiding, hebben betrekking op de volgende opleidingsaspecten:

- organisatie en accommodatie
- kwaliteit begeleidend materiaal/literatuur
- didactische opzet
- al dan niet behaald hebben van leerdoelen
- (praktijk-)relevantie van de inhoud
- waardering eigen inzet / inbreng
- kwaliteit docenten
- algehele waardering (rapportcijfer)

De resultaten van de evaluaties van de laatste drie jaar bespreken wij in hoofdstuk 6.

*Tabel 4. Overzicht evaluatiesysteem opleidingsactiviteiten*

| Onderdeel | Evaluatiemethode |
|---|---|
| Cursorisch onderwijs | |
| *Kernmodulen* | Vragenlijst<br>Evaluatiegesprek<br>Diagnostische toetsen |
| *Intervisie* | Evaluatiegesprek |
| *Profielmodulen* | Vragenlijst<br>Evaluatiegesprek |
| *Keuzetraject* | Individueel verslag<br>(deel-)certificaten |
| Stages | Stageplan<br>Stageverslag<br>Stageverklaring door begeleider |
| Scriptie | Scriptiebeoordeling door opleider<br>Steekproeven SGRC |
| Zelfstudie | Individueel verslag |
| Praktijkscholing | Praktijkscholingsplan<br>Praktijkscholingsverslag<br>Praktijkscholingsverklaring door begeleider |

### 5.5.2 *Afstemming tussen opleiding en praktijk*

Binnen het gehanteerde opleidingsmodel zijn vele (vertegenwoordigers van) organisaties betrokken bij het vormgeven van het onderwijs. Partijen die met name betrokken zijn bij de ontwikkeling van het onderwijs zijn HOSV (hoofden overleg sociale verzekeringen / uvi's), VGPC (verzekeringsgeneeskundige programmacommissie / uvi's en Lisv), NVVG, LOSGIO, GIB, GAK en GAV.
De contacten met deze organisaties lopen vooral op basis van individuele initiatieven en hebben daardoor meer een ad hoc karakter.
Partijen die met name betrokken zijn bij regelgeving inzake erkenning en registratie zijn de KNMG-organisaties CSG en SGRC. Met deze partijen hebben zowel periodieke contacten (bijvoorbeeld de visitatie door SGRC) als 'regelmatige' ad hoc contacten plaats.
Daarnaast zijn er als belangrijke inspiratiebronnen de praktijkbegeleiders, voor wie minimaal eens per jaar een contactdag wordt georganiseerd, en de opleidingsdeelnemers zelf voor praktijkervaring uit de eerste hand.

## 5.6 Beleidsvoornemens rond de beroepsopleiding

Tot slot van dit hoofdstuk willen wij nog stilstaan bij enkele beleidsvoornemens.

### *5.6.1 Het Onderwijs- en Examenreglement*

In 1998 is door het CSG het model 'Onderwijs- en Examenreglement' vastgesteld. De basis voor dit model is de Wet op het Hoger en Wetenschappelijk Onderwijs (WHW). Het model verschilt hierin dat het (nog) geen bepalingen omtrent studiebelasting kent en dat een aantal bepalingen met betrekking tot inzage en bewaring van toetsen en juridische kaders is toegevoegd. In het Onderwijs- en Examenreglement is een aantal algemene bepalingen opgenomen die voor de hoofdstroom Arbeid en gezondheid zijn geformuleerd in samenwerking met de vier erkende opleidingsinstituten. Daarnaast zijn enkele instituutsspecifieke bepalingen opgenomen.
Het doel van het Onderwijs- en Examen Reglement is om op eenduidige en vergelijkbare wijze inhoud te geven aan de bepalingen in de diverse opleidingsbesluiten van het College voor Sociale Geneeskunde. Elk erkend opleidingsinstituut dient het Onderwijs- en Examen Reglement te hanteren. In het reglement worden o.a. de volgende aspecten beschreven:

- Toelatingsbeleid
- Onderwijskundige principes
- Opleidingsduur
- Structuur van de opleiding
- Praktijkscholing / Assistentschap
- Toetsen
- Vrijstellingen
- Bepalingen betreffende de voortgang van de opleiding
- Examencommissie
- Fraude en bedrog
- Beroepsmogelijkheden.

### *5.6.2 Het toetsingsbeleid*

In 1999 werd in het kader van het Onderwijs- en Examenreglement aandacht besteed aan de ontwikkeling van toetsbeleid. Met een toets wordt bedoeld een instrument om het resultaat van individuele studie-inspanningen met betrekking tot een onderwijseenheid vast te stellen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen summatieve en formatieve toetsvormen.
Een summatieve toets wordt gebruikt als selectie-instrument. Summatieve toetsen moeten gericht zijn op beroepstaken en beroepsvaardigheden die essentieel zijn. Een formatieve toets wordt ingezet om tussentijdse informatie te verkrijgen over de individuele studievoortgang, zonder dat daaraan selectieve consequenties worden verbonden.
Een toets kan afhankelijk van het beoogde doel verschillende vormen aannemen. Het kan gaan om aanwezigheid, om inspanningsverplichtingen, om het meten van toename in kennis en vaardigheid, om het paraat hebben van bepaalde kennis, het beheersen van een vaardigheid, het bezitten van een attitude e.d
In 1999 is een toetsingproject gestart waarbij in samenwerking met een uvi nagegaan wordt op welke wijze getoetst kan worden op praktische beroepsuitoefening. Uitgangspunt daarbij is dat een dergelijke toetsing moet aansluiten op, en moet bijdragen aan het vigerende kwaliteitsbeleid. Hoewel alle betrokken partijen het belang van een dergelijke toetsing onderschrijven, blijkt de investering in mensen en middelen vooralsnog problematisch.

### *5.6.3 Samenwerking tussen de landelijke opleidingsinstituten*

Al in 1998 is een beweging in gang gezet ten behoeve van een landelijke samenwerking tussen de vier landelijke opleidingsinstituten in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. Op dit moment wordt de mogelijkheid van activiteitenbundeling onderzocht bij de bedrijfsarts-opleiding Corvu, de consultantsopleiding OAC, de bedrijfs- en verzekeringsartsenopleiding TNO Arbeid en de bedrijfs- en verzekeringsartsenopleiding NSPH.

### *5.6.4 De relatie tot de opleiding Maatschappij en Gezondheid*

Zoals eerder aangegeven wordt in het hoofdstroombeleid van het CSG onderscheid gemaakt tussen de hoofdstromen Arbeid en Gezondheid en Maatschappij en Gezondheid. Binnen deze laatste hoofdstroom wordt al geruime tijd gewerkt aan een opleidingsmodel waarbij praktijk-scholing wordt ingevuld in de vorm van z.g. 'assistentschappen'. Daarbij verricht de sociaal-geneeskundige in opleiding als 'assistent' werkzaamheden binnen verschillende voor zijn beroep relevante organisaties. Vooralsnog is deze opleidingsvorm nog niet geïmplementeerd vanwege de inherente specifieke financieringsvraagstukken waarvoor nog geen oplossingen gevonden zijn.

# 6 Knelpunten rond de opleidingen

## 6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is aangegeven hoe de functie van verzekeringsarts zich heeft ontwikkeld, welke opleidingsmogelijkheden er zijn, hoe deze zijn opgebouwd en hoe de relatie tussen opleiding en praktijk vorm heeft gekregen. Tot zover een feitelijke beschrijving.
In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de knelpunten met betrekking tot de claimbeoordeling. Allereerst wordt stilgestaan bij de bevindingen in recente literatuur ten aanzien van de kwaliteit van de claimbeoordeling. Vervolgens zal worden ingegaan op de specifieke knelpunten, die onderkend worden ten aanzien van opleidingen, zoals die uit de gehouden interviews binnen de uitvoeringsinstellingen en particuliere verzekeringsmaatschappijen zijn gehouden. Afgerond wordt met de resultaten van een enquête onder verzekeringsartsen en de resultaten van de evaluaties onder cursisten bij TNO en NSPH in de periode 1997-1999.

## 6.2 Kwaliteit van de claimbeoordeling anno 1999

### 6.2.1 *Inleiding*

In het reeds gememoreerde 'Plan van aanpak WAO' treffen wij verspreid een aantal 'gebreken' aan met betrekking tot de claimbeoordeling. In onderstaand kader zijn deze kort samengevat.

**Door SZW geconstateerde (mogelijke) feilen van de claimbeoordeling door de verzekeringsarts**

1. De claimbeoordeling wordt niet voldoende objectief, uniform, adequaat en reïntegratiegericht uitgevoerd.
2. De claimbeoordelingssystematiek is niet voldoende selectief.
3. De tijdigheid en frequentie van de (her)beoordeling is niet optimaal.
4. De samenwerking tussen arbodiensten en uvi's is niet optimaal.
5. Het management van uvi's laat te veel ruimte voor visieverschillen met betrekking tot de claimbeoordeling en stuurt te veel op kwantitatieve productie-eisen.
6. De intercollegiale toetsing en inhoudelijke feedback/controle komen nog te weinig van de grond.
7. Verzekeringsartsen geven aan bestaande richtlijnen niet altijd goed te kunnen toepassen.
8. De claimbeoordeling voldoet onvoldoende aan objectieve kwaliteitsmaatstaven.
9. De discretionaire bevoegdheden van de professionals (verzekeringsarts, arbeidsdeskundige) dienen binnen een helder kader te worden geplaatst en afgegrensd.

Deze kritiek vormde voor de staatssecretaris de aanleiding voor de opdracht van dit onderzoek.

### 6.2.2 *Gemeten kwaliteit*

Over de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen vindt men verrassenderwijs betrekkelijk weinig gegevens die op goed onderzoek zijn gebaseerd. Verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden zijn te typeren als maatwerk, waarbij de professional in een zekere onafhankelijke positie een individuele beoordeling maakt, waarin hij de claim van de cliënt afzet tegen de regels en richtlijnen; een proces met een groot aantal variabelen, waarbij

wetmatigheden in de toepassing niet altijd direct voorhanden zijn. Het benoemen van kwaliteitscriteria, prestatie-indicatoren en normen, die eenduidig vastleggen of de claimbeoordeling correct is verlopen, is dan ook geen eenvoudige zaak gebleken.
Het kwaliteitsbeleid in deze medische sector richtte zich voorheen vooral op discussies over de condities die rond de verzekeringsgeneeskunde georganiseerd moeten worden, en op productie- en procesindicatoren, zoals werkvoorraad en tijdigheid van de beoordeling. Het beoordelen van de vakinhoudelijke kwaliteit was (en is) een taak van de regionale stafverzekeringsarts, die zich op grond van eigen waarneming dan wel aan de hand van dossiercontrole een oordeel vormde. Vanaf 1997 is onder aansturing van het Ctsv gewerkt aan de implementatie van een systematische kwaliteitsborging, waarin evenveel aandacht gevraagd wordt voor de inrichting van de functie en de daartoe benodigde condities als voor de wijze van sturing en verantwoording. Hiermee is een start gemaakt met het verkrijgen van systematisch verzamelde informatie over de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskunde op de aspecten prestatie en vakinhoudelijke kwaliteit. Het in 1998 aan alle uvi's door het Ctsv opgelegde protocol[14] Sociaal Medisch Handelen bevat met betrekking tot de claimbeoordeling de kwaliteitscriteria cliëntgerichtheid, tijdigheid, volledigheid, juridische en vakinhoudelijke juistheid en inzichtelijkheid. Het protocol draagt uvi's op een beheersings- en verantwoordingssystematiek in te richten rond de claimbeoordeling, inclusief de inrichting van en de condities rondom de gevalsbehandeling. Ook worden eisen gesteld aan de verslaglegging. Het Lisv benoemt juistheid, tijdigheid en relationele kwaliteit (de beslissing van de arts moet schriftelijk en in begrijpelijk Nederlands aan de werknemer worden medegedeeld). De criteria cliëntgerichtheid, tijdigheid en juridische rechtmatigheid blijken op enigerlei wijze uitgewerkt in prestatie-indicatoren met daaraan gekoppelde normen. Voor het criterium vakinhoudelijke juistheid is dat nog niet het geval.
Mul et al. (1999) verstrekken een overzicht van de belangrijkste recente ontwikkelingen met betrekking tot de kwaliteit van de claimbeoordeling. Wij halen enige aspecten uit dit overzicht naar voren en vullen dit aan met wat recente gegevens.
Een in 1998 uitgevoerd onderzoek naar de kwaliteit van opgebouwde dossiers met betrekking tot de sociaal-medische begeleiding (waaronder de claimbeoordeling) liet zien dat 50% van de onderzochte 267 dossiers verzekeringsgeneeskundige tekortkomingen vertoonden (Ctsv, 1998). De meest voorkomende tekortkoming bleek het onvoldoende aantoonbaar zijn van een relatie tussen de klachten en beperkingen van de werknemer en de bevindingen van de verzekeringsarts. Dit betreft een inhoudelijk aspect van de beoordeling, hoewel niet duidelijk is of het hier gaat om gebrek aan kennis of om een gebrekkige administratie van op zichzelf goed uitgevoerd onderzoek. Overigens waren de geconstateerde 'gebreken' slechts in minder dan 20% van de bestudeerde gevallen mogelijk van invloed op de uiteindelijk genomen beslissing. Op grond van een professioneel oordeel van de onderzoekers werd gesteld dat de aangetroffen fouten in 2% van de gevallen wel van invloed zijn op de eindbeslissing inzake de uitkeringsrechten.
Het onderzoek is in 1999 herhaald in een gewijzigde opzet (Lisv, 1999). De uitvoeringsinstellingen dienden zelf de dossieronderzoeken te verrichten. Op geprotocolleerde wijze en door middel van reviews vanuit het Ctsv werd de betrouwbaarheid van de uitkomsten vastgesteld. Gebleken is dat de wijze waarop aan het protocol uitvoering is gegeven, de vergelijking van de bevindingen onderling vrijwel onmogelijk maakte. Daardoor heeft het Ctsv moeten volstaan met een algemeen oordeel. Het Lisv heeft in een bestuursnotitie van augustus jl. wel een beeld gegeven van alle foutbevindingen. Het beeld van 50% dossiers met tekortkomingen komt hieruit opnieuw naar voren. Tekortkomingen zijn echter gedefinieerd als alle - ook kleine - afwijkingen in een dossier, ook waar deze te kenmerken zijn als procedurefouten. Er kunnen dan ook, als het gaat om een kwalitatieve beoordeling, slechts beperkt conclusies aan dit onderzoek worden verbonden. De algemene conclusie dat het belangrijkste knelpunt ligt in de inzichtelijkheid van de relatie tussen bevindingen enerzijds en conclusies anderzijds

[14] Een protocol kan worden opgevat als een verzameling gedragsregels die als leidraad worden toegepast bij het proces van (in dit geval) de claimbeoordeling.

wordt ook in het onderzoek van 1999 herbevestigd. Over intra- en interdoktersvariatie kan een dergelijk dossieronderzoek uiteraard geen uitsluitsel geven. De in de wetgeving ingebouwde eigen beslisruimte van artsen om algemene regels in individuele gevallen binnen een bepaalde bandbreedte per geval naar eigen inzicht te vertalen is overigens inherent aan de aard van de problematiek. Immers, de beschikbare informatie is voor geen enkel individu dezelfde, en vergt vrijwel altijd een professionele interpretatie. Dat neemt niet weg dat willekeur en eventueel misbruik moet worden voorkomen. Een te grote mate van eigen beslisruimte draagt het risico met zich mee op grote intra- en interdoktervariatie bij de claimbeoordeling. Zo valt op dat in 1998 in 48% van de claimbeoordelingsgevallen door de verzekeringsarts geen arbeidsdeskundige werd ingeschakeld, merendeels omdat de arts zelfstandig besluit dat van volledige arbeidsongeschiktheid sprake is (Ctsv, augustusrapportage 1999). De inhoud van de richtlijn, opgesteld om slechts in uitzondering te kunnen afzien van de inschakeling van een arbeidsdeskundige, verklaart niet waarom dit percentage zo hoog is. "Het risico bestaat dat artsen om steeds meer redenen gaan afwijken van de standaard ('Geen duurzaam benutbare mogelijkheden)" (Ctsv, 1999). Hoewel dit op zichzelf geen kwaliteitsoordeel van het medisch handelen inhoudt, wijst dit fenomeen op een gegroeide praktijk die niet bedoeld was door de wetgever, en op een eigenstandige interpretatie van richtlijnen. Onderzoek (Horstman, 1997) laat zien dat de implementatie van richtlijnen en standaarden eveneens te wensen overlaat. Om deze redenen wordt door de wetgever waar mogelijk duidelijk gemaakt door welke uitgangspunten en doelstellingen de professional zich moet laten leiden. De professionals zelf bevorderen de vakinhoudelijke juistheid door het (doen) opstellen en/of implementeren van standaarden, richtlijnen, en protocollen, die gezien kunnen worden als een vorm van prestatie-indicatoren. Ook bijvoorbeeld intercollegiale toetsing en diverse methoden en technieken die de arts bij de claimbeoordeling ter beschikking staan, dragen tot dit doel bij. Het bij de claimbeoordeling verplicht door artsen en arbeidsdeskundigen te hanteren Functie Informatie Systeem (FIS) neemt hierbij een aparte, maar uit oogpunt van kwaliteitsbeleid belangrijke plaats in.

Mul et al. bespreken vervolgens de effecten van deze kwaliteitsmaatregelen aan de hand van de effectiviteit van de kwaliteitsinstrumenten en de beschikbaar gekomen prestatiemetingen. Het tot heden gevoerde kwaliteitsbeleid richt zich nog sterk op input- en procesindicatoren en op administratieve output, minder op professionele output en vrijwel niet op effecten (outcome). Normen, indien al aanwezig, worden dikwijls niet gehaald. In de praktijk leveren de getroffen maatregelen voor de vakinhoudelijke kwaliteitsverbetering nog weinig (zichtbaar) effect op. Mul et al. geven als reden hiervoor aan dat hun sleutelinformanten menen dat het kwaliteitsbeleid nog te veel is gericht op formele, kwantitatieve doelstellingen. Hierdoor ontstaat veel ruimte voor visieverschillen, en zijn intervisie, intercollegiale toetsing en inhoudelijke controle/feedback nog niet goed van de grond gekomen. Een deel van de professionals zou bovendien over onvoldoende specifieke kennis en vaardigheden beschikken voor de uitvoering van nieuwe standaarden en richtlijnen, ook al wordt het standaardenbeleid in principe positief beoordeeld. Op uitvoerend niveau bestaat mede hierdoor voor de professionals te veel interpretatieruimte met betrekking tot de te hanteren beoordelingsconcepten. Recent in opdracht van het Lisv uitgevoerd onderzoek bevestigd het beeld van (te) grote interpretatieruimte binnen de claimbeoordeling opnieuw (Lisv, 1999). Of hier een opleidingsprobleem ligt valt niet zonder meer vast te stellen, maar het feit dat er onder verzekeringsartsen meer behoefte bestaat aan het leren werken met standaarden, wijst daar wel op. Recent onderzoek zou hebben uitgewezen dat 22% van de thans werkende verzekeringsartsen zich niet voldoende opgeleid acht voor het werk (KPMG/UM 1997, ref. via Mul et al., 1999). In de praktijk zouden bovendien, mede door hoge werkdruk en te weinig aandacht van het management voor professionele criteria, professionele normen en waarden in het gedrang komen. Het toetsen van de sociale competentie staat nog in de kinderschoenen, en is noch in de opleiding noch in de praktijk voldoende ingevoerd.

Er blijkt dus nog veel te doen aan verbetering van het kwaliteitsbeleid met betrekking tot de claimbeoordeling. Inputindicatoren met betrekking tot de claimbeoordeling zijn summier: men moet arts zijn om een medische claimbeoordeling te kunnen doen. Procesindicatoren blijken voorhanden en evalueerbaar. De output kan gemeten worden, maar de verbinding met normen ontbreekt grotendeels zodat geen harde conclusies getrokken kunnen worden. Outcome-criteria zijn beperkt aanwezig, maar deze richten zich niet op de kwaliteit van de individuele claimbeoordeling of op de individuele arts. Met name op het punt van de vakinhoudelijke aspecten blijkt de praktijk dus weerbarstig en is er weinig bekend over de kwaliteit van de inbreng van de professional. Het bestaan van toch niet mis te verstane kritiek op de kwaliteit van de huidige claimbeoordeling door artsen, zoals verwoord in het 'Plan van aanpak WAO', blijkt dus maar ten dele door feitelijke 'metingen' van die kwaliteit te staven. Mul et al. concluderen dat, op basis van hun onderzoek, geen harde uitspraken gedaan kunnen worden over de kwaliteit van de claimbeoordeling. Wij delen die mening. Ook uit de onderzoeken van het Ctsv inzake de rechtmatigheid kunnen op dit moment geen harde conclusies getrokken worden ten aanzien van de vakinhoudelijke kwaliteit van de beoordeling. Toch is er wel reden voor zorgen, zeker tegen het licht dat de wel verrichte onderzoekingen geen beter beeld laten zien. Een belangrijke stap in een dergelijke situatie zal het verhogen van de professionele kwaliteit moeten zijn. Een goede opleiding maakt daar deel van uit.

### *6.2.3 Conclusies*

De huidige stand van zaken rond de claimbeoordeling in het kader van de WAO kan kortweg en enigszins ongenuanceerd als volgt gekenschetst worden[15].

- het is in operationele en professionele zin onduidelijk wat onder een kwalitatief goede claimbeoordeling moet worden verstaan. Hierdoor is een beoordeling achteraf over deze kwaliteit niet goed mogelijk;
- bij intercollegiale toetsing, bij overleg tussen arts en werkgever en tussen arts en werknemer wordt nog onvoldoende teruggevallen op bestaande standaarden en richtlijnen. Waar deze bestaan worden zij onvoldoende gebruikt. Hierdoor is de kans niet groot dat een claimbeoordeling in belangrijke mate door kwaliteitsoverwegingen wordt bepaald.

## 6.3 Knelpunten ten aanzien van de huidige opleidingen

In deze paragraaf wordt een aantal knelpunten in de huidige opleiding beschreven zoals die door ons zijn bijeengebracht. De volgorde is willekeurig.

### *6.3.1 De visie van adviseurs medische zaken uitvoeringsinstellingen, Ctsv en Lisv*

Mul et al. (1999) stellen met betrekking tot de opleiding van verzekeringsartsen: *"De professionals kunnen beter geschoold en getraind worden. Er is bij groepen professionals een gebrek aan bepaalde kennis en vaardigheden, die een functioneren volgens de huidige wettelijke vereisten en standaarden belemmeren. Niet alleen medisch-technische kennis, maar ook communicatie vaardigheden, een juiste attitude etc. zijn essentieel. Verbetering op dit punt vergt een grote controle op de professionele opleidingen, maar ook een zorgvuldig bij- en nascholingsprogramma, met stimulans tot en controle op deelname. Ook dient bij de implementatie van nieuwe standaarden een uitgekiend introductie- en implementatie-programma gevolgd te worden. Aparte aandacht dient te bestaan voor tijdelijk personeel".*

Deze aanbeveling wordt ondersteund door de interviews, gehouden met de medisch adviseurs bij de uitvoeringsinstellingen, Lisv en Ctsv. Het bezit van kennis en vaardigheden wordt

[15] Zie o.m. het proefschrift Vrijhof (2000), waarin deze problematiek met betrekking tot de verzuimbegeleiding door arbodiensten wordt besproken.

gezien als een van de belangrijkste voorwaarden voor een adequate kwaliteitsborging. Opleiding, als middel om kennis en vaardigheden te beïnvloeden, maar ook werving en selectie om basisvaardigheden in huis te halen, spelen een belangrijke rol. In hoofdstuk 3 is ingegaan op de eisen die gesteld worden aan kennis en vaardigheden, zoals deze uit literatuur naar voren kwamen en door de geïnterviewde adviseurs medische zaken zijn verwoord. Laatstgenoemden gaven kort samengevat aan de volgende zaken van wezenlijk belang voor de verzekeringsgeneeskundige functie te vinden:

- ontwikkelen van een verzekeringsgeneeskundige attitude;
- kennis hebben van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in al zijn functies;
- specifieke verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming;
- relevante wetskennis;
- communicatieve vaardigheden inclusief rapportage-aspecten.

Alle geïnterviewden zien de functie van verzekeringsarts als een onderdeel van het totale proces van sociaal-medische begeleiding en hechten eraan dat inzicht in andere onderdelen van dit proces aanwezig is.
De kennis- en vaardigheidsvereisten staan centraal in het wervings- en selectiebeleid, dat de uitvoeringsinstelling voert. Daarbij ligt van oudsher de klemtoon meer op het bezit van vaardigheden en sociale competentie dan op het bezit van de feitelijke kennis. Kennis is aan te reiken, basisvaardigheden en sociale competentie veel minder.
Ten aanzien van het aanbieden van kennis speelt in eerste instantie de GIB een belangrijke rol. De GIB wordt vooral gezien als een praktische opleiding, waarin in korte tijd veel kennis wordt verworven omtrent de uitvoering van de verzekeringsgeneeskundige functie en waarbij na afronding voldoende kennis en vaardigheden aanwezig zijn om 80% van het werk te kunnen verrichten. De beroepsopleiding biedt de mogelijkheid te verdiepen, hetgeen met name noodzakelijk is voor het bijbrengen van een gezamenlijke wetenschappelijk referentiekader.
Bij- en nascholing is het instrument dat binnen de uitvoeringsinstelling gehanteerd wordt om lacunes in de opleiding dan wel aangetroffen tekortkomingen op te heffen of verbetermogelijkheden te ondersteunen. Daarnaast geeft men aan direct invloed uit te (kunnen) oefenen op de inhoud van de GIB, maar buiten de reeds eerder genoemde contacten met de beroepsopleiding wordt hier geen structurele inbreng aan de vaststelling van de inhoud van het opleidingsprogramma geleverd.
Toch bestaat er wel behoefte aan verbeteringen in de opleiding. Expliciet werd daarbij aangegeven dat de huidige opleidingen te weinig kader bieden voor de ontwikkeling van kennis inzake de belastbaarheid. Daarbij richten de opmerkingen zich vooral op de ontwikkeling van beoordelingsmethoden in de drie grote diagnosegroepen (orthopedisch, psychisch, hart/longen). Een zeer grondige kennis inzake onderzoeksmethoden, de validiteit van belastbaarheidsonderzoeken, de behandelstrategieën en de consequenties hiervan inzake belastbaarheid verdienen blijvende aandacht. Het is dan ook niet verwonderlijk dat, bij gebrek aan voldoende kennisverwerving in de reguliere opleiding, in alle bij- en nascholingsprogramma's voor dit vraagstuk veel aandacht bestaat. Hierbij is door een aantal geïnterviewden niet alleen gewezen op de noodzaak van deze kennis voor eigen oordeelsvorming, maar ook om zich op gelijkwaardig niveau met de curatieve sector te kunnen verstaan en hiermee invloed uit te oefenen op het beleid en de interventies.
Gezien de hiervoor beschreven bevindingen in de literatuur over de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskunde is het niet verwonderlijk dat aandacht wordt gevraagd voor argumentatie: de wijze waarop en de inzichtelijkheid waarmee onderbouwing wordt gegeven aan het oordeel van die onderbouwing.
Een ander aspect dat kennelijk verbetering behoeft ligt op het terrein van de sociale competentie, veelal aangeduid met 'attitude', hoewel dit begrip een beperktere betekenis heeft. Een verzekeringsarts functioneert in het spanningsveld van verschillende belangen en zijn functie vergt een bijzondere sociale competentie. Hoewel hieraan in de opleiding aandacht wordt besteed, leidt dat toch niet altijd tot succes. In de praktijk stuiten de geïnterviewden op het

feit dat niet iedere verzekeringsarts over voldoende sociale competentie beschikt. Dit heeft dan ook de aandacht bij de kwaliteitscontroles in het kader van het protocol Sociaal Medische Handelen.
Door een aantal geïnterviewde adviseurs medische zaken is aandacht gevraagd voor de aanvullende eisen die samenwerking met de bedrijfsarts stelt. Het gaat hier o.a. om het kunnen omgaan met een dubbelrol, om de samenwerking en om controle op de kwaliteit van het arbowerk. Ook hier is sociale competentie een issue.
Door enkelen is gewezen op de behoefte aan verbetering van de bekwaamheden op het terrein van wetenschappelijk onderzoek en de bekwaamheden inzake het interpreteren van statistiek en literatuur op het terrein van verzuim.

### *6.3.2 De visie van het management uitvoeringsinstellingen*

Hieronder vatten wij per gestelde hoofdvraag de antwoorden van de door ons geraadpleegde managers van uitvoeringsinstellingen samen (zie ook bijlage 4C)

1. *In hoeverre sluit de opleiding van verzekeringsartsen aan bij de behoefte van het management binnen de uitvoeringsinstellingen?*

Over het algemeen kan men zeggen dat het management redelijk tot zeer tevreden is met de opleiding. De opleiding bevat geen overbodige elementen en de kennisterreinen en vaardigheden die nodig zijn om in de praktijk te werken als verzekeringsarts zijn over het algemeen allemaal aanwezig. Wel blijkt uit de reacties van de managers dat sommige onderwerpen uitgebreider aan de orde zouden moeten komen (communicatieve vaardigheden, praktische vaardigheden). Geconcludeerd kan worden dat de opleiding op bepaalde onderwerpen uitgebreider in zou kunnen gaan.

2. *Wat zou het management anders willen zien in de opleiding en in het bijscholingsprogramma?*

Het management is vrij eensgezind van mening dat er een betere vertaalslag gemaakt zou moeten worden tussen theorie en praktijk. De opleiding zoals hij nu is, richt zich te veel op de theoretische kant van het werk, te veel op het opdoen van kennis. De praktische kant zou nadrukkelijker naar voren moeten komen in de te behandelen onderwerpen. Ook blijkt dat het efficiënt werken van verzekeringsartsen een 'topic' is bij het management. Er moet door de verzekeringsartsen zowel kwaliteit als kwantiteit geleverd worden als onderdeel van het productieproces. Dit zou in de opleiding meer naar voren gebracht kunnen worden. Het management vindt de opleiding zoals die nu is, eigenlijk te lang. Er worden echter geen overbodige onderwerpen in de opleiding genoemd, wat het moeilijk maakt om aan te geven op welke punten de opleiding ingekort zou kunnen worden.
Over het bijscholingsprogramma kan niet veel gezegd worden. De meningen lopen hierover te veel uiteen om tot een overkoepelende conclusie te komen.

3. *Wat is de mening van het management over de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling?*

Het feit dat het op peil houden van het artsenbestand in de toekomst wel eens moeilijk kan blijken te zijn, doet het merendeel van de respondenten besluiten op bovenstaande vraag te antwoorden dat er mogelijkheden zijn om op onderdelen niet-artsen bij het beoordelingsproces te betrekken. Wel moet gewaarborgd worden dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit en de uniformiteit van de beoordeling. Het lijkt dus de moeite waard om de verschillende mogelijkheden met betrekking tot het inzetten van niet-medici nader te onderzoeken. Men benadrukt het van belang te vinden dat de verschillende partijen die hierbij betrokken worden oplossingsgericht denken.

### 6.3.3 *De visie vanuit de particuliere verzekeringen*

Vijf medisch adviseurs bij particuliere verzekeringen hebben hun opvatting over de opleiding weergegeven (zie ook bijlage 4B). Twee van hen hebben de opleiding zelf gevolgd, de drie anderen baseren hun oordeel op hun ervaringen. Alle vijf zijn ze van mening dat de beroepsopleiding niet aansluit bij het werk van de medisch adviseur bij een verzekeringsmaatschappij. Deze aansluiting wordt door vrijwel alle geïnterviewden wel van belang geacht, zij het dat de opleiding dan op een aantal punten zou moeten worden aangepast.
De beroepsopleiding is 'te weinig pragmatisch' en 'te weinig gericht op het werk van medisch adviseurs'. Eén van de medisch adviseurs die de beroepsopleiding heeft gevolgd, noemt als voorbeeld dat niet wordt ingegaan op de standaarden die zijn ontwikkeld door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), terwijl de medisch adviseur daar in de praktijk bijna dagelijks mee moet werken. Andere onderwerpen die worden gemist in de opleiding zijn:

- Kennis over letselschade
- Medische aansprakelijkheid
- Bedrijfseconomische kennis
- Hoe ziet een polis eruit, hoe wordt een premie opgebouwd
- Communicatie met omgeving
- Het werken in een organisatie.

Eén van de medisch adviseurs is van mening dat er in de opleiding te veel aandacht wordt besteed aan niet-medische zaken. Voor 'het sociale verhaal moet je geen arts inhuren'. Als er bijvoorbeeld een werkconflict speelt moet dat niet door een arts worden opgelost. Dezelfde medisch adviseur signaleert ook dat 'een particuliere verzekeringsmaatschappij meer bezig is met ziektebeelden en ontwikkelingen op medisch gebied dan een uitvoeringsinstelling, omdat zij die moeten verzekeren'. De meeste geïnterviewden zijn daarentegen van mening dat het werk van een medisch adviseur juist niet alleen maar medisch is: 'een medisch adviseur moet veel meer kwaliteiten in huis hebben dan alleen maar medische kennis'.
Als in de opleiding meer aandacht wordt besteed aan organisatievaardigheden, de praktijk van het verzekeringswerk bij particuliere verzekeraars, en aan communicatieve vaardigheden, dan zou dat voor de geïnterviewden reden zijn om meer artsen van de particuliere verzekeringsmaatschappijen te laten deelnemen aan de (reguliere) opleiding.
De mogelijkheden om de opleiding meer op de wensen van de particuliere verzekeraars aan te laten sluiten en de GAV- introductieopleiding (zie hoofdstuk 3) hierin te integreren, vormde aanleiding voor het GAV-bestuur contact te zoeken met de NSPH. De GAV vindt het wenselijk om een erkenning te krijgen voor hun vakgebied. De gesprekken hebben echter tot nu toe geen resultaat gehad. De integratie van de opleiding zou volgens geïnterviewden het best kunnen geschieden door te werken met korte(re) kernmodules en meer specialistische modules, die specifiek ingaan op het werk (van medisch adviseurs) bij particuliere verzekeringsmaatschappijen.
Bij alle geïnterviewden bestaat behoefte aan gerichte bij- en nascholing. Men noemt een scala van onderwerpen die van belang worden geacht. Eén onderwerp springt daarbij erg in het oog: het bijhouden van de nieuwe medische ontwikkelingen in relatie tot de risico inschattingen die zij als verzekeraar dienen te maken. Het gaat dan bijvoorbeeld om ontwikkelingen in de genetica, beroepsziekten (bijv. OPS) en psychische klachten. Daarnaast worden ook onderwerpen als 'reïntegratie', 'sociale wetgeving' en 'oorzaken van arbeidsongeschiktheid' genoemd. Een belangrijk aspect van bij- en nascholing betreft de intercollegiale toetsing. Bij drie verzekeraars wordt hier aandacht aan besteed, waarbij er in ieder geval wekelijks overleg is over de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen. Bij twee verzekeraars wordt helemaal geen aandacht besteed aan intercollegiale toetsing of deskundigheidsbevordering.
Het kwaliteitsbeleid blijkt sterk in de belangstelling te staan. Kwaliteitscriteria zijn bij twee van de vijf verzekeraars in ontwikkeling. Daarbij wordt bijvoorbeeld aandacht besteed aan gedragscriteria, doorlooptijd en kwaliteit van het advies. Uit de interviews wordt duidelijk dat leidinggevenden meer bezig zijn met het ontwikkelen van kwaliteitscriteria dan de me-

disch adviseurs en dat zij er ook meer belang aan hechten dat dergelijke criteria worden ontwikkeld. Eén van de verzekeraars is bezig met het ontwikkelen van service-level-agreements, waarin wordt vastgelegd welke dienstverlening medisch adviseurs moeten verlenen. Een andere verzekeraar zegt kwaliteitscriteria te willen op het gebied van 'vaardigheid in samenwerking'. Een derde leidinggevende geeft aan dat er nu geen kwaliteitscriteria zijn, maar dat deze dringend nodig zijn. Er is immers op deze wijze onvoldoende controle op het werk van medisch adviseurs mogelijk.
Het is een lastig onderwerp, volgens deze leidinggevende, 'omdat medisch adviseurs niet gewend zijn dat er eisen aan hen worden gesteld'. De vierde leidinggevende vindt het ontbreken van kwaliteitscriteria een groot probleem. Hij vindt de beoordeling 'zo zacht als boter'.

### *6.3.4 De visie van verzekeringsartsen*

In het kader van dit onderzoek is een schriftelijke enquête gehouden onder verzekeringsartsen. Het betreft afgestudeerde verzekeringsartsen afkomstig uit het zogenaamde Lisv-uitvoerderspanel en uit bestanden van recent geregistreerde verzekeringsartsen. Daarnaast is een analyse gemaakt van de evaluaties die na afloop van de reguliere opleiding bij de NSPH en TNO Arbeid worden uitgevoerd. Over beide groepen wordt hierna achtereenvolgens gerapporteerd.

*Visie panel-artsen op de opleiding*
In het kader van dit onderzoek is een schriftelijke enquête gehouden onder 247 verzekeringsartsen; 106 van hen hebben de hen toegestuurde vragenlijst ingevuld geretourneerd. Voor de verantwoording van de representativiteit van de enquête verwijzen wij naar bijlage 4A, waarin het verslag van de enquête en de uitkomsten integraal zijn opgenomen. In deze paragraaf zijn alleen de belangrijkste bevindingen opgenomen.
De geïnterviewden is gevraagd naar hun mening over:
1. de kennis en vaardigheden die zij van belang achten voor hun werk:
2. de kwaliteit van beroepsopleiding en van de bij- en nascholing; verbeteringsmogelijkheden voor de opleiding.

Daarnaast is hun gevraagd naar hun mening inzake het inzetten van niet-artsen bij de claimbeoordeling.

*Ad 1. Kennis en vaardigheden van belang voor het werk*
In tabel 2.1, bijlage 4A, wordt integraal weergegeven wat de artsen belangrijk vinden in hun werk. Rubriceren we de antwoorden, dan geeft meer dan driekwart van de ondervraagden aan de volgende aspecten essentieel te vinden voor de opleiding:
- de mogelijkheden om beperkingen van cliënten te kunnen vaststellen (99 procent);
- methoden om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen (95%);
- kennis van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming (93%);
- beargumenteerd en efficiënt kunnen rapporteren (90%);
- kennis over werken met ziekte, handicaps, zwangerschap (87%);
- kennis over de relatie tussen werk en gezondheid (83%);
- kennis en toepassing van wet- en regelgeving en jurisprudentie (83%);
- psychologie van de beoordeling (herstelgedrag, eigen insteek) (82%);
- kennis van specifieke, vakrelevante pathologie en diagnostiek, zoals orthopedie of psychiatrie (78%);
- kennis en toepassing van standaarden en protocollen (77%)';
- voldoende praktische diagnostische vaardigheden (77%).

Het minste belang wordt gehecht aan de kennis over particuliere verzekeringen (8%), epidemiologie en statistiek (9%), de vaardigheid tot bedrijfsadvisering (14%), en inzicht in de kosten-baten aspecten rond verzuim en arbeidsongeschiktheid (17%).

*Ad 2.Het oordeel over de opleiding*
De verzekeringsartsen is eveneens gevraagd aan te geven welke onderdelen van de opleiding zij uitgebreider behandeld willen zien, welke onderdelen precies voldoende zijn, welke korter kunnen en welke onderdelen geheel uit de opleiding zouden kunnen worden verwijderd. In tabel 3.1, bijlage 4A, zijn de antwoorden integraal weergegeven. De uitkomsten zijn gecorrigeerd voor diegenen, die de opleiding reeds meer dan vijf jaar geleden hebben afgesloten. De resultaten van de beantwoording zijn bovendien afgezet tegen de beantwoording van de vraag welke aspecten in de opleiding vooral aan bod zouden moeten komen.

Geconcludeerd kan worden dat verzekeringsartsen vooral aandacht vragen voor verbetering van de beroepsopleiding alsmede van de bij- en nascholing, ten aanzien van de volgende onderwerpen:

- nieuwe wet- en regelgeving, jurisprudentie (specifiek voor bij- en nascholing);
- het vaststellen van de belastbaarheid van cliënten;
- specifieke vakrelevante pathologie en diagnostiek (orthopedie, psychiatrie);
- de toepassing van standaarden en protocollen;
- de diagnostische vaardigheden;
- de toepassing van het FIS;
- kwaliteitszorg;
- gesprekstechnieken en communicatieve vaardigheden.

Onderwerpen waarvan minimaal een kwart vindt dat de opleiding er te veel aandacht aan geeft zijn bedrijfsadvisering, epidemiologie en statistiek, particuliere verzekeringen, risicofactoren bij arbeid, en contacten met arbodiensten en de behandelende sector.
Grote kritiek bestaat ten aanzien van de scriptie. Deze wordt door drievierde van de ondervraagden niet gezien als een nuttige bijdrage aan het functioneren als verzekeringsarts. Eenderde van de ondervraagden vindt zelfs dat de verplichting uit de opleiding kan worden verwijderd.
Ten aanzien van de inrichting van de stages komt geen eenduidig beeld naar voren. Een deel acht de stages adequaat, anderen willen meer klinische stages en weer een andere groep zoekt een combinatie binnen de huidige beschikbaar gestelde ruimte.

### 6.3.5 *Evaluatieresultaten 1996, 1997, 1998 van de opleidingen bij TNO Arbeid en NSPH*

In tabel 5 worden enkele evaluatieresultaten weergegeven over de periode 1997 t/m september 1999, waarbij uitsluitend gebruik is gemaakt van gegevens van de verzekeringsartsen, die in die periode cursist waren bij de opleiding (1997 N=26, 1998 N=32, 1999 N=38). Omdat het in dit onderzoek slechts ging om een globale indruk, is de tabel overzichtelijk gehouden door de gegevens van TNO Arbeid en NSPH te combineren en uitsluitend voor de volgende gegevens te kiezen:

- *Cursorisch onderwijs*: alleen de algemene waardering is uitgedrukt in een rapportcijfer. Dit rapportcijfer blijkt overigens hoog te correleren met de eerder genoemde opleidingsaspecten (r = 0.72).
- *Intervisie*: pas medio 1999 in deze vorm van start gegaan dus (nog) geen gegevens.
- *Profielmodulen*: alleen de algemene waardering uitgedrukt in een rapportcijfer. De profielmodulen van 1998 zijn verplaatst naar 1999.
- *Keuzetraject*: met ingang van medio 1998. Uit de verslaglegging komt een gemiddeld oordeel slecht (-), matig (±) of goed (± naar voren. Omdat dit zelf gekozen of zelf vormgegeven onderdelen betreft, heeft het oordeel vooral betrekking op relevantie/nut en niet zozeer op externe partijen als docenten of betrokken organisaties e.d.). Bij NSPH betreft dit cursorisch onderwijs.

- *Stages*: er wordt gescoord op slecht (-), matig (±) of goed (± ). Deze grove maat is gebruikt omdat de aard en omvang van stages nogal uiteenlopen. De praktijkopdrachten zijn om die reden gespecificeerd.
- *Scriptie*: er wordt gescoord op slecht (-), matig (±) of goed (± ).

Uit de verschillende verslagen en mondelinge evaluaties komt het volgende algemene beeld naar voren.
Het cursorisch onderwijs scoort over het algemeen redelijk, maar nergens erg hoog. Het samenwerken met bedrijfsartsen in een opleidingsgroep wordt door verzekeringsartsen bijna altijd als positief beoordeeld.
Het keuzeonderwijs wordt bij de NSPH matig gewaardeerd omdat het te weinig specifiek verzekeringsgeneeskundig zou zijn. Bij TNO Arbeid wordt de ruimere bandbreedte positief gewaardeerd al zijn er ook deelnemers die aangeven juist moeite te hebben met de invulling van de geboden keuzevrijheid.
De stages worden wisselend gewaardeerd, maar het oordeel 'matig tot negatief' overweegt. Over het algemeen vinden verzekeringsartsen dat er te veel accent ligt op 'arbostages'. Voor de praktijkopdrachten geldt hetzelfde. De waardering hangt samen met de mate van herkenbaarheid in eigen werk. Over het algemeen worden de opdrachten matig tot goed gewaardeerd waarbij wordt opgemerkt dat het steeds lastiger blijkt om e.e.a. te organiseren dan wel volgens richtlijnen uit te voeren zonder dat dit de bedrijfsvoering en klantcontacten van betrokken arbodiensten en uvi's verstoort.
Met betrekking tot de scriptie bestaat weliswaar een grote mate van spreiding in de waardering, maar deze is overwegend negatief. Een positief oordeel blijkt veelal in verband te worden gebracht met het feit dat het onderzoek voor de eigen werkgever kan worden verricht en deze (daardoor) medewerking verleent. De scriptie blijkt van veruit de meeste deelnemers onevenredig veel tijd te vergen.
De praktijkscholing wordt eveneens sterk gevarieerd maar merendeels ten hoogste met 'matig' beoordeeld. Dat het meeste wordt geleerd in de praktijk van alledag wordt niet betwist; de mate waarin men daarbij wordt ondersteund door vormen van praktijkbegeleiding, loopt echter sterk uiteen.
Uit de verschillende verslagen en mondelinge evaluaties komt als algemeen beeld naar voren dat volgens de deelnemende verzekeringsartsen de beroepsopleiding een breed beeld geeft van het werkveld maar dat in de loop der tijd het accent wat al te zeer op arbeids- en bedrijfsgeneeskundige aspecten is komen te liggen. Zo wordt bijvoorbeeld door de cursisten aangegeven dat het goed is om te weten wat een periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek inhoudt, maar dat het door hen daadwerkelijk uitvoeren ervan te ver gaat. Ook bestaat duidelijk behoefte aan meer klinisch gerichte kennis en vaardigheden, met name waar het gaat om de vertaalslag van stoornissen en beperkingen naar belastbaarheid voor arbeid.

*Tabel 5. Overzicht evaluatieresultaten TNO Arbeid / NSPH over 1996, 1997 en 1998*

| Onderdeel | Inhoud | 1996 | 1997 | 1998 |
|---|---|---|---|---|
| Cursorisch onderwijs | | | | |
| *Kernmodulen* | Introductiemodule / GIB | 7.2 | 7.0 | 7.5 |
| | RI&E, PAGO en bijzondere groepen | 7.2 | 7.1 | 7.3 |
| | Sociaal medische beoordeling | 6.3 | 7.2 | 7.3 |
| | Sociaal medische begeleiding | 6.8 | 7.0 | 6.8 |
| | Arbeidsgezondheidkundig onderzoek | 7.2 | 7.6 | 7.0 |
| | Positie en rol van de arts | 7.2 | 8.0 | 7.8 |
| | Bedrijfsadvisering | 6.9 | 7.0 | 6.8 |
| | Epidemiologie, statistiek en scriptiebegeleiding | 7.0 | 6.1 | 6.2 |
| *Intervisie* | | nvt | nvt | nvt |
| *Profielmodulen* | Particuliere verzekeringen | 7.0 | 7.5 | 7.6 |
| | Verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming | 7.2 | 6.4 | 7.8 |
| | Verzekeringsarts en reïntegratie | 7.3 | 7.0 | 6.9 |
| | Zwangerschap en arbeid | 7.8 | 7.1 | 7.2 |
| *Keuzetraject* | Keuzemodulen / deskundigheidsbevorderende activiteiten | ± | + | + |
| Stages | | | | |
| | Oriënterende stages (arbodienst, uvi, pv) | ± | + | + |
| | Onderzoekstage | - | ± | - |
| | Vrije stage | + | ± | + |
| | Praktijkopdracht: RI&E | - | ± | - |
| | Praktijkopdracht: Soc. Med. Beoordeling | ± | + | + |
| | Praktijkopdracht: Soc. Med. Begeleiding | - | ± | ± |
| | Praktijkopdracht: Arbeidsgezondheidkundig onderz. | + | + | + |
| | Praktijkopdracht: Bedrijfsadvisering | - | ± | - |
| Scriptie | Uitvoeren van literatuur- en empirisch onderzoek | ± | ± | ± |
| Zelfstudie | Diverse voorbereiding en verslaglegging | ± | + | ± |
| Praktijkscholing | Werken onder begeleiding | + | + | + |
| | Formele praktijkbegeleiding (op basis van 1 u/wk) | ± | + | ± |

### 6.3.5 *Conclusies*

Het kwaliteitsbeeld van de opleiding tot verzekeringsarts zoals dat uit de diverse bronnen naar voren komt is wisselend, en nogal ingekleurd door de achtergrond van waaruit de bron naar de materie kijkt. Wij doen in de conclusies afstand van die verschillende insteken en vatten in willekeurige volgorde samen welke knelpunten het algemene beeld bevat. Tevens nemen wij enige knelpunten mee uit (in deze achtergrondstudie niet nader omschreven) interviews met LOSGIO (de schriftelijk reactie van LOSGIO is als bijlage 3 opgenomen), Gehandicaptenraad en SGRC. De volgende knelpunten en suggesties zijn dan naar voren gekomen.

1. De huidige opleiding is te theoretisch en sluit op onderdelen niet (meer) aan bij de taken van de verzekeringsarts. Deze opvatting is vooral naar voren gebracht door niet-medisch geschoolde managers. Het verworven kennisniveau is voldoende, maar het bereikte vaardigheidsniveau niet. Daarbij worden genoemd: communicatieve vaardigheden, klantgericht werken, efficiënt werken, het onderzoek naar beperkingen, en voldoende curatieve ervaring. Een adequate oordeelsvorming en een goed opgebouwde rapportage zijn essentieel.
2. De opleiding is te duur en te lang. Ook deze opvatting is in algemene zin vooral naar voren gebracht door vrijwel alle niet-medisch geschoolde managers. Verzekeringsartsen zelf geven beperkte onderdelen aan die korter kunnen, en andere die uitgebreider zouden moeten.
3. De werkgevers communiceren slechts beperkt met de in hun uitvoeringsinstelling werkende verzekeringsartsen over opleidingsaspecten, en vice versa. Er blijkt te weinig tijd en onvoldoende managerial draagvlak te zijn om een door velen gewenste coachende taak invulling te geven. De beroepsopleiding wordt nogal eens gezien als bron van vertraging in het werk. In dit licht bezien is het niet onverwacht te moeten constateren dat het management van de uitvoeringsinstellingen op dit moment nog geen consistent en helder kwaliteitsbeleid ten aanzien van verzekeringsartsen hanteert.
4. De positie van de cliënt/werknemer/patiënt in het opleidingstraject is marginaal. Cliëntgericht onderwijs[16] kan in belangrijke mate bijdragen tot sociaal competent en probleemgericht denken en handelen. Dit uitgangspunt wordt nauwelijks in de opleidingspraktijk gebracht. Het accent ligt te veel op docent-cursist interactie.
5. Verzekeringsartsen werkzaam in het particuliere domein geven aan dat de huidige tot registratie leidende opleiding niet aansluit bij het werk van de medisch adviseur bij een commerciële verzekeraar. Zo is er te weinig aansluiting bij het standaardenbeleid van huisartsen, en worden diverse specifieke onderwerpen gemist die juist in dit segment van het verzekeringsgeneeskundig werk relevant zijn.
6. Er bestaat onder verzekeringsartsen in het publieke domein een breed gedragen opvatting over inhoudelijke tekortkomingen van de huidige opleiding, en over daaruit af te leiden opleidingsbehoeften. Deze zijn, kort samengevat, de volgende.
   a. De behoefte aan meer training op het gebied van praktische diagnostische vaardigheden en van (arbeidsgerelateerd) beperkingenonderzoek is groot.
   b. De artsen hebben behoefte aan meer kennis omtrent vakspecifieke pathologische achtergrondkennis, bijvoorbeeld met betrekking tot orthopedie, psychiatrie. Overigens wordt dit aspect ook door de managers genoemd, en blijkt dat sommige uvi's zelf in dit hiaat zijn gaan voorzien.
   c. Er bestaat behoefte aan taakdifferentiatie, in de opleiding te vertalen naar meer mogelijkheden tot (sub)specialisatie. Ook dit element wordt door het management genoemd.
   d. Het cursusaanbod sluit op onderdelen niet aan bij de taken die een verzekeringsarts in de praktijk uitvoert. Zo is er te veel aandacht voor (wetenschappelijk) onderzoek, en

[16] Onder cliëntgericht onderwijs verstaan wij onderwijs waarin de arts in opleiding via direct contact met de cliënt in kleine soms multidisciplinair samengestelde groepen, specifieke kennis leert verwerven en toepassen.

leert men zaken die vooral door anderen (bedrijfsartsen, artsen bij particuliere verzekeraars) worden uitgevoerd.
e. Aan 'de psychologie van de claimbeoordeling' (o.a. eigen sociale competentie, herstelgedrag cliënt, communicatieaspecten) wordt groot gewicht toegekend, de opleiding voorziet echter onvoldoende in leerstof en training met betrekking tot dit onderwerp.
f. Het werken met standaarden, richtlijnen en protocollen en het hanteren van het FIS worden tijdens de opleiding te weinig in praktische zin (bijvoorbeeld via cliëntgericht onderwijs) geoefend. Hierdoor blijft de impact van kwaliteitsverbetering via deze instrumenten enerzijds te beperkt, terwijl anderzijds wordt gewezen op het feit dat de rapportages van verzekeringsartsen steeds meer standaardzinnen uit bestaande standaarden bevatten. Hierdoor wordt het kwaliteitsbeleid juist uitgehold in plaats van bevorderd.
g. Het merendeel van de ondervraagde artsen acht de huidige stageverplichtingen niet adequaat. Het stagebeleid in de opleiding is te veel gericht op voor de verzekeringsarts al bekende of juist minder relevant geachte aspecten (bijvoorbeeld: de onderzoeksstage, die door velen weinig relevant wordt bevonden) en te weinig op het verkrijgen van additionele relevante kennis en vaardigheden. Meer klinisch georiënteerde stages en assistentschappen worden door een ruime meerderheid van de ondervraagde artsen gewenst.

7. Het tot heden bij uitvoeringsinstellingen goeddeels ontbreken van een evenwichtig kwaliteitsbeleid, met concrete kwaliteitscriteria, prestatie-indicatoren en normen leidt tot een situatie waarin nogal eens kritiek op het werk van de verzekeringsarts wordt geuit terwijl diezelfde arts criteria ontbeert die kunnen leiden tot verbeteringen. De prestaties van de artsen worden vrijwel uitsluitend aan procescriteria (zoals tijdigheid, werkvoorraad) gemeten, de werkwijze van de arts wordt vooral door de organisatorische context bepaald. Kwaliteitsaspecten dienen in het werk, en dus ook in de opleiding, meer nadruk te krijgen.

Over de organisatie van de opleiding zijn de volgende opmerkingen gemaakt.
a. De opleiding is te schools. Er kan meer verantwoordelijkheid aan de cursisten worden overgelaten via bijvoorbeeld in groepen uit te voeren opdrachten waarvan de cursisten zelf organisatie en planning aansturen en waarbij men op 'het resultaat' wordt afgerekend. Dit vooronderstelt overigens een goed toetsingssysteem.
b. De opleiding kan voor een deel in de avonden en weekenden worden aangeboden. Bij de interne opleiding van artsen werkzaam in de private sfeer is dat al het geval.
c. De opleiding kan meer 'op afstand' worden gegeven, o.a. via moderne telecommunicatiemogelijkheden maar ook door een meer cursist-gestuurde aanpak.
d. De opleiding tot arts voor maatschappij en gezondheid (de andere hoofdstroom in de sociale geneeskunde) heeft een opleidingsmodel uitgewerkt dat uitgaat van het in de huisartsen- en specialistenopleiding gehanteerde assistentenmodel. Daarbij worden werkgevers- en opleidersverantwoordelijkheden gedeeltelijk gescheiden. Een dergelijk model wordt door sommigen ook voor bedrijfs- en verzekeringsartsen bepleit.
e. Het volgen van verplichte stages en assistentschappen buiten de 'eigen deur' leidt in de huidige opleidingssystematiek (waarbij de eigen werkgever voor alle kosten opdraait) tot een financieel probleem: verlies aan productiecapaciteit en eventueel elders geleverde productie worden niet gecompenseerd.
f. De voor verzekeringsartsen werkzaam in het publieke domein verplichte interne startopleiding (de GIB) is in de loop van de jaren zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin uitgebreid. De aansluiting bij de vervolgopleiding is daarbij weliswaar punt van aandacht geweest, maar de indruk bestaat dat dit niet optimaal is gelukt. Hierdoor is volgens sommigen een overlap tussen beide trajecten ontstaan die tot verlies van efficiency leidt.
g. De coaching van artsen in opleiding, die naar vorm en inhoud is vastgelegd door het College Sociale Geneeskunde, krijgt niet bij alle uitvoeringsinstellingen voldoende aandacht. Veel artsen in opleiding ervaren dat zij direct voor 'productie' worden ingezet, terwijl zij daartoe nog niet voldoende zijn toegerust.

h. De verplicht aan te wijzen praktijkbegeleiders worden zelf onvoldoende opgeleid om te kunnen begeleiden.
i. De aansluiting tussen de basisopleiding tot arts en de vervolgopleiding tot verzekeringsarts (sociaal-geneeskundige in het algemeen) is slecht. Hierdoor ontstaat een efficiencyverlies van substantiële aard. Het hieraan ten grondslag liggende probleem is nogal principieel en in de huidige universitaire opleidingseisen niet goed oplosbaar gezien het vrij rigide medische curriculum en de doorslaggevende accenten op curatieve elementen. Dit aspect wordt breder onderkend en is inmiddels onderwerp van discussie in o.a. KNMG-kringen (zie ook hoofdstuk 4).

In de Beschouwing (deel I van deze onderzoeksrapportage) vormen bovengenoemde knelpunten de basis voor de daarin aangegeven mogelijkheden die tot verbetering van de opleiding kunnen leiden.

**Literatuuropgave**


Bakker RH, Krol B, Post D, Groothoff JW. Samen de werknemer genezen. Medisch Contact 1999;54(22):798-801

Bos GAM van den, et al (red). Chronisch-ziekenbeleid in de jaren negentig. Nationale Commissie Chronisch Zieken. Utrecht: Uitgeverij SWP, 1999

Buijs PC, (red). Sociaal-medische begeleiding; een model voor ziekteverzuimbeleid in de praktijk. Amsterdam: Algemene Werkgevers-Vereniging AWV & Industriebond FNV, 1994

Cohen EM, Ronkes FR. Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in de sociale verzekering. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;42(42):2315-2318

Corvu. Opleiding voor bedrijfsarts wordt ingrijpend vernieuwd. Impuls 1998;8:1-2

Croon NHTh, Langius SWTh. Arbeid en gezondheid. Een studie van de verzekeringsgeneeskundige praktijk bij de bedrijfsvereniging. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, maart 1993

Ctsv. Protocol Sociaal Medisch handelen. Zoetermeer: Ctsv, 1998

Ctsv. Rapportage Sociaal Medisch Handelen. Een onderzoek naar de kwaliteit van medisch en arbeidsdeskundig handelen bij uvi's. Zoetermeer: Ctsv, 1998

Dam G ten. Pedagogisch leren. Oratie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1999

Doeleman F. Het College voor Sociale Geneeskunde en het zogenaamde takkenprobleem (1968-1994). Tijdschr Soc Gezondheidsz 1995;73:26-32

Haes JCJM de. Het toetsen van attitude en communicatieve vaardigheden. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;I(3/juli) (studenteneditie)

Hoogervorst JF. Plan van aanpak WAO. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, 15 januari 1999, kenmerk SV/WV/99/1469.

Horstman K, Berg M, Heusden M van, Plass S. Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen. Een onderzoek naar de werking van standaarden in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van de WAO. Amsterdam: Lisv, november 1997

Knepper S. De open zenuw van de WAO. Medisch Contact 1999;54(27/28):992-996

KNMG Opleiding en Registratie. Regeling opleiding en registratie. Utrecht: KNMG, oktober 1998

Legemate J. Een nieuwe regeling inzake de opleiding en (her)registratie van medisch specialisten. Medisch Contact 1998;53(37):1170-72

KNMG. Voorbehouden handelingen in de praktijk. Richtlijnen voor de samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Utrecht: KNMG, januari 1998

KNMG-Consult: Arts en Wet BIG. Utrecht: KNMG, oktober 1998 (2e Herziene druk)

Lisv. Standaard onderzoeksmethoden. Amsterdam: Lisv, december 1999 (concept)

Lisv. Claim en beoordeling bij arbeidsongeschiktheid. Amsterdam: Lisv, 1999 (CD-rom)

Mudde, EC. Ziek in de zin der wet. De interpretatie van ziekteverzuim door verzekeringsgeneeskundigen en rapporteurs. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, december 1995

Lucieer, J. De Wet BIG. 1 december 1997: mag iedereen nu alles? Medisch Contact 1998;53(3):85-87

Meershoek A. Weer aan het werk. Verzekeringsgeneeskundige verzuimbegeleiding als onderhandeling over verantwoordelijkheden. Academisch proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht, juli 1999

Mintzberg. The structuring of organisations. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979

Mul CAM, Verkleij HEM, Hazelzet AM, Roos F de. Kwaliteit van oordeelsvorming. Een verkennend onderzoek naar kwaliteitsbeleid bij periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek PAGO, medische aanstellingskeuringen en WAO-claimbeoordeling. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, maart 1999

Noordik E. Samenwerking artsen pure noodzaak voor WAO-preventie. Medisch Contact 1999;54(29/30):1052-1053

NVVG. Informatieklapper. Kerndocumenten: Profiel van de adviserend verzekeringsarts. Buren: NVVG, 1997.

VWS Ministerie van. Multiprofessioneel onderwijs in de gezondheidszorg. Brochure. Den Haag: Sdu, 1999

Vrijhof, BJ. Individuele verzuimbegeleiding. Beoordeling en borging van de professionele kwaliteit. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2000

Weel A, Baart I, Neijenhuis J. Samen in de klas. Een onderwijsmodule met huisartsen en bedrijfsartsen. Medisch Contact 1999;54(48):1680-1682

Willems JHBM. Sociaal-verzekeringsgeneeskundige vraagstellingen. Tijdschr v. Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd 1994;2(2):44-49

Wolff, JA de, et al. Rapport kwaliteitsborging. Tijdschr v. Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskd 1999;8:271-278

**Afkortingenlijst en verklarende woordenlijst**

**AAG** Arts voor Arbeid en Gezondheid
**ABW** Algemene Wet Bestuursrecht
**AMA** American Medical Association
**Arbowet** Arbeidsomstandighedenwet
**Awb** Algemene wet bestuursrecht
**Beroepsopleiding sociale geneeskunde**: specialisatie voor artsen leidend tot inschrijving in een van de specialistenregisters van de SGRC
**Bij- en nascholingscursus:** cursus op post-academisch of daarmee gelijk te stellen niveau die door de SGRC is goedgekeurd als deskundigheidsbevordering zoals bedoeld in CSG-Besluit 1-1998, Herregistratie Sociale Geneeskunde.
**BIG** Wet Beroepsuitoefening in de Individuele Gezondheidszorg
**BONS** Bedrijfsartsen opleiding nieuwe stijl van de Corvu
**CSG** College voor Sociale Geneeskunde, het orgaan van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst dat belast is met onder meer het vaststellen van de eisen waaraan opleidingen sociale geneeskunde moeten voldoen.
**Ctsv** College van toezicht sociale verzekeringen
**FIS** Functie Informatie Systeem
**GAV** Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen
**GIB** Gemeenschappelijke Interne Basisopleiding Verzekeringsgeneeskunde
**KNMG** Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
**LHV** Landelijke Huisartsen Vereniging
**LOSGIO** Landelijk Overlegorgaan Sociaal-Geneeskundigen in Opleiding
**LVSG** Landelijke Vereniging voor Sociaal-geneeskundigen
**MAOC** Medisch Arbeidsongeschiktheids Criterium
**MPO** Multiprofessioneel onderwijs
**NVAB** Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
**NVVG** Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
**NSPH** Netherlands School of Public Health
**Lisv** Landelijk instituut sociale verzekeringen
**OSV** Organisatiewet Sociale Verzekeringen
**PAGO** Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek
**Pemba** (Wet) Premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
**REA** Reïntegratie arbeidsgehandicapten
**RI&E** Risico-inventarisatie en -evaluatie
**SGRC** Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie.
**SUWI** Structuur Uitvoering Werk en Inkomen
**SVB** Sociale Verzekeringsbank
**SZW** Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
**TBA** (Wet) Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen
**TZ/Arbo** (Wet) Terugdringing Ziekteverzuim en de gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet
**uvi** uitvoeringsinstelling
**VIA** Vereniging van Indicerende en Adviserende artsen
**VWS** Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
**WAO** Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
**WAZ** Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen Zelfstandigen
**WAJONG** Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten
**WGBO** Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst
**WIW** Wet Inschakeling Werkzoekenden
**WPR** Wet Persoonsregistraties

**WSW** Wet Sociale Werkvoorziening
**WVG** Wet Voorzieningen Gehandicapten
**Wulbz** Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte
**zbo** zelfstandig bestuursorgaan
**ZW** Ziektewet

# Bijlagen:

1. Besluit CSG no. 1 – 1996: Opleidingseisen voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid
2. Besluit CSG no. 1 – 1998: Algemene eisen voor de herregistratie van sociaal-geneeskundigen
3. Schriftelijke reactie van de voorzitter bestuur LOSGIO
4. Deelstudies:
   A. De schriftelijke enquête onder verzekeringsartsen
   B. De interviews met vertegenwoordigers van particuliere verzekeraars
   C. De telefonische interviews met managers van uitvoeringsinstellingen
   D. Casus Zweden: grote inzet van de niet-medische case-manager

Bijlage 1

Besluit CSG no. 1 – 1996: Opleidingseisen voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

# BESLUIT CSG NO. 1 - 1996

## OPLEIDINGSEISEN VOOR DE HOOFDSTROOM ARBEID EN GEZONDHEID

Het College voor Sociale Geneeskunde, in vergadering bijeen op 12 februari 1996;

gezien het voorstel van de besturen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde;

in aanmerking nemende dat de ledenvergaderingen van bovengenoemde verenigingen op respectievelijk 12 april 1995 en 27 april 1995 hun instemming hebben betuigd met voorgestelde opleidingseisen, respectievelijk het Bestuur dan wel de (gemengde) werkgroep gemandateerd hebben het voorstel voor aanbieding aan het CSG te voltooien;

overwegende dat op 12 september 1994 van kracht is geworden Besluit CSG no. 1-1994, dat de opleidingen in de sociale geneeskunde indeelt in de hoofdstromen "occupational medicine" en "community medicine";

dat het College voor Sociale Geneeskunde op 10 november 1995 besloot de hoofdstroom occupational medicine vooralsnog aan te duiden als "arbeid en gezondheid";

dat gestreefd wordt naar één opleidingsmodel waarbij voor alle functies en velden die tot de hoofdstroom behoren voldoende kennis en praktijkervaring kan worden opgedaan, wat ertoe kan leiden dat in de toekomst alle opleidingsvormen betrekking hebbend op de hoofdstroom arbeid en gezondheid tot eenzelfde inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen van de KNMG leiden;

dat voorlopig echter, totdat een dergelijk opleidingsmodel van kracht zal zijn, bij inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen aantekening zal worden gehouden van de specifieke deskundigheid waarop tijdens de praktijkscholing en in profielmodulen de nadruk heeft gelegen, terwijl daarnaast inschrijving in het register zonder aantekening mogelijk is;

dat het dientengevolge noodzakelijk is vast te stellen aan welke eisen en onderwijsdoelstellingen de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid dient te beantwoorden;

dat vastgesteld moet worden aan welke criteria de theoretische en praktische

opleiding moet beantwoorden om in aanmerking te kunnen komen voor een deskundigheidsprofiel-aantekening;

dat tevens het moment bepaald dient te worden waarop de vigerende opleidingen in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en die in de verzekeringsgeneeskunde, neergelegd in de Besluiten van het CSG no. 1 - 1991 respectievelijk no. 1 - 1985, dienen te vervallen;

gehoord de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie;

gelet op de artikelen 1057 lid 2 en 1058 van het Huishoudelijk Reglement van de Koninklijke Nederlandsche maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten
de Besluiten CSG no. 1 - 1991 voor de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en CSG no. 1 - 1985 voor de verzekeringsgeneeskunde vervallen te verklaren onder gelijktijdige vaststelling van de navolgende bepalingen voor de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid.

ALGEMEEN

Artikel 1
Op de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid zijn de bepalingen van toepassing van Besluit CSG no. 1 - 1983, houdende algemene eisen te stellen aan de opleiding van sociaal-geneeskundigen, alsmede de uitgangspunten van Besluit CSG no. 1 - 1994 dat de sociale geneeskunde indeelt in twee hoofdstromen, een en ander voor zover daarvan in het onderstaande niet wordt afgeweken.

BIJZONDERE EISEN
(gebaseerd op de algemene eisen van Besluit CSG no. 1 - 1983 en op de uitgangspunten van Besluit CSG no. 1 - 1994. De verwijzingen "Ad" duiden op de betreffende bepalingen in Besluit CSG no. 1 - 1983.)

Artikel 2
Ad A.1.: De opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid is gericht op het bereiken van de onderwijsdoelstellingen die als addendum onderdeel van dit Besluit uitmaken en bestaat uit verplichte modulen voor elk opleidingsprogramma, welke samen met modulen die bepaald worden door het profiel en met keuzemodulen het cursorisch gedeelte van de opleiding vormen, alsmede uit praktijkscholing en stages.

Artikel 3
Ad 1.a.: · De sociaal-geneeskundige in opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid dient tijdens de opleiding een scriptie met literatuurstudie te maken over een zelfstandig verricht onderzoek naar keuze op het terrein van de arbeid en gezondheid, vastgesteld in overleg met de cursusleiding.

De literatuurstudie maakt een herkenbaar en wezenlijk onderdeel van de scriptie uit.

De SGRC kan, gehoord de cursusleiders, nadere criteria voor de scriptie vaststellen.

Artikel 4

Ad A: De duur van de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid bedraagt vier jaar en leidt tot registratie als sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid "zonder deskundigheidsprofiel-aantekening", dan wel met aantekening van het deskundigheidsprofiel "bedrijfsarts" of het deskundigheidsprofiel "adviserend verzekeringsarts".

Ad A.2.a.: · Het cursorisch gedeelte omvat ten minste 575 contacturen, waarvan ten minste de helft gericht is op het realiseren van de voor de opleiding arbeid en gezondheid verplichte onderwijsdoelstellingen.

Ad A.2.b.: · De stageperiode omvat ten minste 12 weken voltijd en wordt gevuld met oriënterende stages in andere diensten of instellingen dan waar de cursist zelf werkzaam is alsmede een onderzoekstage, vrije stages en methodiekstages ten behoeve van het uitvoeren van praktijkopdrachten.

· De SGRC stelt in overleg met de wetenschappelijke verenigingen een nadere stageregeling vast, gehoord de opleidingsinstituten alsmede organisaties van relevante werkgevers van sociaal-geneeskundigen.

Ad A.2.c.: · De praktijkscholing vindt plaats tijdens de opleiding in een voor de hoofdstroom relevante functie in een daarvoor erkende organisatie en omvat bij een volledige dagtaak van de sociaal-geneeskundige in opleiding een periode van vier jaar, inclusief het cursorisch gedeelte en de stages.

· De SGRC stelt de nadere criteria voor relevante functies en erkende organisaties vast, gehoord de opleidingsinstituten alsmede organisaties van relevante werkgevers.

· De sociaal-geneeskundige in opleiding die tijdens respectievelijk in het kader van de opleiding gedurende ten minste 24 maanden voltijds werkzaam is in een functie waarvoor een deskundigheidsprofiel is vastgesteld in een daarvoor erkende organisatie en die de voor het deskundigheidsprofiel voorgeschreven profielgerichte modulen en stages volgt, kan op verzoek worden geregistreerd als sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid met aantekening van het betreffende deskundigheidsprofiel.

· Het CSG stelt, gehoord de betreffende wetenschappelijke sociaal-geneeskundige vereniging, de eisen vast waaraan opleidingsdiensten en -instellingen ten behoeve van praktijkscholing voor een deskundigheidsprofiel dienen te voldoen. De SGRC kan deze eisen uitwerken in nadere criteria, gehoord de betreffende wetenschappelijke vereniging van sociaal-geneeskundigen alsmede organisaties van relevante werkgevers.

· Het verzoek tot benoeming van een deskundige die de praktijkscholing begeleidt, als bedoeld in artikel A.1.c. van Besluit CSG no. 1 - 1983, dient drie maanden na aanvang van de opleiding bij de SGRC te zijn ingediend.

Artikel 5

a. De opleiding kan in deeltijd worden gevolgd. De deeltijdopleiding beantwoordt aan dezelfde eisen als de voltijdse opleiding, waarvan zij zich slechts onderscheidt door de mogelijkheid de deelneming aan de praktijkscholing te beperken. De totale beroepsactiviteit van de sociaal-geneeskundige in opleiding dient voor ten minste 50% van een volle werkweek besteed te worden aan praktische en theoretische opleiding.

b. De SGRC stelt nadere criteria vast voor de vaststelling van het tijdstip waarop een deeltijdopleiding als voltooid wordt beschouwd.

Artikel 6

Ad B.10.a.: Het opleidingsinstituut werkt de onderwijsdoelstellingen voor de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid uit tot leerdoelen met de daarbij behorende concrete toetsingsinstrumenten.

Artikel 7

Ad C.3.: De SGRC verleent de opleidingsinstituten ontheffing van de verplichting concrete toetsingsinstrumenten voor bepaalde onderdelen van de opleiding te hanteren tot het tijdstip waarop een door de SGRC vastgesteld model-examenreglement in werking zal treden.

Artikel 8

a. Sociaal-geneeskundigen die geregistreerd zijn in de hoofdstroom arbeid en gezondheid met een deskundigheidsprofiel-aantekening "adviserend verzekeringsarts" of zonder deskundigheidsprofiel-aantekening kunnen een deskundigheidsprofiel-aantekening "bedrijfsarts" verkrijgen nadat zij modulen hebben gevolgd, gericht op het realiseren van de onderwijsdoelstellingen van het deskundigheidsprofiel bedrijfsarts en wanneer zij na hun registratie gedurende een jaar voltijd praktijkscholing in een voor dat deskundigheidsprofiel erkende dienst, op geleide van door de SGRC te stellen kwaliteitseisen, hebben doorlopen.
b. Sociaal-geneeskundigen die geregistreerd zijn in de hoofdstroom arbeid en gezondheid met een deskundigheidsprofiel-aantekening "bedrijfsarts" of zonder deskundigheidsprofiel-aantekening kunnen een deskundigheidprofiel-aantekening "adviserend verzekeringsarts" verkrijgen nadat zij modulen hebben gevolgd, gericht op het realiseren van de onderwijsdoelstellingen van het deskundigheidsprofiel adviserend verzekeringsarts en wanneer zij na hun registratie gedurende een jaar voltijd praktijkscholing in een voor dat deskundigheidsprofiel erkende sociale of particuliere verzekeringsmaatschappij, op geleide van door de SGRC te stellen kwaliteitseisen, hebben doorlopen.

OVERGANGSBEPALINGEN

Artikel 9

a. Voor sociaal-geneeskundigen in opleiding voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde respectievelijk de tak verzekeringsgeneeskunde gelden de bepalingen van Besluit CSG no. 1 - 1970, behoudens het onder b. en c. van dit artikel bepaalde;
b. · registratie als sociaal-geneeskundige, tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, zal met ingang van 1 januari 2002 niet meer plaatsvinden;
   · artsen in opleiding voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde kunnen tot 1 januari 2002 hun opleiding afronden op basis van het Besluit dat van kracht was ten tijde van de aanvang van hun opleiding;
c. · registratie als sociaal-geneeskundige, tak verzekeringsgeneeskunde, zal met ingang van 1 januari 2000 niet meer plaatsvinden;
   · artsen in opleiding voor de tak verzekeringsgeneeskunde kunnen tot 1 januari 2000 hun opleiding afronden op basis van het Besluit CSG no. 1 - 1985.
d. De in 1994 en 1995 gestarte experimentele opleidingen "Arts voor Arbeid en Gezondheid" die beantwoorden aan de onderwijsdoelstellingen van dit Besluit, een en ander ter beoordeling van de SGRC, en waarvan het cursorisch gedeelte ten minste 525 contacturen beslaat, zijn opleidingen in de hoofdstroom arbeid en gezondheid zoals bedoeld in dit Besluit;
e. Artsen die vóór 1 januari 1996 een opleiding "Arts voor Arbeid en Gezondheid" aanvingen waarop lid d. van dit artikel wordt toegepast, zullen na het voltooien van de opleiding worden geregistreerd als sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid "zonder deskun-

digheidsprofiel-aantekening", dan wel met deskundigheidsprofiel-aantekening "bedrijfsarts" of met deskundigheidsprofiel-aantekening "adviserend verzekeringsarts", indien zij aan de betreffende bepalingen van dit Besluit voldoen, een en ander ter beoordeling van de SGRC.

f. In gevallen waarin het bovenstaande niet voorziet stelt de SGRC op basis van dit Besluit vast aan welke eisen moet worden voldaan om voor registratie als sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid in aanmerking te komen.

SLOTBEPALING

Artikel 10

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1996.

**Toelichting**

Ad artikel 2

Een opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid leidt tot inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen van de KNMG in de hoofdstroom arbeid en gezondheid "zonder deskundigheidsprofiel-aantekening" dan wel tot een aantekening voor het deskundigheidsprofiel "bedrijfsarts" respectievelijk het deskundigheidsprofiel "adviserend verzekeringsarts", waarmee wordt aangegeven waar tijdens de opleiding voor wat betreft de praktijkscholing het accent heeft gelegen.

De opleiding is opgebouwd uit praktijkscholing, een cursorisch gedeelte en stages.

De opleidingsdoelstellingen zijn aan dit Besluit gehecht.

Ad artikel 3

In het kader van het cursorisch onderwijs moet een eigen onderzoek worden verricht, waarvan een verslag wordt geschreven (scriptie). De literatuurstudie vormt een wezenlijk onderdeel van de scriptie, maar is als zodanig wel duidelijk herkenbaar.

Ad artikel 4 / A.2.a.

Het cursorisch gedeelte bestaat uit verplichte modulen, keuzemodulen en modulen gericht op het realiseren van op een deskundigheidsprofiel gerichte onderwijsdoelstellingen. Een van die modulen is de introductiemodule met een omvang van maximaal zes maanden. Deze module is erop gericht de sociaal-geneeskundige in opleiding een praktische oriëntatie te geven op het beroep waarvoor hij of zij wordt opgeleid, en op de context waarbinnen dit beroep wordt uitgeoefend.

De sociaal-geneeskundige in opleiding die niet opteert voor een registratie met aantekening van een deskundigheidsprofiel, of wiens praktijkscholing niet aan de eisen voor een deskundigheidsprofielopleiding voldoet, dient naast de verplichte modulen het cursorisch onderwijs tot ten minste 575 uur in te vullen met voor de arbeid en gezondheid relevante modulen, een en ander in overleg met de cursusleider.

In de profiel- en keuzemodulen vindt verdieping, verbreding en/of specialisatie plaats.

Ad artikel 4 / A.2.b.

Tijdens de opleiding dient de sociaal-geneeskundige in opleiding ten minste 12 weken stage te lopen. (Hiermee wordt aangeduid een periode die in totaal 12 weken voltijd omvat, waarbij het begrip "voltijd" is bedoeld als rekeneenheid en niet als concrete invulling van de stageperiode.) In oriënterende stages wordt kennis gemaakt met werkzaamheden die behoren bij het eigen beroep respectievelijk de functie, zoals deze in een andere dienst of instelling worden uitgevoerd en met aangrenzende gebieden van de eigen beroepsuitoefening. Daarnaast vinden methodiekstages plaats waarin onder begeleiding opdrachten worden uitgevoerd gebruik makend van de methoden en technieken die in het cursorisch onderwijs worden geleerd. Ten slotte worden nog onderscheiden de onderzoekstage ten behoeve van scriptie-onderzoek en vrije keuzestages, gericht op het aanvullen van persoonlijke leemten in de kennis respectievelijk de ervaring van de sociaal-geneeskundige in opleiding.

De SGRC geeft in een stageregeling nadere bepalingen.

Tijdens alle fasen van de opleiding krijgt de sociaal-geneeskundige in opleiding diverse prak-

tijkopdrachten om in de eigen werkpraktijk uit te voeren. De praktijkopdrachten zijn zowel leermiddel als mogelijkheid om de kennis, de vaardigheden en de attitude van de sociaal-geneeskundigen in opleiding te toetsen.
Tot de praktijkopdrachten in het kader van de verplichte modulen worden ook de verplichte methodiekstages gerekend.

Ad artikel 4 / A.2.c.
Praktijkscholing, ongeacht of een cursist wel of niet voor een deskundigheidsprofiel-aantekening opteert, dient altijd plaats te vinden in een functie die relevant is voor werkzaamheden in de hoofdstroom arbeid en gezondheid in een organisatie die een geschikte leeromgeving biedt. De eisen daarvoor worden door de SGRC vastgesteld nadat opleidingsinstituten en relevante, overkoepelende organisaties van werkgevers daarover zijn gehoord. De SGRC stemt periodiek met het CSG af welke organisaties als relevant moeten worden beschouwd.
Indien de sociaal-geneeskundige in opleiding werkzaam is in een dienst of instelling die erkend is voor praktijkscholing in een deskundigheidsprofiel, kan hij of zij opteren voor een opleiding die leidt tot registratie met vermelding van het betreffende deskundigheidsprofiel. Hij of zij dient in dat geval naast de verplichte modulen voldoende modulen te volgen, die zich richten op het realiseren van de betreffende deskundigheidsprofielgerichte onderwijsdoelstellingen, de introductiemodule op de eigen werkzaamheden daaronder begrepen.
De deskundigheidsprofiel-praktijkscholing kan beginnen met de start van de deskundigheidsprofiel-introductiemodule of later, doch nooit daaraan voorafgaand.

Een dienst kan worden erkend voor een deskundigheidsprofiel als deze dienst voldoet aan de eisen die het CSG daarvoor vaststelt, gehoord de wetenschappelijke vereniging. Voor het deskundigheidsprofiel bedrijfsarts liggen deze eisen vast in Besluit CSG no. 1 - 1992.

Vanaf het begin van de opleiding tot zover als nodig is in het vervolg van de opleiding krijgt de sociaal-geneeskundige in opleiding bij het werken in de eigen dienst of instelling stapsgewijs meer taken toegewezen met een daarbij behorende toenemende eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid. Hij of zij werkt hier onder begeleiding van een aan dezelfde dienst of instelling verbonden ervaren collega (*praktijkbegeleider*).
Naarmate de opleiding vordert, dient in de begeleiding steeds meer het accent te worden gelegd op de beroepsvorming van de sociaal-geneeskundige in opleiding, het reflecteren op de eigen werkzaamheid en het verbeteren daarvan.

Ad artikel 8
Dit artikel handelt over de bijscholing die voor een geregistreerde sociaal-geneeskundige arbeid en gezondheid nodig is om voor een deskundigheidsprofiel-aantekening in aanmerking te komen. Het betreft hier zowel de geregistreerde sociaal-geneeskundige arbeid en gezondheid zonder deskundigheidsprofiel-aantekening als de sociaal-geneeskundige arbeid en gezondheid met een deskundigheidsprofiel die het andere profiel wenst te verwerven.
De in dit artikel vastgelegde termijn van een jaar wordt voldoende geacht, omdat volledig opgeleide en als zodanig geregistreerde sociaal-geneeskundigen geacht mogen worden over de deskundigheden en vaardigheden te beschikken die nodig zijn om zich voldoende te oriënteren op de specifieke aspecten van de nieuwe werkzaamheden, zeker wanneer dat gestructureerd en onder begeleiding plaatsvindt. De eisen hiertoe worden vastgelegd in een hierop gericht uitvoeringsbesluit van de SGRC.

Ad artikel 9

Ad 9.a., b. en c. Ten tijde van het tot stand komen van dit Besluit waren er drie groepen bedrijfsartsen in opleiding: met een 2½-jarige, met een 3-jarige en met een 4-jarige opleiding. De laatste 2½-jarige opleidingen startten begin 1990. De eerste 4-jarige opleidingen startten in september 1991. In mei 1994 startte de laatste 2½-jarige opleiding verzekeringsgeneeskunde.

De termijnen neergelegd in de artikelleden b. en c. bieden deze groepen sociaal-geneeskundigen in opleiding de gelegenheid de opleiding op grond van de oude tak-gerichte curricula af te ronden en in de betreffende tak te worden geregistreerd.

In geval van verlenging of onderbreking van de opleiding kan de SGRC aangepaste regelingen treffen.

Ad 9.d. en e. Bij de begeleiding door de SGRC van de experimentele opleidingen "Arts voor Arbeid en Gezondheid" is steeds het voorbehoud gemaakt dat de experimentele opleidingen uiteindelijk moeten beantwoorden aan de onderwijsdoelstellingen voor de hoofdstroom. De bepalingen van de leden d. en e. van dit artikel maken het mogelijk dat de opleiding in het kader van de hoofdstroom wordt afgerond. De experimentele status van de opleiding "Arts voor Arbeid en Gezondheid" komt hiermee te vervallen.

Ad artikel 10

Per 1 januari 1996 kunnen geen nieuwe opleidingen leidend tot registratie in het register van erkende sociaal-geneeskundigen volgens de bestaande structuur voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde of "Arts voor Arbeid en Gezondheid" meer worden gestart, omdat daarvoor vanaf dat moment de opleidingsdoelstellingen ontbreken.

ADDENDUM bij Besluit CSG no. 1 - 1996

**ONDERWIJSDOELSTELLINGEN opleiding arbeid en gezondheid**

Inleiding

De sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid functioneert binnen de multidisciplinaire arbeidsomstandighedenzorg en/of in het kader van de sociale en particuliere verzekering. De hiervoor noodzakelijke attitude, kennis en vaardigheden komen voor een deel overeen met die van andere disciplines binnen deze gebieden van dienstverlening. Daarnaast heeft de sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid echter een eigen specifieke deskundigheid. De beroepsopleiding moet het hem of haar mogelijk maken de vaardigheden hiertoe te verwerven. De opleiding tot sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid gaat daarbij uit van de volgende aandachtsgebieden:

I. Als basisniveau dienen de *algemene medische basiskennis en -vaardigheden,* grotendeels verkregen tijdens de universitaire opleiding tot arts, door nascholing en bijscholing verder te worden onderhouden en waar nodig aangevuld.

II. De eigen *specifieke (medische) deskundigheid* van de sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid ligt op het terrein van de preventie en op het (helpen) scheppen van optimale omstandigheden voor de gezonde alsook voor de minder valide mens.

Daarbij kan de sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid werkzaam zijn binnen de multidisciplinaire arbeidsomstandighedenzorg *(de bedrijfsarts)*, dat wil zeggen het terrein van de arbeidsgeneeskunde en de arbeidsgezondheidszorg. Deze wetenschapsgebieden omvatten de kennis en de beoordelingsvaardigheid van de verbanden tussen enerzijds belastende en gezondheidsbedreigende factoren in arbeid en arbeidsomstandigheden alsook in de privé-omstandigheden, en anderzijds de gezondheid van de werkende mens. Daarnaast behoort daartoe de kennis van de consequenties die gezondheidsstoornissen en (chronische) ziekten of beperkingen kunnen hebben voor de arbeidsgeschiktheid. In beide gevallen is ook de kennis van de persoonsgebonden factoren die hierbij van invloed kunnen zijn van belang. Voor de bedrijfsarts gaat hier om kennis en vaardigheden zoals ze worden toegepast in het organisatorische verband van een bedrijf of instelling: arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

Ook de sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid werkzaam in een verzekeringsinstelling *(de adviserend verzekeringsarts)* baseert zijn of haar specifieke medische deskundigheid op bovenomschreven wetenschapsgebieden. Zijn of haar kennis en vaardigheden zijn in dit geval toegepast en ingepast in de uitvoering van sociale of particuliere verzekeringen, met name in het geneeskundig dan wel gezondheidskundig aandeel in de beoordeling van aanspraken op bepaalde regelingen en op het bevorderen van reïntegratie: verzekeringsgeneeskunde.

In beide situaties legt de sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid daarbij nadruk op preventie en het (helpen) scheppen van optimale omstandigheden voor de gezonde alsook voor de minder valide mens.

III. Om als sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid binnen bedrijven of andere organisaties goed te kunnen functioneren zijn kennis en vaardigheden op het gebied van o.a. bedrijfskunde, organisatiekunde, adviesvaardigheid, onderhandelen en conflicthantering beslist noodzakelijk, evenals een op het werken binnen organisaties en het samenwerken met anderen gerichte attitude.

**IV.** Een sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid moet zèlf *onderzoek* kunnen verrichten en moet door anderen verricht onderzoek kunnen beoordelen. Het gaat hier om wetenschappelijk verantwoord en toepassingsgericht praktisch onderzoek. De sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid moet hierover duidelijk en overtuigend kunnen *rapporteren* en op basis van de resultaten van het onderzoek kunnen *adviseren*.

**V.** Een sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid moet, ten minste op algemeen niveau, kennis hebben van de voor zijn of haar werk relevante wetgeving en in het bijzonder van de *sociale zekerheidswetgeving en arbeidsomstandighedenwetgeving*, en daarin zijn of haar weg kunnen vinden; hiermee hangt ook nauw samen kennis van de organisatie van de arbeidsomstandighedenzorg en kennis van de organisatie van reïntegratie, bemiddeling en werkplekaanpassing.

**VI.** Een sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid moet vruchtbaar kunnen *samenwerken* met andere disciplines.

Deze aandachtsgebieden vormen het kader waarbinnen de onderwijsdoelstellingen zijn gerangschikt. De onder aandachtsgebied II. genoemde specifieke deskundigheden van de bedrijfsarts en de adviserend verzekeringsarts vormen de kern van de medisch specialistische deskundigheid van deze sociaal-geneeskundigen. Daarbij geldt wel, dat de sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid alleen door de combinatie met de onder I. en onder III. t/m VI. samengevatte kennis, vaardigheden en attitude goed kan functioneren in de Arbozorg respectievelijk binnen een verzekeringsgeneeskundige instelling.

De onderwijsdoelstellingen worden onderscheiden in doelstellingen die in de opleiding van elke sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid moeten worden gerealiseerd en verdiepende, verbredende en ervaringsgerichte doelstellingen voor het deskundigheidsprofiel bedrijfsarts en/of het deskundigheidsprofiel adviserend verzekeringsarts. Een dergelijke op een deskundigheidsprofiel gerichte uitwerking wordt veelal begeleid door een onderwijsdoelstelling op gemeenschappelijk niveau, welke vooral gericht is op het "kennen" van respectievelijk "inzicht hebben in" de betreffende materie.
Registratie als sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid vindt alleen plaats als onderwijs is gevolgd dat voldoet aan de verplichte onderwijsdoelstellingen, terwijl daarnaast voldoende onderwijs is gevolgd gericht op het verwezenlijken van de deskundigheidsprofieldoelstellingen of als daarnaast voor de hoofdstroom relevante keuzemodulen zijn gevolgd.

Onderstaand worden de onderwijsdoelstellingen beschreven voor de opleiding in de hoofdstroom arbeid en gezondheid. Wanneer in een aparte rechter kolom doelstellingen worden vermeld, zijn dat verder verdiepende, verbredende en ervaringsgerichte doelstellingen voor het deskundigheidsprofiel bedrijfsarts (AB) en/of het deskundigheidsprofiel adviserend verzekeringsarts (AVA). De doelstelling in de linker kolom is dan vooral gericht op het niveau "kennen" en "inzicht".

## I De algemene medische basiskennis

De sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid

1. houdt zijn of haar algemene kennis bij van de nieuwe ontwikkelingen in de medische wetenschap en de klinische kennis en vaardigheden, voorzover deze van belang zijn voor de bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige praktijk, met name ook om met andere medici te kunnen communiceren en samenwerken op professioneel niveau, en om de gegevens van andere medici adequaat te kunnen interpreteren in termen van belastbaarheid.

2. heeft kennis van de structuren van de gezondheidszorg in Nederland en houdt zich op de hoogte van ontwikkelingen hierin.

3. AB-3
kan zorgdragen voor eerste hulp, waaronder gerekend wordt het zelf verlenen van eerste hulp bij ongevallen en acute ziekte in het bedrijf, èn de organisatie en instructie van de EHBO-verlening in het kader van de bedrijfshulpverlening (ook met betrekking tot ongevallen en aandoeningen door bedrijfsspecifieke oorzaken)

## II De eigen specifieke medische deskundigheid van de sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid

De sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid

4. beschikt over de voor het uitoefenen van de arbeids- en bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige praktijk benodigde specifieke medische deskundigheid. Hij of zij kan van een bepaald klachtenpatroon, een bepaalde (chronische) ziekte of aandoening respectievelijk gebrek, aangeven welke consequenties deze in het algemeen kunnen hebben voor het verwerkingsvermogen/de belastbaarheid. Psychische stoornissen en aandoeningen van het bewegingsapparaat vragen hierbij met name extra aandacht.

5. kan gedetailleerde informatie verstrekken aan de behandelende sector, naar de stand van de wetenschap, over de benodigde medische achtergrondgegevens in concrete situaties in relatie tot de preventie en behandeling van beroepsongevallen, beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen.

6. kan de belangrijkste aspecten en ontwikkelingen benoemen op het gebied van de wisselwerking tussen mens en arbeid.

7. kan enkele mens-arbeid-gezondheidsmodellen beschrijven.

8. kan problemen toetsen aan de eigen deskundigheid en daardoor een keuze maken tussen zelf doen of verwijzen.

AB-7 + AVA-7
kan enkele mens-arbeid-gezondheidsmodellen beschrijven en kan deze in concrete situaties toepassen.

9. kan aangeven welke functionarissen en instanties van belang zijn voor het gebied van arbeid en gezondheid.

AB-9 + AVA-9
kan aangeven welke functionarissen en instanties van belang zijn voor het gebied van arbeid en gezondheid, en kan dezen in een concrete situatie raadplegen of inschakelen.

10. geeft er blijk van zich bewust te zijn van eigen opvattingen en eigen persoonlijke eigenschappen en van de achtergronden hiervan, heeft inzicht in de invloed ervan op het werk, en kan deze eigen opvattingen en persoonlijke eigenschappen relativeren.

11. is in staat tot reflecteren op het eigen functioneren, de eigen taakuitoefening en de eigen positie.

12. weet wat het begrip intercollegiale toetsing inhoudt en heeft daarmee in een praktische situatie geoefend.

13. is in staat zijn of haar werk zó te structureren en te registreren dat hij of zij zich kan verantwoorden naar de eigen beroepsgroep, naar cliënten alsook naar controlerende en rechtsprekende instanties.

AB-13 + AVA-13
is in staat zijn of haar werk zó te structureren en te registreren dat hij of zij zich kan verantwoorden naar de eigen beroepsgroep, naar cliënten alsook naar controlerende en rechtsprekende instanties.

14. kan aan derden de positie, kwaliteit en waarde van het werk van de sociaalgeneeskundige voor arbeid en gezondheid expliciet maken.

15.

AB-15
kan in concrete arbeidssituaties een beschrijving geven van de toegepaste technologieën en processen.

16. kan van een concrete arbeidssituatie of ontwerp (plan) aangeven welke belasting respectievelijk gezondheidsrisico's dit oplevert.

AB-16 + AVA-16
kan van een concrete arbeidssituatie of ontwerp (plan) aangeven welke belasting respectievelijk gezondheidsrisico's dit oplevert.

17. kan voor de gezondheid mogelijk riskante werksituaties (zowel belastend als potentieel ongeval veroorzakend) onderkennen en beoordelen, en daarover rapporteren.
(fysische, chemische, biologische, psychosociale, perceptief-mentale en fysieke belastende factoren, alsmede ergonomische vormgeving).

AB-17
kan voor de gezondheid mogelijk riskante werksituaties (zowel belastend als potentieel ongeval veroorzakend) onderkennen en beoordelen, en daarover rapporteren.
(fysische, chemische, biologische, psychosociale, perceptief-mentale en fysieke belastende factoren, alsmede ergonomische vormgeving).

18.

AB-18
kan zelfstandig eenvoudig oriënterend onderzoek op de werkplek (respectievelijk de hiervoor benodigde metingen) uitvoeren en interpreteren.

19. kan de principes van arbeidsgezondheidskundige normstelling beschrijven.

AB-19
kan de principes van arbeidsgezondheidskundige normstelling beschrijven en kan voor een concrete situatie in het kader van de risico-inventarisatie en -evaluatie deze normen verantwoord hanteren.

20. kan zowel in het algemeen als ten behoeve van concrete adviezen, bedrijfsgezondheidskundig beleid formuleren met daarin prioriteitsstelling naar gezondheidsbelang. Hierbij moet preventie en groepsgerichtheid voorop staan.

AB-20
kan zowel in het algemeen als ten behoeve van concrete adviezen, bedrijfsgezondheidskundig beleid formuleren met daarin prioriteitsstelling naar gezondheidsbelang. Hierbij moeten preventie en groepsgerichtheid voorop staan.

21.

AB-21
kan de werkgever adviseren met betrekking tot het te voeren arbeidsomstandighedenbeleid en verzuimbeleid, en kan aangeven hoe deze beleidsvoornemens kunnen worden vastgelegd in een Arbojaarplan.

22.

AB-22
kan in concrete situaties voorstellen doen voor het nemen van preventieve maatregelen en de prioriteit hiervan aangeven; kan het bedrijf en de werknemers hierbij ondersteunen.

23. AB-23
kan zowel in het algemeen als voor concrete situaties in grote lijnen aangeven wat met betrekking tot (persoonlijke) beschermingsmiddelen mogelijk is.

24. kan aangeven wat het doel is van aanstellingsonderzoek (inclusief aanstellingskeuringen) in het algemeen en kan globaal aangeven wanneer en in welke vorm aanstellingsonderzoek respectievelijk aanstellingskeuring zinvol is; hij of zij kent de beperkingen van dergelijk onderzoek, en kent de voor dergelijke keuringen bestaande richtlijnen en protocollen.

AB-24
kan aangeven wat het doel is van aanstellingsonderzoek (inclusief aanstellingskeuringen) in het algemeen en kan voor een concrete situatie aangeven òf, en zo ja in welke vorm aanstellingsonderzoek respectievelijk aanstellingskeuring hier zinvol is; hij of zij kent de beperkingen van dergelijk onderzoek, en weet volgens de voor dergelijke keuringen bestaande richtlijnen en protocollen te handelen.

25. kan zich in een concrete situatie op grond van eigen onderzoek en gegevensverzameling een oordeel vormen over het individuele verwerkingsvermogen/de belastbaarheid dan wel het resterend arbeidsvermogen van een werknemer in relatie tot zijn (toekomstige) werksituatie, kan de bijbehorende gezondheidskundige afweging maken en de praktische betekenis van die afweging aangeven.

AB-25 + AVA-25
kan zich in een concrete situatie op grond van eigen onderzoek en gegevensverzameling een oordeel vormen over het individuele verwerkingsvermogen/de belastbaarheid dan wel het resterend arbeidsvermogen van een werknemer in relatie tot zijn (toekomstige) werksituatie, kan de bijbehorende gezondheidskundige afweging maken en de praktische betekenis van die afweging aangeven.

26. kan over het resterend arbeidsvermogen van een werknemer in relatie tot diens (toekomstige) werksituatie en de hiermee samenhangende gezondheidskundige afweging en praktische betekenis hiervan, adequaat rapporteren naar de werkgever en/of naar de uitkerende instantie.

AB 26 + AVA-26
kan over het resterend arbeidsvermogen van een werknemer in relatie tot diens (toekomstige) werksituatie en de hiermee samenhangende gezondheidskundige afweging en praktische betekenis hiervan, adequaat rapporteren naar de werkgever en/of naar de uitkerende instantie.

27. kent de mogelijkheden van (periodiek) arbeidsgezondheidskundig onderzoek in bepaalde situaties en van maatregelen die ter bescherming van de gezondheid van de werknemers mogelijk zijn.

AB-27
kan aangeven, na zich gericht op de hoogte gesteld te hebben van de omstandigheden (bijvoorbeeld middels risico-inventarisatie en -evaluatie), wat relevant (periodiek) arbeidsgezondheidskundig onderzoek is in bepaalde situaties en/of welke maatregelen ter bescherming van de gezondheid van de werknemers nodig zijn.

28.

AVA-28
kan de rapportage van de arbodienst dan wel van de keurend (bedrijfs)arts beoordelen op de aspecten belasting/belastbaarheid voor het eigen werk en gangbare arbeid, en op de adequaatheid van het reïntegratieplan.

29. kan zowel op basis van de rapportage van derden als op basis van eigen onderzoek de adequaatheid van de therapie, het herstelgedrag en de verzuimbegeleiding van individuele cliënten beoordelen.

30. kan zowel op basis van de rapportage van derden als op basis van eigen onderzoek een inschatting maken met betrekking tot het beloop van de arbeids(on)geschiktheid, daarbij rekening houdend met het verwerkingsvermogen/de belastbaarheid.

AB-30 + AVA-30
kan zowel op basis van de rapportage van derden als op basis van eigen onderzoek een inschatting maken met betrekking tot het beloop van de arbeids(on)geschiktheid, daarbij rekening houdend met het verwerkingsvermogen/de belastbaarheid.

31. kent de regelgeving rond de "second opinion" en kan aangeven hoe een dergelijke cliëntgebonden claimbeoordeling c.q. cliëntgebonden advies inzake werkhervatting moet worden uitgevoerd.

AVA-31
kan op basis van kennis inzake regelgeving rond "second opinion" een dergelijke clintgebonden claimbeoordeling c.q. clintgebonden advies inzake werkhervatting uitvoeren.

32. kan binnen het kader van een beroepszaak informatie leveren en argumenten aandragen van (arbeids-)gezondheidskundige aard.

AVA-32
kan binnen het kader van een beroepszaak informatie leveren en argumenten aandragen van (arbeids-)gezondheidskundige aard.

33. kan aangeven waarom en in hoeverre individuele werknemers of (groepen van) werknemerspopulaties behoren tot kwetsbare groepen.

34.

AB-34
kan aangeven waarom en in hoeverre voor individuele werknemers of (groepen van) werknemerspopulaties bepaalde concrete werksituaties gerekend moeten worden tot risicogroepen.

35. kan, gebruik makend van zijn of haar kennis rond zwangerschap en arbeid, aangeven welke beperkingen voor arbeid gelden tijdens zwangerschap.

AB-35 + AVA-35
kan, gebruik makend van zijn of haar kennis rond zwangerschap en arbeid, aangeven welke beperkingen gelden voor arbeid tijdens zwangerschap.

36. kan in concrete situaties aangeven of (en op welke gronden) het om een beroepsziekte respectievelijk een arbeidsgebonden aandoening gaat; weet in dat geval hoe deze te registreren en te melden.

AB-36
kan in concrete situaties aangeven of (en op welke gronden) het om een beroepsziekte respectievelijk een arbeidsgebonden aandoening gaat; weet in dat geval hoe deze te registreren en te melden en kan zonodig een bijdrage aan de begeleiding respectievelijk de behandeling leveren.

37. is in staat de causaliteit te beoordelen tussen beperkingen in het functioneren en een doorgemaakt ongeval.

AVA-37
is in staat de causaliteit te beoordelen tussen beperkingen in het functioneren en een doorgemaakt ongeval.

38. kan op methodische wijze de determinanten opsporen die een rol spelen bij arbeids(on)geschiktheid van een individuele werknemer, en kan de gezondheidsklachten die hierbij geuit worden (voor zover mogelijk) objectiveren.

39. kan meewerken aan revalidatie en reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers; kan een reïntegratieplan maken, bewaken en helpen uitvoeren. Hij of zij is bekend met de mogelijkheden op het gebied van revalidatie en arbeidsvoorzieningen.

AB-39 + AVA-39
kan meewerken aan revalidatie en reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers; kan een reïntegratieplan maken, bewaken en helpen uitvoeren. Hij of zij is bekend met de mogelijkheden op het gebied van revalidatie en arbeidsvoorzieningen.

40. kan in een concreet geval instrumenten ter bevordering van de reïntegratie van een arbeidsongeschikte werknemer toepassen en hierover communiceren met en rapporteren aan betrokken partijen (werknemer, werkgever, verzekeraar).

AB-40 + AVA-40
kan in een concreet geval instrumenten ter bevordering van de reïntegratie van een arbeidsongeschikte werknemer toepassen en hierover communiceren met en rapporteren aan betrokken partijen (werknemer, werkgever, verzekeraar).

41. kan op een zorgvuldige, doelmatige en doeltreffende wijze omgaan met werknemers en met hun persoonlijke gegevens in de individuele (sociaal-medische) begeleiding èn in de advisering aan derden.

42. kan in een concreet geval zijn of haar beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid motiveren naar de betrokkene, diens behandelend arts, de adviserend verzekeringsarts bij de uitkerende instantie en naar derden (onder wie de werkgever, de rechterlijke instanties).

AB-42
kan in een concreet geval zijn of haar beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid motiveren naar de betrokkene, diens behandelend arts, de adviserend verzekeringsarts bij de uitkerende instantie en naar derden (onder wie de werkgever, de rechterlijke instanties).

AVA-42
kan in een concreet geval zijn of haar beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid motiveren naar de betrokkene, diens behandelend arts, diens bedrijfsarts, en naar derden (onder wie de werkgever, de rechterlijke instanties).

43. heeft inzicht in de wijze van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming van de adviserend verzekeringsarts bij de uitkerende instantie, en kan in een concreet geval zonodig zijn of haar handelwijze of beslissing verdedigen bij de toetsende instantie.

AB-43
heeft inzicht in de wijze van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming van de adviserend verzekeringsarts bij de uitkerende instantie, en kan in een concreet geval zonodig zijn of haar handelwijze of beslissing verdedigen bij de toetsende instantie.

AVA-43
heeft inzicht in de wijze van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming van de adviserend verzekeringsarts bij de uitkerende instantie, en kan in een concreet geval zonodig zijn of haar handelwijze of beslissing verdedigen bij de toetsende instantie.

44. heeft globaal inzicht in de werkwijze van de adviserend verzekeringsarts bij een particuliere verzekeringsinstelling, in het bijzonder ten aanzien van het beoordelen van de toegang tot en de aanspraak op verzekeringen rond menselijke schade.

AVA-44
heeft globaal inzicht in de werkwijze van de adviserend verzekeringsarts bij een particuliere verzekeringsinstelling, in het bijzonder ten aanzien van het beoordelen van de toegang tot en de aanspraak op verzekeringen rond menselijke schade.

45. kan voor een concrete situatie adviseren met betrekking tot het ontwikkelen, implementeren, uitvoeren en evalueren van het te voeren verzuimbeleid, rekening houdend met de eisen die daaraan door de uitkerende instantie worden gesteld.

46. AB-46 + AVA-46
kan een bijdrage leveren aan de sociaalmedische begeleiding van de cliënt door de arbodienst.

47. heeft kennis van de relevante delen uit de wet- en regelgeving ter zake van verhaalszaken.

48. kan de causaliteit van de schade door ongevallen en beroepsziekten beoordelen in verband met wettelijke aansprakelijkheidsverzekeringen.

AVA-48
kan de causaliteit van de schade door ongevallen en beroepsziekten beoordelen in verband met wettelijke aansprakelijkheidsverzekeringen.

49. kan de cliënt instrueren over, motiveren tot en stimuleren in verantwoord herstelgedrag (verlenen van complementaire zelfzorg).

50. kan de werkgever instrueren over en motiveren tot adequate verzuimbegeleiding (verlenen van complementaire mantelzorg).

51. kan de behandelende sector voorzien van relevante informatie uit de arbeidssituatie ter bevordering van de reïntegratie (verlenen van complementaire professionele zorg).

52. kan beoordelen of met een aanpassing van de arbeidsomstandigheden, de arbeidstijden of met een voorziening een beperking in het functioneren is op te heffen.

53. kan een bijdrage leveren aan het opzetten en in stand houden van kwaliteitssystemen met betrekking tot de professionele functie.

54. kan het begrip ziekteverzuim hanteren en uitleg geven over achtergronden daarvan. Kan voor een concrete situatie aangeven welke eisen gesteld moeten worden aan het ziekteverzuimregistratiesysteem. Tevens kan hij of zij ziekteverzuimgegevens analyseren en op basis daarvan adviseren.

55. kent (een of meer) methodes om individuele gegevens en/of klachten te aggregeren naar groepsniveau, kent methodes voor het cijfermatig onderbouwen van deze gegevens en kan de eventuele beperkingen aangeven.

AB-55
is in staat om individuele gegevens en/of klachten in een bedrijf te aggregeren naar groepsniveau en dit zonodig cijfermatig te onderbouwen, en kan ook de eventuele beperkingen daarvan aangeven.

AVA-55
is in staat om per branche individuele gegevens en/of klachten te aggregeren naar groepsniveau en dit zonodig cijfermatig te onderbouwen, en kan ook de eventuele beperkingen daarvan aangeven.

56. kan door het verstrekken van relevante informatie aan de werkgever, de arbodienst en de behandelende sector bijdragen aan de preventie van gezondheidsschade als gevolg van de werksituatie.

AB-56
kan door het verstrekken van relevante informatie aan de werkgever en de behandelende sector bijdragen aan de preventie van gezondheidsschade als gevolg van de werksituatie.

AVA-56
kan door het verstrekken van relevante informatie aan de Arbodienst respectievelijk de werkgever en de behandelende sector bijdragen aan de preventie van gezondheidsschade als gevolg van de werksituatie.

## III Kennis en vaardigheden om als sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid binnen een bedrijf of instelling te kunnen functioneren

De sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid

57. kan mede vanuit een globale kennis van de organisatiekunde de structuren en processen in het functioneren van een bedrijf of instelling beschrijven.

AB-57
kan mede vanuit een globale kennis van de organisatiekunde de structuren en processen in het functioneren van een bedrijf of instelling beschrijven.

58. kan de krachtenvelden in een organisatie analyseren en kan aangeven op welke wijze de bedrijfsarts respectievelijk de adviserend verzekeringsarts daarin effectief kunnen functioneren, ook op langere termijn, met name met inachtneming van de professionele onafhankelijkheid. Hij of zij kan aangeven wat in de situatie van de bedrijfsarts in een bepaald bedrijf of een bepaalde instelling zijn of haar rolproblematiek is, welke factoren daarbij spelen en hoe deze hiermee zou moeten gaan.

AB-58
kan de krachtenvelden in een organisatie analyseren en kan aangeven op welke wijze de bedrijfsarts daarin effectief kan functioneren, ook op langere termijn, met name met inachtneming van de professionele onafhankelijkheid. Hij of zij kan aangeven wat in een bepaald bedrijf of in een bepaalde instelling zijn of haar rolproblematiek is, welke factoren daarbij spelen en hoe hiermee om te gaan.

59. kan de kenmerken van conflicten in groepen en organisaties beschrijven, en kan voor een concrete situatie aangeven hoe de hantering van en de interventie bij conflicten zou kunnen worden aangepakt.

AB-59
kan de kenmerken van conflicten in groepen en organisaties beschrijven, en kan voor een concrete situatie aangeven hoe de hantering van en de interventie bij conflicten zou kunnen worden aangepakt.

60. kent de principes van resultaatgericht interveniëren en kan deze in een concrete situatie toepassen.

AB-60 + AVA-60
kent de principes van resultaatgericht interveniëren en kan deze in een concrete situatie toepassen.

61. kan rekening houden met kosten- respectievelijk baten-effecten van zijn of haar adviezen en kan het belang van deze effecten voor de realisering van de adviezen aangeven.

62. kan de principes van effectief onderhandelen beschrijven en deze in een concrete situatie toepassen.

63. kan de principes van vergadertechniek in grote lijnen schetsen en deze in een concrete situatie toepassen.

64. geeft blijk van kennis en inzicht in maatschappelijke verhoudingen en overlegstructuren, met name op het gebied van de arbeid.

65. kan de principes van marketing reproduceren, en kan deze in een concrete situatie toepassen in het afstemmen van vraag naar en aanbod van zorg- en dienstverlening.

AB-65
kan de principes van marketing reproduceren, en kan deze in een concrete situatie toepassen in het afstemmen van vraag naar en aanbod van zorg- en dienstverlening.

66. heeft globale kennis van de werkwijze, achtergronden en denkmodellen van functionarissen in het bedrijf die van belang zijn voor de uitvoering van de arbeidsomstandighedenzorg en de terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

67. kan aangeven hoe aanstellingsonderzoek (inclusief aanstellingskeuringen) respectievelijk periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek georganiseerd dient te worden en hoe de introductie in het bedrijf en de benodigde contacten met bedrijfsfunctionarissen tot stand komen.

AB-67
kan aanstellingsonderzoek (inclusief aanstellingskeuringen) respectievelijk periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek organiseren en de introductie in het bedrijf en de benodigde contacten met bedrijfsfunctionarissen verzorgen.

**IV Het kunnen verrichten en het kunnen beoordelen van onderzoek en het kunnen rapporteren.**

De sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid

68. kan in concrete situaties zelf zijn of haar kennis en kunde aanvullen en uitbreiden.

69. kan rapporten, artikelen en boeken op of grenzend aan het gebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de arbeidsgezondheidskunde en de verzekeringsgeneeskunde qua inhoud en methodiek beoordelen en de relevantie ervan voor zijn of haar praktijk aangeven.

70. kan onderzoek naar inhoud en aanpak wetenschappelijk verantwoord opzetten, (doen) uitvoeren, analyseren en hieruit conclusies trekken.

71. kan op heldere en logische wijze, goed onderbouwd, mondeling en schriftelijk rapporteren, adviseren en voorlichting geven aan deskundigen en niet-deskundigen over concrete onderwerpen en situaties.

## V wetskennis, in het bijzonder kennis van de arbeidsomstandighedenwetgeving en de sociale verzekeringswetgeving

De sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid

72. kan in grote lijnen beschrijven hoe het Nederlandse rechtssysteem is opgebouwd, en kan aangeven in welke wetten de belangrijkste regels en principes met betrekking tot de arbeidsomstandighedenzorg en in het bijzonder de bedrijfsgezondheidszorg, en met betrekking tot de verzekeringsgeneeskunde zijn vastgelegd.

73. kan een beschrijving geven van de hoofdlijnen van de Europese kaderrichtlijn voor veiligheid en gezondheid op het werk en van de overige richtlijnen van de Raad voor de Europese Unie betreffende de bescherming van werknemers, alsmede van de Arbeidsomstandighedenwet (met nadruk op de bedrijfsgezondheidskundige aspecten hiervan). Hij of zij kan aangeven welke ontwikkelingen er op dit gebied zijn.

74. kan de relevante delen uit de wet- en regelgeving op het gebied van het arbeidsrecht en het gezondheidsrecht beschrijven en interpreteren, en kan aangeven welke ontwikkelingen er op dit gebied zijn.

75. heeft kennis van de hoofdlijnen van de voor sociaal-medische begeleiding en claimbeoordeling relevante delen uit de wetgeving met betrekking tot arbeid en sociale zekerheid, en kan aangeven welke ontwikkelingen er op dit gebied zijn. Hij of zij kan voor een concrete situatie aangeven welke delen van deze wetgeving en de geldende jurisprudentie van toepassing zijn.

76. heeft kennis van de hoofdlijnen van de voor de bedrijfsgezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde relevante delen van de wetgeving en gedragsregels met betrekking tot zorgvuldige beroepsuitoefening, alsmede de op dit gebied geldende protocollen, richtlijnen en ethiek.

## VI De samenwerking met andere disciplines

De sociaal-geneeskundige voor arbeid en gezondheid[1]

77. kan een beschrijving geven van de functie, de werkwijze, de achtergronden en de denkmodellen van de deskundigen met wie samengewerkt moet worden. Hij of zij kan verder aangeven wat hun specifieke inbreng is of kan zijn.

78. kan de belangrijkste voorwaarden voor doeltreffende samenwerking beschrijven. Hij of zij kan in een concrete situatie doeltreffend samenwerken met andere disciplines.

AB-78 + AVA-78
kan de belangrijkste voorwaarden voor doeltreffende samenwerking beschrijven. Hij of zij kan in een concrete situatie doeltreffend samenwerken met andere disciplines.

Afkortingenlijstje bij Besluit CSG no. 1 - 1996

| | |
|---|---|
| AB | Bedrijfsarts |
| Arbozorg | Arbeidsomstandighedenzorg |
| AVA | Adviserend verzekeringsarts |
| CSG | College voor Sociale Geneeskunde |
| EHBO | Eerste Hulp Bij Ongelukken |
| SGRC | Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie |
| KNMG | Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst |

Bijlage 2

## Besluit CSG no. 1 – 1998: Algemene eisen voor de herregistratie van sociaal-geneeskundigen

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

COLLEGE VOOR SOCIALE GENEESKUNDE

# BESLUIT CSG NO. 1 - 1998

## ALGEMENE EISEN VOOR DE HERREGISTRATIE VAN SOCIAAL-GENEESKUNDIGEN

Het College voor Sociale Geneeskunde, in vergadering bijeen op 27 februari 1998;

in aanmerking nemende

dat de beroepsgroep sociaal-geneeskundigen heeft besloten tot de ontwikkeling van een beleid, gericht op systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit van de sociaal-geneeskundige zorg door kwaliteitseisen te verbinden aan de herregistratie van sociaal-geneeskundigen;

dat in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) een systeem van het verbinden van kwaliteitseisen aan herregistratie is opgenomen en dat de Minister onder wie de volksgezondheid ressorteert de uitvoering van dit systeem kan overlaten aan een vereniging welke de beroepsgroep artsen representeert;

dat de beroepsgroep artsen, gerepresenteerd door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, samen met de andere zorgaanbieders, in overleg met de overheid, de zorgverzekeraars en de patinten/cliëntenorganisaties in het kader van de zogeheten Leidschendam-conferenties afspraken heeft gemaakt over de totstandkoming van systemen voor kwaliteitsborging;

dat in het in 1991 uitgebrachte Advies met betrekking tot kwaliteitsborging en certificatie van aanbieders van nascholing in de geneeskunde (het AKANG-rapport) het uitgangspunt is neergelegd dat de primaire verantwoordelijkheid voor het nascholingsaanbod ligt bij de aanbieder zelf, waarbij de kwaliteit van het aanbod wordt getoetst met behulp van een intern kwaliteitsborgingssysteem met een daaraan complementair extern kwaliteitsborgingssysteem;

dat naast de mate van beroepsuitoefening de omvang en het niveau van deskundigheidsbevordering, te weten bij- en nascholing alsmede intercollegiale toetsing of daarmee gelijk te stellen activiteiten, bepalend zullen zijn voor de vraag of een sociaal-geneeskundige al dan niet wordt geherregistreerd;

dat de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie is belast met de uitvoering van de registratie en de herregistratie;

dat het noodzakelijk is dat de betreffende uitvoeringsregelingen van de SGRC passen binnen het kader van een Besluit van het College voor Sociale Geneeskunde;

dat dit Besluit, houdende de eisen voor herregistratie van sociaal-geneeskundigen, het kader daartoe biedt;

overwegende

dat is gebleken dat voor de beide hoofdstromen waarbinnen de sociale geneeskunde is ondergebracht activiteiten zijn aan te wijzen waaraan kwaliteitseisen ten behoeve van de herregistratie kunnen worden verbonden;

dat de door het CSG aangewezen wetenschappelijke of daarmee door het CSG gelijkgestelde verenigingen na overleg met vertegenwoordigers van organisaties waarin sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn[1] alsmede andere bij de herregistratie van sociaal-geneeskundigen belanghebbende partijen aanvullende eisen behoren te kunnen stellen;

gehoord

de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie;

gelet op

artikel 27 van de Statuten van de KNMG alsmede artikel 1057 lid 2 en artikel 1058 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG;

heeft besloten

Artikel 1

Inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen zoals bedoeld in artikel 1065 jo. 1069 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG geschiedt voor een periode van vijf jaar. De inschrijving wordt voor een gelijke periode verlengd indien wordt voldaan aan de eisen van dit Besluit.

Artikel 2

De inschrijving van een sociaal-geneeskundige in het register van erkende sociaal-geneeskundigen wordt verlengd indien is voldaan aan de navolgende vereisten:

---

[1] Hiermee wordt gedoeld op door het College voor Sociale Geneeskunde aan te wijzen koepels van organisaties die een bepaalde werksoort bundelen.

a. de werkzaamheden van de sociaal-geneeskundige zijn in overeenstemming met criteria die inhoud geven aan het begrip "regelmatig werkzaam zijn geweest" als bedoeld in artikel 1074 lid 1 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG.

b. de sociaal-geneeskundige heeft in voldoende mate deelgenomen aan deskundigheidsbevordering, te weten bij- respectievelijk nascholingsactiviteiten en aan andere activiteiten die de professionaliteit bevorderen alsmede aan intercollegiale toetsings- of daarmee gelijk te stellen activiteiten.

Artikel 3

a. De omvang van de werkzaamheden als bedoeld in artikel 2 onder a. bedraagt gemiddeld over vijf jaar ten minste twee dagdelen per week.

b. De omvang van de bij- en nascholingsactiviteiten als bedoeld in artikel 2 onder b. bedraagt gemiddeld over vijf jaar ten minste 20 uur per jaar.

c. De omvang van de "andere activiteiten" als bedoeld in artikel 2 onder b. bedraagt gemiddeld over vijf jaar ten minste 20 uur per jaar. In deze 20 uur zijn de intercollegiale toetsings- of daarmee gelijk te stellen activiteiten begrepen. Deze activiteiten maken er een belangrijk deel van uit.

(TOELICHTING)

Artikel 4

a. De deskundigheidsbevordering van de sociaal-geneeskundige dient gericht te zijn op onderwijsdoelstellingen die in relatie staan tot de beroepsuitoefening en deel uitmaken van een op deze beroepsuitoefening betrekking hebbend opleidingsbesluit.

(TOELICHTING)

b. De desbetreffende sociaal-geneeskundige wetenschappelijke vereniging kan na overleg met vertegenwoordigers van organisaties waarin sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn alsmede andere bij de herregistratie van sociaal-geneeskundigen belanghebbende partijen aanvullende eisen stellen aan de verlenging van de inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen.

c. Deze aanvullende eisen worden door het CSG vastgesteld.

Artikel 5

a. De SGRC stelt na overleg met de erkende opleidingsinstituten sociale geneeskunde en gehoord de wetenschappelijke verenigingen de randvoorwaarden vast waaraan het cursusaanbod gericht op bij- en nascholing als bedoeld in artikel 2.b. dient te voldoen.

(TOELICHTING)

b. De SGRC stelt na overleg met de wetenschappelijke verenigingen de randvoorwaarden vast waaraan de andere activiteiten als bedoeld in artikel 2.b. dienen te voldoen.

c. De SGRC stelt na overleg met de wetenschappelijke verenigingen en met vertegenwoordigers van organisaties waarin sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn de randvoorwaarden vast waaraan de intercollegiale toetsings- of daarmee gelijk te stellen activiteiten als bedoeld in artikel 2.b. dienen te voldoen.

d. De SGRC toetst of aan de randvoorwaarden als bedoeld in lid a. van dit artikel wordt voldaan.

e. De wetenschappelijke verenigingen toetsen of aan de randvoorwaarden als bedoeld in lid b. van dit artikel wordt voldaan.

f. De wetenschappelijke verenigingen gaan na of de inhoud van de toetsings- of daarmee gelijk te stellen activiteiten als bedoeld in lid c. van dit artikel is afgestemd op de specifieke omstandigheden alsmede de wijze van beroepsuitoefening binnen het betreffende sociaal-geneeskundige vakgebied.

Artikel 6
De SGRC legt na overleg met de sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen en met de opleidingsinstituten in een uitvoeringsregeling een systeem neer ten behoeve van een weging van elk van de elementen van deskundigheidsbevordering.
Dit systeem wordt vastgesteld door het CSG.

Artikel 7 Gelijkgestelde werkzaamheden
a. De sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen bepalen welke werkzaamheden als gelijkgestelde werkzaamheden als bedoeld in de Wet BIG, artikel 15 lid 2.a. dienen te worden beschouwd.
b. De sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen leggen hiertoe een lijst aan, welke wordt overgelegd aan de SGRC.
c. De lijst van gelijkgestelde werkzaamheden wordt vastgesteld door het College voor Sociale Geneeskunde.
d. De SGRC hanteert de lijst van gelijkgestelde werkzaamheden bij de uitvoering van haar herregistratiebeleid.
(TOELICHTING)

**Toelichting**
ALGEMEEN

Binnen de beroepsgroep van de sociaal-geneeskundigen wordt vanaf eind van de jaren tachtig nagedacht over het verbinden van kwaliteitseisen aan de periodieke inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen. Zo werden voor het eerst in 1989 door het College voor Sociale Geneeskunde breed samengestelde werkgroepen ingesteld welke de problematiek ter hand namen. Deze activiteiten mondden uit in een door het College vastgesteld rapport "Kwaliteitsborging in de sociale geneeskunde door middel van registratie en herregistratie". In dit rapport zijn de essentialia voor een systematiek ten behoeve van de herregistratie van sociaal-geneeskundigen neergelegd.

Deze ontwikkeling liep samen met de uitkomsten van de zogeheten Leidschendamconferenties over kwaliteit van zorg. Tijdens deze bijeenkomsten, in 1989, 1990 en 1995 gehouden, zijn afspraken gemaakt tussen de Minister van Volksgezondheid en onder meer de KNMG over het opzetten van kwaliteitssystemen. Het initiatief hiertoe ging uit van de KNMG, welke in een notitie "Kwaliteitsborging van medisch handelen via herregistratie" het beleid ter zake had geformuleerd.
De wettelijke grondslag voor (individuele) herregistratie was inmiddels vastgelegd in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), welke op 1 december 1997 voor artsen is ingevoerd.

Het thans voorliggende Besluit heeft de vorm van een raambesluit, dat wil zeggen dat het een basisregeling bevat ten behoeve van het stellen van criteria voor de kwantitatieve en kwalitatieve herregistratie van sociaal-geneeskundigen, welke regeling toepasselijk is voor ieder gebied van de sociale geneeskunde.
Deze basiseisen kunnen door de sociaal-geneeskundige wetenschappelijke verenigingen in overleg met organisaties waarin sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn en andere belanghebbenden worden aangevuld met eisen, die exclusief voor het betreffende werkveld van toepassing zijn, waarna deze aanvullende eisen voor een marginale toetsing aan het College worden voorgelegd.

ARTIKELGEWIJS

Artikel 2

In dit artikel zijn de kwantitatieve en kwalitatieve criteria neergelegd die bepalend zijn voor de vraag of de inschrijving van een sociaal-geneeskundige in het register kan worden verlengd: de mate van beroepsuitoefening en het gevolgd hebben van deskundigheidsbevordering (bij- en nascholing, andere de professionaliteit bevorderende activiteiten, intercollegiale toetsings- of daarmee gelijk te stellen activiteiten).

Artikel 3

a. Voor het aantal dagdelen per week dat bij de herregistratie in aanmerking wordt genomen geldt, dat geen aaneengesloten periode is voorgeschreven tijdens welke men gedurende de registratieperiode werkzaam moet zijn geweest.

b. Onder bij- en nascholing wordt verstaan postacademisch onderwijs en ander onderwijs van een vergelijkbaar niveau dat aan de kwaliteitseisen en criteria voldoet, van een zekere lengte en duur, passend binnen de onderwijsdoelstellingen.

c. Bij andere activiteiten die de professionaliteit bevorderen kan worden gedacht aan:
- het volgen van openbare symposia, congressen en professionele en wetenschappelijke bijeenkomsten georganiseerd door beroeps- en kennisverenigingen, onderzoeksinstituten en universiteiten;
- lidmaatschappen van adviescommissies van de overheid, besturen en commissies van kennis- en beroepsverenigingen, lidmaatschappen van redacties van wetenschappelijke en vaktijdschriften;
- het schrijven van artikelen en het bijdragen aan boeken;
- het beoordelen van artikelen in peer review tijdschriften;
- docentschappen;
- de begeleiding van praktijkscholing en stages.

Artikel 4

a. Deskundigheidsbevordering heeft tot doel de sociaal-geneeskundige in staat te stellen optimaal te functioneren met gebruikmaking van kennis en inzicht in de laatste ontwikkelingen op het vakgebied. Deze ontwikkelingen vinden hun neerslag in de onderwijsdoelstellingen. Door de deskundigheidsbevordering te koppelen aan de onderwijsdoelstellingen wordt bereikt, dat de te herregistreren sociaal-geneeskundige tenminste "bijblijft" op het niveau dat met de opleiding is verworven.

b. Om de herregistratie een zo breed mogelijke basis te geven is bepaald, dat de door de wetenschappelijke of beroepsvereniging aan te geven aanvullende herregistratie-eisen tot stand komen in overleg met organisaties waarin sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn alsmede andere belanghebbende partijen. Welke dat zijn is afhankelijk van het betreffende vakgebied.
Als voorbeeld kan dienen de nadere criteria die de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde heeft gesteld voor het functioneren van bedrijfsartsen.
De eventuele aanvullende eisen van de wetenschappelijke of beroepsverenigingen zullen vooral betrekking hebben op ontwikkelingen die zich in de praktijk van de beroepsuitoefening voordoen.

Artikel 5

a. Met de in dit artikellid genoemde criteria wordt met name gedoeld op criteria die van toepassing zijn bij de erkenning van onderwijsmodulen. Het gaat daarbij vooral om didactische en organisatorische voorwaarden te stellen aan de scholingsprogramma's.
Als randvoorwaarden kunnen gelden:
- relevantie m.b.t. het behoeftepatroon van de afnemers;
- relevantie m.b.t. de vakinhoud;
- relevantie m.b.t. de onderwijskundige aspecten;
- relevantie m.b.t. de zorginhoud (behoefte individu, samenleving);
- adequaat zijn van de zorginhoud (ethische aspecten, attitude);
- doelmatigheid (kosten/baten van de nascholing);
- adequate organisatie;
- in acht nemen van de betreffende sponsorcode alsmede van de Europese Richtlijn met betrekking tot reclame c.q. het Reclamebesluit geneesmiddelen.

b. De individuele sociaal-geneeskundige kan zich bij zijn keuze uit deskundigheidsbevorderende activiteiten laten leiden door een lijst die de wetenschappelijke vereniging samenstelt aan de hand van door de SGRC te stellen criteria. Betrokkene is er op deze wijze zeker van, dat het om activiteiten gaat die in aanmerking worden genomen bij de herregistratie. De sociaal-geneeskundige is zelf verantwoordelijk voor het verzamelen van de desbetreffende bewijzen van het gevolgd hebben van cursussen etc. en het bij de SGRC presenteren van die bewijzen ten behoeve van de individuele herregistratie.

Artikel 7

Artikel 15 lid 2.a. van de Wet BIG bepaalt, dat al dan niet op het gebied van de individuele gezondheidszorg liggende werkzaamheden worden aangewezen die voor de toepassing van het eerste lid (betrekking hebbend op de herregistratie) worden gelijkgesteld met werkzaamheden op het desbetreffende deelgebied van de beroepsuitoefening. Met dit artikel biedt de wetgever de herregistrerende instantie de mogelijkheid sociaal-geneeskundigen die niet of niet geheel als zodanig werkzaam zijn, toch voor herregistratie in aanmerking te laten komen. Te denken valt aan de bedrijfsarts die daarnaast taken heeft als sectorhoofd binnen de organisatie, maar ook aan functies als hoogleraar sociale geneeskunde of als beleidsmedewerker aan een onderwijsinstituut of bij een beroepsvereniging.
Gekozen is voor de constructie, dat de wetenschappelijke vereniging aangeeft welke werkzaamheden of functies (zijnde een samenhangend geheel van werkzaamheden) als "gelijkgesteld" moeten worden aangemerkt. Deze vaststelling wordt vervolgens ten behoeve van de uitvoering van het herregistratiebeleid bekrachtigd door het CSG. Een en ander heeft tot consequentie, dat aan de sociaal-geneeskundige met gelijkgestelde werkzaamheden dezelfde eisen ten aanzien van deskundigheidsbevordering worden gesteld als aan de "reguliere" sociaal-geneeskundige. De betreffende sociaal-geneeskundige wordt vervolgens op dezelfde wijze geherregistreerd.

Bijlage 3

Schriftelijke reactie van de voorzitter bestuur LOSGIO

# LOSGIO

## Landelijk Overleg Sociaal Geneeskundigen In Opleiding

INGEKOMEN 28 OKT. 1999

Amsterdam, 25 oktober 1999

Professor dr. J.H.B.M. Willems
TNO Preventie en Gezondheid
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Geachte heer Willems,

Hierbij wil ik namens het LOSGIO alsnog reageren op uw brief dd. 27 september jl., waarin u om een reactie vroeg betreffende een aantal vragen die de staatssecretaris van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan u voorlegde.

De reacties vanuit de LOSGIO achterban waren verschillend van aard en passend bij een (jongere) nieuwe generatie die soms van reeds gebaande paden af wil wijken.
De discussie kan zich op meerdere niveaus ontwikkelen. Men kan zich serieus afvragen of de basis van het huidige WAO-claimbeoordelingenstelsel wel voldoet. Leiden de verschillende belangen van de betrokken partijen wel tot prikkels in de gewenste richting? Dat zijn echter zulke basale vragen dat het mij niet wijs lijkt daar hier nu verder op in te gaan. Dit zijn essentieel andere vragen dan de vraag wie nu binnen de UVI welk deel van de WAO-claimbeoordeling doet, zou moeten doen of ook zou kunnen doen.

Op de vraag of men een gespecialiseerde verzekeringsarts bij de claimbeoordeling moet inschakelen, zijn meerdere antwoorden mogelijk. Eerst moet men dan de vraag beantwoorden wat nu precies de taak (of meerwaarde) is van de verzekeringsarts.
Voor alleen het invullen van een belastbaarheidspatroon is waarschijnlijk niet een 4-jarige AAG-opleiding nodig, maar zou men een heel eind kunnen komen met een cursus zoals de GIB-cursus gegeven door het GAK.
Ziet men de taken van een verzekeringsarts breder en moet deze zich ook (gaan) richten op reïntegratie, dan is een diepere en bredere AAG-opleiding nodig met ook kennis en (praktijk)ervaring opgedaan bij o.a. arbodiensten en werkgevers. Een goede inschatting van het krachtenveld tussen de partijen binnen het sociale verzekeringsveld en de rol en positie van de belanghebbende daarin is dan ook noodzakelijk. Al de (o.a. communicatie-, advies- , diagnostische-, analytische- en rapportage) vaardigheden, zoals genoemd in de vragenlijst, zijn dan van belang.

T.a.v. de vraag over welke mogelijkheden er zijn om de opleiding tot verzekeringsarts te verbeteren het volgende. Onze insteek is dat, als men als professional een goed product of een goede kwaliteit af wil leveren, men daartoe dan ook goed zal moeten worden opgeleid.
Een degelijke medische basis met specifieke aandachtsgebieden en een goede (tot uitstekende) wetskennis zijn daarbij uiteraard van primair belang. De eerder genoemde vaardigheden dienen dan ook voor zover nog niet aanwezig aangeleerd en geoefend te worden.
Van belang achten wij ook dat de verzekeringsarts in opleiding de juiste motivatie heeft bij het volgen van de opleiding. Dat (b)lijkt in de praktijk niet altijd het geval te zijn. Enerzijds dient die motivatie vanuit de verzekeringsarts zelf te komen en die motivatie zal komen als hij in zijn werk voldoende professionele uitdaging en prikkels vindt om er wat van te willen maken. Anderzijds dient de opleiding minder schools te

LOSGIO, p/a Secretariaat LVSG, Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht

worden, wat tot passief gedrag leidt, en meer gericht te zijn op zelfwerkzaamheid waardoor men actief meedoet en actief leert.

Een scriptie zou een middel moeten zijn om een wat meer wetenschappelijke attitude te verkrijgen en kritisch onderzoeksverslagen te kunnen lezen, maar zou geen doel op zich moeten zijn. Laat echt wetenschappelijk onderzoek en verdere vakontwikkeling over aan degenen die daar echte belangstelling, kennis en vaardigheden voor hebben.

Verbeter mogelijkheden zouden kunnen zijn; het opdoen van meer klinisch gerelateerde kennis en vaardigheden gericht op de psyche en bijv. de rug (en bewegingsapparaat)

Hopende u hiermee voldoende te hebben ingelicht, verblijf ik.

Met collegiale groet,

C.A. de Vries, voorzitter LOSGIO.

Bijlage 4A

De schriftelijke enquête onder verzekeringsartsen

# LOSGIO

## Landelijk Overleg Sociaal Geriatrische Instellingen in Opleiding

wordt, van uit passief gedrag leert, en meer gericht is op zelfverkenning door een actief regisseur te zoeken leert.

Een aanpak zou van uitsluitend meetten eijn van een vrij kunnen wetenschappelijke attitude te verkrijgen en kritisch naar ondersteunen te kunnen komen, uniq zou geen doel op zich zouden zijn. Laat zich wetenschappelijk gedrag zich en verdieping van arbeidsidelig over een deegnem die deze echte leiding geeft, kunnen en **Alzgeslit** er hebben.

Gedurende meerdere jaren worden [illegible] uitgebreid. Uiteraard gaat hierbij de voorkeur en **ontwikkeling van een leerplan voor de opleiding**.

Reageren a lies over voldoende te hebben legaliste, verkijf ik.

Met vriendelijke groet,

G.A. de Vries, voorzitter LOSGIO.

LOSGIO, p/a Gerontologisch Centrum, Leeuwarden, tel. 058-2934[illegible]

# DE SCHRIFTELIJKE ENQUÊTE ONDER VERZEKERINGSARTSEN
## deelonderzoek A6 Pullover-project

november 1999

Petra Molenaar
Carla van Deursen

Bureau AS/*tri*
Stationsweg 26
2312 AV Leiden

Tel.: 071 – 512 49 03
Fax: 071 – 512 52 47
E-mail: astri@astri.nl

## INHOUDSOPGAVE


| | | |
|---|---|---|
| I | Inleiding | 3 |
| | 1.1 Achtergrond van het onderzoek | 3 |
| | 1.2 Doelstelling van het onderzoek | 3 |
| | 1.3 Voorbereiding en uitvoering van het onderzoek | 4 |
| | 1.4 Respons en representativiteit | 5 |
| | 1.5 Steekproefsamenstelling | 7 |
| 2 | Belangrijke kennis en vaardigheden | 9 |
| 3 | Oordeel over de opleiding | 13 |
| | 3.1 De onderdelen in de opleiding tot verzekeringsarts | 13 |
| | 3.2 Onderwerpen voor bij- en nascholing | 19 |
| 4 | De uitvoeringspraktijk tijdens en na de opleiding | 23 |
| | 4.1 De inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling | 23 |
| | 4.2 Enkele aspecten van de uitvoeringspraktijk | 23 |
| 5 | Conclusie | 29 |

# 1 INLEIDING

## 1.1 Achtergrond van het onderzoek

AS/*tri* is door TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) gevraagd om enkele onderdelen uit te voeren van het onderzoek 'Kwaliteit van de opleiding tot verzekeringsarts'. Dit onderzoek wordt door TNO-PG uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Doel van het onderzoek is het verbeteren van de opleiding en de nascholing van verzekeringsartsen met het oog op de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.
In dit deelonderzoek wordt gepeild wat de mening is van uitvoerende verzekeringsartsen over de door hen genoten opleiding en wat hun mening is over uitvoering van een deel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling door niet-medici.
AS/*tri* heeft eerder reeds een onderzoek onder verzekeringsartsen uitgevoerd naar de randvoorwaarden van de sociaal-medische begeleiding (Van Deursen en Veerman, 1997)[1]. Hierbij kwam ook het onderwerp 'nascholing' aan de orde. De helft van de ondervraagde verzekeringsartsen vond destijds dat vanuit de uitvoeringsinstelling onvoldoende aan bij- en nascholing werd gedaan. Specifieke onderwerpen die men miste waren instructie over nieuwe wet- en regelgeving of instrumentarium, inhoudelijke scholing op het terrein van arbeidsongeschiktheid en bepaalde medische onderwerpen. In tegenstelling tot het onderhavige onderzoek was de kwaliteit van opleiding zelf in dit onderzoek echter niet aan de orde. Uit een recent onderzoek naar de praktijk van de claimbeoordeling voor de WAO, blijkt dat verzekeringsartsen 'deskundigheidsbevordering en intercollegiale toetsing' één van de belangrijkste randvoorwaarden van kwaliteitsverbetering van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling vinden[2].

## 1.2 Doelstelling van het onderzoek

Om een goed beeld te kunnen vormen van de mening van verzekeringsartsen over hun opleiding, is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd:

a. Welke kennis en vaardigheden achten verzekeringsartsen zelf van belang voor de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?
b. Wat vinden verzekeringsartsen zelf van hun opleiding, bij- en nascholing?

---

[1] C.G.L. van Deursen, T.J. Veerman. Kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling: onderzoek onder verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen die lid zijn van het Tica-uitvoerderspanel. Amsterdam: Lisv, 1997.
[2] C.G.L. van Deursen, Claimbeoordeling WAO: het handelen van de verzekeringsarts in de praktijk. Amsterdam: Lisv, 1999 (in druk).

c. Wat zou er volgens verzekeringsartsen veranderd moeten worden in de opleiding, bij- en nascholing om de claimbeoordeling beter te kunnen uitvoeren?

d. Wat is de mening van verzekeringsartsen over de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling?

Ad a. Deze onderzoeksvraag komt aan de orde in hoofdstuk 2. Hier wordt dus in kaart gebracht welke kennis en vaardigheden de ondervraagde verzekeringsartsen van belang achten voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

Ad b/c. In hoofdstuk 3 wordt beschreven wat het oordeel van verzekeringsartsen is over de mate waarin bepaalde onderwerpen aan de orde zijn gekomen in de opleiding en of zij van mening zijn dat er onderwerpen ontbreken. Verder wordt weergegeven wat, met het oog op de kwaliteit en efficiëntie van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, volgens de verzekeringsartsen de meeste relevante onderwerpen zijn voor bij- en nascholing.

Ad d. Zijn de verzekeringsartsen van mening dat ook niet-artsen (zoals een psycholoog, een ergonoom, een verpleegkundige) in bepaalde gevallen (een gedeelte van) het belastbaarheidsprofiel zouden kunnen opstellen? Deze vraag komt in het vierde hoofdstuk aan de orde, samen met een aantal aspecten van de uitvoeringspraktijk tijdens en na de opleiding.

Waar dat van belang blijkt te zijn, worden eventuele verschillen beschreven tussen recent opgeleiden, vroeg opgeleiden en in opleiding zijnden, tussen verschillende leeftijdsgroepen, tussen meer en minder ervaren verzekeringsartsen en tussen wel en niet bij één van de uitvoeringsinstellingen werkzame artsen.

## 1.3 Voorbereiding en uitvoering van het onderzoek

De verzekeringsartsen die zijn verzocht om mee te werken aan dit onderzoek zijn afkomstig uit drie bronnen:

- het Lisv-uitvoerderspanel (een panel van 96 verzekeringsartsen, werkzaam bij een uitvoeringsinstelling),
- het adressenbestand van ex-cursisten van TNO Arbeid (personen die de opleiding hebben afgerond tussen 1 januari 1996 en 1 juli 1999),
- het adressenbestand van ex-cursisten van de NSPH (personen die de opleiding hebben afgerond tussen 1 januari 1997 en 1 juli 1999),
- de Netwerkgroep (de verzekeringsartsen uit de begeleidingsgroep van het project, die allen de opleiding hebben afgerond).

Het Lisv-uitvoerderpanel is opgericht in 1996 en bestaat uit 96 artsen, werkzaam bij

GAK (n=40), Cadans (n=20), GUO (n=10), SFB (n=10) of USZO (n=16). Deze artsen vormen geen strikt aselecte steekproef uit de artsen werkzaam bij uitvoeringsinstellingen. De selectie van de artsen voor deelname aan het panel is overgelaten aan contactpersonen binnen de uitvoeringsinstellingen, waarbij de enige eisen waren dat elk regiokantoor vertegenwoordigd moet zijn, en de geselecteerde artsen ten minste één jaar bij de uitvoeringsinstelling werkzaam moeten zijn. Uit de meest recente panelronde die het Lisv gehouden heeft (juni 1999), blijkt dat de meeste deelnemende verzekeringsartsen al langere tijd als verzekeringsarts werkzaam zijn: het gemiddeld aantal jaren werkervaring is 11, met een minimum van 2 en een maximum van 23. Tweederde is geregistreerd als verzekeringsarts. De verzekeringsartsen zijn gemiddeld 78 procent van hun werktijd bezig met claimbeoordeling voor de WAO, met een minimum van 20 procent en een maximum van 100 procent[3].
Omdat de werkdruk van verzekeringsartsen momenteel hoog is (en het onderwerp 'kwaliteit van de opleidingen' in deze context wellicht geen hoge prioriteit heeft), is ernaar gestreefd een gemakkelijke, snel in te vullen vragenlijst te construeren. Daarom bestaat de vragenlijst zoveel mogelijk uit meerkeuzevragen, aangevuld met vragen om toelichting bij specifieke antwoorden en enkele open vragen.
De vragenlijst gaat met name over de kennis en vaardigheden die vereist zijn bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, aansluiting hierop van de opleiding en de bij- en nascholing en over de vraag of niet-artsen eventueel een deel van het belastbaarheidsprofiel zouden kunnen opstellen.

## 1.4 Respons en representativiteit

*Respons*
In totaal is aan 247 personen verzocht om mee te werken aan dit onderzoek door de vragenlijst in te vullen. Zij hebben begin september 1999 een schriftelijke vragenlijst ontvangen.
Van 6 personen bleek de adressering onjuist te zijn. Verder hebben 28 personen laten weten dat zij niet werkzaam zijn als verzekeringsarts binnen een uitvoeringsinstelling (of als medisch adviseur binnen een particuliere verzekeringsmaatschappij die zich bezighoudt met arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor de WAO of een andere loondervingsregeling-/verzekering) en dat zij om die reden de vragenlijst blanco hadden geretourneerd.
Van 106 personen is een ingevulde en dus bruikbare vragenlijst ontvangen. Dat betekent een bruto respons van 43 procent. Dit percentage is conform de verwachting voor een schriftelijke enquête bij een dergelijke doelgroep.
De respons van personen die benaderd zijn via de twee opleidingsinstituten bleef

[3] C.G.L. van Deursen, Claimbeoordeling WAO: het handelen van de verzekeringsarts in de praktijk. Amsterdam: Lisv, 1999 (in druk).

achter ten opzichte van de respons van artsen uit het Lisv-panel. Daarom is er aan het einde van de inzendtermijn een rappelbrief gestuurd aan de personen uit de eerste twee groepen, waarvan op dat moment nog geen reactie was ontvangen. In die brief werd de vragenlijst nogmaals in hun herinnering gebracht en werd de sluitingstermijn met een week verlengd. Bij het definitief sluiten van de inzendtermijn op 1 oktober 1999 was de respons verdeeld zoals is weergegeven in tabel 1.1.

**Tabel 1.1:** Respons schriftelijke enquête verzekeringsartsen

| | aantal verzonden | aantal ingevuld retour | respons-percentage |
|---|---|---|---|
| Lisv-panel | 94 | 64 | 68 |
| TNO Arbeid | 33 | 6 | 18 |
| NSPH | 112 | 33 | 30 |
| Netwerkgroep | 8 | 3 | 38 |
| totaal | 247 | 106 | 43 |

Na de definitieve sluiting van de inzendtermijn zijn er nog zeven vragenlijsten binnen gekomen (vijf van leden van het Lisv-uitvoerderspanel en twee van personen uit het adressenbestand van de NSPH-opleiding) en is er nog één telefonische afmelding geweest. Deze zeven enquêtes zijn dus niet meer meegenomen in de analyses. Het heeft de artsen gemiddeld ongeveer 25 minuten gekost om de vragenlijst in te vullen.

*Representativiteit*

De voor deelname aan het onderzoek benaderde artsen vormen geen aselecte steekproef uit de doelgroep. Dit heeft twee redenen. In de eerste plaats is het in verband met de vraagstelling nodig om een substantiële groep van recent opgeleide verzekeringsartsen te betrekken. De tweede reden is een meer pragmatische: een actueel adressenbestand van de totale doelgroep (dat wil zeggen: bij uitvoeringsinstellingen en particuliere verzekeringsmaatschappijen werkzame artsen) was niet voorhanden. Het is onduidelijk in hoeverre de antwoorden van de deelnemende verzekeringsartsen representatief zijn voor de totale doelgroep. Op voorhand zijn er geen redenen om te veronderstellen dat de deelnemers een andere mening over voor de claimbeoordeling benodigde kennis en vaardigheden en over opleiding en nascholing zullen hebben dan de verzekeringsartsen die niet aan het onderzoek hebben deelgenomen. Mede gezien de vrij grote uniformiteit in antwoorden, wordt niet verwacht dat de uitkomsten bij een representatieve steekproef sterk zullen afwijken van de huidige bevindingen.

## 1.5 Steekproefsamenstelling

De gemiddelde leeftijd van de ondervraagde verzekeringsartsen is 43 jaar en varieert van 32 tot 62 jaar. Ruim een derde deel (35 procent) is jonger dan 40 jaar. De grootste groep (45 procent) is tussen de 40 en 49 jaar. De personen van 50 jaar of ouder vormen de kleinste categorie (20 procent).

**Tabel 1.2:** Leeftijdsverdeling van de deelnemende verzekeringsartsen

| | aantal | percentage |
|---|---|---|
| jonger dan 40 jaar | 37 | 35 |
| 40 t/m 49 jaar | 48 | 45 |
| 50 jaar of ouder | 21 | 20 |
| totaal | 106 | 100 |

Gemiddeld zijn de ondervraagde verzekeringsartsen ruim tien jaar werkzaam in die functie. De helft (50 procent) werkt tussen de zes en tien jaar als verzekeringsarts (tabel 1.3).

**Tabel 1.3:** Aantal jaren werkzaam als verzekeringsarts

| | aantal | percentage |
|---|---|---|
| minder dan 5 jaar | 14 | 13 |
| 6 t/m 10 jaar | 52 | 50 |
| 11 t/m 15 jaar | 21 | 20 |
| 16 t/m 20 jaar | 15 | 14 |
| meer dan 20 jaar | 3 | 3 |
| totaal | 105 | 100 |

In tabel 1.4 zijn de verzekeringsartsen in drie groepen ingedeeld op basis van het jaar waarin zij hun opleiding tot verzekeringsarts hebben afgerond of hopen af te ronden. De personen die de opleiding afrondden in de periode 1982-1995 worden aangeduid met de term 'vroeg opgeleiden'. Zij beslaan ruim dertig procent van de onderzoeksgroep. De recent opgeleiden vormen de grootste categorie (51 procent). Zij hebben hun opleiding voltooid in de periode 1996-1999.
Ten slotte is er een groep (18 procent van de totale groep) die de opleiding dit jaar afrondt of dat in één van de komende vijf jaren hoopt te doen. Zij zijn de 'in opleiding zijnden'.

**Tabel 1.4:** Jaar waarin de opleiding tot verzekeringsarts werd/wordt afgerond

| | aantal | percentage |
|---|---|---|
| 1982-1995 (vroeg opgeleiden) | 31 | 31 |
| 1996-1999 (recent opgeleiden) | 45 | 51 |
| 1999-2004 (in opleiding zijnden) | 25 | 18 |
| totaal | 101 | 100 |

Uit tabel 1.4 is tevens af te leiden dat 82 procent van de onderzoeksgroep geregistreerd is als verzekeringsarts en dat de overigen dus nog in opleiding zijn.
Van de ondervraagde verzekeringsartsen is bijna 86 procent (91 personen) werkzaam bij één van de uitvoeringsinstellingen (voor bijna de helft, 42 personen, is dit het GAK). Twee personen werken bij een particuliere verzekeraar. Van de 13 personen die aangeven dat ze een andere werkgever hebben blijken er drie te werken bij een arbodienst en vijf bij ZVN Advies NV.
Ruim 59 procent van de verzekeringsartsen (63 personen) heeft voorheen elders als verzekeringsarts gewerkt. Meestal was dat dan het langst bij een andere uitvoeringsinstelling (42 maal). Vaak (18 maal) werkte men voorheen het langst bij de GMD.
Van alle ondervraagden heeft 30 procent de registratie 'hoofdstroom Arbeid en Gezondheid, uitstroomprofiel Verzekeringsarts' (of wordt daarvoor opgeleid) en heeft 68 procent de registratie (of wordt daarvoor opgeleid) in de *tak* Verzekeringsgeneeskunde. De overige twee procent (drie personen) geeft aan dat de situatie voor hen anders is: Eén persoon meldt dat hij niet geregistreerd is en dat hij voorheen huisarts was; de tweede is sociaal geneeskundige; de derde heeft een opleiding in het buitenland gedaan, maar geeft aan wel in Nederland geregistreerd te zijn.
Ongeveer 85 procent van de artsen heeft de opleiding gevolgd of volgt deze nog bij de NSPH (voorheen SSG). Verder volgde of volgt dertien procent de opleiding bij TNO Arbeid (voorheen NIA TNO, TNO-PG, NIPG). De overige twee procent (twee personen) zegt de opleiding niet bij één van deze instituten gevolgd te hebben: De ene persoon meldt dat het opleidingsinstituut 'niet van toepassing' is, de ander is opgeleid 'in Nijmegen'.

# 2 BELANGRIJKE KENNIS EN VAARDIGHEDEN

In dit hoofdstuk wordt in kaart gebracht welke kennis en vaardigheden de ondervraagde verzekeringsartsen van belang achten voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Daartoe is hun een lijst met 27 items voorgelegd (zie tabel 2.1). Hun werd verzocht zichzelf bij elk item de vraag te stellen: 'Is dit onderwerp van belang voor de kwaliteit van de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?'. De artsen konden antwoorden met 'belangrijk', 'enigszins belangrijk' of 'niet belangrijk'. In tabel 2.1 worden de resultaten gepresenteerd (de rij-percentages tellen op tot 100).

*De belangrijkste kennis en vaardigheden*

Uit tabel 2.1 blijkt dat er een groot aantal items is dat minimaal driekwart van de verzekeringsartsen belangrijk vindt. Dit zijn:

h mogelijkheden en beperkingen van cliënten kunnen vaststellen (99 procent),
d methoden om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen kennen en kunnen toepassen (95 procent),
c kennis van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming (93 procent),
q beargumenteerd en efficiënt kunnen rapporteren (90 procent),
k kennis over werken met ziekte, handicaps, zwangerschap (87 procent),
b kennis en toepassing van wet- en regelgeving, jurisprudentie (83 procent),
j kennis over relatie tussen werk en gezondheid hebben (83 procent),
e 'psychologie' van de beoordeling (herstelgedrag, eigen insteek e.d.) (82 procent)
f kennis van specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek (zoals orthopedie, psychiatrie) hebben (78 procent),
a kennis en toepassing van standaarden en protocollen (77 procent) en
g voldoende praktische diagnostische vaardigheden hebben (77 procent).

*De minst belangrijk geachte kennis en vaardigheden*

Zaken die de verzekeringsartsen duidelijk minder belangrijk blijken te vinden (minder dan de helft van de artsen noemt deze items als zijnde belangrijk voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling) zijn:

v kennis over particuliere verzekeringen (8 procent),
w kennis over epidemiologie, statistiek (9 procent),
aa vaardigheid tot bedrijfsadvisering (14 procent),
x kennis over kosten-baten problematiek rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (17 procent),
z kennis over risicofactoren bij arbeid (RI&E, PAGO) (33 procent),
m kennis over bijzondere groepen (allochtonen, jonggehandicapten, en dergelijke) (43 procent).

y kennis over oorzaken van en trends in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (43 procent) en

n zich goed kunnen positioneren in spanningsveld tussen individuele en collectieve belangen (48 procent).

*Overige relevante kennis en vaardigheden (open vraag)*

Een derde deel van de ondervraagde verzekeringsartsen beschrijft bij de open vraag nog andere dan in tabel 2.1 genoemde kennis en vaardigheden die belangrijk zijn voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Het meest genoemd wordt 'gesprekstechnieken/communicatieve vaardigheden' (40 procent). Verder worden drie maal genoemd 'beoordeling van psychische/psychiatrische problematiek' en 'kennis over reïntegratie-instrumenten'.

**Tabel 2.1:** Belang dat de verzekeringsartsen hechten aan onderstaande kennis en vaardigheden voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling (%)

| | | belangrijk | enigszins belangrijk | niet belangrijk |
|---|---|---|---|---|
| a | kennis en toepassing van standaarden en protocollen | 77 | 20 | 3 |
| b | kennis en toepassing van wet en regelgeving, jurisprudentie | 83 | 17 | 0 |
| c | kennis van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming | 93 | 7 | 0 |
| d | methoden om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen kennen en kunnen toepassen (zoals dagverhaal, expertise, observatie) | 95 | 5 | 0 |
| e | 'psychologie' van de beoordeling (herstelgedrag, eigen insteek e.d.) | 82 | 17 | 1 |
| f | kennis van specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek (zoals orthopedie, psychiatrie) hebben | 78 | 22 | 0 |
| g | voldoende praktische diagnostische vaardigheden hebben | 77 | 23 | 0 |
| h | mogelijkheden en beperkingen van cliënten kunnen vaststellen | 99 | 1 | 0 |
| i | kennis over toepassing van het FIS hebben | 74 | 25 | 1 |
| j | kennis over relatie tussen werk en gezondheid hebben | 83 | 17 | 0 |
| k | kennis over werken met ziekte, handicaps, zwangerschap hebben | 87 | 13 | 0 |
| l | kennis over belastingseisen in het werk hebben (arbeidsdeskundige kennis) | 56 | 42 | 2 |
| m | kennis over bijzondere groepen hebben (allochtonen, jonggehandicapten e.d.) | 43 | 52 | 5 |
| n | zich goed kunnen positioneren in spanningsveld tussen individuele en collectieve belangen | 48 | 46 | 6 |
| o | goed kunnen omgaan met agressie, sociaal schrijnende gevallen of anderszins aangrijpende cliëntcontacten | 69 | 31 | 0 |
| p | kunnen adviseren en motiveren tot reïntegratie | 70 | 27 | 3 |
| q | beargumenteerd en efficiënt kunnen rapporteren | 90 | 10 | 0 |
| r | efficiënt met tijd kunnen omgaan | 69 | 30 | 1 |
| s | bijdrage kunnen leveren aan kwaliteitsverbetering verzekeringsgeneeskunde (intervisie, ICT) | 63 | 36 | 1 |
| t | goed contact met behandelende sector | 52 | 44 | 4 |
| u | goed contact met arbodiensten en bedrijfsartsen | 56 | 38 | 6 |
| v | kennis over particuliere verzekeringen | 8 | 67 | 25 |
| w | kennis over epidemiologie, statistiek | 9 | 70 | 21 |
| x | kennis over kosten-baten problematiek rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid | 17 | 62 | 21 |
| y | kennis over oorzaken van en trends in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid | 43 | 52 | 5 |
| z | kennis over risicofactoren bij arbeid (RI&E, PAGO) | 33 | 59 | 8 |
| aa | vaardigheid tot bedrijfsadvisering | 14 | 59 | 27 |

*Verschillen in mening naar achtergrondkenmerken van verzekeringsartsen*

Bij nadere bestudering van de resultaten blijken er op een aantal items significante verschillen te bestaan tussen verscheidene categorieën artsen (verschillende leeftijdscategorieën, categorieën van aantal jaren dat men werkzaam is als verzekeringsarts, vroeger of recenter opgeleid en wel of niet werkzaam bij een uitvoeringsinstelling) in de mening die zij hebben over het belang van onderwerpen voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In tabel 2.2 is schematisch aangegeven wat de relevante items zijn en op welke achtergrondkenmerken er meningsverschillen bestaan.

**Tabel 2.2** Significante verschillen in de mening over het belang van onderwerpen voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, naar achtergrondkenmerken van verzekeringsartsen

| | | leeftijd[1] | werkjaren als va[1] | vroeger of recent opgeleid[2] | wel of niet bij uvi[3] |
|---|---|---|---|---|---|
| a | standaarden en protocollen | - | 0 | 0 | 0 |
| e | psychologie van de beoordeling | - | 0 | - | 0 |
| i | kennis over toepassing van het FIS | 0 | 0 | 0 | - |
| m | kennis over bijzondere groepen | 0 | + | 0 | 0 |
| t | goed contact met behandelende sector | + | 0 | 0 | 0 |
| v | kennis over particuliere verzekeringen | 0 | 0 | 0 | + |
| aa | vaardigheid tot bedrijfsadvisering | 0 | 0 | + | + |

Algemeen: '0' betekent dat er geen statistisch significant verschil bestaat. Bij '-' of '+' bestaat er een significant verschil met een p-waarde van maximaal 0,05.

1 - : naarmate de leeftijd stijgt of men langer werkzaam is als va, wordt het item minder belangrijk,
+ : naarmate de leeftijd stijgt of men langer werkzaam is als va, wordt het item belangrijker.

2 - : artsen die vroeger zijn opgeleid vinden dit item belangrijker,
+ : artsen die recenter zijn opgeleid vinden dit item belangrijker.

3 - : artsen die werkzaam zijn bij een uvi vinden dit item belangrijker,
+ : artsen die niet werkzaam zijn bij een uvi vinden dit item belangrijker.

# 3 OORDEEL OVER DE OPLEIDING

Nadat in hoofdstuk twee is geïnventariseerd welke kennis en vaardigheden de verzekeringsartsen belangrijk vinden voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, wordt in dit hoofdstuk nagegaan wat hun oordeel is over de mate waarin onderdelen in de opleiding aan de orde zijn gekomen. Verder wordt weergegeven wat, met het oog op de kwaliteit en/of de efficiëntie van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, volgens verzekeringsartsen nuttige onderwerpen zijn voor bij- en nascholing.

## 3.1 De onderdelen in de opleiding tot verzekeringsarts

Om te kunnen nagaan of alle onderdelen in de opleiding voldoende aan de orde zijn gekomen, is de verzekeringsartsen opnieuw een itemlijst voorgelegd. Deze bevat de items uit tabel 2.1, aangevuld met enkele andere items, zodat deze lijst 32 items bevat (zie tabel 3.1). Per item kon de verzekeringsarts aangeven of dat onderdeel *uitgebreider* in de opleiding aan de orde zou moeten komen, of het *precies voldoende* aan de orde is geweest, of het onderdeel *korter kan* of dat het, wat hem of haar betreft, *helemaal weg* kan uit de opleiding.
Omdat het oordeel van de verzekeringsartsen die hun opleiding vóór 1996 hebben afgerond (de 'vroeg opgeleiden') minder relevant is op deze punten, worden zij in deze paragraaf in principe buiten beschouwing gelaten. Hierdoor geldt voor de tabellen in deze paragraaf: n=70. De uitkomsten zijn weergegeven in tabel 3.1 Als echter uit de analyses gebleken is dat er opvallende meningsverschillen bestaan tussen de recent opgeleiden en degenen die langer geleden opgeleid zijn, wordt daarvan wel melding gedaan.

*Onderwerpen die uitgebreider in de opleiding zouden moeten*
Er is een aantal onderdelen waarvan ten minste de helft van de ondervraagde verzekeringsartsen vindt dat ze uitgebreider in de opleiding aan bod moeten komen. Dit zijn:

h vaststellen van de belastbaarheid van cliënten (63 procent),
f specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek (58 procent),
a toepassing van standaarden en protocollen (56 procent),
g praktische diagnostische vaardigheden (56 procent) en
i toepassing van het FIS (52 procent).

*Precies voldoende in de opleiding*
Er is ook een aantal onderdelen waarvan de helft of meer van de artsen in de onderzoeksgroep vindt dat ze precies in voldoende mate aan de orde zijn geweest in de opleiding. Dit zijn:

bb stage bij arbodienst (76 procent),
cc stage bij particuliere verzekeringsmaatschappij (74 procent),
dd stage bij andere uitvoeringsinstelling (67 procent),
v particuliere verzekeringen (62 procent),
x kosten-baten problematiek rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (62 procent),
y oorzaken van en trends in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (61 procent),
p adviseren en motiveren tot reïntegratie (60 procent),
t contact met behandelende sector (60 procent),
j kennis over relatie tussen werk en gezondheid (59 procent),
n positioneren in spanningsveld tussen individuele en collectieve belangen (58 procent),
u contact met arbodiensten en bedrijfsartsen (57 procent),
k kennis over werken met ziekte, handicaps, zwangerschap (55 procent),
o omgaan met agressie, sociaal schrijnende gevallen of anderszins aangrijpende cliëntcontacten (55 procent) en
ff literatuuronderzoek doen, vakliteratuur beoordelen (53 procent).

*Onderwerpen die minder uitgebreid of weg kunnen*
In de kolom 'kan korter' in tabel 3.1 komt een zestal items voor waarbij minimaal een kwart van de artsen heeft aangegeven dat ze wat hen betreft korter behandeld kunnen worden in de opleiding. Dit zijn:
aa bedrijfsadvisering (31 procent),
w epidemiologie, statistiek (30 procent),
v particuliere verzekeringen (29 procent),
z risicofactoren bij arbeid (RI&E, PAGO) (29 procent),
u contact met arbodiensten en bedrijfsartsen (28 procent) en
t contact met de behandelende sector (25 procent).
In de kolom 'kan weg' valt met name het onderdeel 'ee. zelfstandig onderzoek doen (onderzoeksscriptie)' op: 30 procent van de verzekeringsartsen vindt dat deze scriptie wel uit de opleiding geschrapt kan worden.

*Onderwerpen waarover geen consensus bestaat*
Er is een aantal items waarvoor geldt dat de artsen in de onderzoeksgroep als totaal er geen uitgesproken mening over hebben. Dit houdt in dat er een deelgroep is die vindt dat het item uitgebreider aan de orde zou moeten komen, dat er een deelgroep is die vindt dat het item voldoende behandeld is en dat een deelgroep van mening is dat het onderwerp korter kan. De items waarop dit van toepassing is zijn:
b kennis van wet en regelgeving, jurisprudentie,
c verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming,

d methoden om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen,
l kennis over belastingeisen in het werk,
r efficiënt tijdsbeheer en
s kwaliteitsverbetering verzekeringsgeneeskunde.

*Overige onderdelen van de opleiding (open vraag)*
Bijna een derde deel van de recent opgeleide of nog in opleiding zijnde verzekeringsartsen (31 procent, 20 personen) weet nog meer onderwerpen te noemen die, met het oog op de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, in de opleiding uitgebreider aan de orde zouden moeten komen. De suggesties zijn zeer divers, maar er zijn enkele die vaker genoemd worden. Dit zijn 'kwaliteitszorg' (3 maal genoemd), gesprekstechnieken (3 maal genoemd), 'kennis met betrekking tot psychische/psychiatrische aandoeningen en klachten (2 maal genoemd) en 'meer coördinatie van de scripties' (2 maal genoemd).

*Het belang van onderwerpen in relatie tot de mate waarin ze in de opleiding aan de orde dienen te komen*
In hoofdstuk twee is een lijstje gemaakt van de onderwerpen die de verzekeringsartsen het meest van belang achten voor de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Wanneer dit lijstje gecombineerd wordt met de resultaten uit deze paragraaf, blijkt dat er een aantal onderwerpen is die belangrijk geacht worden èn waarvan men over het algemeen vindt dat ze uitgebreider aan de orde zouden moeten komen in de opleiding. Dit zijn:
a toepassing van standaarden en protocollen,
e 'psychologie' van de beoordeling,
f specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek,
g praktische diagnostische vaardigheden en
h vaststellen van de belastbaarheid van cliënten.

Van de overige onderwerpen die de meeste artsen belangrijk achten, vinden zij over het algemeen dat ze voldoende behandeld zijn in de opleiding. Er is echter ook een drietal belangrijk geachte items waarover geen consensus bestaat met betrekking tot de vraag of ze voldoende behandeld zijn. Dit zijn:
b kennis van wet en regelgeving, jurisprudentie,
c verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming en
d methoden om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen.
Wat de onderwerpen betreft die men minder belangrijk vindt is men steeds van mening dat ze in voldoende mate aan de orde zijn geweest of dat ze wat korter zouden kunnen.

**Tabel 3.1:** Mening over de vraag of de onderwerpen in de opleiding voldoende aan de orde zijn gekomen? (%)

| | | moet uitge-breider | precies goed | kan korter | kan weg |
|---|---|---|---|---|---|
| a | toepassing van standaarden en protocollen | 56 | 35 | 6 | 3 |
| b | kennis van wet en regelgeving, jurisprudentie | 44 | 36 | 18 | 2 |
| c | verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming | 33 | 49 | 18 | 0 |
| d | methoden om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen (zoals dagverhaal, expertise, observatie) | 34 | 44 | 22 | 0 |
| e | 'psychologie' van de beoordeling (herstelgedrag, eigen insteek e.d.) | 45 | 45 | 10 | 0 |
| f | specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek (zoals orthopedie, psychiatrie) | 58 | 32 | 7 | 3 |
| g | praktische diagnostische vaardigheden | 56 | 32 | 8 | 4 |
| h | vaststellen van de belastbaarheid van cliënten | 63 | 34 | 0 | 3 |
| i | toepassing van het FIS | 52 | 38 | 4 | 6 |
| j | kennis over relatie tussen werk en gezondheid | 29 | 59 | 12 | 0 |
| k | kennis over werken met ziekte, handicaps, zwangerschap | 33 | 55 | 12 | 0 |
| l | kennis over belastingseisen in het werk (arbeidsdeskundige kennis) | 41 | 42 | 17 | 0 |
| m | kennis over bijzondere groepen (allochtonen, jonggehandicapten e.d.) | 33 | 50 | 14 | 3 |
| n | positioneren in spanningsveld tussen individuele en collectieve belangen | 14 | 58 | 24 | 4 |
| o | omgaan met agressie, sociaal schrijnende gevallen of anderszins aangrijpende cliëntcontacten | 31 | 55 | 12 | 2 |
| p | adviseren en motiveren tot reïntegratie | 20 | 60 | 20 | 0 |
| q | goed beargumenteerd en efficiënt rapporteren | 46 | 50 | 4 | 0 |
| r | efficiënt tijdsbeheer | 46 | 34 | 14 | 6 |
| s | kwaliteitsverbetering verzekeringsgeneeskunde (intervisie, ICT) | 35 | 48 | 14 | 3 |
| t | contact met behandelende sector | 9 | 60 | 25 | 6 |
| u | contact met arbodiensten en bedrijfsartsen | 11 | 57 | 28 | 4 |
| v | particuliere verzekeringen | 6 | 62 | 29 | 3 |
| w | epidemiologie, statistiek | 12 | 50 | 30 | 8 |
| x | kosten-baten problematiek rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid | 14 | 62 | 21 | 3 |
| y | oorzaken van en trends in ziekteverzuim en AO | 23 | 61 | 14 | 2 |
| z | risicofactoren bij arbeid (RI&E, PAGO) | 24 | 46 | 29 | 1 |
| aa | bedrijfsadvisering | 23 | 41 | 31 | 5 |
| bb | stage bij arbodienst | 4 | 76 | 17 | 3 |
| cc | stage bij particuliere verzekeringsmaatschappij | 4 | 74 | 14 | 8 |
| dd | stage bij andere uitvoeringsinstelling | 3 | 67 | 20 | 10 |
| ee | zelfstandig onderzoek doen (onderzoeksscriptie) | 11 | 35 | 24 | 30 |
| ff | literatuuronderzoek, vakliteratuur beoordelen | 20 | 53 | 24 | 3 |

*Verschillen in mening naar achtergrondkenmerken van verzekeringsartsen*

Op een aantal items blijken er significante verschillen te bestaan tussen verscheidene categorieën artsen (verschillende leeftijdscategorieën, categorieën van aantal jaren dat men werkzaam is als verzekeringsarts, vroeger of recenter opgeleid en wel of niet werkzaam bij een uitvoeringsinstelling). In tabel 3.2 is schematisch weergegeven wat de relevante items zijn en op welke achtergrondkenmerken er meningsverschillen bestaan.

**Tabel 3.2** Significante verschillen in de mening over de mate waarin onderdelen in de opleiding aan de orde zijn gekomen, naar achtergrondkenmerken van verzekeringsartsen

| | leeftijd[1] | werkjaren als va[1] | vroeger of recent opgeleid[2] | wel of niet bij uvi[3] |
|---|---|---|---|---|
| d. toetsingsmethoden klachten en beperkingen | 0 | 0 | - | 0 |
| o. omgaan met aangrijpende cliëntcontacten | 0 | 0 | 0 | - |
| p.adviseren en motiveren tot reïntegratie | 0 | – | 0 | 0 |
| v. particuliere verzekeringen | 0 | 0 | 0 | + |
| w. epidemiologie, statistiek | 0 | 0 | + | 0 |
| x. kosten-baten probl. ziekteverzuim en AO | 0 | 0 | + | 0 |
| y. oorzaken en trends in ziekteverzuim en AO | 0 | 0 | + | 0 |
| aa. Bedrijfsadvisering | 0 | 0 | - | + |
| bb. stage bij arbodienst | 0 | 0 | 0 | + |
| dd. stage bij andere uvi | 0 | 0 | 0 | + |

Algemeen: '0' betekent dat er geen statistisch significant verschil bestaat. Bij '-' of '+' bestaat er een significant verschil met een p-waarde van maximaal 0,05.

1 - : naarmate de leeftijd stijgt of men langer werkzaam is als va, wordt het item minder belangrijk,
+ : naarmate de leeftijd stijgt of men langer werkzaam is als va, wordt het item belangrijker.
2 - : artsen die vroeger zijn opgeleid vinden dit item belangrijker,
+ : artsen die recenter zijn opgeleid vinden dit item belangrijker.
3 - : artsen die werkzaam zijn bij een uvi vinden dit item belangrijker,
+ : artsen die niet werkzaam zijn bij een uvi vinden dit item belangrijker.

*De scriptie*

Meer dan driekwart van de verzekeringsartsen (81 procent) die de opleiding recent volgden of nog volgen, vindt de huidige scriptie-eisen, dus het zelf onderzoek doen, **niet** van enige directe waarde voor de uitvoering van het werk van een verzekeringsarts. Dit percentage blijkt echter te dalen naarmate de leeftijd van de verzekeringsarts stijgt: van de artsen die jonger dan 40 jaar zijn vindt 88 procent dat de scriptie geen waarde heeft voor de uitvoering van het werk, in de leeftijdsgroep van 40 tot en met 49 jaar deelt nog 79 procent deze mening, maar in de leeftijdsklasse van 50 jaar of ouder is het percentage dat vindt dat de scriptie geen waarde heeft voor het werk gedaald tot 40 procent (p=0,037). Verder blijkt dat artsen met een registratie in de **tak** Verzekeringsgeneeskunde vaker van mening zijn dat de scriptie **niet** van waarde is voor de uitvoering van het werk dan artsen met een registratie in

de hoofdstroom Arbeid en gezondheid, uitstroomprofiel Verzekeringsarts (90 procent versus 68 procent, p=0,012). Ten slotte blijkt dat verzekeringsartsen die hun opleiding gevolgd hebben bij NSPH minder waarde hechten aan de scriptie dan verzekeringsartsen die de opleiding bij TNO Arbeid volg(d)en: Van de NSPH'ers zegt 87 procent dat de scriptie-eisen niet van waarde zijn voor de uitvoering van het werk, tegen 58 procent van de personen van de TNO Arbeid opleiding (p=0,009).
Wanneer het gaat om de waarde van de scriptie-eisen voor de vakontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde echter, oordeelt een kleine meerderheid (52 procent) positief. De verzekeringsartsen die ook op dit punt negatief tegenover de scriptie staan, geven als voornaamste redenen 'dat er toch niets mee wordt gedaan', 'dat het kwaliteitsniveau van de scripties laag is' en 'dat het te veel tijd kost in verhouding tot wat het oplevert'.

*De stage*
Van alle recent opgeleide en nog in opleiding zijnde artsen acht 34 procent de huidige stageverplichtingen adequaat.
Daarnaast denkt 39 procent dat de stages meer klinisch georiënteerd moeten zijn (dus stage in bijvoorbeeld een revalidatie-inrichting, orthopedische afdeling van een ziekenhuis, psychiatrie).
De overige 27 procent (17 personen) vindt dat het nog anders moet; meestal (7 maal) stelt men een combinatie voor met meer klinisch georiënteerde stages.

*De duur van de hoofdonderdelen*
De verzekeringsartsen hebben hun mening gegeven over de duur van de vier hoofdonderdelen van de opleiding tot verzekeringsarts: contacturen, scriptie, stage en praktijkopleiding met supervisie. Gevraagd is of een uitbreiding van elk onderdeel de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ten goede zou komen of dat een onderdeel juist korter zou kunnen zonder dat dit tot kwaliteitsverlies leidt. De mening van de recent opgeleide en nog in opleiding zijnde verzekeringsartsen is weergegeven in tabel 3.3.

**Tabel 3.3:** Mening over de duur van de hoofdonderdelen van de opleiding (%)

| | zou uitgebreid moeten worden | precies goed | kan korter |
|---|---|---|---|
| contacturen | 13 | 64 | 23 |
| scriptie | 7 | 32 | 61 |
| stage | 24 | 48 | 28 |
| praktijkopleiding met supervisie | 22 | 52 | 26 |

Over de duur van drie hoofdonderdelen, te weten contacturen, stage en praktijkopleiding met supervisie, is het grootste deel van de artsen wel tevreden; Minimaal on-

geveer de helft vindt de duur van die onderdelen precies goed. Wat betreft het onderdeel contacturen vindt bijna tweederde deel van de ondervraagden (64 procent) zelfs dat er niet aan de duur getornd behoeft te worden. Wat de scriptie betreft oordelen de artsen echter duidelijk anders. De meerderheid (61 procent) vindt dat dit onderdeel korter zou kunnen zonder dat de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling daaronder zou lijden.
De vroeg opgeleiden en de recent opgeleiden blijken relatief weinig problemen te hebben met de duur van het stage-onderdeel. Respectievelijk 8 procent en 18 procent vindt dat dit onderdeel korter zou kunnen. In de groep verzekeringsartsen die nog in opleiding is leeft dit idee sterker; van hen vindt 56 procent dat de stage korter kan (p=0,004).
Ten aanzien van de scriptie valt op, dat de verzekeringsartsen die korter dan vijf jaar in die functie werkzaam zijn, minder 'vallen' over de duur van dit hoofdonderdeel dan degenen die langer dan vijf jaar werkzaam zijn; 40 procent respectievelijk 67 procent vindt dat de duur van de scriptie korter kan (p=0,000).

## 3.2 Onderwerpen voor bij- en nascholing

Om een beeld te kunnen krijgen van nascholingsonderwerpen die de verzekeringsartsen belangrijk vinden met het oog op de kwaliteit en/of de efficiëntie van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, is hun opnieuw een lijst voorgelegd. Hierop stonden 27 items waarbij zij met 'ja' of 'nee' konden aangeven of zij nascholing op dit gebied nuttig achten. De antwoorden van de artsen zijn weergegeven in tabel 3.4.

*Meest nuttige nascholingsonderwerpen*
Het meest nuttig blijken de verzekeringsartsen te vinden:
a nieuwe wet en regelgeving, jurisprudentie (87 procent),
b nieuwe standaarden en protocollen (80 procent),
c specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek (zoals orthopedie, psychiatrie) (75 procent) en,
d kwaliteitsverbetering verzekeringsgeneeskunde (intervisie, ICT) (70 procent).

*Minst nuttige nascholingsonderwerpen*
Het minst nuttig vinden de ondervraagde verzekeringsartsen:
aa particuliere verzekeringen (20 procent),
z positioneren in spanningsveld tussen individuele en collectieve belangen (25 procent),
y kosten-baten problematiek rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (28 procent) en
x bedrijfsadvisering (30 procent).

**Tabel 3.4:** Percentage verzekeringsartsen dat nascholing op de onderwerpen met het op de kwaliteit en/of efficiëntie van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling nuttig vindt

| | | % |
|---|---|---|
| a | nieuwe wet- en regelgeving, jurisprudentie | 87 |
| b | nieuwe standaarden en protocollen | 80 |
| c | specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek (zoals orthopedie, psychiatrie) | 75 |
| d | kwaliteitsverbetering verzekeringsgeneeskunde (intervisie, ICT) | 70 |
| e | praktische diagnostische vaardigheden | 65 |
| f | vaststellen van de belastbaarheid van cliënten | 65 |
| g | verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming | 64 |
| h | werken met ziekte, handicaps, zwangerschap | 63 |
| i | oorzaken van en trends in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid | 57 |
| j | goed beargumenteerd en efficiënt rapporteren | 55 |
| k | 'psychologie' van de beoordeling (herstelgedrag, eigen insteek e.d.) | 55 |
| l | belastingseisen in het werk | 54 |
| m | bestaande wet- en regelgeving, jurisprudentie | 50 |
| n | methoden om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen (zoals dagverhaal, expertise, observatie) | 50 |
| o | relatie tussen werk en gezondheid | 48 |
| p | adviseren en motiveren tot reïntegratie | 48 |
| q | bijzondere groepen (allochtonen, jonggehandicapten e.d.) | 48 |
| r | risicofactoren bij arbeid (RI&E, PAGO) | 42 |
| s | bestaande standaarden en protocollen | 42 |
| t | omgaan met agressie, sociaal schrijnende gevallen of anderszins aangrijpende cliëntcontacten | 41 |
| u | toepassing van het FIS | 40 |
| v | efficiënt tijdsbeheer | 39 |
| w | epidemiologie, statistiek | 30 |
| x | bedrijfsadvisering | 30 |
| y | kosten-baten problematiek rond ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid | 28 |
| z | positioneren in spanningsveld tussen individuele en collectieve belangen | 25 |
| aa | particuliere verzekeringen | 20 |

*Overige onderwerpen voor bij- en nascholing (open vraag)*

Veertien procent van de ondervraagde verzekeringsartsen (veertien personen) heeft ideeën over andere onderwerpen waarop, met het oog op de kwaliteit en/of efficiëntie van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bij- en nascholing nuttig zou zijn. Twee maal noemt men 'kennis met betrekking tot psychische/psychiatrische aandoeningen of beperkingen'. Verder worden opnieuw de gesprekstechnieken en de 'kwaliteitskunde' genoemd.

*Verschillen in mening naar achtergrondkenmerken van verzekeringsartsen*

Bij nadere bestudering van de resultaten blijken er op een aantal items significante verschillen te bestaan tussen verscheidene categorieën artsen (verschillende leeftijdscategorieën, categorieën van aantal jaren dat men werkzaam is als verzeke-

ringsarts, vroeger of recenter opgeleid en wel of niet werkzaam bij een uitvoeringsinstelling) in de mening die zij hebben over het nut van bepaalde onderwerpen in het kader van bij- en nascholing. In tabel 3.5 is schematisch aangegeven wat de relevante items zijn en op welke achtergrondkenmerken er meningsverschillen bestaan.

**Tabel 3.5** Significante verschillen in de mening over het nut van onderwerpen voor bij- en nascholing, naar achtergrondkenmerken van verzekeringsartsen

| | | leeftijd[1] | werkjaren als va[1] | vroeger of recent opgeleid[2] | wel of niet bij uvi[3] |
|---|---|---|---|---|---|
| a | bestaande standaarden en protocollen | 0 | 0 | 0 | + |
| f | toetsingsmethoden klachten en beperkingen | 0 | 0 | 0 | - |
| h | vakrelevante pathologie, diagnostiek | - | 0 | 0 | 0 |
| q | omgaan met aangrijpende cliëntcontacten | 0 | - | 0 | 0 |
| aa | bedrijfsadvisering | 0 | 0 | 0 | - |

Algemeen: '0' betekent dat er geen statistisch significant verschil bestaat. Bij '-' of '+' bestaat er een significant verschil met een p-waarde van maximaal 0,05.

1 - : naarmate de leeftijd stijgt of men langer werkzaam is als va, wordt het item minder belangrijk,
+ : naarmate de leeftijd stijgt of men langer werkzaam is als va, wordt het item belangrijker.

2 - : artsen die vroeger zijn opgeleid vinden dit item belangrijker,
+ : artsen die recenter zijn opgeleid vinden dit item belangrijker.

3 - : artsen die werkzaam zijn bij een uvi vinden dit item belangrijker,
+ : artsen die niet werkzaam zijn bij een uvi vinden dit item belangrijker.

# 4 DE UITVOERINGSPRAKTIJK TIJDENS EN NA DE OPLEIDING

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de vraag of de ondervraagde verzekeringsartsen van mening zijn dat ook niet-artsen, zoals een psycholoog, een ergonoom of een verpleegkundige, in bepaalde gevallen (een gedeelte van) een belastbaarheidsprofiel zou kunnen opstellen. Vervolgens komen enkele aspecten van de uitvoeringspraktijk aan de orde.

## 4.1 De inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling

Op de vraag: 'Bent u van mening is dat ook niet-artsen (denk aan psycholoog, ergonoom, verpleegkundige) in bepaalde gevallen (een gedeelte van) het belastbaarheidsprofiel zouden kunnen opstellen?' antwoordt de meerderheid van de ondervraagde verzekeringsartsen ontkennend: 67 procent is tegen de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling.
Een derde deel van de verzekeringsartsen (33 procent) is dus van mening dat niet-artsen (zoals psychologen, ergonomen, verpleegkundigen) in bepaalde gevallen **wel** (een gedeelte van) het belastbaarheidsprofiel zouden kunnen opstellen. Meestal (65 procent, 22 personen) wordt daarbij gedacht aan cliënten waarbij het gaat om psychische beperkingen en denkt men dus aan een psycholoog. Enkele keren worden ook de ergonoom, de verpleegkundige of de fysiotherapeut genoemd, maar daar wordt dan eerder een kanttekening bij geplaatst, zoals: 'Een ergonoom of verpleegkundige kan wel adviseren, maar de uiteindelijke opstelling van FIS hoort bij de arts te liggen.', 'Bij een paar fysieke klachten kunnen fysiotherapeuten dit prima doen, probleem blijft dat er dan geen andere klachten moeten zijn' en 'De verzekeringsarts dient eindverantwoordelijk te blijven!'.
Het is opvallend dat er ten aanzien van de mening over de inzetbaarheid van niet-artsen bij de claimbeoordeling geen opmerkelijke verschillen bestaan tussen bepaalde categorieën verzekeringsartsen in de onderzoeksgroep, zoals leeftijdsklassen, periode waarin de opleiding is of wordt afgerond en wel of niet werkzaam zijn bij een uitvoeringsinstelling.

## 4.2 Enkele aspecten van de uitvoeringspraktijk

*Taken en begeleiding*
Slechts vier procent van de verzekeringsartsen die recent zijn opgeleid of die nu nog in opleiding zijn, had of heeft vóór en tijdens de opleiding beperktere taken en verantwoordelijkheden dan volledig opgeleiden. De overige 96 procent had tijdens de opleiding dus hetzelfde taken- en verantwoordelijkhedenpakket als volledig opgeleide verzekeringsartsen.

Bij slechts zes procent is er tijdens de opleiding geen praktijkbegeleider of supervisor uit de eigen organisatie aangewezen. Verder had 12 procent wel een begeleider, maar was die afkomstig van een andere organisatie. De resterende 82 procent had dus wel een praktijkbegeleider uit de eigen organisatie.
Degenen die een praktijkbegeleider hadden, vonden in 67 procent van de gevallen dat deze zijn taken als adviseur/begeleider ingevuld heeft zoals bedoeld was.

*Evaluatiegesprekken*
Bij iets meer dan de helft (54 procent) van de recent opgeleide of nog in opleiding zijnde verzekeringsartsen zijn er tijdens de opleiding evaluatiegesprekken gevoerd over hun functioneren binnen de eigen werksituatie. Degenen die korter dan vijf jaar als verzekeringsarts werkzaam zijn kregen vaker een evaluatiegesprek dan degenen die langer dan vijf jaar als verzekeringsarts werken (90 procent versus 50 procent (p=0,044). Verder zeggen degenen die nu nog in opleiding zijn vaker dat er evaluatiegesprekken plaats vinden dan degenen die reeds geregistreerd zijn (80 procent versus 47 procent, p=0,44).
Wanneer er evaluatiegesprekken zijn gevoerd, is daarbij in ruim de helft van de gevallen (54 procent) geen relatie gelegd met de opleiding.
In meer dan de helft (56 procent) van de gevallen waarin evaluatiegesprekken hebben plaats gevonden is van die gesprekken een verslag gemaakt.

*GIB-opleiding/GAV-basiscursus*
Op de vraag of de GIB-opleiding of de GAV-basiscursus aan de doelstelling om de eenvoudige 80 procent van de cliënten zelf aan te kunnen voldoet, antwoordde de meerderheid (55 procent) van de ondervraagden dat deze vraag niet van toepassing is, omdat zij een andere interne introductieopleiding gevolgd hebben.
Van de resterende (42) personen was het merendeel (60 procent) van mening dat de opleiding goed voldoet. Verder vond 38 procent de opleiding redelijk en vond een enkeling (2 procent) hem slecht.
De verzekeringsartsen die korter dan vijf jaar werkzaam zijn blijken vaker van mening te zijn dat de opleiding (redelijk) goed aan de 80 procent-doelstelling voldoet dan de personen die langer dan vijf jaar als verzekeringsarts werken (79 procent versus ongeveer 45 procent, p=0,010).

*Intercollegiale toetsing*
De overgrote meerderheid (91 procent) van de ondervraagde verzekeringsartsen is van mening dat intercollegiale toetsing een goede bij- en nascholingsmogelijkheid is. Tweederde deel (66 procent) van de verzekeringsartsen is van mening dat de intercollegiale toetsing binnen hun organisatie goed werkt.
De verzekeringsartsen die werkzaam zijn bij één van de uitvoeringsinstellingen zeggen significant vaker dat intercollegiale toetsing bij hen goed werkt dan de verzeke-

ringsartsen die niet bij één van de uitvoeringsinstellingen werkzaam zijn (71 versus 40 procent).

*Interne opleidingstijd*
Volgens tweederde deel (66 procent) van de ondervraagde verzekeringsartsen is binnen hun organisatie interne opleidingstijd vastgesteld, te besteden aan scholing, intercollegiale toetsing, deelname werkgroepen voor inhoudelijke vakontwikkeling en dergelijke. Een derde deel (33 procent) van hen weet echter niet hoeveel dagen per jaar daarvoor dan gereserveerd mogen worden. Degenen die het wel weten noemen een aantal dagen dat varieert van vijf tot dertig. Gemiddeld zijn er ongeveer tien dagen per jaar beschikbaar zijn voor scholing en dergelijke.
Driekwart van de ondervraagden is van mening dat het onderhouden van kennis en vaardigheden (via nascholing, lezen vakliteratuur) te lijden heeft onder de werkdruk.

*Functie-inhoud*
Een ruime meerderheid van 82 procent vindt dat binnen de organisatie waar ze werken voldoende helder is beschreven wat de functie-inhoud, taken en professionele verantwoordelijkheden van de verzekeringsarts zijn.
Het percentage artsen dat vindt dat de functie-inhoud, taken en verantwoordelijkheden voldoende duidelijk omschreven zijn neemt af naarmate men langer werkzaam is als verzekeringsarts. Van de verzekeringsartsen die korter dan vijf jaar aan het werk zijn in die functie is 93 procent tevreden met de omschrijving van de functie-inhoud. In de klasse '6 - 10 jaar werkzaam' is dat nog 88 procent, in de klasse '11 - 15 jaar werkzaam' 84 procent en in de klasse '16 jaar of langer werkzaam' is het nog 67 procent (p=0,001).

*Kwaliteitscriteria ten aanzien van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling*
In tabel 4.1 is weergegeven welke kwaliteitscriteria met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling de eigen werkgever (volgens de ondervraagde verzekeringsartsen) in de praktijk belangrijk vinden.

**Tabel 4.1:** Kwaliteitscriteria die de werkgever in de praktijk belangrijk vindt met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

| | % |
|---|---|
| Tijdigheid | 89 |
| werkvoorraad | 50 |
| tevredenheid van de cliënt | 32 |
| wijze waarop de uitkomst beargumenteerd wordt | 29 |
| uitkomst (aantal keer 80/100%, aantal keer <15%) | 16 |
| een ander criterium | 11 |
| geen enkel kwaliteitscriterium | 5 |
| aantal 'gladde gevallen' (80/100%) | 3 |

Tijdigheid is – naar de mening van de verzekeringsartsen - verreweg het belangrijkste kwaliteitscriterium van hun werkgevers. Het wordt door 89 procent van de ondervraagde verzekeringsartsen genoemd. Verder heeft de helft (50 procent) de werkvoorraad genoemd. Bijna een derde deel (32 procent) noemt (ook) de tevredenheid van de cliënt. Opvallend is dat een klein groepje (5 procent) meldt dat geen enkel kwaliteitscriterium belangrijk blijkt te zijn.
Concrete voorbeelden van andere criteria (door 11 procent in een open vraag genoemd) waarop volgens de artsen door werkgevers wordt gelet zijn: 'tevredenheid opdrachtgever' (twee maal genoemd), 'schadelastbeheersing', 'professioneel handelen/oordelen' en 'of het rapport volledig is ingevuld' (allen één maal genoemd).
Het criterium 'tijdigheid' lijkt voor uitvoeringsinstellingen belangrijker te zijn dan voor niet-uitvoeringsinstellingen; het wordt genoemd door 91 procent van de verzekeringsartsen die bij een uitvoeringsinstelling werkzaam zijn en door 73 procent van de artsen die niet bij één van de uitvoeringsinstellingen werken. Ook lijken verzekeringsartsen die nog in opleiding zijn 'tijdigheid' vaker te noemen dan artsen die reeds geregistreerd zijn (100 procent versus 88 procent).
Verzekeringsartsen die de opleiding afgerond hebben noemen vaker dan artsen die nog in opleiding zijn het kwaliteitscriterium 'werkvoorraad' (51 procent versus 41 procent). Dit criterium wordt ook opvallend vaker genoemd door artsen die de opleiding gevolgd hebben bij NSPH (50 procent, tegen 36 procent bij personen die de opleiding volg(d)en bij TNO Arbeid).
Het criterium 'tevredenheid van de cliënt' wordt minder vaak genoemd naarmate men langer werkzaam is als verzekeringsarts; het percentage dat dit criterium noemt is 43 in de groep die korter dan vijf jaar als verzekeringsarts werkt en daalt tot 20 in de groep die langer dan 15 jaar verzekeringsarts is. Ook artsen die langer geleden zijn opgeleid noemen dit criterium minder vaak dan recent opgeleiden en in opleiding zijnden (16 versus 37 procent). Tevredenheid van cliënten lijkt verder belangrijker te zijn voor niet-uitvoeringsinstellingen (door 45 procent genoemd) dan voor uitvoeringsinstellingen (door 30 procent genoemd) en wordt vaker genoemd door personen die hun opleiding bij TNO Arbeid gevolgd hebben (door 55 procent genoemd) dan

door personen die de opleiding bij NSPH volg(d)en (door 29 procent genoemd).
De wijze waarop de uitkomst van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling beargumenteerd wordt, wordt door artsen die nog in opleiding zijn vaker als criterium genoemd dan door artsen die reeds geregistreerd zijn (41 procent versus 28 procent) en artsen die de opleiding bij TNO Arbeid hebben gedaan noemen het vaker dan artsen die de NSPH-opleiding volg(d)en (55 procent versus 29 procent).
De uitkomst van de arbeidsongeschiktheidbeoordeling wordt vaker genoemd als belangrijk kwaliteitscriterium naarmate de leeftijd van de verzekeringsartsen hoger is: het wordt genoemd door 9 procent van de artsen die jonger zijn dan 40 jaar, door 17 procent van de artsen in de klasse 40 tot en met 49 jaar en door 25 procent van de artsen die 50 jaar of ouder zijn.

# 5 CONCLUSIE

De onderzoeksvragen die in hoofdstuk 1 geformuleerd zijn kunnen als volgt beantwoord worden:

a. *Welke kennis en vaardigheden achten verzekeringsartsen zelf van belang voor de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?*

Belangrijkste kennis en vaardigheden zijn, naar de mening van minimaal driekwart van de ondervraagde verzekeringsartsen:
- mogelijkheden en beperkingen van cliënten kunnen vaststellen,
- methoden om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen kennen en kunnen toepassen,
- kennis van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming,
- beargumenteerd en efficiënt kunnen rapporteren,
- kennis over werken met ziekte, handicaps, zwangerschap hebben,
- kennis en toepassing van wet en regelgeving, jurisprudentie,
- kennis over relatie tussen werk en gezondheid hebben,
- 'psychologie' van de beoordeling (herstelgedrag, eigen insteek en dergelijke),
- kennis van specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek (zoals orthopedie, psychiatrie) hebben,
- kennis en toepassing van standaarden en protocollen en
- voldoende praktische diagnostische vaardigheden hebben.

Verder is er een groot aantal artsen dat 'gesprekstechnieken/communicatieve vaardigheden' belangrijk vindt.

b. *Wat vinden verzekeringsartsen zelf van hun opleiding, bij- en nascholing?*

en

c. *Wat zou er volgens verzekeringsartsen veranderd moeten worden in de opleiding, bij- en nascholing om de claimbeoordeling beter te kunnen uitvoeren?*

**De opleiding**

Er is een aantal onderdelen waarvan de meerderheid van de ondervraagde verzekeringsartsen vindt dat ze *uitgebreider* in de opleiding aan bod moeten komen. Dit zijn:
- vaststellen van de belastbaarheid van cliënten,
- specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek,
- toepassing van standaarden en protocollen,
- praktische diagnostische vaardigheden en
- toepassing van het FIS.

Ook 'kwaliteitszorg' en 'gesprekstechnieken' zijn onderwerpen die (meer) aandacht

zouden mogen krijgen in de opleiding
Verder is er een zestal items dat volgens minimaal een kwart van de ondervraagden *korter* behandeld zou kunnen worden:

- bedrijfsadvisering,
- epidemiologie, statistiek,
- particuliere verzekeringen,
- risicofactoren bij arbeid (RI&E, PAGO),
- contact met arbodiensten en bedrijfsartsen en
- contact met de behandelende sector.

Van het onderdeel 'zelfstandig onderzoek doen (onderzoeksscriptie)' vindt een derde deel dat het uit de opleiding geschrapt kan worden. Meer dan driekwart van de artsen vindt de huidige scriptie-eisen *niet* van enige directe waarde voor de uitvoering van het werk. Wanneer het gaat om de waarde van de scriptie-eisen voor de vakontwikkeling echter, oordeelt iets meer dan de helft van de ondervraagden positief.
Over de huidige stageverplichtingen bestaat geen consensus; een deel van de artsen acht ze adequaat, een deel is van mening dat de stages meer klinisch georiënteerd zouden moeten zijn en een deel stelt voor een combinatie te maken van de huidige stages met meer klinisch gerichte stages.
Over de duur van drie hoofdonderdelen in de opleiding tot verzekeringsarts (contacturen, stage en praktijkopleiding met supervisie) is men over het algemeen tevreden. Het vierde onderdeel, de scriptie, zou volgens de meerderheid van de artsen korter kunnen zonder dat de kwaliteit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling daaronder zou leiden.

**De bij- en nascholing**
Minimaal driekwart van de verzekeringsartsen vindt bij- en nascholing op de volgende onderwerpen belangrijk:

- nieuwe wet en regelgeving, jurisprudentie,
- nieuwe standaarden en protocollen,
- specifieke vakrelevante pathologie, diagnostiek (zoals orthopedie, psychiatrie) en
- kwaliteitsverbetering verzekeringsgeneeskunde (intervisie, ICT).

Ook 'kennis met betrekking tot psychische/psychiatrische aandoeningen of beperkingen' wordt gezien als nuttig onderwerp voor bij- en nascholing.

*d. Wat is de mening van verzekeringsartsen over de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling?*

Ongeveer tweederde deel van de ondervraagde verzekeringsartsen is tegen de inzet

van niet-artsen bij de claimbeoordeling. Eenderde is van mening dat in bepaalde gevallen ook niet-artsen (een gedeelte van) het belastbaarheidsprofiel kunnen opstellen. Hierbij denkt men met name aan een psycholoog, voor cliënten waarbij het gaat om (louter) psychische beperkingen.

Bijlage 4B

# De interviews met vertegenwoordigers van particuliere verzekeraars

# DE INTERVIEWS MET VERTEGENWOORDIGERS VAN PARTICULIERE VERZEKERAARS

**deelonderzoek A6b Pullover-project**

november 1999

Ilse Hento

Bureau AS/*tri*
Stationsweg 26
2312 AV Leiden

Tel.: 071 – 512 49 03
Fax: 071 – 512 52 47
E-mail: astri@astri.nl

# INHOUDSOPGAVE


1 Inleiding 3

2 De bevindingen uit de interviews 5
- 2.1 Organisatie en werkwijze claimbeoordelingsproces 5
- 2.2 Opleiding en kwaliteitscriteria bij particuliere verzekeraars 8
- 2.3 Opvattingen over opleiding tot verzekeringsarts 9

3 Conclusies 15

# 1 INLEIDING

*Inleiding en vraagstelling*
Als onderdeel van het Pullover-project zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van particuliere verzekeraars. Het doel van dit deelonderzoek is inzicht te verkrijgen in de werkwijze van de particuliere verzekeraar ten aanzien van de claimbeoordeling en de aansluiting van de opleiding tot verzekeringsarts bij de behoeften van de particuliere verzekeraar. Daarbij zijn de volgende drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1 Hoe gebeurt de claimbeoordeling bij de particuliere verzekeraars en wat is daarbij de inzet van de medisch adviseur?
2 Wat is de mening van de particuliere verzekeraar over de inzet van niet-artsen in het proces van claimbeoordeling?
3 In hoeverre sluit de opleiding tot verzekeringsarts aan bij de behoeften van de particuliere verzekeraar?

In totaal zijn bij vijf grote particuliere verzekeraars interviews gehouden (Nationale Nederlanden, Aegon, Achmea, Amev, De Amersfoortse). Binnen elke verzekeringsmaatschappij is eerst een medisch adviseur geselecteerd. De betreffende namen zijn verkregen via contacten in het veld. De medisch adviseurs is, na een schriftelijke aankondiging van en verzoek om deelname aan het onderzoek, gevraagd om ons de naam te geven van de leidinggevende met beslissingsbevoegdheid over hun opleidingen.

*De interviews*
Er zijn in totaal 10 gesprekken gehouden met vertegenwoordigers van vijf particuliere verzekeraars. Daarvan is bij vier particuliere verzekeraars gesproken met zowel de medisch adviseur als een leidinggevende van de verzekeringsmaatschappij. Bij één particuliere verzekeraar is alleen met een medisch adviseur gesproken en één interview betrof een gesprek met de secretaris van de GAV-opleiding, die in het dagelijks leven overigens ook medisch adviseur is. De interviews hebben in een tijdsbestek van drie weken plaatsgevonden, in de periode van 21 september tot 13 oktober. Met uitzondering van twee telefonische interviews hebben alle gesprekken ten kantore van de respondent(en) plaatsgevonden. De gesprekken met de medisch adviseurs duurden gemiddeld drie kwartier tot een uur. De gesprekken met leidinggevenden duurden gemiddeld een half uur. De respondenten bleken zeer coöperatief en mededeelzaam te zijn, waardoor de gesprekken over het algemeen in een zeer prettige sfeer hebben plaatsgevonden.
In onderstaand verslag wordt allereerst ingegaan op de organisatie en de werkwijze

van het claimbeoordelingsproces bij de particuliere verzekeraar. Daarna wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de opleiding tot verzekeringsarts aansluit bij de behoeften van de particuliere verzekeraar.

# 2 DE BEVINDINGEN UIT DE INTERVIEWS

## 2.1 Organisatie en werkwijze claimbeoordelingsproces

*Medisch adviseurs en hun vooropleiding*

Het totale aantal in vaste dienst werkende medisch adviseurs bij de hier onderzochte particuliere verzekeraars bedraagt 25[1]. De medisch adviseur is degene die op basis van binnengekomen onderzoeksgegevens een advies opstelt over de arbeidsongeschiktheid van een cliënt. Per verzekeringsmaatschappij varieert het aantal medisch adviseurs van twee tot tien in dienst zijnde medische adviseurs[2]. Drie personen hebben de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige afgerond en twee personen zijn thans nog in opleiding.

Van de geïnterviewde medisch adviseurs heeft één persoon de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige doorlopen (SSG, voorloper NSPH) en één persoon volgt thans de opleiding van TNO tot verzekeringsgeneeskundige.

De meeste medisch adviseurs zijn, voordat zij bij de verzekeringsmaatschappij kwamen werken, huisarts geweest. Maar ook tandartsen, internisten en orthopeden zijn als medisch adviseur werkzaam. Daarnaast is een aantal personen als basisarts bij de particuliere verzekeraar in dienst getreden. Eén van de geïnterviewden signaleert een tendens van verzekeringsmaatschappijen om zo weinig mogelijk al gespecialiseerde artsen aan te nemen in verband met lagere salariskosten. Medisch specialisten zijn relatief 'dure arbeidskrachten'.

*Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en het arbeidsongeschiktheidscriterium*

Alle hier onderzochte verzekeringsmaatschappijen verzorgen zowel individuele als collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (AOV). De individuele verzekeringen worden afgesloten door zelfstandigen, de collectieve worden door de werkgever afgesloten voor zijn personeel. Daarnaast verzorgen alle maatschappijen ook WAO-gat verzekeringen en verzekeringen van bovenwettelijke uitkeringen.

Het AOV-criterium dat verzekeraars hanteren verschilt volgens de geïnterviewden van het criterium dat de uitvoeringsinstellingen hanteren. De verzekeraars beoordelen in het licht van het eigen beroep of passende arbeid in het bedrijf. In het eerste jaar wordt beoordeeld op eigen arbeid, na het eerste jaar wordt beoordeeld op eigen beroep. Het verschil in criterium tussen uitvoeringsinstelling en verzekeraar wordt door een geïnterviewde als volgt verwoord: 'De verzekeraar is van passende arbeid naar beroepsarbeidsongeschiktheid gegaan, bij de uvi is dat precies andersom'. Bij

---

[1] Twee verzekeringsmaatschappijen hebben meer dan één vestiging. Het aantal van 25 medisch adviseurs is inclusief diegenen die bij een andere vestiging werken.

[2] Daarnaast huren een aantal verzekeringsmaatschappijen medisch adviseurs in op contractbasis.

een verzekeraar waarbij dit criterium in de laatste jaren is gewijzigd worden de lopende polissen zonder schade omgezet in polissen met een nieuw criterium. Bij lopende polissen met schade wordt het oude criterium gehanteerd. Na twee jaar wordt de persoon beoordeeld in passend beroep rekening houdend met opleiding en ervaring. Een ander verschil is dat de sociale verzekeraars kijken naar verlies aan verdiencapaciteit en de particuliere verzekeraar naar het verlies aan arbeidscapaciteit.

*De beoordeling van arbeidsongeschiktheid*

De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling kan in drie stappen worden uiteengezet:

1 de schadebehandelaar: deze coördineert het traject, stelt het recht op uitkering vast en verleent de uitkering, behandelt zelfstandig het dossier van de cliënt en roept advies in wanneer nodig. De schadebehandelaar is een beslissingsbevoegde functionaris.

2 De medisch adviseur: geeft adviezen op medisch gebied. Bepaalt tevens of het een arbeidskundig of medisch traject wordt. Indien het een (uitsluitend) medisch traject is vraagt de medisch adviseur controle of expertise (zie medische keuring). Vervolgens krijgt de medisch adviseur advies van de controle-arts of de arts die de expertise heeft verricht over het percentage arbeidsongeschiktheid. De medisch adviseur neemt dat in de meeste gevallen over en brengt rapport uit aan de schadebehandelaar. De medisch adviseur is geen beslissingsbevoegde functionaris.

3 De arbeidsdeskundige: verzorgt een arbeidskundig oordeel. De arbeidsdeskundige berekent het arbeidsongeschiktheidspercentage aan de hand van de werkzaamheden en uitval van de cliënt. Hij brengt vervolgens rapport uit aan de schadebehandelaar. De arbeidsdeskundige is geen beslissingsbevoegde functionaris.

In de bovenstaande beschreven werkwijze ten aanzien van de AO-beoordeling zijn er kleine verschillen tussen de verzekeraars. Bij één van de verzekeraars stuurt de schadebehandelaar - in plaats van de medisch adviseur - de informatie naar een controle-arts (veelal een huisarts), die de claim in eerste instantie beoordeelt op basis van standaardbrieven. De controle-arts brengt rapport uit aan de schadebehandelaar, die het rapport vervolgens ter advies voorlegt aan de medisch adviseur. De schadebehandelaar beslist over dat advies.

*De medische keuring*

In de meeste gevallen wordt er in eerste instantie door de medisch adviseur bepaald of het een medisch of arbeidskundig traject betreft. Indien het een medisch traject

betreft kunnen de volgende stappen worden genomen:

1 Kort controle-rapport: de verzekeraars hebben hiervoor een vast, groot netwerk aan controle-artsen (150-200 artsen). De controle-artsen zijn in de meeste gevallen huisartsen. De controle-artsen beoordelen de claim, het betreft hier nog geen specifieke expertise. De keuze van een controle-arts is dan ook niet diagnosegebonden. Controle-artsen werken op een freelance basis. Zij hebben geen contract met de verzekeringsmaatschappij. De meeste medisch adviseurs kennen controle-artsen vanuit hun ervaring als praktiserend huisarts.

2 Informeren bij behandelende sector: er wordt informatie opgevraagd bij een medisch specialist of huisarts. De voorkeur gaat uit naar de huisarts, die kent de patiënt vaak het beste en is ook toeschietelijk in het verstrekken van informatie, mits telefonisch. Schriftelijke informatie opvragen bij een huisarts is een stuk moeilijker, aldus medisch adviseurs.

3 Expertises aanvragen: bij twijfel aan de rechtmatigheid van de claim of om de beperkingen duidelijker in kaart te brengen worden expertises aangevraagd. Deze expertises zijn wel diagnosegebonden en worden vrijwel altijd door medisch specialisten uitgevoerd. Ook de duur van de arbeidsongeschiktheid bepaalt of er wel of niet een expertise wordt aangevraagd. Eén van de medisch adviseurs: 'als de arbeidsongeschiktheid langer dan een half jaar duurt vragen we bij meer dan de helft van de gevallen een expertise aan'.

Bij een aantal verzekeraars wordt standaard de eerste stap genomen, dus wordt er altijd een controle-rapport gevraagd (meestal door de medisch adviseur, in een enkel geval doet de schadebehandelaar dat). Bij een enkele verzekeraar gebeurt dit niet standaard, maar wordt op basis van de beschikbare informatie bepaald of een controle nodig is of niet. Stap 2 en 3 worden ook door de medisch adviseur gezet. Op basis daarvan komt er een voorstel voor het arbeidsongeschiktheidspercentage, hetgeen de medisch adviseur beoordeelt en doorstuurt naar de schadebehandelaar.

*Verschillend oordeel over inzet niet-medici*

De vraag of bepaalde onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ook door niet-medici kunnen worden uitgevoerd levert verschillende antwoorden van de medisch adviseurs en leidinggevenden op. Medisch adviseurs betrekken deze vraag met name op de medische onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Eén van de medisch adviseurs acht de inzet van niet-medici dan ook onmogelijk. Ook de andere medisch adviseurs zijn terughoudend in het inzetten van niet-medici, voor zover het de medische onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling betreft. Eén medisch adviseur is van mening dat bijvoorbeeld het controle-rapport door een niet-medicus kan worden gedaan, omdat het hier puur een (controle van de) registratie van gegevens betreft.

De antwoorden van de geïnterviewde leidinggevenden hebben meer betrekking op de totale arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, en dus niet alleen op de medische onderdelen. Zij zijn allen van mening dat voor bepaalde onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling niet-medici kunnen worden ingezet. Bijvoorbeeld het inzetten van arbeidsdeskundigen, die - ook zonder dat de medische beperkingen duidelijk zijn - kunnen bepalen of iemand wel of niet weer kan werken. Ander voorbeelden die worden genoemd zijn uitvoerende en administratieve werkzaamheden. Eén van de leidinggevenden acht de inzet van niet-artsen ook voor medische onderdelen mogelijk. Zo zou bijvoorbeeld een geroutineerde verpleegkundige prima in staat zijn eenvoudige medische zaken te beoordelen.

## 2.2 Opleiding en kwaliteitscriteria bij particuliere verzekeraars

*Geen interne introductieopleiding*

De particuliere verzekeraars kennen geen interne introductieopleiding. Meestal wordt men bij binnenkomst opgeleid door een ervaren collega en wordt al werkend aan kennisoverdracht gedaan. Eén van de medisch adviseurs noemt een dergelijke begeleiding wel een interne introductieopleiding. Daarbij is dan wel sprake van een intensieve begeleiding, waarbij gezamenlijk dossiers worden behandeld. Echter van een formele, gestructureerde opleiding is geen sprake. Wel wordt door vrijwel alle verzekeraars vereist dat medisch adviseurs deelnemen aan GAV-opleiding. De GAV verzorgt een inleidende opleiding tot medisch adviseur. De opleiding bestaat uit 8 keer een weekendcursus van 2 dagen. Per weekend wordt een specifiek onderwerp besproken: leven, arbeidsongeschiktheid, letselschade, ziektekosten, bijkomende verzekeringen en algemene dagen waarop juridische zaken, statistiek en epidemiologie aan de orde komen. De weekenden bestaan uit college en praktijkstukken. Voor de opleiding van de GAV zijn geen specifieke vereisten nodig. In het algemeen geldt wel dat artsen 5 jaar 'spreekkamer' ervaring hebben, dat wil zeggen ervaring met arts-patiënt relaties.

*Geringe intercollegiale toetsing en deskundigheidsbevordering*
Bij twee verzekeraars wordt helemaal geen aandacht besteed aan intercollegiale toetsing of deskundigheidsbevordering. Bij de overige drie verzekeraars wordt hier wel aandacht aan besteed, waarbij er in ieder geval wekelijks een overleg is over de AOV-claimbeoordelingen. Bij één van de verzekeraars is men zeer alert als de 3 maanden ziektegrens wordt overschreden: dan wordt een ieder die bij de claimbeoordeling is betrokken geconsulteerd. Een andere verzekeraar is van plan de werkwijze ten aanzien van de AOV-beoordeling protocolleren. Door protocollering werkt men tevens aan het bevorderen van de van de intercollegiale toetsing. Ook vanuit het bestuur van de GAV wordt geen aandacht besteed aan intercollegiale toetsing. 'De toetsing dient vooral in de praktijk plaats te vinden', aldus de secretaris van de GAV.

*Kwaliteitscriteria: nog niet aanwezig*
Kwaliteitscriteria zijn bij twee van de vijf verzekeraars in ontwikkeling. Daarbij wordt bijvoorbeeld aandacht besteed aan gedragscriteria, doorlooptijd en kwaliteit van het advies. Uit de interviews wordt duidelijk dat leidinggevenden meer bezig zijn met het ontwikkelen van kwaliteitscriteria dan medisch adviseurs en dat zij er ook meer belang aan hechten dat dergelijke criteria worden ontwikkeld. Eén van de verzekeraars is bezig met het ontwikkelen van service-level-agreements, waarin wordt vastgelegd aan welke dienstverlening medisch adviseurs moeten voldoen. Een andere verzekeraar zegt kwaliteitscriteria te willen op het gebied van 'vaardigheid in samenwerking' en 'het in meerdere zaken geschoold zijn'. Een derde leidinggevende geeft aan dat er nu geen kwaliteitscriteria zijn, maar dat deze dringend nodig zijn. Er is immers geen enkele controle op het werk van medisch adviseurs mogelijk. Het is een lastig onderwerp, volgens deze leidinggevende, 'omdat medisch adviseurs niet gewend zijn dat er eisen aan hen worden gesteld'. De vierde leidinggevende vindt het ontbreken van kwaliteitscriteria een groot probleem. Hij vindt de beoordeling 'zo zacht als boter'. Ook informele criteria zijn er niet bij deze verzekeraar.
Vanuit de GAV bestaan er geen ideeën voor kwaliteitscriteria. Men laat dat aan de organisaties zelf over.

## 2.3 Opvattingen over opleiding tot verzekeringsarts

*Kennis en vaardigheden*
Aan alle geïnterviewden is de lijst met vragen over kennis en vaardigheden die worden gesteld aan de verzekeringsartsen van de uitvoeringsinstellingen, voorgelegd. De meeste geïnterviewden hebben alleen die zaken aangekruist die zij *belangrijk* vinden voor het werk van medisch adviseur. De vijf belangrijkste punten die de res-

pondenten onderscheiden zijn:

1. Kennis van de relatie tussen werk en gezondheid
2. Kennis van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming
3. Kennis van particuliere verzekeringen
4. Kennis en toepassing van wet en regelgeving, jurisprudentie
5/6. Beargumenteerd en efficiënt kunnen rapporteren en een bijdrage kunnen leveren aan kwaliteitsverbetering verzekeringsgeneeskunde (intervisie, ICT)

Behoefte aan aanvullende kennis en vaardigheden die worden genoemd zijn bijvoorbeeld relationele vaardigheden - het kunnen werken in een team - , communicatieve vaardigheden, bedrijfseconomische kennis en kennis over organisatiekunde. Tevens wordt kennis van de (specifieke) verzekeringsproducten van de particuliere verzekeraars belangrijk geacht voor het werk van medisch adviseurs.

*Opleiding sluit niet aan*

Vijf van de tien geïnterviewden kunnen niet beoordelen in hoeverre de opleiding tot adviserend verzekeringsarts, zoals gegeven door TNO Arbeid en de NSPH, adequaat is voor medisch adviseurs. Zij hebben zelf de opleiding niet gevolgd en hebben ook via collega's in het geheel geen ervaring met deze opleiding. De overige vijf geïnterviewden hebben wel een oordeel over de opleiding. Twee personen hebben de opleiding zelf gevolgd en de andere personen baseren hun oordeel op wat zij in hun omgeving over de opleiding hebben gehoord. Alle vijf zijn ze van mening dat de opleiding niet aansluit bij het werk van de medisch adviseur bij een verzekeringsmaatschappij. De opleiding is 'te weinig pragmatisch' en 'te weinig gericht op het werk van medisch adviseurs'. Eén van de medisch adviseurs die de opleiding heeft gevolgd noemt als voorbeeld dat niet wordt ingegaan op de LHV-standaarden, terwijl de medisch adviseur daar in de praktijk bijna dagelijks mee moet werken. Andere onderwerpen die worden gemist in de opleiding zijn:

- Kennis over letselschade
- Medische aansprakelijkheid
- Bedrijfseconomische kennis
- Hoe ziet een polis eruit, hoe wordt een premie opgebouwd
- Communicatie met omgeving
- Het werken in een organisatie

Eén van de medisch adviseurs is van mening dat er in de opleiding te veel aandacht wordt besteed aan niet-medische zaken. Voor 'het sociale verhaal moet je geen arts inhuren'. Als er bijvoorbeeld een werkconflict speelt moet het niet door een arts maar door iemand anders worden opgelost. Dezelfde medisch adviseur signaleert ook dat 'een particuliere verzekeringsmaatschappij meer bezig is met ziektebeelden en ontwikkelingen op medisch gebied dan een uitvoeringsinstelling, omdat zij dat moeten

verzekeren'. Eén van de leidinggevenden is daarentegen van mening dat het werk van een medisch adviseur juist niet alleen maar medisch is: 'een medisch adviseur moet veel meer kwaliteiten in huis hebben dan alleen maar medische kennis'. De meeste geïnterviewden sluiten zich hierbij aan.
Als in de opleiding meer aandacht wordt besteed aan organisatievaardigheden, de praktijk van het verzekeringswerk bij particuliere verzekeraars, en communicatieve vaardigheden, dan zou dat voor dezelfde geïnterviewden reden zijn om meer personen van de particuliere verzekeringsmaatschappijen te laten deelnemen aan de (reguliere) opleiding.

*Integratie opleiding gewenst*
Vrijwel alle geïnterviewden (acht personen) achten het wenselijk dat de opleiding tot verzekeringsarts beter aansluit bij het werk van de medisch adviseur van de particuliere verzekeringsmaatschappij. Ook degenen die de opleiding niet konden beoordelen, met uitzondering van één persoon, hebben hierover dus een uitspraak gedaan. Slechts één persoon acht het niet wenselijk dat de opleiding aansluit. De opleidingen hebben volgens deze persoon 'niets met elkaar te maken'. De geïnterviewden die het wel wenselijk of zelfs verstandig achten om aan te sluiten, achten dit nodig omdat particuliere verzekeringsmaatschappij steeds meer 'op hun bordje krijgen'. Ook wordt 'een kijkje in elkaars keuken' genoemd als reden voor integratie. Overigens is door het GAV-bestuur al contact geweest met de –bestuurders van de- opleiding van NSPH over een mogelijke integratie van de opleidingen. De GAV vindt het wenselijk om een erkenning te krijgen van hun vakgebied. De gesprekken hebben echter tot nu toe geen resultaat gehad. De reden hiervoor was dat beide besturen uiteenlopende doelen hebben. Welke dat precies zijn is niet duidelijk geworden uit het interview. Wel duidelijk is dat op dit moment de integratie van de opleidingen helemaal stil ligt. De leden van het GAV-bestuur werken in het dagelijks leven allemaal 40 uur en het bestuurswerk 'schiet er dan wel eens bij in'.

De integratie van de opleiding zou volgens geïnterviewden het best kunnen geschieden door te werken met korte(re) kernmodules en meer specialistische modules, die specifiek ingaan op het werk (van medisch adviseurs) bij particuliere verzekeringsmaatschappijen.

*Na- en bijscholing*
De vertegenwoordigers van de particuliere verzekeringsmaatschappijen noemen een scala van onderwerpen waarop na- en bijscholing zich zou moeten richten voor medisch adviseurs. Eén onderwerp springt daarbij erg in het oog - wordt door vrijwel alle geïnterviewden genoemd - en dat is het bijhouden van de nieuwe medische ontwikkelingen in relatie tot de risico-inschattingen die zij als verzekeraar dienen te maken. Bijvoorbeeld ontwikkelingen in de genetica, OPS, beroepsziekten en psychische klachten zijn onderwerpen voor na- en bijscholing. Daarnaast worden ook onderwerpen als 'reïntegratie', 'sociale wetgeving' en 'oorzaken van arbeidsongeschiktheid' genoemd als onderwerpen voor na- en bijscholing.

*Uitvoeringsinstellingen kunnen veel leren van particuliere verzekeraars*
Op de vraag wat de uitvoeringsinstellingen zouden kunnen leren van de particuliere verzekeraars wat betreft opleiding of werkwijze bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling worden uiteenlopende antwoorden gegeven. De antwoorden hebben daarbij voornamelijk betrekking op de vraag wat uitvoeringsinstellingen kunnen leren ten aanzien van de *werkwijze* bij de particuliere verzekeraar. Ten aanzien van de *opleiding* worden vrijwel geen andere suggesties genoemd dan die eerder zijn genoemd, namelijk dat de opleiding meer aandacht zou moeten besteden aan relationele en communicatieve vaardigheden, bedrijfseconomische kennis, kennis van de organisatiekunde en kennis over verzekeringsproducten.
Ten aanzien van de werkwijze wordt een aantal zaken meer dan 1 keer genoemd door geïnterviewden.
Ten eerste zou de uitvoeringsinstelling zich bewuster moeten zijn van kosten in het traject. Er zou eigenlijk meer geld uitgegeven moeten worden aan de zogenaamde 'kleine' geldstroom: 'reïntegratie is nu eenmaal arbeidsintensief (maat)werk'. In verband hiermee wordt ook het opvragen van medische informatie genoemd. Een aantal geïnterviewden vindt het 'verbazingwekkend dat de uitvoeringsinstelling met zo weinig informatie medische conclusies moet formuleren'.
Ten tweede zou de uitvoeringsinstelling minder moeten focussen op het medische deel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en veel eerder arbeidsdeskundigen in het beoordelingstraject moeten inzetten.
Ten derde moet de uitvoeringsinstelling dichter op de werkplek van de cliënt gaan zitten. Daartoe zouden lokale initiatieven ondersteund moeten worden.
Tot slot wordt een meer algemeen punt genoemd: de uitvoeringsinstelling zou eens moeten kijken hoe de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bij de particuliere verzekeraar in z'n werk gaat.

Andere zaken die de uitvoeringsinstelling kan leren volgens vertegenwoordigers van de particuliere verzekeraars zijn: souplesse ('uvi is star, werkt een kookboek af'), effectiviteit, dossierbehandeling, getrapte oordeelsvorming, en een praktische aanpak.

Ook van belang is dat men bij de uvi meer moet beseffen dat de arts een schakel in het traject is en niet optreedt als een beslisser.

# 3 CONCLUSIES

De volgende drie vragen zijn in dit (deel)onderzoek beantwoord.

1 Hoe gebeurt de claimbeoordeling bij de particuliere verzekeraars en wat is daarbij de inzet van de medisch adviseur?
2 Wat is de mening van de particuliere verzekeraar over de inzet van niet-artsen in het proces van claimbeoordeling?
3 In hoeverre sluit de opleiding tot verzekeringsarts aan bij de behoeften van de particuliere verzekeraar?

*Ad 1. Hoe gebeurt de claimbeoordeling bij de particuliere verzekeraars en wat is daarbij de inzet van de medisch adviseur?*

Ten aanzien van de eerste vraag kan worden geconcludeerd dat bij de particuliere verzekeraar een schadebehandelaar het traject van de claimbeoordeling coördineert. De schadebehandelaar stelt het recht op uitkering vast en verleent de uitkering. Hij roept daarbij advies in van de medisch adviseur en/of een arbeidsdeskundige in geval dat nodig wordt geacht. De medisch adviseur geeft uitsluitend adviezen op medisch gebied ten aanzien van de claimbeoordeling. De inzet van de medisch adviseur bij de claimbeoordeling bestaat voornamelijk uit het inwinnen van informatie, het beoordelen van die informatie en de advisering aan de schadebehandelaar. Het inwinnen van informatie gebeurt veelal bij de zogenaamde controle-artsen, die feitelijk de medische keuring verzorgen. Controle-artsen blijken veelal huisartsen te zijn die op zelfstandige basis medisch adviseurs adviseren omtrent het arbeidsongeschiktheidspercentage van de verzekerde. Daarnaast kan de medisch adviseur ook informatie inwinnen bij de behandelende sector of een expertise aanvragen bij een medisch specialist. Ook deze informatie wordt wederom beoordeeld door de medisch adviseur, op basis waarvan hij advies uitbrengt aan de schadebehandelaar. De medische keuring als zodanig geschiedt in de meeste gevallen buiten de deur van de particuliere verzekeraar.

*Ad 2. Wat is de mening van de particuliere verzekeraar over de inzet van niet-artsen in het proces van claimbeoordeling?*

Bij de particuliere verzekeraars blijkt verschil van mening te bestaan tussen medisch adviseurs en leidinggevenden over de inzet van niet-medici in (onderdelen van) het proces van claimbeoordeling. Medisch adviseurs zijn terughoudend in het inzetten

van niet-medici, maar betrekken hun antwoord met name op het medische onderdeel van de keuring. Leidinggevenden zijn van mening dat voor bepaalde onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, bijvoorbeeld uitvoerende en administratieve werkzaamheden, ook niet-medici kunnen worden ingezet. Verder zouden leidinggevenden ook (nog) meer arbeidsdeskundigen in willen zetten in het proces van claimbeoordeling, ook als de medische beperkingen nog niet duidelijk zijn.

*Ad 3. In hoeverre sluit de opleiding tot verzekeringsarts aan bij de behoeften van de particuliere verzekeraar?*

Wat de opleiding betreft, komt uit de interviews naar voren dat deze niet aansluit bij het werk van medisch adviseurs. Men vindt de opleiding te weinig pragmatisch en daarbij te weinig gericht op het werk van medisch adviseurs. Kennis en vaardigheden die worden gemist in de opleiding tot verzekeringsarts betreffen communicatieve en relationele vaardigheden, bedrijfseconomische kennis, kennis van de organisatiekunde en kennis over verzekeringsproducten. Geïnterviewden geven aan het wel wenselijk te vinden dat de opleiding aansluit bij het werk van medisch adviseurs. Men denkt dat een betere aansluiting gerealiseerd kan worden door in de opleiding te gaan werken met korte(re) kernmodules en meer specialistische modules, gericht op het werk (van medisch adviseurs) bij particuliere verzekeringsmaatschappijen.

Bijlage 4C

# De telefonische interviews met managers van uitvoeringsinstellingen

# DE TELEFONISCHE INTERVIEWS MET MANAGERS VAN UITVOERINGSINSTELLINGEN

**Deelonderzoek Pullover-project**

19 november 1999

Herjet J. Visser
Carla van Deursen

Bureau AS/*tri*
Stationsweg 26
2312 AV Leiden

Tel.: 071 – 512 49 03
Fax: 071 – 512 52 47
E-mail: astri@astri.nl

## INHOUDSOPGAVE


1 Achtergrond en opzet van het deelonderzoek 5

1.1 Doel van het deelonderzoek 5

1.2 Opzet van het onderzoek 5

2 De bevindingen uit de interviews 6

3 Conclusies 12

# 1 ACHTERGROND EN OPZET VAN HET DEELONDERZOEK

## 1.1 Doel van het deelonderzoek

In opdracht van TNO Preventie en Gezondheid heeft AS/*tri* binnen het Project Upgraden Leerstof Opleiding Verzekeringsgeneeskunde (Pullover-project) een aantal deelonderzoeken uitgevoerd. Het Pullover-project wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en richt zich op de verbetermogelijkheden in de opleiding tot verzekeringsarts.
Het hier beschreven deelonderzoek richt zich op de eisen die managers van uitvoeringsinstellingen, in hun rol als werkgever van verzekeringsartsen, stellen aan de opleiding en bijscholing van deze beroepsgroep. Hierbij zijn de volgende drie vraagstellingen geformuleerd.

1 In hoeverre sluit de opleiding van verzekeringsartsen aan bij de behoefte van het management binnen de uitvoeringsinstellingen?
2 Wat zou het management anders willen zien in de opleiding en in het bijscholingsprogramma?
3 Wat is de mening van het management over de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling?

## 1.2 Opzet van het onderzoek

*Selectie van de managers*
Van elke uitvoeringsinstelling (GAK, Cadans, GUO, SFB en USZO) zijn twee managers benaderd, namelijk (1) de directeur verantwoordelijk voor personeelszaken uit de centrale directie, en (2) de regiodirecteur van een willekeurig geselecteerde regio. Een aantal van hen heeft tijdens het eerste contact doorverwezen naar een persoon die dichter bij de opleiding staat en hierdoor meer bruikbare informatie kan verschaffen.

*De functies van de geïnterviewde personen*
Er zijn, conform de opzet, in totaal 10 managers geïnterviewd, van elke uitvoeringsinstelling twee. De respondenten bekleden de volgende functies:
- regiodirecteur (2x);
- vestigingsdirecteur (2x);
- directeur Human Resource Management (2x);
- hoofd personeel en organisatie (1x);
- manager uitvoering arbeidsgeschiktheid (1x);

- opleidingsfunctionaris (1x);
- regionaal stafverzekeringsarts (1x).

*De gespreksonderwerpenlijst*
Met de managers zijn semi-gestructureerde telefonische interviews gehouden. De respondenten hebben vooraf een lijst met gespreksonderwerpen toegestuurd gekregen. Deze onderwerpenlijst bestaat uit zeven vragen die betrekking hebben op de functie van de respondent, de kennis en vaardigheden die van verzekeringsartsen gevraagd worden en de inhoud en de kwaliteit van de opleiding tot verzekeringsarts en hun bij- en nascholing. Tevens is het onderwerp 'de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling' aan de orde gesteld. De interviews duurden gemiddeld 20 minuten.

## 2 DE BEVINDINGEN UIT DE INTERVIEWS

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews per interviewonderwerp beschreven en zo mogelijk met citaten toegelicht.

*1 Wat is uw functie binnen het bedrijf? Wat is uw positie ten opzichte van de verzekeringsartsen en welke beslissingsbevoegdheden heeft u met betrekking tot hun opleiding?*

De functie van de respondenten is voornamelijk op managementniveau. De positie ten opzichte van de verzekeringsartsen is voor zes respondenten leidinggevend. De overige vier respondenten hebben geen hiërarchische positie ten opzichte van de verzekeringsartsen. Twee respondenten hebben de taak om de arbeidsvoorwaarden te realiseren en te waarborgen (directeuren Human Resource Management).
Slechts één respondent geeft aan dat hij volledige beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de opleiding heeft (de manager uitvoering arbeidsgeschiktheid). Voor de overige respondenten geldt dat ze geen beslissingsbevoegdheden met betrekking tot de opleiding hebben (5x) of alleen indirecte (4x). De respondenten met indirecte beslissingsbevoegdheden geven leiding aan de lijn- of clustermanager. Deze lijn- of clustermanager heeft de directe beslissingsbevoegdheid met betrekking tot de opleiding.
Bij de meeste uitvoeringsinstellingen is het overigens verplicht om de registratie tot verzekeringsarts te behalen nadat men aangenomen is. Het al dan niet in opleiding gaan is dus meestal niet afhankelijk van individuele beslissingen van leidinggevenden.

*2 Welke kwaliteitscriteria hanteert u ten aanzien van het werk van de verzekeringsartsen?*

*Formele criteria*

Wat de formele criteria betreft, geldt dat de meeste respondenten (6x) refereren aan de Lisv-criteria en de Ctsv-normen. Eén respondent noemt als kwaliteitscriterium het in bezit hebben van het artsendiploma.

Het controleren van de kwaliteit gaat door middel van dossiercontrole (3x) en/of functioneringsgesprekken (4x). Ook wordt in de gaten gehouden of een arts niet te veel klachtenprocedures heeft lopen (3x).

Drie respondenten noemen zelf een aantal kwaliteitscriteria. Deze hebben betrekking op:

- het vermogen om een oordeel te motiveren en te rapporteren (2x),
- de communicatieve vaardigheden;
- de ervaring en houding ten aanzien van het werk;
- het kwalitatief goed werk afleveren;
- goed kunnen samenwerken;
- klantvriendelijk werken,
- begeleiding en
- tempo maken.

Volgens de respondenten die deze kwaliteitscriteria geformuleerd hebben, worden de verzekeringsartsen ook op deze kwaliteitscriteria beoordeeld.

Twee respondenten van dezelfde uitvoeringsinstelling vermelden dat er een interne checklist is ter beoordeling van de verzekeringsarts. Deze is gebaseerd op acht kerncompetenties. Deze beoordelingslijst is gekoppeld aan de functioneringsgesprekken.

*Informele criteria*

Informele criteria zijn over het algemeen niet bekend bij de respondenten. Eén van de respondenten zegt: *"Ik ben geen voorstander van informele criteria omdat duidelijk moet zijn welke eisen er gesteld worden. Dan pas kun je ze er op aanspreken".*

*3 Wat zijn de belangrijkste kennisterreinen en vaardigheden die van verzekeringsartsen gevraagd worden?*

De respondenten is voorafgaand aan het interview een lijst toegestuurd met daarop een groot aantal mogelijke vaardigheden en kennisterreinen van verzekeringsartsen[1]. Zeven van de tien respondenten hebben aangegeven welke vijf kennisterrei-

[1] Deze onderwerpenlijst is afkomstig uit de schriftelijke vragenlijst onder verzekeringsartsen.

nen en vaardigheden in deze lijst zij de belangrijkste vinden. Eén respondent vindt alles belangrijk; één respondent kan hier geen antwoord op geven omdat hij op geen enkele wijze bij de opleiding betrokken is en één respondent noemt dat de lijst voornamelijk bestaat uit kennisterreinen en niet zozeer uit vaardigheden en gedrag.

De zeven respondenten die de belangrijkste kennisterreinen en vaardigheden hebben gespecificeerd, noemden de volgende zaken.

- Kennis van verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming (5x);
- Methoden kennen om door cliënt geuite klachten en beperkingen te toetsen en te kunnen toepassen (5x);
- Mogelijkheden en beperkingen van cliënten kunnen vaststellen (4x);
- Kennis en toepassing van standaarden en protocollen (3x);
- Zich goed kunnen positioneren in het spanningsveld tussen individuele en collectieve belangen (3x);
- Kunnen adviseren en motiveren tot reïntegratie (3x);
- Goed kunnen omgaan met agressie, sociaal schrijnende gevallen of anderszins aangrijpende cliëntcontacten (2x);
- Beargumenteerd en efficiënt kunnen rapporteren (2x);
- Kennis en toepassing van wet en regelgeving, jurisprudentie (1x);
- 'Psychologie' van de beoordeling (1x);
- Voldoende praktische diagnostische vaardigheden hebben (1x);
- Efficiënt met tijd om kunnen gaan (1x);
- Goed contact met arbodiensten en bedrijfsartsen (1x).

De respondenten is gevraagd of in de onderwerpenlijst nog belangrijke kennis en vaardigheden ontbreken en deze dan aan te vullen. Eén respondent noemt als aanvulling op de onderwerpenlijst 'communicatieve vaardigheden'. Hij zegt hierover: *"Ik vind het belangrijk dat verzekeringsartsen dingen uit kunnen leggen aan leken (bijvoorbeeld de arbeidsdeskundige), af en toe bevinden artsen zich te veel in de ivoren toren".*

Andere aanvullingen op de door ons voorgelegde onderwerpenlijst zijn:

- kunnen functioneren in een team; het onderhouden van collegiale contacten;
- gesprekstechnische vaardigheden;
- werkorganisatie (dat wil zeggen: time-management, spreekuurplanning etcetera);
- besluitvaardigheid;
- stressbestendigheid.

Eén respondent heeft als opmerking bij de voorgelegde lijst met mogelijke kennis en vaardigheden van verzekeringsartsen: *"Alle kennisterreinen en vaardigheden moeten er toe leiden dat gelijke gevallen een gelijke beoordeling krijgen!"*.

4 *In hoeverre vindt u de opleiding tot adviserend verzekeringsarts adequaat voor verzekeringsartsen binnen uw uitvoeringsinstelling?*

Het algemene beeld dat naar voren komt is dat de managers de opleiding tot verzekeringsarts als redelijk tot goed beoordelen. Het management is dus over het algemeen tevreden over de opleiding. Wel geven vijf respondenten aan dat er een betere koppeling tot stand zou moeten komen tussen theorie en praktijk. De opleiding legt veel nadruk op de theorie. Het praktisch toepassen van de opgedane kennis zou een belangrijkere positie in de opleiding moeten krijgen. De duur van de opleiding (vier jaar) kan volgens de respondenten korter. Het blijkt voor de managers echter moeilijk om aan te geven welke onderwerpen uit het curriculum dan zouden moeten vervallen. Eén respondent is daarentegen van mening dat de werkgevers te weinig tijd beschikbaar stellen om de opleiding op een goede manier af te ronden.

De respondenten noemen een aantal onderwerpen waaraan meer aandacht besteed zou moeten worden in de opleiding. Dit zijn de volgende onderwerpen:

- sociaal-communicatieve vaardigheden *("het is teveel passief luisteren, alleen maar kennis opdoen. Er zou meer getraind moeten worden op de vaardigheden");*
- rapportagevaardigheden;
- gesprekstechnieken;
- de rol van de verzekeringsarts bij reïntegratie;
- specifieke verzekeringsartsvaardigheden.

Er worden geen onderwerpen genoemd die overbodig zijn in de opleiding. Wel wordt een aantal vaardigheden genoemd die op dit moment ontbreken in de opleiding. Het gaat hier bijvoorbeeld om het samenwerkingsgericht leren werken, het resultaatgericht leren werken *("De verzekeringsarts moet oog hebben voor het proces en beseffen dat de beoordeling ook onderdeel van het proces is")*, efficiënt leren werken en klantgericht werken. Eén van de respondenten zegt over het klantgericht werken: *"De verzekeringsarts moet een vervelende mededeling op zo'n manier kunnen overbrengen dat de klant er toch een prettig gevoel aan overhoudt en het idee heeft dat er serieus geluisterd is (ook al is de uitkomst wellicht niet datgene wat de cliënt wilde horen). Deze vaardigheid moet ook in de praktijk geleerd worden, maar komt zeker te weinig aan de orde in de opleiding"*.
Eén van de respondenten noemt de gespannen relatie tussen de kwantiteit en de kwaliteit. Het management wil meer kwantiteit (prestaties), zonder dat de kwaliteit

verloren gaat. Er moet door de verzekeringsartsen dus efficiënt gewerkt worden met het oog op het productieproces.
De respondenten zijn eensgezind in hun opvatting dat lacunes in kennis en vaardigheden van de verzekeringsartsen opgevuld moeten worden door de uitvoeringsinstelling. *"Niet alles kan afgedekt worden binnen een opleiding"*, zoals één van de respondenten het verwoordt.

5 *Wat zijn de belangrijkste onderwerpen waarop na- en bijscholing voor verzekeringsartsen plaats vindt of plaats zou moeten vinden?*

De meningen over de belangrijkste onderwerpen waarop na- en bijscholing zou moeten plaatsvinden, lopen nogal uiteen. Twee uitvoeringsinstellingen maken gebruik van een permanente cyclus van na- en bijscholing waarin bepaalde onderwerpen telkens terugkeren. Deze onderwerpen zijn zowel gericht op de medicus als op de regelgeving. Voorbeelden van onderwerpen zijn: 'het omgaan met de mediterrane werknemer' en 'de techniek van de argumentatie'. Een andere uitvoeringsinstelling biedt jaarlijks tien bijscholingscursussen aan, waarvan de verzekeringsarts er drie moet kiezen. Op deze manier sluit de bijscholing zoveel mogelijk aan bij de persoonlijke behoefte van elke verzekeringsarts. Onderwerpen van deze bijscholingscursussen zijn bijvoorbeeld 'omgaan met agressie', 'efficiënt tijdsbeheer' en 'het onderkennen van psychische ziekten'. Voor één uitvoeringsinstelling zijn de onderwerpen van na- en bijscholingen niet belangrijk, zolang het maar erkende opleidingen betreft.
Er wordt door de verschillende respondenten ook een aantal 'losse' onderwerpen genoemd die tijdens na- en bijscholingen aan de orde zouden moeten komen. Hierbij gaat het om de volgende onderwerpen:

- gespreksvaardigheid;
- bepalen van de mate van belastbaarheid;
- moeilijke ziektebeelden (3x genoemd);
- onderkennen van psychische ziekten en/of psychiatrische componenten (4x genoemd);
- orthopedie;
- rapportagetechniek;
- samenwerking met arbo-artsen zonder dat de eigenheid van de verzekeringsarts verloren gaat.

7 *Heeft u nog tips en/of opmerkingen ter verbetering van de opleiding tot verzekeringsarts?*

De volgende tips ter verbetering zijn door verschillende respondenten naar voren gebracht.

- Er zou een maximum gesteld moeten worden aan de doorlooptijd van de op-

leiding. Sommige artsen nemen erg ruim de tijd en studeren bijvoorbeeld zeven jaar.

- Er zou een rapportage vanuit de opleidingsinstelling naar de uitvoeringsinstelling moeten gaan, zodat het management op de hoogte blijft van de vorderingen etcetera van de verzekeringsarts in opleiding.
- De wachtlijsten ter toelating tot de opleiding zouden weggewerkt moeten worden. Er zou een afspraak gemaakt moeten worden tussen de opleiding en de uitvoeringsinstelling dat er maximaal een half jaar na aanstelling begonnen kan worden met de opleiding.
- De opleiding zou op een meer dominante manier aandacht moeten besteden aan een resultaat- en productiegerichte manier van werken. De artsen moeten zich in de praktijk niet gedragen als een aparte soort en niet werken vanuit een elitair plaatje.
- De artsen zouden tijdens de opleiding vertrouwd moeten raken met automatiseringsontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld werken met een laptop. In de praktijk leidt dit tot efficiënter werken.

7 *Kunnen sommige onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wellicht ook door niet-medici verricht worden?*

Twee respondenten antwoorden op deze vraag pertinent 'nee': het is niet mogelijk om sommige onderdelen van de arbeidsongeschiktheidbeoordeling door niet-medici te laten uitvoeren. Een argument hiervoor is dat de wetgeving ten aanzien van arbeidsongeschiktheid steeds ingewikkelder wordt en dat de maatschappelijke verantwoordelijkheid groot is. Het gaat om het toekennen van uitkeringen! Eén respondent licht het op de volgende manier toe: *"Ieder heeft zijn vak. Als u binnenkort geopereerd wordt, dan hoop ik dat het door een chirurg gedaan wordt!"*.

Zes respondenten antwoorden op deze vraag (voorzichtig) positief. Een reden hiervoor is dat op den duur een groot tekort aan artsen verwacht wordt. De mening over de mate van overdragen van taken op niet-medici verschilt echter. Eén respondent vindt dat de administratieve taken van een verzekeringsarts overgenomen kunnen worden, maar niet het werkelijke onderzoek in de spreekkamer. Een andere respondent vindt dat door niet-medici voorwerk gedaan kan worden: niet alle beslissingen hoeven door een arts genomen te worden (bijvoorbeeld het vaststellen van een gebroken been). Weer een andere respondent denkt dat het mogelijk is dat de lichtere gevallen door een niet-arts behandeld worden. Ook de herbeoordeling van constant gebleven cliënten (bijvoorbeeld een cliënt met een hernia) kan door een niet-medicus gedaan worden. Als randvoorwaarde bij de inzet van niet-medici wordt gesteld dat de kwaliteit en de uniformiteit van de beoordeling op peil moet blijven.

# 3 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk worden de antwoorden op de in hoofdstuk 1 geformuleerde onderzoeksvragen samengevat.

1 *In hoeverre sluit de opleiding van verzekeringsartsen aan bij de behoefte van het management binnen de uitvoeringsinstellingen?*

Over het algemeen kan men zeggen dat het management redelijk tot zeer tevreden is met de opleiding. De opleiding bevat geen overbodige elementen en de kennisterreinen en vaardigheden die nodig zijn om in de praktijk te werken als verzekeringsarts zijn over het algemeen allemaal aanwezig. Wel blijkt uit de reacties van de managers dat sommige onderwerpen uitgebreider aan de orde zouden moeten komen (communicatieve vaardigheden, praktische vaardigheden). Het blijkt dus dat de opleiding op bepaalde onderwerpen uitgebreider in zou kunnen gaan.

2 *Wat zou het management anders willen zien in de opleiding en in het bijscholingsprogramma?*

Het management is vrij eensgezind van mening dat er een betere vertaalslag gemaakt zou moeten worden tussen theorie en praktijk. De opleiding zoals hij nu is, richt zich te veel op de theoretische kant van het werk, te veel op het opdoen van kennis. De praktische kant zou nadrukkelijker naar voren moeten komen in de te behandelen onderwerpen. Ook blijkt dat het efficiënt werken van verzekeringsartsen een 'topic' is bij het management. Er moet door de verzekeringsartsen zowel kwaliteit als kwantiteit geleverd worden, ze vormen een onderdeel binnen het productieproces. Dit zou in de opleiding meer naar voren kunnen komen. De opleiding zoals hij nu is, wordt eigenlijk te lang gevonden. Er worden echter geen overbodige onderwerpen in de opleiding genoemd, wat het moeilijk maakt om aan te geven op welke punten de opleiding ingekort zou kunnen worden.
Over het bijscholingsprogramma kan niet veel gezegd worden. De meningen lopen hierover teveel uiteen om tot een overkoepelende conclusie te komen.

3 *Wat is de mening van het management over de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling?*

Het feit dat het op peil houden van het artsenbestand in de toekomst wel eens moeilijkheden zou kunnen gaan opleveren, doet het merendeel van de respondenten besluiten om een positief antwoord te formuleren op bovenstaande vraag. Sommige onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zouden volgens de mana-

gers door niet-medici uitgevoerd worden. Wel moet gewaarborgd worden dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit en de uniformiteit van de beoordeling. Het lijkt dus de moeite waard om de verschillende mogelijkheden met betrekking tot het inzetten van niet-medici nader te onderzoeken. Men benadrukt dat het van belang is dat de verschillende partijen die hierbij betrokken worden oplossingsgericht denken.

Bijlage 4D

# Casus Zweden: grote inzet van de niet-medische case-manager

AStri

# CASUS ZWEDEN: GROTE INZET VAN DE NIET-MEDISCHE CASE-MANAGER
## Deelonderzoek Pulloverproject

november 1999

Dr. Rienk Prins

Bureau AS/*tri*
Stationsweg 26
2312 AV Leiden

Tel.: 071 – 512 49 03
Fax: 071 – 512 52 47
E-mail: astri@astri.nl

## INHOUDSOPGAVE


| | | |
|---|---|---|
| 1 | Inleiding | 1 |
| 2 | Relevante regelingen, organisatie en procedures | 1 |
| 3 | Taak en rol van medicus en van niet-medische case-manager | 2 |
| 4 | Beschouwing | 6 |

# 1 INLEIDING

In het Pullover-project dient onder meer een beschouwing te worden gegeven over de inzet van niet-artsen bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Nu bestaat in diverse Scandinavische landen al jarenlang een uitvoeringsstructuur met een ondergeschikte rol van de verzekeringsarts/medisch adviseur (zie bijvoorbeeld R. Prins e.a.[1]). Het lag dus voor de hand om met name in deze regio na te gaan hoe de uitvoering is ingericht en welke ervaringen er zijn. Om pragmatische redenen (deelname aan eerder internationaal onderzoek, lopende contacten) is de verkenning ten behoeve van deze beschouwing toegespitst op de 'WAO-uitvoering' in Zweden. Aangezien deze verweven is met de 'Ziektewet-uitvoering', is voor beide regelingen de rol van de medische en niet-medische uitvoeringsfunctionaris in kaart is gebracht.

De voorliggende beschrijving is gebaseerd op gegevens uit eerder onderzoek, recente informatie uit Zweden en (telefonische) interviews met twee verzekeringsgeneeskundigen en een staffunctionaris.

Voor een goed begrip van de rol van de verzekeringsarts in de Zweedse arbeidsongeschiktheidregeling zullen we eerst kort de relevante regelingen, organisatie en procedures schetsen. Vervolgens wordt nader ingegaan op de taak en rol van de medicus en de niet-medische gevalsbehandelaar bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Ten slotte worden enkele opvallende elementen van de Zweedse regeling besproken in het licht van de Nederlandse context.

# 2 RELEVANTE REGELINGEN, ORGANISATIE EN PROCEDURES

*Loondervingsregeling bij ziekte en arbeidsongeschiktheid*
In geval van ziekte dient de werkgever de eerste twee weken (exclusief een wachtdag) minimaal 80% van het loon door te betalen. Duurt de arbeidsongeschiktheid voort, dan heeft de werknemer recht op ziekengeld. De uitkeringshoogte is 80% van het loon en er is wettelijk geen maximale duur van de uitkering vastgelegd. De Zweedse ziekteregeling kent vier arbeidsongeschiktheidsklassen: ¼, ½, ¾ en volledig arbeidsongeschikt.

De Zweedse ingezetenen hebben recht op een tijdelijk of permanent invaliditeitspensioen indien hun arbeidsgeschiktheid met minimaal een kwart is afgenomen. Ook deze regeling kent (dezelfde) vier gradaties van arbeidsongeschiktheid. De uitkeringshoogte varieert al naar gelang de graad van arbeidsongeschiktheid, verzekerde periode, behoefte aan verzorging en dergelijke (maximaal: 100% van loon).

*Uitvoeringsorganisatie*
De sociale verzekeringen worden uitgevoerd door ruim 400 lokale sociale verzekeringskantoren. Binnen elk kantoor is een aparte afdeling voor ziekte, invaliditeit en

[1] R. Prins, T.J.Veerman en M.K. Koster, De uitvoering van arbeidsongeschiktheidsregelingen in België, Duitsland en Zweden; buitenlandse antwoorden op Nederlandse vragen? Sociale Verzekeringsraad, Zoetermeer, 1993.

beroepsrisico's, terwijl andere afdelingen de regeling voor de pensioenen, kinderbijslag en dergelijke uitvoeren.

De beslissingen over uitkeringen voor ziekte en arbeidsongevallen worden genomen door de functionarissen van de lokale kantoren. Voor de overige uitkeringen (beroepsziekten, tijdelijke en permanente invaliditeitspensioenen) worden de beslissingen genomen door lokale sociale verzekeringscommissies, op voordracht van de lokale kantoren. De lokale kantoren zijn geclusterd rond 25 regionale kantoren die niet zijn belast met de uitvoering als zodanig van de regelingen, maar vooral organisatorische, informatieve en evaluerende taken hebben.

Binnen het lokale verzekeringskantoor zijn er diverse functionarissen met verschillende deskundigheden betrokken bij de uitvoering. Voor ons thema zijn met name relevant:

1 de adviserend geneeskundige ('vertrouwensarts');
2 de niet-medische functionaris. Deze handelt zowel de korte als de langdurige ziekteverzuimgevallen af. Bij het laatste gaat het met name om de aanvragen voor een invaliditeitspensioen en de erkenning van beroepsziekten.

## 3 TAAK EN ROL VAN MEDICUS EN VAN NIET-MEDISCHE CASE-MANAGER

*De adviserend geneeskundige*

De adviserend geneeskundige was oorspronkelijk voor een beperkt aantal uren per week in dienst van het lokale verzekeringskantoor. Sommige werkten gelijktijdig voor verscheidene sociale verzekeringskantoren. Inmiddels is de omvang van de parttime aanstellingen wel uitgebreid naar 10-20 uur per week (omdat men 'met minder adviseurs meer tijd' wilde hebben). De adviseurs dienen naast hun sociale verzekeringsadviseurschap nog praktiserend te zijn als medisch specialist, huisarts of bedrijfsarts. Deze laatste categorie zou volgens sommige bronnen zelfs de voorkeur hebben: deze medicus 'staat dichter bij de arbeid' en kan arbeidscapaciteiten en mogelijkheden bij de werkgevers beter beoordelen. Recent is men er in enkele regio's toe overgegaan voor de leidinggevende stafarts wel een fulltime medisch adviseur aan te stellen.

Een belangrijk aspect van het werk van de medisch adviseur is, dat deze geen patienten ziet maar alleen werkt op de 'stukken'. Deze werkwijze moet een objectieve behandeling van ieder geval waarborgen. Voor deze functie is geen speciale opleiding vereist. Wel is een voorwaarde dat de arts voor het grootste deel van zijn tijd werkzaam is als praktiserend arts (waaronder ook wordt gerekend bedrijfsgezondheidszorg), zodat hij voeling blijft houden met de dagelijkse praktijk en door collegae-medici als volwaardig gesprekspartner wordt gezien.

*De niet-medische case-manager*

De uitvoeringsfunctionaris heeft ten aanzien van het verstrekken van ziekengeld een beslissende bevoegdheid; de beslissing over een arbeidsongeschiktheidspensioen ligt bij een commissie (zie later). De case-manager heeft door interne opleidingen

zijn expertise verworven die oorspronkelijk met name van juridische en uitvoerings-organisatorische aard is. Het geconstateerde gebrek aan kennis met betrekking tot revalidatie/reïntegratie is opgelost door hiervoor aparte 'rehabilitation experts' aan te stellen. Primaire deskundigheid is van juridische aard: beoordeling van het recht op uitkering.

*Ziekmelding en eerste medisch attest*
Op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid moet de werknemer zich ziek melden bij de werkgever. Uiterlijk op de 8e dag moet een medisch attest van de behandelende arts worden overlegd, zowel aan de werkgever als aan het sociale verzekeringskantoor. Dit laatste krijgt deze meldingen echter vaak met vertraging binnen. Verder moet de verzekerde ook zelf een inlichtingenformulier invullen en ondertekenen.

Het medisch attest kan verstrekt worden door elke geregistreerde medicus, bijvoorbeeld de huisarts, de specialist of de bedrijfsarts. Op het medisch attest dient de behandelende arts de volgende informatie te verstrekken:

1 de diagnose of symptomen;
2 de begindatum en de (verwachte) einddatum van de arbeidsongeschiktheidsperiode;
3 de huidige werkzaamheden van de verzekerde;
4 de werkgever van de verzekerde;
5 (eventueel) mededeling dat nog een ander attest is afgegeven (bijvoorbeeld van een medisch specialist);
6 de persoonsgegevens van de verzekerde;
7 de mate van arbeidsongeschiktheid (1/4, 1/2, 3/4 of geheel);
8 datum van een eventueel nieuwe afspraak met de arts;
9 de voorschriften en gedragsregels voor de verzekerde (wat de patiënt werd aangeraden te doen gedurende de ziekteverzuimperiode);
10 eventuele problemen met woon-werkverkeer (i.c. of deze problemen de enige reden voor de arbeidsongeschiktheid zijn);
11 de eventuele noodzaak van revalidatie- of reïntegratiemaatregelen.

Het attest voor de werkgever is grotendeels een doorslag van dit attest voor het uitvoeringsorgaan. Het is ter keuze of de werkgever ook over de diagnose wordt geïnformeerd.

Het attest is in de Zweedse regeling meer dan slechts een legitimatiemiddel: het vervult een belangrijke rol in de informatievoorziening aan de lokale kantoren ten behoeve van de verdere gevalsbehandeling.
Over de kwaliteit van de informatie op het medisch attest lijkt men redelijk tevreden te zijn, mede dankzij de voorlichting die in 1995 is gestart aan de curatieve artsen over het belang van de informatie. Behandelende artsen zelf hebben nog wel eens bezwaren tegen de papieren rompslomp en tegen het feit dat ze er niet extra voor worden betaald.

*Het uitgebreide vervolgattest en het 'reïntegratieplan'*
Na vier weken arbeidsongeschiktheid moet de verzekerde een uitgebreid

medisch attest naar het lokale verzekeringskantoor (laten) sturen. Daartoe dient de attesterende arts een aantal extra rubrieken op het medisch attest in te vullen, zoals:
- de (door de arts ingeschatte) behoefte aan revalidatiemaatregelen (medische, sociale, en/of op arbogebied);
- of de verzekerde is doorverwezen naar een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, arbeidsbemiddeling, bedrijfsgezondheidskliniek en dergelijke;
- de geschatte datum van werkhervatting;
- eventuele behoefte van de behandelende arts aan nader overleg met het sociale verzekeringskantoor over de verdere planning van de werkhervatting of revalidatie.

Eveneens na vier weken arbeidsongeschiktheid behoort de werkgever een inventarisatie te geven van eventuele maatregelen die reeds genomen zijn of die gepland zijn ten behoeve van werkhervatting. Deze inventarisatie, vergelijkbaar met het Nederlandse 'voorlopige reïntegratieplan' moet hij toezenden aan het sociale verzekeringskantoor. De informatie betreft onder meer:
- gegevens over functie/werkzaamheden;
- reeds ondernomen acties in de curatieve sector ten aanzien van medische behandeling;
- individuele hulpmiddelen;
- arbeidsplaatsaanpassingen;
- wijziging in werkzaamheden;
- wijziging in werktijden;
- training of (om)scholing;
- geplande acties op voornoemde punten.

De plicht van de werkgever tot het opstellen van zulke inventarisaties dateert van 1992, maar lijkt geen groot succes te zijn (onder andere slecht ingevulde, vertraagd aangeleverde formulieren).

*De uitvoeringsprocedures bij ziekteverzuim*
De medische attesten die binnenkomen worden door de uitvoeringsfunctionaris doorgenomen. Allereerst wordt nagegaan of de betrokkene inmiddels het werk al weer heeft hervat. Indien dit niet het geval is en de functionaris moeite heeft de medische informatie op het attest te interpreteren of twijfelt aan de betrouwbaarheid, kan hij een beroep doen op de medisch adviseur. Deze gaat na of de aangegeven diagnose en andere medische informatie stroken met de opgetreden verzuimduur. Overigens kan de functionaris van het verzekeringskantoor altijd contact opnemen met de attesterend arts, indien de informatie onvoldoende of onduidelijk is. Dit zou in de praktijk ook frequent gedaan worden.

In de beoordeling van de attesten blijkt men er ook op te letten welke arts het attest heeft afgegeven. Zo komen 'zwarte lijsten' van artsen voor, waarvan de attesten minder serieus worden genomen. Verzekerden die met een dergelijke medische verklaring komen, zal veelal gevraagd worden om elders een attest te halen.

De medisch adviseur komt verder in actie bij alle gevallen die langer dan 28 dagen duren: daarvan dient hij de medische attesten door te nemen en met de uitvoeringsfunctionaris over eventuele verder actie te overleggen:

- aanvragen van aanvullende informatie van de behandelende arts;
- second opinion aanvragen van een andere behandelaar;
- telefonisch contact opnemen met de zieke;
- de werknemer oproepen voor een gesprek met de uitvoeringsfunctionaris eventueel tezamen met de medisch adviseur ('en niet met de medisch adviseur alleen, zodat de informatie altijd direct bij de beslisser terecht komt').

Het oproepen van de verzekerde zou niet primair tot doel hebben om de legitimiteit van de arbeidsongeschiktheid te controleren (er wordt op de kantoren ook geen medisch onderzoek verricht), maar het beoordelen hoe de werkhervatting kan worden bespoedigd, of reïntegratiemaatregelen nodig zijn, etcetera.

Nadat de verzekerde contact heeft gehad met het sociale verzekeringskantoor heeft de niet-medische functionaris verschillende mogelijkheden om actie te ondernemen:

1 hij kan contact opnemen met de werkgever van de zieke over mogelijkheden van ander werk etcetera. Volgens de Zweedse wetgeving heeft de werkgever de verplichting om zoveel als mogelijk mee te werken aan de reïntegratie van zijn arbeidsongeschikte werknemer en ook de kosten daarvan te dragen;
2 hij kan contact opnemen met de arts van de verzekerde om te bezien welke de medische mogelijkheden zijn om (gedeeltelijk) het werk te hervatten of andere activiteiten te ontplooien;
3 hij kan contact opnemen met het arbeidsbureau, om met de verzekerde te bespreken welke mogelijkheden deze heeft, indien hij niet terug zou keren in zijn oude baan;
4 als men vermoedt dat de behandelende arts curatief te weinig actief is kan de behandeling besproken worden met de medisch adviseur of met de behandelende arts zelf (eventueel door tussenkomst van de adviseur);
5 het uitvoeringskantoor kan er ook zorg voor dragen dat de verzekerde wordt verwezen naar speciale ziekenhuizen om de wachtlijsten te omzeilen.

*Invaliditeitsbeoordeling*

Indien de arbeidsongeschiktheid zo ernstig of langdurig is dat een invaliditeitspensioen overwogen moet worden, vraagt het lokale verzekeringskantoor een uitgebreid medisch attest aan van de behandelende arts. Tevens stelt een functionaris van het verzekeringskantoor een onderzoek in naar de situatie van de verzekerde (privé-situatie, werkverleden, ondernomen revalidatiemaatregelen, de visie en motivatie van de verzekerde).

De uitkomsten van dit onderzoek gaan, samen met het uitgebreide medisch attest, naar de uitvoeringsfunctionaris die de aanvragen voor een invaliditeitspensioen voorbereidt. Deze functionaris heeft tot taak het beoordelen van de aanvraag op basis van de dossiergegevens in het licht van de wet en de jurisprudentie. Daarbij dient hij rekening te houden met de mogelijkheden om reguliere arbeid te verrichten, en in speciale omstandigheden, moet ook rekening worden gehouden met de leeftijd, woonomstandigheden, opleiding, of arbeidshistorie van de cliënt.
Op basis van deze beoordeling doet hij een voorstel aan de sociale verzekeringscommissie van het kantoor. Deze neemt de uiteindelijke beslissing over het al dan niet toekennen van een invaliditeitspensioen. De uitvoeringsfunctionaris en de me-

disch adviseur zien zelf geen verzekerden: de case-manager werkt alleen op basis van de stukken die hem door (andere) gevalsbehandelaars worden aangedragen.

Het moment waarop de invaliditeitsbeoordeling plaatsvindt is flexibel (al zegt een richtlijn dat een geval in ieder geval na een jaar ziekteverzuim moet worden te bezien of invaliditeitsbeoordeling in aanmerking zou komen; in de praktijk kan dit (veel) langer duren. Een belangrijke overweging hierbij is dat verschillende revalidatiemogelijkheden uitgeprobeerd (moeten) zijn (ander werk, omscholing, etc.) en dat geen van deze mogelijkheden haalbaar of succesvol is gebleken.

## 4 BESCHOUWING

In de literatuur over de uitvoering in Zweden wordt het beeld opgeroepen, dat de niet-medische case-manager een centrale rol heeft in de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid in de 'Ziektewet en WAO' aldaar. Blijkens onze (telefonische) interviews met Zweedse uitvoeringsdeskundigen is dit beeld correct:
de positie van de verzekeringsarts binnen de lokale sociale verzekeringskantoren is tamelijk marginaal en niet van (formeel) beslissende, maar van informerende en adviserende aard. De eigenlijke beoordeling van de claim gebeurt door de niet-medische functionarissen. Hierbij leunen deze sterk op het beperkte of (bij langdurige verzuim) uitgebreide medisch attest dat door de behandelaar van de cliënt moet worden opgesteld. De informatie op de attesten betreffende de graad van arbeidsongeschiktheid en de duur ervan, wordt over het algemeen als vaststaand en voldoende beschouwd.

Daarmee is een cruciale randvoorwaarde voor de inschakeling van de niet-medische case-manager gegeven: goede medewerking en adequate informatievoorziening door de curatieve sector. Binnen de uitvoering is minder behoefte aan medische expertise, en hoofdzakelijk in geval van wantrouwen en complexe gevallen. Maar deze beperkte rol van de verzekeringsarts kan alleen maar vorm krijgen bij de gratie van goede, door anderen aangeleverde, medische informatie. Eigenlijk is er dus niet sprake van een minder op medische expertise gebaseerde uitvoering. Veeleer is het in de Zweedse uitvoering een andere medicus (namelijk de behandelende arts) die informatie aandraagt en – in geval van de ziektewet – de beoordeling doet.

In het licht van de in Nederland vigerende opvattingen en afspraken over 'scheiding van behandeling en controle' kan vastgesteld worden, dat deze essentiële pijler van een 'uitvoering met minder verzekeringsgeneeskundige inbreng' in Nederland ontbreekt. Zowel ten aanzien van het afgeven van een oordeel over de arbeidsongeschiktheid door de behandelende arts, als ten aanzien van het door deze ter beschikking stellen van medische informatie, wijkt de Nederlandse situatie (nog steeds) aanzienlijk af van die in de meeste omringende landen (zie bijv. Prins en Koster[2]).

---

[2] R.Prins en M.K Koster. Scheiding van behandeling en controle; verslag van een symposium. KNMG/AS/*tri*, Utrecht/Leiden, 1996.

Andere elementen van de Zweedse uitvoeringspraktijk die vanuit Nederlands perspectief opvallen betreffen:

- het vaste (vroegtijdige) moment, waarop de langer durende ziektegevallen door de verzekeringsarts worden gescreend. Daarbij wordt – indien nodig - contact opgenomen met de cliënt (namelijk voor/omstreeks de 28ste ziekteverzuimdag);
- de wijze van contact met de langdurig zieke cliënt: de uitvoeringsfunctionaris neemt vooral telefonisch contact met de cliënt op (in plaats van oproep voor en verschijning op het spreekuur bij het uitvoeringsorgaan);
- de vrijere omgang met medische gegevens: het is wettelijk is toegestaan (en in onbekende mate gebruikelijk), dat de werkgever via het medisch attest ook geïnformeerd wordt over de diagnose van het ziektegeval;
- het ontbreken van een vaste ziektewetperiode: zolang er zicht is op herstel en werkhervatting blijft de cliënt 'in de ziektewet' (met echter als nadeel dat sommige case-managers lang energie blijven steken in 'uitzichtloze gevallen');
- de visie (die ook elders in Scandinavië wordt aangetroffen) dat verzekeringsgeneeskundig werk moet worden gedaan door medici die als specialist (inclusief: bedrijfsarts) werkzaam zijn en blijven (ten behoeve van up-to-date kennis over therapieën en soepele communicatie met curatieve collega's, indien nodig).

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Directie Voorlichting, Bibliotheek en Documentatie
Postbus 90801, 2509 LV 's-Gravenhage

Verkoop
Elsevier bedrijfsinformatie bv
Postbus 16500, 2500 BM 's-Gravenhage
Telefoon: 070-4415555
Telefax: 070-4415999

Ordernummer 12.156/2000
ISBN 90 5749 566 X

ISBN 90-5749-566-X
9 789057 495663